

Arceo, María Dolores

Sobreuso del rastreo en cáncer de mama, cuello de útero y colon en adultos mayores

Doctorado en Ciencias de la Salud

Tesis 2021

Cita sugerida: Arceo MD. Sobreuso del rastreo en cáncer de mama, cuello de útero y colon en adultos mayores [tesis de doctorado] [internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2021 [citado AAAA MM DD]. 172 p. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisyr/20220209131058/tesis-arceo-dolores.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>





Sobreuso del rastreo en cáncer de mama, cuello de útero y colon en adultos mayores

Tesis presentada para la obtención del grado de

Doctora en Ciencias de la Salud

Tesista doctoral: María Dolores Arceo

Teléfono: +5491156377581 E-mail: dolores.arceo@hospitalitaliano.org.ar

Directores de Tesis: Dra. Karin Kopitowski - Dra Carolina Roni

Tutores de Tesis: Mariela Weisbrot - Gabriela García

Fecha de presentación: 5 de Agosto 2021

Agradecimientos

A mis padres por su acompañamiento incondicional y permanente, a Patricio por ser el que me impulsó a continuar y no bajar los brazos, a Joaquín y Belén por los sábados en silencio.

A mis directoras, Karin Kopitowski y Carolina Roni por sus aportes, paciencia y acompañamiento en cada uno de los pasos de esta tesis.

A mis tutoras, Mariela Weisbrot y Gabriela García, con quienes elaboramos este proyecto de investigación y en quienes encontré, además de excelentes compañeras, amigas.

A cada uno de los médicos y pacientes que cedieron parte de su tiempo para realizar las entrevistas.

Resumen

¿Qué creencias, percepciones y actitudes conducen a que la desimplementación de ciertas prácticas preventivas sea tan dificultosa cuando existe evidencia de que causan daño?, sobre todo cuando este daño deviene de una práctica preventiva y en busca de una posible enfermedad en una persona sana. El objetivo de este trabajo es indagar sobre las perspectivas, creencias y actitudes de médicos y pacientes acerca de la continuación del rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon más allá de la edad recomendada por las guías de práctica clínica.

Las guías de práctica clínica recomiendan el rastreo de cáncer cervicouterino en mujeres entre los 21 y 65 años, de cáncer de mama en mujeres entre los 50 y 75 años y de cáncer de colon en población general entre los 45 y 75 años. La indicación en cuanto a las edades en que debe comenzar y finalizar el rastreo surge de que comenzar antes o continuar con el rastreo de estos tipos de cáncer luego de las edades indicadas conduciría a pocos beneficios y muchos más daños, incluyendo un aumento de las complicaciones psicológicas como ansiedad y angustia, complicaciones físicas asociadas a la cascada de estudios luego de un resultado falso positivo, sobrediagnóstico, sobretratamiento y costos más altos.

Existe evidencia acerca de altas tasas de sobreuso de estas prácticas y de su continuación en la población adulta. Asimismo, surge que más del 50% de hombres y mujeres mayores de 75 años informan que sus médicos continúan recomendando el rastreo de diversos tipos de cáncer y que las personas adultas mayores tienen opiniones altamente favorables sobre el rastreo.

Para analizar el sobreuso de estas prácticas preventivas, es necesario tener en cuenta que la atención médica se inicia en la toma de decisiones dentro de la relación médico-paciente. En dicha relación, influyen numerosos factores como las preferencias de pacientes y médicos, la confianza y comprensión entre ambos, la estimación de daños y beneficios de ciertas intervenciones, la infraestructura disponible y los incentivos financieros. Además, esta relación está influenciada por los recursos disponibles para la atención de la salud dentro un contexto de práctica, su entorno político-social, el estado del conocimiento científico, el sistema de prestación de servicios y su financiamiento. Por lo tanto, la toma de decisiones surge de una compleja interacción entre múltiples factores.

Por lo expuesto anteriormente y con el objetivo de indagar sobre esta problemática, llevamos a cabo un estudio cualitativo en el cual realizamos 44 entrevistas a médicos y pacientes y 2 grupos focales con pacientes. El proceso de análisis de las transcripciones obtenidas de las entrevistas se realizó en tres etapas: 1) identificación de los incidentes para la asignación de códigos; 2) comparación de los códigos sustantivos, conceptos y categorías; y 3) integración de estos elementos en hipótesis teóricas que permitieron la construcción de una teoría a partir de los datos.

En los resultados expusimos, en primer lugar, los argumentos de médicos y pacientes respecto a la desimplementación. En los pacientes encontramos tres dimensiones analíticas centrales: la creencia en la inocuidad de la prevención, la confianza en el médico como determinante a la hora de tomar las decisiones y la complejidad de la desprescripción en relación con su aceptación o no aceptación. En sus relatos hallamos que no están informados acerca de los riesgos derivados de las prácticas preventivas y tienen una creencia muy arraigada acerca de la inocuidad de la prevención. Para ellos la relación médico paciente y la confianza son pilares fundamentales a la hora de tomar decisiones en cuanto a realizar o no prácticas preventivas. Sin embargo, estos pilares sufren tensiones cuando lo que se analiza es la posibilidad de dejar de hacer, apareciendo temas como la edad avanzada, la cercanía a la muerte y la mercantilización de la medicina que influyen en sus percepciones, creencias y actitudes respecto a la desimplementación. A su vez, las dimensiones encontradas en los relatos de los médicos fueron los pensamientos y creencias acerca de la prevención, la relación médico-paciente y la complejidad de la desprescripción. De sus dichos surge que conocen los daños derivados de la prevención y las recomendaciones de las guías de práctica clínica, aunque muchas veces no las aplican. Para ellos, la relación médico-paciente y la confianza también son piezas clave en la toma de decisiones de los pacientes. Sin embargo, para los médicos esta confianza está construida, al menos en parte, en base a una ardua negociación respecto a la solicitud o no de estudios, lo cual dificulta la discontinuación de las prácticas preventivas. Otras barreras que se dejaron ver en nuestro trabajo respecto a la desimplementación son los tiempos en la consulta, los miedos de médicos y pacientes, la falta de acuerdo institucional, la información errónea de los medios de comunicación y la figura del paciente en una institución privada.

En segunda instancia, realizamos una síntesis contrastiva de los principales argumentos de ambos grupos, encontrando la conformación de un círculo de perpetuación que dificulta la desimplementación. Este círculo muestra que los pacientes no están informados o desconocen la indicación de discontinuar con el rastreo a ciertas edades y los riesgos asociados a estas prácticas. Los pacientes creen que la prevención es inocua y piden la realización de estudios a los médicos, quienes, en pos de cuidar el vínculo, responden solicitando estudios, aunque no siempre estén de acuerdo. Esto refuerza nuevamente, en los pacientes, la idea de que los estudios no son dañinos.

En conclusión, esta tesis aporta cuatro ideas centrales que conducen nuestra discusión: el rol que juega la solicitud de estudios clínicos en la construcción de la confianza en el vínculo médico-paciente, el rol central de la información en el proceso de la desprescripción, el papel del mercado en la toma de decisiones y el sentimiento de miedo a enfermar y morir como promotor del continuar haciendo. Estos resultados nos interpelan a diseñar estrategias que permitan visibilizar aquellos factores que refuerzan el seguir haciendo a fin de poder deconstruir las acciones aprendidas, así como diseñar iniciativas que promuevan la desimplementación.

Palabras clave: Rastreo, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, cáncer de colon, sobreuso, adultos mayores

A lo largo del texto, utilizamos el género masculino plural como neutro sólo por cuestiones de estilo y redacción, aunque no desconocemos el efecto de invisibilidad de las mujeres y otras identidades que esta forma del lenguaje ejerce. Siempre que sea posible emplearemos palabras que incluyan a todo el universo de personas, familias y profesionales.

Summary

What beliefs, perceptions and attitudes make the de-implementation of certain preventive practices so difficult when evidence shows that they are harmful? This question is particularly relevant when harm comes from a preventive practice and in the search of a possible disease in a healthy person. In this context, the goal of this work is to investigate the perspectives, beliefs and attitudes of doctors and patients about the continuation of screening for breast, cervical and colon cancer beyond the ages recommended by clinical practice guidelines.

Clinical practice guidelines recommend screening for cervical cancer in women between 21 and 65 years of age, breast cancer in women between 50 and 75 years of age, and colon cancer in the general population between 45 and 75 years of age. Recommendations regarding age limits arise from the fact that starting earlier or continuing screening for these cancers after the ages indicated may lead to few benefits and much more harm, including psychological complications such as anxiety and distress, physical complications associated with the cascade of studies triggered by a false positive result, overdiagnosis, overtreatment and higher costs.

Evidence shows high rates of cancer screening overuse and their continuation in the adult population. For instance, more than 50% of men and women over the age of 75 report that their doctors continue to recommend screening for various types of cancer; in addition, elderly adults have highly favorable views of screening.

To analyze the overuse of these preventive practices, it should be noted that medical care begins with decision-making processes in the doctor-patient relationship. This relationship is influenced by numerous factors such as the preferences of patients and doctors, trust and understanding between them, an estimation of the benefits and harms of certain interventions, the available infrastructure, and financial incentives. In addition, this relationship involves the resources available for health care within a certain practice context, its political and social environment, the state of scientific knowledge, the service supply system, and its funding. Therefore, decision-making entails complex interaction among multiple factors.

For these reasons, we carried out a qualitative study consisting of 44 interviews with doctors and patients and 2 focus groups with patients. The analysis of transcripts obtained from the interviews was carried out in three stages: 1) identification of incidents for the codification; 2)

comparison of substantive codes, concepts, and categories; and 3) integration of these elements in theoretical hypotheses that allowed the construction of a theory from the data.

In the results, we first present the arguments of doctors and patients regarding de-implementation. In patients, we find three key analytical dimensions: belief in the safety of prevention, trust in the doctor as a determining factor in decision-making, and the complexity of de-implementation regarding its acceptance or non-acceptance. Patients' accounts reveal that they are not informed about the risks derived from preventive practices and that they have a deep-rooted belief in the safety of prevention. For patients, the doctor-patient relationship and trust are the building blocks of decision-making regarding whether or not to carry out preventive practices. However, these blocks are challenged by the notion of no longer doing preventive practices, as issues arise such as elderly age, proximity to death, and a market-like conception of medicine, all of which influence their perceptions, beliefs and attitudes regarding de-implementation. In turn, the dimensions found in the doctors' reports were their thoughts and beliefs about prevention, the doctor-patient relationship, and the complexity of de-implementation. Doctors' accounts show that they know the damages derived from prevention and the recommendations of clinical practice guidelines, although they often do not apply them. For doctors, the doctor-patient relationship and trust are also key elements in patient decision-making. However, physicians consider this trust is built, at least in part, on the basis of arduous negotiation regarding whether or not to prescribe studies, which makes it difficult to discontinue preventive practices. Other barriers observed in our work regarding de-implementation are the time constraints of consultation, doctors' and patients' fears, the lack of institutional agreement, misinformation from the media and the role of the patient in a private institution.

In addition, we present a contrastive synthesis of the main arguments of both groups, which unveils the conformation of a perpetuation circle that interferes with de-implementation. This circle shows that patients are either uninformed or unaware of the recommendations to discontinue screening at certain ages and the risks associated with these practices. Patients believe that prevention is harmless and ask doctors to prescribe studies; in turn, doctors protect doctor-patient bonding and give in to patients' requests, even if they do not always agree. This once again reinforces, in patients, the idea that prevention is harmless.

In conclusion, this thesis provides four central ideas that guide our discussion: the role of clinical studies prescription in building trust in the doctor-patient relationship, the key role of information in the de-implementation process, the role of the market in decision-making, and the fear of illness and death as a trigger to continue screening.

These results should lead us to design strategies to unveil the factors that reinforce the continuation of screening practices, deconstruct the actions learned, and propose initiatives that promote de-implementation.

Keywords: Screening, cervical cancer, breast cancer, colon cancer, overuse, elderly patients

Índice

Resumen	3
Summary	6
Introducción	12
Problema de investigación.....	12
Propósito de la investigación.....	15
Plan de exposición de la investigación	15
Estado del Arte.....	17
Usuarios del sistema de salud.....	17
Profesionales.....	19
Marco teórico	25
Construcción social.....	25
Modelo médico – Relación médico-paciente – Medicina centrada en el paciente	27
Relación médico-paciente.....	31
Medicina basada en la evidencia y Medicina centrada en el paciente.....	33
Toma de decisiones compartidas.....	33
Consideraciones éticas	34
Prevención	35
Falsos positivos, negativos y sobrediagnóstico.....	39
Recomendaciones respecto al <i>screening</i>	40
Historia del <i>screening</i> o rastreo	43
Prevención, rastreos, beneficios y daños	51
Prevención cuaternaria.....	52
Desimplementar, discontinuar.....	53
Metodología.....	57
Presentación y fundamento del diseño de investigación	57
Contexto del estudio	58
Selección de los participantes del estudio	59
Criterios de inclusión	61
Criterios de exclusión	61
Diseño	61
Procedimiento e instrumentos de recolección de datos	62
Entrevistas	62
Grupos focales	63
Registro y transcripción de datos.....	64
Estrategias utilizadas para el análisis de datos.....	65

Codificación.....	65
Consideraciones éticas	66
Consideraciones sobre la validez del estudio	67
Objetivos de la investigación.....	68
<i>Resultados.....</i>	<i>69</i>
Definición de códigos	69
Códigos utilizados en el análisis de las entrevistas a pacientes	69
Definiciones.....	71
Códigos utilizados en el análisis de las entrevistas a médicos.....	79
Definiciones.....	80
La prevención y la relación con el profesional de la salud desde la perspectiva de pacientes. Entrevistas a pacientes.	82
Dimensiones analíticas.....	82
La inocuidad de la prevención.....	82
La confianza en el médico como determinante a la hora de tomar las decisiones	88
La complejidad de la desimplementación.....	94
La solicitud de estudios en la construcción de la relación con los pacientes: las perspectivas del profesional de la salud. Entrevistas a médicos.....	111
Pensamientos y creencias acerca de la prevención	111
Relación médico-paciente.....	117
La complejidad de la desimplementación.....	121
Creencias, actitudes y perspectivas mutuamente funcionales que desalientan la desprescripción: Síntesis contrastiva	132
<i>Discusión</i>	<i>140</i>
El rol que juega la solicitud de estudios clínicos en la construcción de la confianza en el vínculo médico-paciente.....	142
El rol central de la información en el proceso de la desprescripción	143
Los pacientes y la relación con la información.....	144
Los médicos y su relación con la información	145
El rol de los medios.....	147
El papel del mercado en la toma de decisiones.....	147
El sentimiento de miedo a enfermar y morir como promotor del continuar haciendo	148
Conclusiones.....	150
<i>Anexo 1. Guía de entrevista a pacientes</i>	<i>152</i>
<i>Anexo 2. Guía de entrevista a médicos.....</i>	<i>154</i>



Anexo 3. Guía grupo focal pacientes	157
Anexo 4. Modelo de consentimiento informado oral	159
Referencias bibliográficas	161

Introducción

William James declared that “doubt and hope are sisters.” In doubt lies all our hope because unless we are prepared to doubt the truth of existing explanations, we will not look for the better ones that could bring us hope.

William James declaró que "la duda y la esperanza son hermanas ". En la duda radica toda nuestra esperanza porque, a menos que estemos dispuestos a dudar de la verdad de las explicaciones existentes, no buscaremos las mejores que puedan aportarnos esperanza.

Iona Heath

Esta tesis doctoral tiene como objetivo indagar sobre las perspectivas, creencias y actitudes de médicos y pacientes acerca de la continuación del rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon más allá de la edad recomendada por las guías de práctica clínica.

Problema de investigación

Entre las múltiples estrategias de prevención¹ utilizadas habitualmente en la práctica profesional, el rastreo, tamizaje o *screening* es la aplicación de una prueba para detectar una condición o enfermedad potencial en una persona que no tiene signos ni síntomas conocidos de esa condición o enfermedad. Por lo tanto, cuando se habla de *screening*, se habla de intervenciones realizadas en población sana o asintomática. Lo que se quiere evitar o prevenir con estas prácticas son potenciales daños que no existen en el presente y que quizás nunca existirán; pero el perjuicio derivado de realizar la práctica misma suele darse en el presente, convirtiendo a personas sanas en enfermas (1). El rastreo tiene como meta reducir la morbilidad o la mortalidad ocasionadas por una enfermedad en las personas que se lo realizan (2). Sin

¹ Existen tres niveles de prevención según el momento en que se realiza la práctica preventiva: prevención primaria, secundaria y terciaria (ver apartado de prevención). En este trabajo, excepto que se aclare lo contrario, cuando hablemos de prevención nos estaremos refiriendo a prevención secundaria.

embargo, incluso la implementación completa de estrategias efectivas de rastreo no eliminaría todas las muertes y su uso escaso o excesivo puede ocasionar más daños que beneficios (2,3).

Según lo definido por el Colegio Americano de Médicos (ACP) (4,5), las estrategias de rastreo tienen un valor variable determinado por los beneficios de salud de una intervención frente a sus daños y costos. Así, las estrategias de alto valor generan, a nivel poblacional, grandes beneficios en relación a los potenciales daños y costos, mientras que las estrategias de bajo valor generan beneficios desproporcionadamente pequeños (3). En los últimos años, numerosos estudios llamaron la atención sobre las estrategias de bajo valor, especialmente las que conllevan el sub- y sobreuso de recursos sanitarios (3). El sobreuso se define como la prestación de servicios médicos para los cuales el potencial de daño excede al potencial beneficio (3,4,6).

Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas por diferentes sociedades científicas, de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia disponible, cuyo propósito es facilitar al equipo de salud, a las personas y a sus cuidadores la toma de decisiones sobre su asistencia sanitaria. Su implementación debería mejorar la calidad de la atención y acelerar la aplicación de nuevos conocimientos en la práctica. En cuanto al rastreo de cáncer, las guías de práctica clínica recomiendan el rastreo de cáncer de cuello de útero en mujeres entre los 21 y 65 años (7–9), el rastreo de cáncer de mama en mujeres entre los 50 y 75 años (10–12) y el rastreo de cáncer de colon en población general entre los 45 y 75 años (13–17). La indicación en cuanto a las edades en que debe comenzar y finalizar el rastreo surge de que comenzar antes o continuar con el rastreo de estos tipos de cáncer luego de las edades indicadas conduciría a pocos beneficios y muchos más daños, incluyendo un aumento de las complicaciones psicológicas como ansiedad y angustia, complicaciones físicas asociadas a la cascada de estudios que se desencadenan luego de un resultado falso positivo, sobrediagnóstico (la detección de una enfermedad que nunca habría acarreado morbilidad ni acortado la vida del paciente), sobret ratamiento y costos más altos (3,6,18).

Sin bien estos problemas no han sido suficientemente estudiados en Argentina, está documentado que la tasa de rastreo de estos tipos de cáncer ha ido en aumento en los últimos años (19). En una investigación realizada por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (20) en 176.348 mujeres y hombres mayores con una edad promedio de 75 años, se

encontró que la tasa de sobreuso de las prácticas de rastreo era del 59,3% en hombres (IC 95%, 57,6%-61,1%, n = 9461) y 56,2% en mujeres (IC 95%, 54,7%-57,6%, n = 14.463) para el cáncer colorrectal; del 45,8% (IC 95%, 44,9%-46,7%, n = 31.988) para el cáncer de cuello de útero; y del 74,1% (IC 95%, 73,0%-75,3%, n = 26.198) para el cáncer de mama en mujeres. Mientras tanto, otros estudios muestran que más del 50% de los hombres y mujeres mayores de 75 años informan que sus médicos continúan recomendando el rastreo de diversos tipos de cáncer (21,22) y que las personas adultas mayores tienen opiniones altamente favorables sobre el rastreo (23).

Para analizar el sobreuso de estas prácticas preventivas, es necesario tener en cuenta que la atención médica se inicia en la toma de decisiones dentro de la relación médico-paciente, en la cual influyen numerosas variables como las preferencias de los pacientes y médicos, la confianza y comprensión entre ambos, la estimación de daños y beneficios de ciertas intervenciones, la infraestructura disponible y los incentivos financieros. Además, esta relación está influenciada por los recursos disponibles para la atención de la salud dentro un contexto de práctica, su entorno político-social, el estado del conocimiento científico, el sistema de prestación de servicios y su financiamiento. Por lo tanto, la toma de decisiones surge de una compleja interacción entre múltiples factores (24).

En esta línea, un componente clave de cualquier estrategia de reducción del sobreuso de las prácticas preventivas debe ser la comprensión de las perspectivas, creencias y actitudes de las personas en su rol de médicos o pacientes (25). Entendidas las perspectivas, creencias y actitudes como producto del *habitus* –definido por Bourdieu como el conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él–, estos esquemas generativos están socialmente estructurados: han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado como tal. Al mismo tiempo, sin embargo, dichos esquemas son estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente (26,27). Por lo tanto, el concepto de *habitus* supone, en la explicación de las prácticas, que los sujetos no deben ser considerados libres y autónomos sino socialmente producidos en estados anteriores del sistema de relaciones sociales y, además, que estos sujetos no actúan libremente, sino que sus prácticas están condicionadas por la historia anterior, que ha sido incorporada en forma de *habitus*. Este

marco también supone que no es posible hablar de sujetos en abstracto: existe una producción diferencial de los sujetos sociales –de sus esquemas de acción, percepción y apreciación– en función de las condiciones sociales diferenciales en que han sido producidos (26).

Existen pocos estudios a nivel internacional y ninguno a nivel nacional que aborden la problemática de la discontinuación del rastreo de cáncer en adultos mayores. Además, muchos de estos estudios se han basado en encuestas realizadas a médicos y pacientes, aunque pocos han indagado en profundidad acerca de las percepciones creencias y actitudes de las personas respecto a continuar o no con el rastreo.

Propósito de la investigación

Por lo expuesto anteriormente y con el objetivo de indagar sobre las perspectivas, creencias y actitudes de médicos y pacientes acerca de la continuación del rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon más allá de las edades recomendadas, llevamos a cabo un estudio cualitativo en el cual se entrevistaron médicos y pacientes y se realizaron grupos focales con pacientes. En definitiva, se buscó recolectar información para explorar la gama de perspectivas, creencias y actitudes de los adultos mayores y los profesionales de la salud sobre la decisión de detener o continuar el cribado del cáncer.

Con este trabajo se busca contribuir a entender los factores que actúan como perpetuadores del seguir haciendo y brindar instrumentos que faciliten pensar estrategias que nos ayuden a visibilizar estos factores para poder deconstruir las acciones aprendidas, así como diseñar iniciativas que promuevan su desimplementación.

Plan de exposición de la investigación

A continuación detallamos el plan de exposición de esta tesis, dividida en 7 capítulos. En el Capítulo 1, realizamos un relevamiento de las principales investigaciones que se vinculan con el objetivo de nuestra investigación.

En el Capítulo 2, delimitamos el marco conceptual que inspira la definición del objeto de estudio y la orientación que adopta el análisis de los resultados. En el mismo, partimos de la construcción social del conocimiento para analizar cómo los individuos formulan sus decisiones y creencias ante los procedimientos diagnósticos y la desprescripción, para luego

pasar a una descripción de los dos paradigmas que modelizan esta relación en la actualidad y un recorrido por la historia de la prevención en relación al rastreo de cáncer de cuello de útero, mama y colon.

En el Capítulo 3, se detallan las decisiones metodológicas de la investigación y se especifican los instrumentos y procedimientos de recolección de datos, así como la estrategia de análisis.

El Capítulo 4 inaugura la sección de resultados y presenta el análisis de los argumentos de los pacientes respecto a la desimplementación. Los resultados se agrupan en tres dimensiones analíticas centrales: la creencia en la inocuidad de la prevención, la confianza en el médico como determinante a la hora de tomar las decisiones y la complejidad de la desprescripción en relación a la aceptación o no aceptación de la misma.

El Capítulo 5 expone el análisis de los argumentos de los médicos respecto a la desimplementación agrupados en tres dimensiones que, si bien son parecidas, no son iguales a las de los pacientes: pensamientos y creencias acerca de la prevención, la relación médico-paciente y la complejidad de la desprescripción.

El Capítulo 6 presenta una síntesis contrastiva de los principales argumentos encontrados en el relato de médicos y pacientes. En esta síntesis, se encuentra la conformación de un círculo de perpetuación que dificulta la desimplementación.

Por último, en el Capítulo 7 se exponen las conclusiones y se propone discutir con otros estudios en qué sentido los resultados de esta tesis contribuyen a esclarecer las perspectivas, creencias y actitudes de médicos y pacientes ante la desimplementación. De esta manera, destacamos 4 ideas centrales o aportes de esta tesis respecto a: el rol que juega la solicitud de estudios clínicos en la construcción de la confianza en el vínculo médico-paciente, el rol central de la información en el proceso de desprescripción, el papel del mercado en la toma de decisiones y el sentimiento de miedo a enfermar y morir como promotor del continuar haciendo.

Estado del Arte

El presente capítulo presenta una revisión de las investigaciones más relevantes acerca de las perspectivas, creencias y actitudes de los médicos y pacientes sobre dejar de realizar prácticas preventivas en edades avanzadas de la vida. En primer lugar, expondremos aquellos trabajos relacionados con las perspectivas, creencias y actitudes de los adultos mayores para luego pasar a las relacionadas con los profesionales de la salud.

Existen pocos estudios en la bibliografía acerca de las perspectivas, creencias y actitudes de los usuarios del sistema de salud y los médicos sobre la desimplementación de las prácticas preventivas más allá de las edades recomendadas. Si bien se cuenta con datos provenientes de encuestas, los estudios exploratorios cualitativos son escasos y ninguno de ellos fue realizado en Argentina o en países de la región.

Usuarios del sistema de salud

Respecto al rastreo de cáncer de colon, cuello de útero y mama, diversos estudios muestran que las personas adultas mayores tienen opiniones altamente favorables sobre el rastreo más allá de las edades recomendadas (23). Un estudio encontró que la mayoría de los residentes de una comunidad de jubilados de Carolina del Norte, Estados Unidos, planifica continuar con el rastreo durante toda su vida, y que el 43% continuaría incluso en contra de la recomendación de un médico (28). Una encuesta telefónica realizada en Estados Unidos entre adultos mayores de 50 años encontró que sólo el 9,8% tiene planes de abandonar el rastreo y que, además, estos planes no guardan relación con su estado de salud o edad declarada (25). Estos resultados, similares a los obtenidos en la población general, demuestran que la mayoría de los estadounidenses encuestados consideran el rastreo como un bien indiscutible y no conocen los posibles perjuicios (29).

Estudios que indagan en profundidad acerca de los motivos de los entrevistados para continuar las prácticas preventivas revelan que el rastreo reviste carácter de obligación moral; más aún, muchos participantes manifiestan que continuar con el rastreo es un hábito o una costumbre que no implica decisión alguna, mientras que interrumpirlo conlleva una decisión importante. Asimismo, la mayoría de los participantes afirma nunca haber discutido con su médico el cese del screening ni haberse planteado dejarlo por su cuenta, y algunos incluso reconocen sentirse molestos cuando su médico recomienda la desimplementación. Si bien algunos de los

entrevistados refieren que aceptarían la recomendación de un médico de abandonar las prácticas de rastreo, otros opinan que tal recomendación amenazaría su confianza y los llevaría a buscar otra opinión. Los participantes se muestran escépticos acerca de las estadísticas y recomendaciones de los paneles de expertos, pero evidencian mayor propensión a interrumpir el rastreo si los daños derivados de las prácticas superan a los beneficios (30).

Otra encuesta, realizada de manera online a 317 estadounidenses de entre 50 y 69 años (31), analizó la información que recibían los pacientes acerca de riesgos y beneficios. El estudio muestra que la mayoría de los participantes que se sometieron a un rastreo rutinario de cáncer no recibió información por parte de su médico acerca de la posibilidad de sobrediagnóstico y sobretratamiento, y que los pocos que sí recibieron información acerca de sobretratamiento tenían creencias poco acertadas sobre el alcance de ese riesgo. Los investigadores sugieren que este resultado podría deberse a que un gran número de médicos desconocen los daños derivados del rastreo. Este dato surge de una encuesta realizada a 412 médicos de atención primaria de Estados Unidos (32) acerca del sobrediagnóstico en el rastreo con mamografía y PSA, en el cual sólo el 33,9% y el 42,9% de los entrevistados, respectivamente, fueron capaces de proporcionar una estimación correcta.

En cuanto a cómo se toma la decisión de continuar o no con el rastreo y qué información utilizan los pacientes, un estudio realizado en una comunidad de jubilados de Colorado, Estados Unidos, mostró que personas mayores con múltiples comorbilidades emplearon dos procesos de pensamiento distintos para la toma de decisiones: el enfoque de "beneficios vs. daños" y un enfoque heurístico más intuitivo y basado en la emoción (33). Los autores concluyen que el primer enfoque refleja la perspectiva basada en datos, que en general se utiliza como base para la educación de los pacientes y la toma de decisiones informadas, en tanto el segundo refleja cómo las personas realmente abordan muchas de sus decisiones. Por este motivo, los autores destacan que el desafío consistiría en tomar en cuenta el enfoque heurístico en cualquier tipo de intervención sobre toma de decisiones.

En otro estudio cualitativo realizado en Baltimore se encuestó a adultos mayores con una expectativa de vida limitada sobre sus preferencias en cuanto a cómo los médicos deben comunicar las recomendaciones sobre el cese del rastreo de cáncer. Este estudio mostró que muchos participantes estaban dispuestos a detener el rastreo del cáncer, especialmente si tenían

una relación de confianza con su médico. Además, la mayoría de estos adultos identificaron el uso de la edad y el estado de salud como información importante para individualizar la decisión de rastreo, pero no consideraron necesario comunicar la esperanza de vida, ya que entendían que los médicos no pueden predecirla con exactitud; además, los participantes expresaron que el lenguaje asociado a una esperanza de vida limitada en relación con la utilidad de la prueba era innecesariamente duro (34). Resultados similares se encontraron en un estudio sobre las actitudes de los adultos mayores pertenecientes a minorías subrepresentadas en el cribado del cáncer y el exceso de cribado (35). En este estudio, los adultos mayores afirmaron preferir que su médico les proporcionase información individualizada para justificar la interrupción del rastreo, pero se pronunciaron en contra de incorporar la esperanza de vida en el debate.

Respecto a la esperanza de vida y su relación con el abandono de prácticas preventivas, una encuesta realizada a 3815 personas de entre 55 y 97 años encontró que más del 75% de los individuos mayores con una esperanza de vida limitada tienen la intención de continuar con el cribado del cáncer, y menos del 25% recuerdan haber discutido con los médicos la necesidad de estas pruebas (30).

Profesionales

La mayoría de los datos sobre las perspectivas, creencias y actitudes de los médicos respecto a la desimplementación de las prácticas preventivas también proviene de estudios realizados mediante encuestas. En un estudio realizado con el objetivo de evaluar las prácticas de bajo valor (ver Introducción), las barreras para su desimplementación y el conocimiento de la campaña Choosing Wisely, el 90% de los profesionales consideró que el costo de los servicios de salud es un factor importante a considerar y que es justo pedir a los médicos que sean conscientes de los mismos y actúen como administradores de los recursos sanitarios limitados. La mayoría de los profesionales expresó que los informes sobre el uso de recursos y su comparación con los de sus colegas eran útiles para comprender los patrones de la práctica y suscitar debates entre ellos. Dos tercios de los entrevistados reveló conocer la campaña Choosing Wisely y, entre ellos, el 97% la consideró una fuente de información legítima. Aunque el 88% de los médicos encuestados afirmó sentirse cómodo discutiendo la atención de bajo valor con los pacientes, el 80% declaró que solicitaría estudios o procedimientos cuando un paciente insistiera. Como barreras para reducir la atención de bajo valor, los médicos

identificaron las limitaciones de tiempo (45%), las preferencias/valores de los pacientes (44%), las creencias de la comunidad (43%), el miedo a la insatisfacción de los pacientes (41%), el poco conocimiento de los pacientes sobre los daños de la atención de bajo valor (38%) y la disponibilidad de herramientas para apoyar la toma de decisiones compartida (37%).

Diversos estudios han indagado en la baja tasa de implementación y adherencia que tuvieron los cambios realizados en las guías de práctica clínica en cuanto al rastreo de cáncer de mama y cuello de útero y la tasa de sobreutilización de estas prácticas en los últimos años. Algunos reportes sugieren que la falta de acuerdo entre diferentes guías puede considerarse un factor negativo (36–39). Además, un estudio realizado en 2014 acerca de las actitudes de los profesionales respecto a los cambios en las guías de práctica y las recomendaciones para estos rastreos encontró que, a pesar de que las recomendaciones de la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) eran percibidas por los encuestados como influyentes en su práctica, el 75,7% y el 41,2% de los profesionales informaron un número de prácticas de rastreo superiores a las recomendadas para la mamografía y el rastreo de cáncer de cuello de útero, respectivamente. Las barreras que los profesionales identificaron para cumplir con las recomendaciones de las guías fueron: la preocupación de los pacientes (74% y 36% para el cáncer de mama y cuello de útero, respectivamente), el desacuerdo de los profesionales con las recomendaciones (50% y 14%), la preocupación por el riesgo de mala praxis (33% y 11%) y la falta de tiempo para discutir los beneficios y los daños con sus pacientes (17% y 8%).

Una encuesta realizada a profesionales de atención primaria y ginecólogos de los Estados Unidos entre mayo y septiembre de 2016 examinó las asociaciones entre las actitudes de los médicos y las recomendaciones de rastreo de cáncer de mama (40). Las actitudes identificadas fueron: el arrepentimiento potencial (que engloba las preocupaciones que tienen los médicos cuando no solicitan una mamografía e incluye el miedo a la no detección del cáncer y el riesgo de mala praxis), las expectativas de los pacientes y las directrices discordantes encontradas en diferentes guías de práctica clínica en cuanto a las recomendaciones. El arrepentimiento potencial varió según la especialidad del médico (fue mayor en internistas) y la guía de práctica clínica que utilizaba. Aquellos que se guiaban por las directrices de USPSTF tenían niveles más bajos de arrepentimiento potencial y una mayor preocupación por el uso excesivo del cribado. Aquellos médicos que presentaban un arrepentimiento potencial mayor referían una

mayor probabilidad de recomendar el rastreo tanto en los pacientes jóvenes como en los de mayor edad. Por el contrario, los médicos que manifestaron mayor preocupación por los riesgos relacionados al sobreuso de la mamografía –incluyendo las cascadas diagnósticas por falsos positivos y el sobrediagnóstico– eran menos propensos a recomendar el rastreo entre los adultos mayores. Los autores del estudio concluyen que el abordar las preocupaciones de los médicos, como el miedo a perder diagnósticos de cáncer y la mala praxis, puede suponer una importante oportunidad para mejorar la realización de rastreo de cáncer de manera acorde con las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Otro estudio muestra que las creencias de los profesionales en cuanto a la utilidad de la mamografía para el rastreo de cáncer de mama también influyen en su tasa de sobreuso (41). La eficacia de la mamografía para el rastreo de cáncer en mujeres mayores de 75 años reportada por los profesionales fue menor que para otros grupos etarios, en tanto el 30,6% indicó que la mamografía no es eficaz y el 23,8% no expresó seguridad sobre su eficacia. En la misma línea, las mujeres atendidas por profesionales que no estaban seguros de la eficacia de la mamografía tuvieron un mayor uso del cribado (50,7%) que aquellas atendidas por profesionales que no la consideraban eficaz (42,8%). En general, los pacientes atendidos por médicos que no recomendaban el rastreo eran menos propensos a someterse a él, aunque el 37,1% de los pacientes cuyos médicos no recomendaban el rastreo continuaban realizándolo.

Respecto al rastreo de cáncer de cuello de útero, otra encuesta realizada a médicos de atención primaria (42) muestra que la fuerza motriz para el rastreo innecesario es la preocupación de los profesionales por su seguridad, ya que a un alto porcentaje de médicos les preocupa pasar por alto un caso cáncer de cuello uterino invasivo si se termina con el rastreo en las mujeres mayores. Otra razón para la continuación del cribado es que la desimplementación es una tarea desalentadora para los profesionales de atención primaria, en medio de una agenda agitada y las dificultades que implica explicar a las pacientes cómo la no realización de una simple prueba de detección del cáncer supone un beneficio personal. Los médicos indican que a las pacientes les cuesta entender que la interrupción de una prueba muy recomendada en el pasado sea ahora lo mejor para ellas. La inquietante preocupación de las pacientes por un futuro cáncer de cuello de útero no diagnosticado hace que los profesionales sigan el camino de menor resistencia y realicen el rastreo. Además, existe la preocupación de creer incorrectamente que una paciente es de bajo riesgo y, por lo tanto, inadecuada para interrumpir el cribado, ya que a

menudo no se dispone de los resultados de las pruebas cervicales anteriores, y la mera afirmación de la paciente de que "todas eran normales" puede no disipar las preocupaciones del profesional. Así, el camino más confiable es recomendar la continuación de los cribados e "ir a lo seguro". Muchos profesionales de atención primaria en este estudio expresaron que es más fácil y requiere menos tiempo realizar el Papanicolau, debido a que las pacientes no suelen estar al tanto de los cambios en las recomendaciones y no entienden cómo la interrupción de las pruebas de cáncer de cuello uterino puede ser segura o incluso beneficiosa. Los profesionales mismos reconocen que consienten la continuación del rastreo innecesario del cáncer de cuello de útero cuando perciben confusión o reticencia por parte de la paciente, ya que simplemente es más fácil.

En cuanto a la decisión de no continuar con las prácticas preventivas, la mayoría de los estudios (43,44) se focalizan en cómo comunicar esta decisión, si se debe incluir la esperanza de vida al considerar los riesgos y beneficios y cómo deben ser comunicados estos últimos. Un estudio en el que participaron 28 profesionales de atención primaria planteó diferentes escenarios acerca de cómo decidir recomendar la interrupción del rastreo y la inclusión de la expectativa de vida en la decisión y la comunicación (45). Los profesionales declararon haber tenido en cuenta la esperanza de vida, a menudo entre 5 y 10 años, en varios escenarios clínicos de la atención a los adultos mayores, pero sopesaron la consideración del pronóstico con otros factores en la toma de decisiones. En particular, se descubrió que la edad del paciente modulaba la forma en que el pronóstico afectaba a la toma de decisiones de los profesionales de atención primaria, con una importante reticencia entre ellos a dejar de prestar una atención preventiva de largo plazo para lograr beneficios en los pacientes más jóvenes, a pesar de la limitada esperanza de vida. Los participantes evaluaron la esperanza de vida basándose en la experiencia clínica más que en el uso de herramientas validadas y variaron ampliamente en su marco temporal de pronóstico, desde 2 hasta 30 años. Asimismo, los profesionales a menudo consideraron el pronóstico sin discutirlo explícitamente con los pacientes y discreparon sobre si es necesario discutir específicamente el pronóstico a largo plazo y cuándo. Finalmente, los participantes identificaron numerosas barreras para incorporar el pronóstico en la atención de los adultos mayores, incluyendo la incertidumbre en la predicción del pronóstico, la dificultad para discutir el pronóstico y la preocupación por las reacciones de los pacientes. Cuando los médicos sugirieron suspender el rastreo del cáncer en individuos con una esperanza de vida limitada, no siempre hicieron explícita su sugerencia. Algunos optaron por omitir el rastreo de

cáncer en la discusión, y otros utilizaron insinuaciones sutiles tales como "No quieres hacer esto [el rastreo del cáncer], ¿verdad?". Los médicos que sugirieron explícitamente dejar de hacer el cribado de cáncer normalmente centraron la discusión en la relación riesgo-beneficio del cribado o en la calidad de vida del paciente, pero a menudo no hablaron de la esperanza de vida per se.

Otro estudio mediante entrevistas individuales semiestructuradas presenciales comparó las respuestas de 28 médicos de atención primaria y 40 adultos mayores residentes en la comunidad respecto a las perspectivas de la comunicación sobre la interrupción del rastreo de cáncer e identificó tres temas principales: (a) consenso entre los médicos de atención primaria y los adultos mayores en cuanto a la comunicación sobre la interrupción del rastreo de cáncer: ambos grupos consideraron importante discutir los beneficios/riesgos del rastreo, involucrar a los pacientes en la decisión y enmarcar el cese del rastreo como un cambio en las prioridades de salud; (b) diferencias en las reacciones percibidas ante la interrupción del cribado de cáncer: los médicos de atención primaria estaban preocupados por la reacción de los pacientes al dejar el rastreo de cáncer, mientras que los adultos mayores no informaron reacciones negativas en el contexto de una relación de confianza; y (c) diferencias en las opiniones sobre si se debe hablar de la esperanza de vida en el contexto de la interrupción del rastreo de cáncer: los médicos rara vez hablaron de la esperanza de vida en este contexto, mientras que los adultos mayores estaban divididos en cuanto a si se debía hablar o no de la esperanza de vida (46).

Por último, y a partir de entrevistas realizadas a médicos clínicos para explorar la percepción de la utilización de la esperanza de vida como un marcador de la necesidad de discontinuar el rastreo de cáncer colorrectal (47) y de próstata en adultos mayores, el análisis de contenido generó tres líneas principales: (1) muchos de los médicos, pero no todos, percibieron el exceso de rastreo en los adultos mayores como un problema; (2) hubo controversia en torno a la utilización de la esperanza de vida limitada para definir el exceso de rastreo debido a diversos factores de preocupación: que no se captaran los posibles beneficios no mortales del rastreo, que los datos de rastreos basados en la población no podían aplicarse fácilmente a los individuos, que este enfoque no tenía en cuenta la elección del paciente, y que las predicciones de la esperanza de vida eran inexactas; (3) a algunos médicos les preocupaba que el uso de la esperanza de vida para definir el exceso de rastreo pudiera introducir inadvertidamente un sesgo y provocar daños no deseados.



Por otro lado, existen numerosos estudios que exploran la utilización de las decisiones compartidas para la comunicación de riesgo, los cuales no fueron incluidos en esta revisión por estar fuera del alcance de la investigación.

Marco teórico

El objetivo de este trabajo es conocer las perspectivas, creencias y actitudes de las personas que asisten al sistema sanitario y profesionales de la salud que influyen en la continuación o interrupción del rastreo de cáncer de cuello de útero, mama y colon en adultos mayores, más allá de la edad recomendada internacionalmente.

Para esto se toma como punto de partida, en primer lugar, que las guías de práctica clínica recomiendan el rastreo de cáncer de cuello de útero en mujeres entre los 21 y 65 años (7–9), el rastreo de cáncer de mama en mujeres entre los 50 y 75 años (11,12) y el rastreo de cáncer de colon en población general entre los 50 y 75 años (15–17,48), y que esta indicación surge de que continuar con el rastreo de estos tipos de cáncer luego de las edades indicadas acarrearía más daños que beneficios (3,4,6,49).

Analizar las perspectivas, creencias y actitudes de las personas que asisten al sistema sanitario y profesionales acerca de por qué “no continuar haciendo” requiere, entendiendo a los individuos dentro de una estructura social que modela su comportamiento, considerar los cambios que se fueron desarrollando a lo largo de los años tanto en el modelo médico como en la relación médico-paciente, los principios éticos que atraviesan esta relación, los conceptos de prevención, sobreuso, sobrediagnóstico y el surgimiento de la prevención cuaternaria como respuesta a los daños producidos por el propio sistema médico. Por otro lado, también es necesario considerar la complejidad implícita en la construcción de la toma de decisiones, más cuando éstas implican la discontinuación de prácticas establecidas.

En este capítulo se analizarán los diferentes ejes temáticos que dan marco al análisis posterior.

Construcción social

Partiendo de una perspectiva sociológica, tomamos en primer lugar los aportes de Bourdieu, quien reconoce que la estructura social, entendida como un sistema de posiciones y relaciones de poder, modela el comportamiento de los individuos a través de la socialización. Es decir que, en el entorno familiar, escolar y social amplio, los individuos son formados e internalizan representaciones y creencias a través de ciertas prácticas. En consecuencia, la predisposición a realizar algo proviene, en parte, de esta internalización (50–52).

Decimos en parte, porque desde corrientes de pensamiento post-estructuralistas se añade que la estructura social internalizada no es la única determinante del comportamiento de los individuos. Giddens añade que, en las sociedades post-tradicionales, en las que entran en crisis los modelos paternalistas y la autoridad del médico, el maestro o el rey, los individuos tienen la posibilidad de interactuar con la estructura social y sus condicionantes. En esta interacción asumen una posición reflexiva y se vuelven protagonistas activos de la cocreación y recreación de sus prácticas y creencias (53,54).

En consonancia, podemos entender que las epistemologías personales de los profesionales y personas que asisten al sistema de salud también son resultado de la interacción entre las estructuras internalizadas y la realidad, siendo sus creencias y actitudes el resultado de una construcción para la cual, como propone Olivé, aceptaremos un pluralismo epistémico (55). Por este motivo, los sujetos, médicos y pacientes, requieren ser reconocidos en su rol activo, tanto en el plano individual como en el colectivo, en el proceso de construcción de la realidad que tiene lugar por la acción de los sujetos en general y por la aprehensión cognitiva que ellos realizan de la realidad en el marco del proceso de conocimiento, cuestionando de esa manera la vieja idea de la verdad como correspondencia de la proposición con la realidad (56) y entendiendo, además, que los conocimientos y la toma de decisiones derivada de ellos son relativos a los modos en que se producen y a las comunidades en que se validan (56,57).

Esto nos lleva a asumir una perspectiva constructivista y post-estructuralista para comprender cómo llegan los individuos a formular sus decisiones y creencias ante los procedimientos diagnósticos y la prescripción. Más específicamente, asumimos que aquello que los médicos y las personas que asisten al sistema de salud expresen o decidan no siempre resultará de una aceptación pasiva y acrítica de la autoridad del médico o médica, ni de una razón fundamentada en el saber científico. Por el contrario, muchas veces será el resultado de sus propias experiencias de vida y de aquello sobre lo cual se han detenido a reflexionar en un proceso de acomodación de las certezas de partida a las nuevas situaciones y conocimientos aprehendidos; en otras palabras, un proceso de asimilación o transformación de lo nuevo para integrarlo a la estructura de comportamiento propia, a lo ya sabido.

Por otro lado, asumimos también, como ya ha sido estudiado desde la sociología médica, que existe un significado cultural de la enfermedad y que ni la experiencia de enfermedad ni el conocimiento médico provienen de la naturaleza, sino que son construidos socialmente. En

primer lugar, algunas enfermedades se encuentran particularmente arraigadas en el acervo cultural, lo cual no se deriva directamente de la naturaleza de la condición, pero sí determina la forma en que la sociedad responde a los afectados e influye en la experiencia de esa enfermedad. En segundo lugar, todas las enfermedades se construyen socialmente a nivel experiencial, sobre la base de cómo los individuos llegan a entender y vivir con su enfermedad (58).

Desde estos aportes de la sociología y la epistemología pretendemos dar cuenta de qué entendemos por creencias y actitudes de las personas que asisten al sistema sanitario y los profesionales de la salud, en pos de indagar su comportamiento ante los procedimientos de diagnóstico y desprescripción.

En esta instancia, creemos necesario describir la posición desde la cual entendemos la relación médico-paciente². Para esto realizaremos una descripción de los dos paradigmas que modelizan esta relación en la actualidad.

Modelo médico – Relación médico-paciente – Medicina centrada en el paciente

En esta investigación partimos de una concepción del ejercicio de la medicina definida en la literatura como atención médica centrada en el paciente. Esta perspectiva da cuenta de una particular manera de entender la relación médico-paciente.

Introducida por Balint (59), y en contraposición a la medicina centrada en la enfermedad, la medicina centrada en el paciente enfatiza elementos tales como: la exploración en conjunto de la enfermedad (todo lo que el médico puede objetivar como naturaleza real de un proceso patológico) y la dolencia (lo que el paciente sufre con su proceso y cómo lo interpreta); la comprensión de la persona en forma integral y en su contexto; la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente; la responsabilidad compartida en el control y proceso de atención; la construcción de un vínculo; y el desarrollo de una relación

² El término paciente evoca a la persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente proviene del latín *patiens*, que significa “sufriente” o “sufrido”. En este texto intentamos no utilizar la palabra “paciente”, ya que nuestro trabajo tiene como objetivo conocer las creencias y perspectivas en cuanto a las prácticas preventivas en la población sana. Sin embargo, el encuentro entre el profesional y la persona que asiste a la consulta está definida en la literatura y en el lego de la gente como relación médico-paciente, por lo cual en algunas ocasiones se hace imposible cumplir con esta premisa.

dinámica entre médico y paciente (59,60). De acuerdo con este paradigma, la enfermedad no está conceptualmente separada de la persona, ni ésta de su medio ambiente. Las categorías nosológicas convencionales se emplean todavía como marco de referencia, pero siempre en el contexto del individuo y sus circunstancias. La relación entre el médico y el paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución; la tarea del médico consiste en comprender la naturaleza física de la enfermedad, así como entender al paciente y el significado que le atribuye a la dolencia (61).

Esta perspectiva se erige en respuesta y contraposición al modelo biomédico. En este modelo los pacientes sufren enfermedades categorizables del mismo modo que otros fenómenos naturales. Es posible considerar a la enfermedad independientemente de la persona que la sufre y de su contexto social y se pueden considerar por separado las enfermedades mentales y las físicas. Cada enfermedad tiene un agente causal específico, y uno de los principales objetivos de la investigación es identificarlo. La aparición de la enfermedad puede explicarse como resultado de la exposición a un agente patógeno y la tarea principal del médico es diagnosticar la enfermedad y prescribir un remedio específico, destinado a eliminar la causa o disminuir los síntomas. El médico es normalmente un observador indiferente que prescribe y el paciente se comporta como un receptor pasivo en este proceso que acata (61). La máxima expresión de este paradigma es el modelo médico hegemónico (62), el cual ha sido cuestionado fuertemente en los últimos años (60). Las críticas principales a este modelo son el reduccionismo biológico, es decir, la exclusión de otros factores que los orgánicos para explicar la génesis de las enfermedades; su ahistoricidad, o sea, el presentar a las enfermedades como hechos exclusivamente naturales despojándolos de su categoría de hechos socio-culturales, y por ende, históricos; y su asocialidad, entendida como concepción que “define al acto médico como acto técnico más que como acto social”, dejando así de lado los determinantes que provienen de la clase social, las condiciones educacionales y la cultura, tanto del paciente como del médico (62).

Desde una perspectiva histórica encontramos que el antagonismo entre estos dos paradigmas tiene vastos antecedentes. Fue Crookshank quien ha seguido estos dos conceptos de la medicina hasta las escuelas de Cos y Cnido en la antigua Grecia. Para la escuela de Cos, la comprensión de la enfermedad incluía el conocimiento del paciente y su medio ambiente. La terapia consistía en la prescripción de un régimen para ayudar al paciente y permitirle vencer la enfermedad.

Para la escuela de Cnido, las enfermedades eran entidades por sí mismas, en tanto la tarea del médico consistía en categorizar la enfermedad y prescribir un remedio específico (61).

Si bien el modelo biomédico sigue siendo el predominante en la actualidad, a medida que sus limitaciones se hicieron evidentes comenzaron a desarrollarse nuevos modelos. Durante los años 50, Michael Balint comenzó a trabajar con médicos generales para investigar la relación médico-paciente, concluyendo que en esta relación era necesario escuchar, no hacer preguntas. Balint desarrolló conceptos como la escucha activa y la respuesta a los “ofrecimientos” del paciente como medio para comprender su dolencia. Distinguió entre el diagnóstico tradicional, la búsqueda de la patología, y el diagnóstico global, un intento de comprender al paciente y la relación médico-paciente. Balint también habló del papel de los propios médicos como potentes instrumentos diagnósticos y terapéuticos, y de la necesidad de conocer cómo se deben usar tales instrumentos –de ahí la importancia del autoconocimiento de los médicos (59,63). El método de Balint se ajustó al enfoque dualista del período, estando destinado a aplicarse sólo a ciertos pacientes con "enfermedades neuróticas", no a aquellos con problemas clínicos aparentemente evidentes.

A finales de los años 70 y comienzos de los 80, Engel (64,65) realizó una crítica al modelo biomédico, proponiendo uno más holístico que integrase los ámbitos bio-psico-social. Este modelo requiere que el médico considere e integre la información de varios niveles de la jerarquía de sistemas: del medio ambiente interno, de la persona y del nivel interpersonal. El autor sostenía que no es posible definir la enfermedad en términos estrictamente somáticos o físicos, sin reparar en las cuestiones psico-sociales que se desprenden de la propia actividad médica. Con el objetivo de disponer un marco teórico capaz de unificar ciencias naturales y sociales, se aferra a la Teoría General de Sistemas (TGS), un enfoque que consiste en la observación a través del sentido común, gracias al cual apreciamos que la naturaleza está ordenada de manera continua y de forma jerárquica, yendo de unidades grandes hasta las más pequeñas. Existen dos tipos de jerarquías: el individuo aislado (persona), que es el más alto nivel de la jerarquía orgánica, aunque también es el más bajo de la jerarquía social. Cada nivel es el reflejo de distintas propiedades y características –células, órganos, persona, familia– y éstas indican distintos niveles de complejidad y de relaciones. Cada nivel requiere de un particular criterio de estudio y cada uno de ellos está influenciado por la configuración del sistema del cual es parte. La continuidad en los distintos niveles implica que cada sistema es al

mismo tiempo un componente de otro sistema superior. Por ejemplo, el sistema célula es un componente del sistema tejido y persona; persona y dos personas son componentes de familia y comunidad (66).

Por su parte, Kleinman y sus colegas en 1978 (67), luego de realizar una investigación antropológica e intercultural, llamaron la atención sobre la frecuencia con la que los pacientes tienen modelos explicativos de la enfermedad que son discordantes con el modelo biomédico. Estos autores concluyeron que si el médico no explora la comprensión de la enfermedad por parte del paciente y no negocia algún acercamiento entre los dos modelos, el biomédico y el del paciente, es probable que el resultado de la atención sea insatisfactorio.

En 1986, surge el Método Clínico Centrado en el paciente que fue formulado por Joseph Levenstein (68,69). Este método se basa en las ideas desarrolladas por Balint, Engel y Kleinman (70), aquí ya reseñadas, pero va más allá al especificar las acciones involucradas en la tarea clínica en términos discretos y estableciendo criterios para su validación. Da respuesta a la necesidad de un método clínico con fuerza similar a la del método convencional, ya que si bien el modelo biopsicosocial proporciona una teoría sobre la cual basar el ejercicio de la medicina, como modelo médico es también una abstracción difícil de implementar en la práctica. Además de su poder predictivo, este método traduce en acciones específicas un proceso complejo, como es la atención médica, descomponiéndola en una serie de pasos lógicos que llevan a objetivos claramente definidos, y proporciona una guía precisa para el médico con criterios para la validación.

El método propone cuatro componentes integrados para la atención médica: 1) explorar la salud, dolencia y enfermedad, lo cual implica la exploración simultánea de los aspectos biomédicos de la consulta, la enfermedad comprendida en la secuencia de diagnóstico sintromico o nosológico, así como la dimensión humana de la experiencia de la enfermedad (dolencia), su nivel de aceptación y adaptación, las ideas, las vivencias del paciente y los sentimientos respecto al problema; 2) entender a la persona como un todo, lo que implica comprender a la persona en su contexto familiar, social y biográfico (ciclo vital), factores que se encuentran en íntima relación con los problemas de salud, las expectativas y su impacto; 3) encontrar un terreno común, poder generar un plan de acción que comprenda la “agenda médica” y la “agenda del paciente”, acordando prioridades, metas y responsabilidades, y

haciendo hincapié en el desarrollo de la autonomía del paciente; 4) mejorar la relación médico-paciente, comprendida como una relación humana de ayuda que permite establecer un vínculo de confianza para prevenir y resolver los problemas de salud del paciente, lo que implica actitudes como la empatía, la aceptación y la autenticidad (71).

En este marco, el paradigma de la medicina centrada en la enfermedad es superado al redescubrir al paciente como lo que es, una persona, con expectativas, sentimientos, creencias y problemas que acude en busca de ayuda porque el equilibrio que existía en su vida se alteró y eso le ocasiona sufrimiento. Propone que los médicos tengan en cuenta una definición de salud que abarque no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el significado de salud para el paciente y la capacidad de éstos para realizar sus aspiraciones y propósitos. Esto presupone varios cambios en la mentalidad del médico y en su práctica, sobre todo en la interacción con el paciente. Primero, requiere el abandono de una posición paternalista o autoritaria por parte del profesional de la salud que está a cargo y del paciente como sujeto pasivo, para así adoptar una perspectiva centrada en el paciente en la que el profesional comparte el poder en la relación, lo que implica renunciar al control que tradicionalmente ha estado en sus manos. En segundo lugar, este método plantea que mantener una postura extremadamente objetiva, o centrada en la patología, en relación con los pacientes produce una insensibilidad inaceptable del sufrimiento humano. Estar centrado en el paciente requiere, por lo tanto, un equilibrio entre la empatía y la racionalidad científica (70).

Relación médico-paciente

La relación médico-paciente también ha evolucionado de una práctica históricamente centrada en el médico a una práctica que incorpora en forma creciente las perspectivas del paciente. En este trabajo adoptamos la concepción del paciente como individuo autónomo con ejercicio pleno de sus derechos, con creencias originadas en inserciones familiares, culturales, populares, socioeconómicas, étnicas, religiosas, etc. El paciente es portador de conceptos propios y expectativas respecto del padecimiento que lo ocupa, lo cual modela su relación con el médico y puede contribuir u obstaculizar el logro de los objetivos terapéuticos. En este marco, las condiciones de una relación médico-paciente exitosa se basan principalmente en mantener una verdadera comunicación y no un mero intercambio de información o prescripciones (60).

En 1992 Ezequiel y Linda Emanuel (2) describieron cuatro modelos en la relación médico-paciente: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. Estos modelos implican variaciones en la actitud del paciente y del médico y, en consecuencia, diferentes grados de autonomía y relevancia de los valores del paciente, así como en la influencia del médico en las decisiones de éste. El modelo deliberativo es el que está más en consonancia con la medicina centrada en el paciente, ya que es el que más se condice con el concepto de autonomía de los pacientes, entendiendo a la autonomía no solamente como la posibilidad elegir sino también de determinar críticamente sus valores y preferencias, afirmar en base a reflexiones estos valores y las acciones que ellos justifiquen, para luego iniciar las acciones que le permitan poner en práctica esos valores. En este modelo se espera que el médico pueda integrar la información y los valores relevantes para luego recomendar y discutir las intervenciones más apropiadas para cada caso.

Si bien este nuevo enfoque con especial énfasis en la capacidad de agenciamiento de los pacientes, así como en sus derechos y necesidades, está adquiriendo un progresivo arraigo en los países en vías de desarrollo y aún en los desarrollados, el viejo modelo paternalista sigue estando vigente (72). Tener en cuenta la coexistencia de estos modelos, así como las diferentes posiciones que han tenido las personas en su rol de médicos y pacientes a lo largo de la historia, resulta un instrumental conceptual durante el análisis de los datos que emerjan del presente trabajo. Son estas posiciones las que posiblemente den parte del significado a las creencias, perspectivas y actitudes en el momento de continuar o no con las prácticas preventivas.

En los próximos apartados nos detendremos en la medicina basada en la evidencia (MBE) y la toma de decisiones compartidas. Creemos importante abordar estos tópicos ya que muchas veces se ha postulado que estas corrientes están en conflicto con el método clínico centrado en el paciente. Algunos postulan incluso que la MBE representa la "ciencia dura" y el método clínico centrado en el paciente es el lado "blando" de la medicina. Es importante resaltar que en los últimos años la mayoría de las guías de práctica clínica desarrolladas a partir de MBE incorporaron en sus recomendaciones la necesidad de incluir las preferencias de los pacientes en la práctica clínica y es ahí donde la toma de decisiones compartidas se hace necesaria.

Medicina basada en la evidencia y Medicina centrada en el paciente

La perspectiva de la medicina centrada en el paciente no entra en contraposición con la MBE, ya que esta última es un pilar fundamental en el cual se basan las decisiones de la primera. Entendemos que la MBE es, esencialmente, una estrategia de aprendizaje y formación continua que intenta zanzar la brecha entre la investigación y la práctica clínica cotidiana. Brinda los elementos necesarios para poder hacer una interpretación crítica de la información publicada e integrada efectivamente a la experiencia propia en pos de garantizar una atención médica de buena calidad, sin reemplazar la experiencia ni destreza clínica. Por lo tanto, la MBE no es un sustituto del juicio clínico ni debe aplicarse como una verdad absoluta que deje afuera las preferencias del paciente (73).

Toma de decisiones compartidas

En consonancia con la medicina centrada en el paciente, en la última década se ha desarrollado la toma de decisiones compartidas con el objetivo de mejorar la atención médica. Existen investigaciones que revelan que las decisiones más eficaces, tanto para el sistema de salud como para las personas que asisten a él, son aquellas que se toman teniendo en cuenta los valores y preferencias de los pacientes, la evidencia científica y el contexto. Esta concepción se centra en la premisa de que el poder debe ser más equitativamente compartido entre el paciente y el profesional. La función del médico es generar un diálogo abierto con el paciente para que, informado y desde su perspectiva, éste se involucre en la toma de decisiones acerca de los cuidados de su salud que el médico le propone como representante del saber científicamente validado. Es importante aclarar que, cuando se habla de toma de decisiones compartidas, se parte de escenarios donde hay más de una opción posible, cada una con sus ventajas y desventajas; es común que exista incertidumbre y que la decisión tomada impacte, en menor o mayor medida, sobre la vida de las personas (74).

Si bien en este trabajo se aboga por la implementación de este modelo, es importante aclarar que, como se expuso anteriormente, la recomendación de dejar de realizar una práctica se basa en que continuar con el rastreo de estos tipos de cáncer, luego de las edades indicadas, conduciría a pocos beneficios y muchos más daños. En este caso, el daño de continuar con el

uso de las prácticas está demostrado, excepto en casos específicos o en ciertas franjas etarias, por lo cual la función del médico es la de informar al paciente y acompañarlo de la mejor manera posible para lograr la desimplementación de dichas prácticas. En este caso hablamos de decisiones informadas, reservando la toma de decisiones compartidas para aquellos casos en los cuales la evidencia no es concluyente respecto a que los daños superan los beneficios, como es el caso del rastreo de cáncer de colon en personas entre los 75 y 85 años.

Consideraciones éticas

En el siguiente apartado se expondrán algunos conceptos éticos en cuanto a la práctica de la medicina que creemos fundamentales para llevar a cabo este trabajo. Los cuatro principios éticos que rigen la práctica clínica son: el principio de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía. El principio de no maleficencia y justicia son considerados principios de primer orden, por lo cual priman sobre los otros en el caso de conflicto.

El principio de no maleficencia es la reformulación del "primero no dañar". En un sentido más contundente podríamos decir, probablemente, que en medicina es mucho más importante no hacer mal que hacer bien (75) y que siempre es mandatorio minimizar los riesgos. Este principio tiene especial relevancia en la formulación del marco teórico si se considera que este trabajo se centra en la recomendación de discontinuar la realización de ciertas prácticas preventivas a determinadas edades debido a que la realización de éstas produce más daños que beneficios (esto se desarrollará de manera extensa en el apartado de prevención). Cuando se habla de prevención primaria o secundaria, como es el caso del *screening*, se habla de intervenciones realizadas en población sana o asintomática. Por lo cual, lo que se quiere evitar o prevenir con estas prácticas son potenciales daños que no existen en el presente y que quizás nunca existirán, pero cuyo perjuicio suele darse en el presente, convirtiendo a personas sanas en enfermas. El imperativo ético de no dañar se hace mucho más fuerte cuando se habla de intervenciones en personas sanas, como lo es en el caso de nuestro trabajo, con las cuales el contrato preventivo es muy diferente del contrato terapéutico con aquellas personas que consultan por algún síntoma o enfermedad (76).

Por otro lado, la autonomía es la capacidad que tienen los sujetos de tomar decisiones con conocimiento y sin coerción. En un sentido más amplio, es la capacidad de autolegislarse y de gestionar por sí mismos sus ideales del bien (75). Este principio está presente en todo el marco

conceptual presentado. Sin embargo, parece importante resaltar que para que una persona pueda tomar decisiones con conocimiento, la calidad y cantidad de información que recibe a la hora de decidir o no realizar una práctica debería estar asegurada. En la actualidad, previo a la realización de ciertas prácticas, los pacientes firman un consentimiento informado con este fin.

En instancias de análisis de los datos se privilegiará la perspectiva de evitar daños y la primacía del principio de no maleficencia en aquellos casos en que la evidencia demuestre mayores daños que beneficios, respetando siempre la autonomía del paciente y abogando por la toma de decisiones informadas.

Luego de dar cuenta de las perspectivas sociológicas y epistemológicas que utilizaremos en el análisis de los datos, dar marco a nuestra perspectiva de la relación médico-paciente, y realizar un recorrido por los principios éticos que rigen la práctica médica, creemos fundamental abordar e historificar el concepto de prevención para luego introducirnos en los de *screening* de cáncer de cuello de útero, mama y colon individualmente.

Prevención

En el siguiente apartado se realizará una revisión del concepto de prevención y su historia, así como de los problemas derivados de ésta, los falsos positivos y el sobrediagnóstico. Creemos importante incluir esta sección ya que comprender la construcción social e histórica del concepto de prevención, así como conocer los daños que pueden derivar de la misma, son ejes fundamentales de nuestro trabajo

Prevenir es el acto por el cual se pretende evitar que algo suceda, de ahí que la medicina preventiva se ocupe de los problemas relativos a la promoción y protección de la salud (77). Existen tres niveles de prevención según el momento en que se realiza la práctica preventiva. La prevención primaria comprende la protección y la promoción de la salud y se caracteriza por realizarse antes de que la enfermedad se presente, es decir, cuando el individuo se encuentra sano. La prevención secundaria, en cambio, comprende el diagnóstico y el tratamiento precoz y se realiza cuando la enfermedad ya está presente (generalmente en forma asintomática), disminuyendo la morbimortalidad y las complicaciones. Así, la realización de la videocolonoscopia o sangre oculta en materia fecal, el Papanicolaou y la mamografía son tres maniobras de prevención secundaria que detectan la enfermedad (en este caso el cáncer) antes

de que ésta sea clínicamente evidente. Por último, la prevención terciaria incluye la rehabilitación y actúa cuando la enfermedad ya causó el daño (78).

La detección temprana del cáncer ha sido un objetivo en la comunidad médica durante más de un siglo. Su historia se desarrolló junto a la del examen periódico de salud y la premisa de que cualquier desviación de la normalidad debía eliminarse. Esta premisa se basaba en la creencia de que las enfermedades se desarrollan de manera lineal. En aquel momento se pensaba que los cánceres presentaban un curso lineal y progresivo de crecimiento que iba aumentando en agresividad, y que esto podía modificarse si se encontraban al inicio de su desarrollo. Este modelo de desarrollo de la enfermedad condujo a la deducción lógica de que la detección temprana, al "romper la cadena" del desarrollo del cáncer, debía ser beneficiosa para las personas (79).

En esta línea de pensamiento, el médico británico Horace Dobell, en su tratado *Lectures on the Germs and Vestiges of Disease, and on the Prevention of the Invasion and Fatality of Disease by Periodical Examinations* de 1862 (4), propuso que la realización en forma rutinaria de una historia clínica y un examen físico completos, acompañados de una batería de pruebas de laboratorio, podían descubrir alteraciones fisiológicas iniciales que sirvieran para detectar enfermedades en general de manera temprana. Por su parte, en 1907, el estadounidense Dr. Charles Childe abogó por la detección temprana del cáncer en su libro titulado *The Control of a Scourge, or How Cancer is Curable*, declarando que la mayoría de los cánceres eran curables si se los detectaba de manera temprana (79). Más tarde, en la década de 1920, la Asociación Médica Americana (AMA) aprobó el uso del examen periódico de salud para la detección de numerosas enfermedades, entre ellas el cáncer (80). Es importante tener en cuenta que, durante la primera mitad del siglo XX, las pruebas de detección se adoptaban basándose únicamente en la opinión de expertos, no contándose con otro tipo de evidencia científica (81).

En los años 30, 40 y 50 hubo un aumento en las campañas de salud dirigidas al público promoviendo la detección temprana del cáncer. La innovación tecnológica llevó con los años a la introducción de nuevas pruebas diagnósticas, muchas de las cuales se convirtieron en pruebas de *screening* (81). Como se señaló anteriormente, el rastreo, tamizaje o *screening* es la aplicación de una prueba para detectar una condición o enfermedad potencial en una persona que no tiene signos ni síntomas conocidos de esa enfermedad o condición. El rastreo tiene

como meta reducir la morbilidad o la mortalidad de una enfermedad en las personas que se lo realizan (77).

En la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de la MBE comenzó a desafiar los supuestos básicos que sustentaban las prácticas clínicas hasta el momento produciendo un alejamiento del pensamiento intuitivo, el razonamiento deductivo puro y la observación personal. Así, la MBE surgió como un método formal para evaluar la eficacia de los métodos de *screening* y sus efectos en la población.

A fines de la década de 1960, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó *Principles and practice of screening for disease*. En él, Wilson y Jungner enumeraron los 10 principios fundamentales destinados a guiar la toma de decisiones con respecto a la implementación de una prueba de *screening* o tamizaje en una población dada (82). Estos principios eran:

1. La condición buscada debe ser un problema de salud importante.
2. Debe existir un tratamiento aceptado en caso de que se confirme la patología.
3. Los métodos para el diagnóstico y tratamiento deben estar disponibles.
4. La condición debe tener una etapa sintomática latente o temprana reconocible.
5. Debe haber una prueba/test o examen físico adecuado para su detección.
6. La prueba/test debe ser aceptable para la población.
7. La historia natural de la afección, incluido el desarrollo de enfermedad latente a declarada, debe entenderse adecuadamente.
8. Debe haber una política acordada sobre a quién tratar como paciente.
9. El costo de la búsqueda de casos (incluido el diagnóstico y el tratamiento de pacientes diagnosticados) debe ser económicamente equilibrado en relación con el gasto en atención médica en su conjunto.
10. La búsqueda de casos debe ser un proceso continuo.

La aparición de los primeros ensayos clínicos en las décadas del 60 y 70 cuestionaron aún más las prácticas que se venían realizando hasta el momento. The Kaiser Permanente Multiphasic Health Checkup Evaluation y The South-East London Screening Study Group fueron dos ensayos aleatorizados que estudiaron el impacto de los chequeos de salud en la mortalidad general, ninguno de los dos mostrando resultados positivos (83,84). La eficacia del *screening* de cáncer de pulmón con radiografías de tórax o citología de esputo tampoco logró reducir la

mortalidad e incluso evidenció un incremento del riesgo debido a la morbilidad del tratamiento en tres ensayos aleatorios patrocinados por el Instituto Nacional del Cáncer de la Clínica Mayo, Johns Hopkins y Memorial Sloan-Kettering (85–87). Por otro lado, respecto al *screening* de cáncer de mama, estudios aleatorizados como The Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) Study, The Mamo Study y The Swedish Two-County Trial, aunque con limitaciones metodológicas, mostraron una reducción en cuanto a la mortalidad por cáncer de mama con el uso de la mamografía como método de *screening* (88–90).

Estos hallazgos de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados, que podían parecer contraintuitivos, centraron la atención en las estrategias de *screening* y revelaron serias deficiencias en la evidencia utilizada para apoyar su recomendación (79). En ese momento surgieron diferentes organizaciones, entre ellas La Fuerza de Tarea Canadiense para el Examen Periódico de Salud y la USPSTF, que abogaron por el alejamiento del pensamiento intuitivo y el surgimiento de la MBE a través del desarrollo de una metodología formal, cuantitativa y explícita para determinar el perfil general de riesgo-beneficio (91).

En 1975, siguiendo la misma línea de los principios formulados por la OMS años antes, Frame y Carlson postularon que para reducir la morbilidad o la mortalidad de una enfermedad, el rastreo de esa enfermedad debía cumplir con ciertos criterios, a saber: a) la condición debe tener un efecto significativo sobre la calidad y cantidad de vida, b) la condición debe tener un período asintomático durante el cual su detección y el tratamiento reduzcan la morbimortalidad, c) el tratamiento en la fase asintomática (tratamiento temprano) debe ser más beneficioso que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnóstico habitual, d) los estudios para detectar la condición en el período asintomático deben ser efectivos, y e) el daño de la intervención debe ser menor que el del tratamiento en la etapa sintomática (77). Si bien este cambio de paradigma contribuyó, como se dijo antes, al desarrollo de una metodología formal, es importante aclarar que cuando se habla de rastreo, de MBE y de prevención, existen sesgos o errores en los estudios de rastreo que pueden dificultar su interpretación.

Se denomina sesgo a una desviación sistemática y en una determinada dirección que lleva a una errónea interpretación de la realidad. El sesgo no es azaroso y depende de errores metodológicos en la realización de un trabajo científico. Los sesgos en el rastreo pueden ser de diferentes tipos: a) de dilución: algunos pacientes incluidos en el rastreo no reciben la prueba;

b) de contaminación: algunos pacientes no incluidos en el rastreo reciben la prueba de todos modos; c) de selección: el criterio de selección de la población del ensayo no es el adecuado y, por lo tanto, la población del ensayo puede no ser representativa de la población a la cual se le aplicará la intervención estudiada en el ensayo; d) del tiempo de duración: los estudios de rastreo de una enfermedad se determinan según el sexo y la edad del paciente. Las enfermedades detectadas por una prueba durante un rastreo tienden a tener intervalos preclínicos mayores que el promedio. Por ende, podrían ser casos menos agresivos de la misma enfermedad y, por lo tanto, de mejor pronóstico (menor mortalidad); y e) del tiempo de anticipación ("lead time bias"): muchas veces al pedir estudios se está anticipando y detectando una enfermedad en su fase asintomática. Sin embargo, por las características de la enfermedad, ese diagnóstico temprano puede parecer alargar la sobrevida, pero no modifica la mortalidad si no modifica el tiempo final de muerte (77).

Falsos positivos, negativos y sobrediagnóstico

Para analizar la complejidad actual de la prevención es importante atender problemas importantes al momento de encarar el rastreo de las enfermedades en etapas asintomáticas: los falsos positivos, los falsos negativos y el sobrediagnóstico. El primer problema es la probabilidad de que la maniobra de diagnóstico precoz arroje un resultado falso positivo. Es decir, una prueba puede arrojar un resultado anormal, en tanto estudios posteriores confirman que la persona no estaba enferma. Los falsos positivos acarrearán daños como ansiedad, temor, el sentirse "enfermo", la cascada de estudios desencadenada a partir de un resultado positivo, dolor, radiaciones, riesgos por anestesia, entre otros, y los costos mayores para el sistema de salud. El segundo problema, los falsos negativos, conlleva la posibilidad de que una prueba arroje un resultado negativo en una persona enferma y esto produzca un falso reaseguro. Por ejemplo, una radiografía de tórax en un fumador puede ser normal hasta estadios avanzados de la enfermedad. El tercer problema del rastreo de enfermedades en pacientes asintomáticos es la posibilidad de incurrir en lo que actualmente se entiende como sobrediagnóstico o, dicho en otras palabras, el diagnóstico de una enfermedad que nunca causará daño ni la muerte del paciente si estuviese librada a su evolución (76). Este fenómeno está bien documentado, ya que el aumento de la incidencia de muchos de los cánceres que se buscan a través del rastreo no ha sido acompañado por una disminución proporcional de la mortalidad por dichas enfermedades. Por lo tanto, el concepto de sobrediagnóstico está relacionado con la comprensión errónea que

muchas veces tenemos de la “historia natural de las enfermedades”. En otras palabras, existe la creencia general de que si una persona tiene un cáncer en su cuerpo, sacarlo y tratarlo resulta siempre la mejor opción ya que, invariablemente, ese cáncer va a desarrollarse y finalizar con la vida del individuo. Esta apreciación es evidentemente errónea y está en la base misma de la complejidad que reviste el trabajo de prevención (76).

Es importante aclarar que todos estos problemas aumentan con el sobreuso de las prácticas preventivas, ya que a mayor número de estudios mayor es la probabilidad de que alguno de estos problemas aparezca.

Recomendaciones respecto al *screening*

A la hora de tomar decisiones acerca de qué prácticas de *screening* realizar o no, el ACP recomienda que tanto médicos como pacientes consideren los siguientes conceptos:

- Concepto 1: El *screening* no siempre es una única práctica. Una práctica de *screening* puede desencadenar una cascada de pruebas/prácticas que pueden generar beneficios o daños. Muchos pacientes necesitarán realizarse pruebas de seguimiento. Los pacientes con resultados verdaderamente positivos (resultados que muestran cáncer) se beneficiarán de estas prácticas. Sin embargo, los pacientes con resultados falsos positivos (resultados que muestran cáncer que no existe o que no necesita tratamiento) pueden tener más daños y costos.
- Concepto 2: No todos los casos de cáncer son iguales. Las estrategias de detección buscan encontrar el cáncer que responda al tratamiento temprano. Algunos tipos de cáncer crecen muy lentamente y nunca van a causar síntomas. Si se encuentra este tipo de cáncer durante la evaluación, un paciente experimentará más daños que beneficios. La evaluación sólo vale la pena cuando se encuentra un cáncer cuyo tratamiento temprano tenga beneficios.
- Concepto 3: No todos los pacientes son iguales. Las estrategias de detección se centran en los pacientes que se beneficiarán con la detección y el tratamiento tempranos. Algunos pacientes con “buena salud” se beneficiarán del tratamiento contra el cáncer y vivirán más tiempo. Es posible que otros pacientes no obtengan beneficio del tratamiento contra el cáncer ya que morirán antes por otros problemas de salud.

- Concepto 4: Si bien el *screening* conlleva beneficios importantes para algunos tipos de cáncer y algunas personas, también puede provocar daños significativos para muchas más personas. Si un paciente tiene un resultado verdaderamente positivo, el *screening* puede beneficiar al paciente al conducir a un tratamiento temprano y mejorar los resultados. Para otros, puede que no haya beneficios sino daños graves. Estos daños incluyen la posibilidad de necesitar otras pruebas que pueden causar dolor, ansiedad por los resultados y costos adicionales. En algunas personas, que el cáncer se detecte temprano no significa que sus vidas se extiendan.
- Concepto 5: Determinar el valor de las estrategias de detección es complejo, pero no imposible. El número de personas perjudicadas de alguna manera por el *screening* siempre es mayor que el número de muertes prevenidas por el *screening*. Sin embargo, el beneficio de salvar o extender la vida de una persona es extraordinario y a menudo puede superar los daños que algunas personas experimentan (92).

Por su parte, la USPTF establece grados de recomendaciones (77) para las diferentes prácticas clínicas basándose en el grado de evidencia de la información que respalda su implementación. El grado de evidencia y la confiabilidad que respalda los conocimientos actuales se clasifican según la estrategia utilizada para obtenerlos, de la siguiente manera:

- Grado I: Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo clínico aleatorizado y controlado, bien diseñado.
- Grado II-1: Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados no aleatorizados, bien diseñados.
- Grado II-2: Evidencia obtenida a partir de estudios de cohortes (a = prospectivos, y b = retrospectivos) o estudios caso-control (c) bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por más de un grupo de investigadores.
- Grado II-3: Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin grupo control. Incluye resultados contundentes producidos por experimentos no controlados (por ejemplo, introducción de la penicilina en los años 40).
- Grado III: Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

En base a esto, la USPTF establece grados de recomendaciones para las diferentes prácticas y sugerencias en cuanto a su implementación en la práctica clínica.

Grado de evidencia	Definición	Sugerencia en la práctica
A	Existe buena evidencia científica para recomendar la práctica y la magnitud del beneficio es sustancial.	Ofrecer o realizar la práctica
B	Existe buena o suficientemente buena evidencia científica para recomendar la práctica y la magnitud del beneficio supera los riesgos (beneficio sustancial o moderado).	Ofrecer o realizar la práctica
C	Existe buena o suficientemente buena evidencia para recomendar (o no) la práctica, pero la magnitud del beneficio es pequeña.	Ofrecer o realizar esta práctica en pacientes seleccionados en función de las preferencias personales
D	Existe buena o suficientemente buena evidencia para NO recomendar la práctica y la magnitud del beneficio es nula	Desaconsejar el uso de esta práctica.
I	La evidencia disponible es insuficiente para concluir a favor o en contra de la	Si se ofrece la práctica, los pacientes deben comprender la incertidumbre sobre el

	práctica y la magnitud del beneficio no puede ser determinada.	balance de beneficios y daños.
--	--	--------------------------------

Como puede observarse, las únicas prácticas preventivas que cuentan con evidencia que respalde su recomendación son aquellas de grado A y B, mientras que para las recomendaciones grado C, en las que la magnitud del beneficio es pequeña, se debería individualizar las decisiones e incluir las preferencias de los pacientes en las mismas; en tanto, debería desaconsejarse el uso de las prácticas con recomendaciones grado D. En cuanto a las recomendaciones grado I, para las cuales la evidencia disponible es insuficiente para concluir a favor o en contra de la práctica y la magnitud de su beneficio, por tratarse de estudios preventivos en los cuales se interviene sobre poblaciones sanas consideramos que la recomendación debería ser la de no continuar con el rastreo, por lo menos hasta que se cuente con información concluyente que demuestre beneficios claros de la intervención, sosteniendo, como se especificó en este marco teórico, que en el contrato preventivo debe primar el no dañar.

Historia del *screening* o rastreo

Si hacemos un recorrido por la historia del rastreo de cáncer de cuello uterino, de mama y de colon, vemos que tanto las creencias iniciales acerca del rastreo y la medicina intuitiva como los sesgos presentes en la MBE y los problemas derivados de la complejidad de la prevención se hicieron presentes en diferentes momentos de la historia.

***Screening* de cáncer de cuello de útero**

El cáncer cervicouterino se produce por un crecimiento anormal de las células del cuello de útero causado por algunos tipos del virus de papiloma humano (VPH). En 1928, Georgios Papanicolaou creó el test de Papanicolau (PAP) para la detección del cáncer de cuello uterino y, en 1943, se publicó el Atlas for Exfoliative Cytology, que explicó la capacidad del test de detectar anomalías en las células cervicales, las cuales podrían ser cáncer o progresar a éste (93). Los programas de detección de cáncer de cuello uterino mediante la realización del PAP anual se implementaron rápidamente a finales de la década de 1940.

El *screening* con PAP fue introducido en un momento de amplia discordancia en cuanto a la lectura de la citología cervical, además de la falta de comprensión del comportamiento biológico de la displasia, por lo que algunas mujeres con displasia cervical eran tratadas con histerectomía o radioterapia tal como si la displasia fuera un cáncer invasivo (81). En la actualidad se sabe que las displasias cervicales leves (CIN I - neoplasia intraepitelial cervical cervical) y moderadas (CIN II) no son precursoras obligadas de cáncer de cuello y que, en su mayoría, se retrotraen espontáneamente en el término de un año (94). A fines de la década de 1950 y principios de la década de 1960, basándose en la evidencia disponible hasta el momento, la práctica médica abandonó el uso de la histerectomía como tratamiento de las displasias, reemplazándolo por ablación con electro cauterización o láser y crioterapia. Es importante recordar que estos procedimientos tampoco están libres de daños, ya que pueden debilitar la competencia cervical y llevar a complicaciones de fertilidad y embarazo (94).

Independientemente de esto, a fines de la década del 70, se observaron reducciones significativas en la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero en aquellos países que habían implementado la estrategia de detección dos décadas antes. En 1976, el virólogo alemán Harald zur Hausen publicó su hipótesis de que el VPH estaba involucrado en la causa del cáncer cervical, la cual fue confirmada más adelante al identificarse la presencia de VPH-16 y VPH-18 en biopsias de cáncer de cuello uterino. Con el tiempo, logró determinarse que estas dos cepas representan aproximadamente el 70 por ciento de los cánceres cervicales en todo el mundo (95).

Ya en 1996, la USPTF recomendó la realización de exámenes PAP cada tres años, luego de que la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) y el ACP sostuvieran que las evaluaciones anuales eran innecesarias y que además podían producir más daños que beneficios. Pese a esto, hasta el año 2004, más de la mitad de las mujeres en Estados Unidos continuaban siendo examinadas una vez al año (96).

En 2006 se introdujo la vacuna contra el VPH y, entre 2006 y 2009, se desarrolló una prueba de ADN para su detección. A diferencia del PAP, esta prueba no detecta células precancerosas o cancerosas, sino que identifica las cepas del virus que podrían causar cáncer. Las pautas para la detección comenzaron así a avanzar hacia la "prueba conjunta", utilizando una prueba de VPH y citología.

Hasta ese momento, la mayoría de las asociaciones recomendaban comenzar el rastreo de cáncer cervical luego del inicio de las relaciones sexuales, hacerlo todos los años y a lo largo de toda la vida de la mujer. En el 2012, comenzó a generarse consenso respecto a las pautas de *screening* para el cáncer de cuello de útero, recomendándose: comenzar con las pruebas luego de los 21 años, realizarlas cada tres años, realizar prueba conjunta de PAP y VPH cada cinco años luego de los 30 años, o continuar con PAP cada tres años. Las recomendaciones desaconsejaban las evaluaciones anuales en la población general.

En abril de 2015, el ACP publicó sus mejores prácticas para el cribado del cáncer de cuello uterino, recomendando específicamente no realizar pruebas con frecuencia menor a tres años en mujeres de riesgo promedio de entre 21 y 65 años y estableciendo que los médicos pueden usar la prueba conjunta de PAP y VPH una vez cada cinco años para mujeres mayores de 30 años (9).

Estas nuevas recomendaciones respondieron a que, si bien el *screening* de cáncer de cuello de útero había mostrado disminución de la morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer, existían daños que no habían sido tomados en cuenta a la hora de realizar las indicaciones. Estos daños, que a menudo reciben menos atención, son complicaciones directamente derivadas de la detección tales como los falsos positivos y sus pruebas confirmatorias, gasto, ansiedad y alteraciones en la vida cotidiana de las personas con diagnósticos con significado clínico poco claro, además de la vigilancia prolongada realizada a pacientes con pruebas positivas, pero sin evidencia de enfermedad. El ACP concluyó que los beneficios se podían maximizar iniciando la detección temprana y repitiendo las pruebas con la frecuencia indicada, y que los daños podían minimizarse adoptando un alcance más focalizado para la detección, reconociendo al mismo tiempo la evidente tensión entre estos dos objetivos de detección, las frecuentes controversias con respecto a la edad a la cual comenzar y finalizar la detección del cáncer, y el intervalo de detección apropiado (9). Es necesario destacar que, en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación recomienda el rastreo anual en las mujeres a partir de los 25 años y hasta los 65 años, pudiendo espaciarse a 3 años ante dos resultados anuales consecutivos negativos.

Screening de cáncer de mama

En 1913 se utilizaron por primera vez los rayos X para obtener imágenes del cáncer de mama. A fines de la década de 1950, gracias a las innovaciones del radiólogo Houston Robert L. Egan, se logró mejorar la técnica y así obtener imágenes mamográficas más claras y fáciles de interpretar (97), lo cual demostró además la detección de tumores que no eran palpables. Este hallazgo reforzó la idea del *screening*, ya que en aquella época se creía que los tumores no tratados eran indefectiblemente letales.

En 1966, se diseñó un ensayo prospectivo aleatorizado para la detección de cáncer de mama del HIP (98). En este ensayo, más de 62.000 mujeres de 40 a 64 años fueron asignadas a 1) palpación mamaria y una mamografía, o bien 2) atención habitual, que en algunos casos incluía palpación mamaria. En 1971, la tasa de mortalidad por cáncer de mama de la cohorte examinada mostró ser un 40% más baja que la del grupo control. Este estudio confirmó que el *screening* de cáncer de mama con un tratamiento posterior se asociaba con una reducción de la mortalidad y que, además, 70% de los cánceres detectados tenían ganglios negativos, frente al 45% del grupo de control. En ese momento, este cambio en el estadio en el cual se detectaban los cánceres se consideró evidencia en beneficio de la detección. Sin embargo, los conocimientos actuales de la biología del cáncer de mama sugieren la presencia de sobrediagnóstico, ya que lo que se identificaba era el aumento de la incidencia de cáncer localizado sin una disminución en la incidencia de enfermedades regionales o a distancia (99).

Por otro lado, la interpretación de los resultados del estudio HIP fue controvertida, especialmente para las mujeres de 40 años. El análisis de estratificación por edad mostró que la reducción de la mortalidad se produjo en mujeres de 50 años o más (81). Numerosos estudios fueron realizados luego de estos. En noviembre de 2009, la USPSTF fue noticia cuando recomendó no realizar mamografías de detección de rutina para mujeres menores de 50 años (11,100), enfatizando que la decisión de comenzar la detección antes de los 50 años debe hacerse de manera individual, teniendo en cuenta las preferencias de cada mujer con respecto a los beneficios y daños. Sin embargo, no todos los grupos estuvieron de acuerdo con la recomendación de USPSTF, y la ACS declaró que seguía recomendando mamografías de detección de rutina a partir de los 40 años (100).

Tanto la ACS como la USPSTF acordaron que los estudios disponibles mostraban que la mamografía reducía el riesgo relativo de una mujer de morir por cáncer de mama en aproximadamente un 15%; sin embargo, debido a que el cáncer de mama es menos común antes de los 50 años, 565 mujeres más necesitarían realizarse una mamografía para evitar una muerte por cáncer de mama cuando el examen se realiza a los 40 años, en comparación con mujeres de 50 años. Además, retrasar el inicio de la detección hasta la edad de 50 años disminuiría el número de resultados falsos positivos en un 60% y evitaría igualmente el 85% de las muertes prevenibles por cáncer de mama (101). La USPSTF concluyó que el beneficio marginal de la detección en mujeres antes de los 50 años no superaba claramente la ansiedad adicional y los daños potenciales que resultarían de las cascadas diagnósticas provocadas por numerosos resultados falsos positivos, aunque la ACS no estuvo de acuerdo (100).

En un estudio publicado en febrero de 2014, el Canadian National Breast Screening Study sumó a la controversia confirmando, luego de un seguimiento a 25 años, que la mamografía anual en mujeres de 40 a 50 años no reducía la mortalidad por cáncer de mama más allá de lo que se lograba mediante un examen físico de las mamas y los cuidados habituales (102). Este estudio también encontró que el 22% de los cánceres de mama invasivos detectados mediante el *screening* fueron sobrediagnosticados y, por lo tanto, tratados en exceso (102), un hallazgo que es consistente con otros estudios (103).

Más allá de que la introducción de la mamografía como estrategia de rastreo no tuvo un impacto de la magnitud esperada, la realidad es que este es el único método que ha demostrado una reducción de la mortalidad por cáncer de mama. El uso de la mamografía como método de rastreo llevó a un mayor diagnóstico de carcinomas ductales *in situ* y en estadios iniciales, aunque este efecto no fue acompañado de una reducción similar en la tasa de mortalidad y fue variable en los diferentes grupos etarios (104). La evidencia disponible en la actualidad avala beneficios al menos moderados de realizar rastreo con mamografías periódicas entre los 50 y los 74 años, presentándose el mayor rédito en el subgrupo de mujeres de entre 60 y 69 años. Para las mujeres de entre 40 y 49 años, los resultados de los estudios son contradictorios y el potencial beneficio parecería ser pequeño (104).

En la actualidad existe consenso en ofrecer el rastreo de cáncer de mama a las mujeres de entre 50 y 74 años de edad. Aun cuando se conoce que un considerable número de resultados de la

mamografía serán falsos positivos, que a su vez originan gran cantidad de biopsias innecesarias, la relación costo-beneficio continúa siendo a favor del rastreo sistemático de las pacientes en ese grupo etario. No está demostrado cuál es el intervalo ideal para su realización, pero podría hacerse cada 2 o 3 años.

Por lo expuesto anteriormente, en mujeres de edad comprendida entre 40 y 49 años, se recomienda individualizar la decisión de realizar el rastreo, discutir con la paciente los posibles beneficios y daños (reducción absoluta de la mortalidad muy pequeña, alta tasa de falsos positivos, riesgos del sobrediagnóstico y del sobretratamiento, etc.) y tomar la decisión en forma compartida.

Aunque los ensayos clínicos publicados sobre este tema no incluyeron mujeres mayores de 75 años, en el año 2016 la USPSTF (11) concluyó que no existía suficiente evidencia que recomiende su implementación en mujeres de este grupo etario (recomendación grado I). Dado que el cáncer de mama es una causa importante de muerte en mujeres mayores, algunos autores sugieren que ellas podrían beneficiarse con el rastreo de esta enfermedad; sin embargo, la mayoría de las guías de práctica clínica actuales recomiendan indicar el rastreo hasta los 75 años.

Screening de cáncer colorrectal (CCR)

En mayo de 1927, Lockhart-Mummery y Dukes publicaron *The Precancerous Changes in the Rectum and Colon* (81), uno de los primeros artículos que plantean que el CCR comienza como un pólipo benigno. Años después, Dukes desarrolló el primer sistema de estratificación del CCR. Se debatiría la teoría de los pólipos hasta que, en 1988, Vogelstein demostró que la carcinogénesis colorrectal era un proceso gradual de acumulación de anomalías genéticas. Posteriormente, en 1993, se publicó el National Polyp Study, que demostró que la remoción de pólipos reduce la incidencia de CCR (105,106).

En 1948, un estudio con sigmoidoscopia rígida en 21.500 individuos en la Universidad de Minnesota demostró que la incidencia del CCR era un 85% menor a la esperada en aquellos individuos a los que se les realizaba el estudio, con una supervivencia a 5 años del 64% en las personas diagnosticadas con CCR, un número mucho mayor al esperado (107).

En la actualidad, la detección del CCR es, sin duda, una causa de la disminución en su incidencia y de la reducción de casi el 50% en la mortalidad desde 1980. Sin embargo, existen varias estrategias de detección disponibles, con diferentes niveles de evidencia para respaldar su efectividad, así como ventajas y limitaciones, aunque no hay datos empíricos disponibles que demuestren que alguna de las estrategias proporcione un mayor beneficio neto (108).

En un primer momento, el rastreo se realizaba con el sigmoidoscopio rígido, el cual era muy difícil de utilizar y tenía poca aceptación en la población. La tecnología mejoró considerablemente a fines de los años 60 y 70 con la aparición de la rectosigmoidoscopia (RSC) flexible y la videocolonoscopia. La capacidad de detección del CCR del rectosigmoidoscopio se correlaciona directamente con su longitud. Si bien es un buen estudio de rastreo, su uso está disminuyendo debido a lo invasivo de la prueba cuando no se utiliza anestesia, lo cual hace que finalmente se prefiera la colonoscopia.

Por su lado, el colon por enema tiene una sensibilidad del 80% al 95% y una especificidad del 90%. Sin embargo, el riesgo acumulado de falsos positivos a lo largo de 25 años de rastreo es del 25%, con una tasa de perforaciones del 0.02%, por lo cual no es un estudio muy utilizado en la actualidad para el rastreo de CCR.

El análisis de la sangre oculta en materia fecal (SOMF) surge a mediados de la década de 1960 con la introducción del método de guayaco (HCC). Existen en la actualidad dos métodos bioquímicos diferentes. El método químico (por colorimetría o guayaco) detecta la presencia de hemoglobina tanto humana como animal. Es un método económico y se encuentra disponible en la mayoría de los laboratorios. Los métodos inmunológicos FIT (por su sigla en inglés, *fecal immunochemical test*) se basan en el empleo de anticuerpos policlonales o monoclonales específicos para la hemoglobina humana y podemos encontrarlos en distintos formatos (ELISA, aglutinación de partículas de látex e inmunocromatografía). Existe un nuevo estudio FIT, llamado FIT-ADN, que combina un test inmunológico con un test que detecta la presencia de alteraciones del ADN conocidas en la secuencia adenoma-carcinoma de la carcinogénesis colorrectal. Este método es más sensible que los otros estudios de materia fecal, pero a la vez menos específico, lo que resulta en más resultados falsos positivos, más colonoscopias de diagnóstico y más eventos adversos asociados a pruebas de detección. Además, es una prueba costosa que está disponible en muy pocos centros (108).

Por otra parte, la colonoscopia virtual es un método de diagnóstico que requiere preparación previa, en forma similar a la colonoscopia, y la insuflación intraluminal a través de un catéter rectal. Su sensibilidad para la detección de CCR y adenomas mayores o iguales a 10 mm varía entre 84% y 94%, con una especificidad mayor al 90%. La eficacia de este método para reducir la mortalidad por CCR no ha sido evaluada en forma directa, aunque sus ventajas consisten en que permite la visualización de la totalidad de la mucosa colónica y la detección de adenomas grandes tan bien como la colonoscopia, pero sin sedación y con menor riesgo de perforación (108).

A mediados de la década de 1990, se llegó a un consenso acerca de que el *screening* de cáncer de colon con sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia o una combinación de éstas conduce a una reducción en la incidencia y mortalidad por cáncer. La colonoscopia se agregó entonces a la mayoría de las recomendaciones de detección en 1997, con una sensibilidad y especificidad por encima del 95%.

Hoy en día las recomendaciones comprenden SOMF anual, FIT anual (algunos proponen estos métodos cada 2 años), RSC flexible cada 5 años y colonoscopia cada 10 años. Si bien, analizados individualmente, estas pruebas tienen buenos valores de sensibilidad y especificidad, cuando se los aplica a una población con baja prevalencia de la enfermedad, el valor predictivo positivo resulta bajo (108). Una ventaja importante de la colonoscopia sobre otros métodos de detección es que el diagnóstico y el tratamiento (polipectomía de lesiones precancerosas) se pueden realizar en la misma sesión. Sin embargo, las desventajas incluyen la necesidad de preparación intestinal, riesgos de procedimiento (sangrado, perforación, aspiración) y gastos. Por su lado, las pruebas de FIT-ADN y FIT-fecal tienen riesgo en la preparación o acarreo, pueden ser menos costosas y son particularmente apropiadas para pacientes con múltiples enfermedades que tienen un alto riesgo de complicaciones por sedación y pruebas invasivas. Sin embargo, si el examen de detección de heces es positivo, se requiere una colonoscopia posterior, con riesgos y costos asociados. La colonografía por tomografía computarizada tampoco es invasiva, aunque a diferencia de las pruebas de FIT-ADN y FIT-fecal todavía requiere preparación intestinal. Las desventajas de la colonografía por tomografía computarizada incluyen la exposición a la radiación y los hallazgos extracolónicos incidentales.

Todos los grupos de trabajo coinciden en que la población más beneficiada con el rastreo son los adultos asintomáticos de riesgo promedio a partir de los 45 años de edad (recomendación de grado A y B). Queda menos claro a qué edad debería dejar de realizarse esta práctica preventiva, aunque las guías más recientes no recomiendan su implementación más allá de los 75 años (recomendación de grado C) y se manifiestan en contra de ésta en los individuos mayores de 85, dado que existe moderada certeza de que los beneficios no superan a los riesgos en este grupo etario. La ecuación beneficio/riesgo tiene en cuenta la relación entre los años de vida ganados (beneficios) frente a los riesgos de la colonoscopia y de los eventuales tratamientos quirúrgicos (riesgos) (3,13,48,108).

Prevención, rastreos, beneficios y daños

Luego del recorrido realizado por los diferentes rastreos, en el cual se muestran tantos los beneficios como los daños devenidos de los mismos, se hace necesario retomar el concepto de prevención. Detrás de la frase “mejor prevenir que curar” se esconde la creencia de que la prevención siempre es buena, la percepción de que es una intervención inocua y que siempre que actuemos para prevenir protegeremos a los pacientes de sufrimientos y daños. Parecería que la prevención es algo inocente, que jamás puede acarrear efectos indeseables (76). Sin embargo, como se expuso anteriormente, tanto el *screening* de cáncer de cuello de útero, como el de mama y colon presenta daños aún cuando su implementación sea correcta, y estos daños pueden ser aún mayores si las prácticas se realizan fuera de las edades recomendadas o a intervalos más cortos que los que indican las guías de práctica (3).

El siguiente cuadro recapitula las recomendaciones para el rastreo de cáncer de mama, colon y cuello de útero:

Cáncer de cuello de útero	Mujeres entre 21 y 65 años	A
	Mujeres mayores de 65 años	D
Cáncer de mama	Mujeres entre 40 y 49 años	C
	Mujeres entre 50 y 74 años	B
	Mujeres mayores de 75 años	I

Cáncer de colon	Adultos entre 50 y 74 años	A
	Adultos entre 45 y 50 Años	B
	Adultos mayores de 75 años	C

Como se menciona en el apartado de ética, el contrato preventivo con las personas sanas es diferente a aquel que se hace con las personas enfermas. En este contexto, cuando una persona consulta para prevenir, es asintomática y se siente sana, y es el médico o el sistema médico quienes proponen maniobras de detección precoz, el principio ético que reza “primero no dañar” cobra una dimensión especial. Esto es importante ya que es complejo y quizás éticamente cuestionable que en pos del ideal de prevenir se pueda dañar a algunas personas. Por estas razones, en nuestro trabajo, en el cual se estudian las percepciones, creencias y actitudes de personas sanas en cuanto a la realización de una práctica preventiva como el rastreo de cáncer, para aquellas recomendaciones que tengan un grado I nuestra posición es la de no recomendar, ya que no existe suficiente evidencia que avale su implementación, reservando la toma de decisiones compartidas sólo para las recomendaciones grado D, como es el caso del rastreo de cáncer de colon en pacientes de entre 75 y 85 años.

Prevención cuaternaria

En 1986, Marc Jamouille, médico de familia belga, propone el término prevención cuaternaria para el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica (109). Toda actividad médica acarrea, en mayor o menor medida, la posibilidad de dañar al paciente. La decisión de aplicar una prueba diagnóstica, prescribir un medicamento, indicar una intervención quirúrgica u observar sin intervenir debería depender del balance entre el beneficio y el daño.

En los Estados Unidos, la actividad del sistema sanitario constituye la tercera causa de muerte (110). Desde hace unos años comenzaron a aparecer voces en toda la comunidad científica que debaten este problema y son muchas las sociedades científicas que han comenzado a trabajar en delinear prácticas que deben ser discontinuadas por inútiles o peligrosas (111).

Desimplementar, discontinuar

La eliminación de intervenciones sanitarias inapropiadas es esencial para mejorar la salud de la población, reducir al mínimo el daño a los pacientes y disminuir costos innecesarios en la atención sanitaria y la salud pública (112,113).

Esta investigación tiene como objetivo conocer las creencias, perspectivas y actitudes de los profesionales y personas que asisten al sistema sanitario acerca de dejar de realizar, discontinuar o desimplementar ciertas prácticas. Hasta hace poco, no existía un término definido en medicina para “el dejar de hacer.” Una revisión sistemática realizada en el año 2015 encontró 43 términos diferentes para este concepto como desadopción, desprescripción, abandono, desimplementación³ y discontinuación, entre otros, y se han propuesto varios modelos y marcos para conceptualizar, comprender y orientar la desimplementación que analizaremos en el siguiente apartado.

Existen numerosos estudios acerca de las barreras que se encuentran a la hora de implementar nuevas intervenciones, prácticas clínicas o guías de práctica clínica, tanto en usuarios como en profesionales de la salud (114–116). Sin embargo, hasta hace pocos años, era raro encontrar estudios acerca de cómo desimplementar las mismas prácticas clínicas una vez establecidas (49). Esta diferencia es muy significativa ya que no es lo mismo introducir una nueva práctica que discontinuar el uso de una ya incorporada a la práctica habitual. Una vez establecidas, las prácticas clínicas pueden ser extraordinariamente difíciles de abandonar, aún cuando estudios posteriores demuestren que son ineficaces, causan daño neto, o aparecen prácticas mejores que las reemplazan (49).

La investigación sobre la desimplementación se ha ampliado en los últimos años. Wynne E. Norton y David A. Chambers, en *Unpacking the complexities of de-implementing inappropriate health interventions*, realizan un comentario donde examinan aspectos que deberían ser tomados en cuenta para la eliminación/desimplementación de intervenciones inapropiadas. Los autores plantean que en el proceso de desimplementación influyen factores a múltiples niveles, como las características de la intervención, características de los pacientes,

³ La mayoría de estos nuevos términos no son pasibles de ser traducidos al español. En este trabajo utilizaremos el término desimplementación como traducción de *deimplementation* en idioma inglés, ya que creemos es el que mejor representa el dejar de realizar una práctica que ya se encontraba instaurada en el cuidado de las personas.

los profesionales y las instituciones, así como también los tipos de acción a desimplementar y las estrategias necesarias para su eliminación (112).

El proceso por el cual se adoptan nuevas ideas y prácticas fue descrito por Everett Rogers, quien plantea que este proceso es afectado por las características del producto o las prácticas como la ventaja relativa, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ensayo y observabilidad (117), así como los costos, la capacidad de adaptación, los riesgos y la interdependencia (118). Si bien se supone que estas características también influyen en la desimplementación, aún no es claro en qué medida las características de la intervención afectan a la des-ejecución con la misma magnitud y en la misma dirección que la ejecución. Sin embargo, parecería haber dos características de una intervención inapropiada que pueden ser importantes para la discontinuación: el grado de evidencia que demuestra que una prueba es inapropiada (a mayor grado de evidencia más fácil su desimplementación) y el nivel de complejidad de la práctica a desimplementar. Intervenciones simples como la indicación de un estudio o un fármaco serían más fáciles de desimplementar que la desarticulación de un conjunto de intervenciones que se realizan en todo un proceso de atención.

Al igual que con la implementación, los factores a nivel usuarios del sistema que afectarían la desimplementación incluirían las actitudes, comportamientos, prácticas y normas sociales, así como las características demográficas. En comparación con la implementación, tres factores serían relativamente exclusivos de la desimplementación: miedo y ansiedad, percepciones inexactas sobre las intervenciones sanitarias y la atención de la salud, y falta de confianza en los establecimientos de salud. El miedo y la ansiedad devenidos de la no realización de prácticas o de las creencias y normas, en el sentido de que más cuidado es mejor cuidado o que las nuevas tecnologías son mejores que las antiguas, pueden obstaculizar los procesos de desimplementación. La desconfianza en el sistema médico, junto con la cobertura de los medios de comunicación que muestran información sanitaria contradictoria, contribuye a la falta de confianza de las personas en los profesionales y el sistema de salud. Por otro lado, las características de los profesionales de la salud que afectarían a la desimplementación se superponen de nuevo con algunas de las de la implementación, como las habilidades de comportamiento, la autoeficacia y el conocimiento. Sin embargo, son exclusivas de la desimplementación las experiencias anteriores de eventos negativos al momento de desimplementar una práctica, el miedo a la mala praxis y la disonancia cognitiva (entre creer

que una prestación implica una atención de alta calidad y la evidencia que muestra que es una intervención inapropiada o incluso perjudicial). Por último, al igual que con la implementación, las características de la organización que afectarían a la desimplementación incluyen la cultura y el clima organizativo, el liderazgo, los recursos y la estructura (112).

Al momento de desimplementar una práctica tampoco sería lo mismo eliminar, sustituir, reducir o restringir su uso, lo cual debería ser tenido en cuenta a la hora de diseñar planes de acción. Por ejemplo, la discontinuación del rastreo de cáncer de cuello de útero, mama o colon a ciertas edades sería una restricción, ya que el *screening* se debe continuar sólo en poblaciones en las que el beneficio neto haya sido demostrado y discontinuar en aquellas en las que haya daños establecidos. Por lo tanto, para cada acción de eliminar, reemplazar, reducir o restringir se deberían diseñar procesos específicos (112).

En cuanto a las estrategias para la desimplementación, una revisión sistemática realizada al respecto, *Interventions Aimed at Reducing Use of Low-Value Health Services: A Systematic Review*, concluye que si bien en el último tiempo se han identificado algunas estrategias, todavía se necesitan más estudios para permitir su traducción a la práctica (119). Sin embargo, la revisión resalta que las intervenciones con componentes múltiples que incluyen el papel del paciente como el del médico en el uso excesivo son las que tienen mayor potencial para reducir la atención de bajo valor.

En consonancia con lo que se plantea previamente en este marco teórico, Montini y Graham, en *Entrenched practices and other biases: unpacking the historical, economic, professional, and social resistance to de-implementation*, proponen ampliar la teoría de la desimplementación mediante la inclusión de factores extra-científicos. Los autores plantean que si el resultado al que se aspira es una desimplementación adecuada y oportuna, el análisis científico-social iluminará el contexto en el que el profesional de la salud practica y, al hacerlo, facilitará la desimplementación al señalar las vías que conducen al cambio de los sistemas. Las implicancias del análisis llevan a los autores a sostener que intervenir en un contexto más amplio, el ámbito social, político y económico, en lugar de centrarse en el comportamiento de los profesionales de la salud puede ser en realidad un enfoque fructífero para efectuar el cambio (120).

Entendiendo que tanto médicos como usuarios del sistema son personas socialmente activas, insertas en un contexto social que condiciona sus decisiones, la idea de este trabajo es contribuir al cuerpo de conocimiento necesario para el diseño e implementación de estrategias que permitan la correcta desimplementación de prácticas en las cuales el daño ha sido demostrado, en un momento histórico de cambios de paradigmas, no sólo relacionados a los modelos de atención médica sino también a la necesidad de deconstruir un concepto de prevención que ha sido históricamente investido de un halo de beneficencia.

Metodología

Presentación y fundamento del diseño de investigación

Para realizar esta investigación utilizamos metodología cualitativa con el objetivo de describir e interpretar el objeto de estudio. En el caso de la investigación realizada, resultaba necesario comprender el proceso en el cual se desarrolla la práctica médica vinculada al rastreo de distintos tipos de cáncer, y que este proceso está a su vez enmarcado en un contexto institucional y social. El mismo requirió ser indagado en profundidad incluyendo a los actores involucrados, que tenían características identitarias particulares. La metodología cualitativa, al tener un carácter holístico, flexible y multiparadigmático, nos permitió dar respuesta a objetivos exploratorios que buscan el entendimiento de prácticas sociales.

La orientación cualitativa resultó útil ya que, como menciona Alonso, ésta se desarrolla como “prácticas situadas”, es decir, dando importancia con ello a la forma en que los miembros de una comunidad determinada construyen su propio mundo por encima de posiciones estáticas e individuales generadas a partir de la estructura formal de una organización social, y en donde el lenguaje y la acción simbólica expresados por los actores sociales se transforman en el medio principal para analizar los procesos de producción y reproducción de lo social (121).

El objetivo de nuestra investigación fue identificar los pensamientos, creencias y actitudes –de profesionales y personas que asisten al sistema de salud– que influyen en la continuación del rastreo de cáncer en adultos mayores más allá de las edades recomendadas en las guías de práctica. Buscábamos comprender el valor que los usuarios y los médicos dan al rastreo de cáncer, qué considera cada uno por cuidado y calidad en salud, sus creencias, cómo sus historias influyen en la toma de decisiones, la importancia de la relación médico-paciente y cómo el contexto influye, siempre teniendo en cuenta que la investigación se realizó en una institución privada con un *habitus* particular y en una población de estrato socioeconómico medio. El enfoque cualitativo en esta investigación nos permitió acercarnos a estos objetivos ya que, de acuerdo con Maxwell (122), la investigación cualitativa puede ser empleada entre otras cosas para: 1) comprender los significados que los actores dan a sus acciones, vidas y experiencias y a los sucesos y situaciones en los que participan, y 2) comprender un contexto particular en el que los participantes actúan y la influencia que ese contexto ejerce sobre sus acciones.

La investigación se realizó en el marco de la teoría fundamentada constructivista (123), que adopta las pautas de la teoría fundamentada como herramientas, pero no se suscribe a las presunciones positivistas y objetivistas presentes en las formulaciones anteriores de esta teoría (el diseño emergente de Barney Glaser y el diseño sistemático elaborado por Strauss y Corbin) (123,124). Por esta razón, se eligió el enfoque constructivista ya que enfatiza el fenómeno estudiado en lugar de los métodos para estudiarlo. Siguiendo la teoría fundamentada constructivista, los investigadores debimos asumir una postura reflexiva sobre los modos de conocer y representar la vida estudiada. Esto significó prestar mucha atención a las realidades empíricas y a las interpretaciones acumuladas que como investigadores hacíamos de ellas, y posicionarnos nosotros mismos en esas realidades. La teoría fundamentada constructivista no supone que los datos simplemente estén a la espera de ser descubiertos en el mundo exterior, sino que los procedimientos metodológicos corrigen las visiones limitadas del mundo exterior. Tampoco supone que los observadores imparciales ingresen en la escena de la investigación sin un marco de referencia interpretativo. Esto implicó considerar que lo que los investigadores veíamos y escuchábamos dependía de nuestros marcos interpretativos anteriores, biografías e intereses, así como también del contexto de la investigación, las relaciones con los participantes, las experiencias del campo concretas y los modos de generar y registrar los materiales empíricos. Ningún método cualitativo se basa en la mera inducción, sino que las preguntas que se formulan acerca del mundo empírico enmarcan lo que se sabe de él. En síntesis, se comparte en la construcción aquello que se define como datos. Por lo tanto, las categorías conceptuales surgieron a través de nuestras interpretaciones de los datos en lugar de emanar de ellos o de las prácticas metodológicas, por lo cual nuestros análisis teóricos constituyeron representaciones interpretativas de una realidad y no informes objetivos de ellas (124); así concebimos el diseño de esta investigación cualitativa a partir de un modelo en el que sus componentes interactuaban y se interconectaban, permitiendo cambios y ajustes en la misma (122).

Contexto del estudio

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Seleccionamos esta institución ya que cuenta con un número importante de usuarios y profesionales de la salud que realizan o prescriben estas prácticas y un sistema informático desarrollado. El Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires es una cobertura médica

prepaga privada creada en la década del '70. Esta institución cuenta con un sistema de médicos de cabecera que funciona desde el año 1989, en el que todo afiliado al plan de salud del HIBA debe elegir un médico de cabecera con quien coordinará su atención médica. Este profesional es su contacto directo para tratar la mayoría de los problemas relacionados a su salud y actuará como su médico referente. Además, el HIBA es un hospital universitario, con una comunidad académica que tiene acceso a la evidencia científica y las guías de práctica, y con programas de mejoramiento de calidad que tienen en cuenta las indicaciones de rastreo de los tipos de cáncer de interés, todos factores que podrían influir tanto de manera individual como colectiva. En cuanto a los usuarios del sistema de salud, sabíamos que se trataba de una población de estrato socioeconómico medio con acceso a estudios de tamizaje a través de su cobertura de medicina prepaga, lo cual podría condicionar el accionar y la relación con el sistema de salud, tanto de los profesionales como de los asistentes al sistema de salud, mediante una cierta percepción de derechos y obligaciones derivados de la relación contractual. Estas consideraciones fueron tenidas en cuenta durante el desarrollo del trabajo y para el análisis de los datos obtenidos. La elección de la institución se basó también en la posibilidad de acceso que tendríamos los investigadores tanto a los profesionales como a las personas que asisten al sistema de salud.

Selección de los participantes del estudio

Este trabajo convocó a profesionales médicos (generales y especialistas) y pacientes que asisten al HIBA. Realizamos 44 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos focales con 6 a 10 participantes usuarios de este sistema de salud.

Por las características metodológicas señaladas, los participantes profesionales son personal del HIBA con alto involucramiento en los procedimientos de rastreo de dichos cánceres y las personas y pacientes asistidos fueron aquellas que concurren al sistema de salud y tienen oportunidad de ser convocados para las prácticas de rastreo señaladas. Se trató de construir una muestra de las perspectivas, creencias y actitudes, realizando muestreo intencional o de conveniencia (122). Con este tipo de muestreo buscamos lograr una representatividad o tipicidad de los entornos e individuos seleccionados, debido a que una muestra pequeña seleccionada sistemáticamente por su tipicidad y homogeneidad relativa proporciona mucha más confianza en que las conclusiones representan adecuadamente a los miembros medios de la población que una muestra del mismo tamaño que incorpora una variación sustancial

aleatoria o accidental.

Los profesionales de la salud convocados son especialistas en medicina familiar, ginecología, coloproctología y gastroenterología, implicados en el tamizaje de los diferentes tipos de cáncer a estudiar. Incluir profesionales de atención primaria y especialistas nos permitió indagar si existían diferencias respecto al objeto de estudio tanto entre los profesionales como entre los diferentes cánceres. Por otro lado, como también pretendíamos ahondar en las creencias de las personas que asisten al sistema de salud, entrevistamos a usuarios del sistema HIBA y, con el objetivo de obtener respuestas significativas en el tópico que se investigaba, recortamos al grupo etario entre 65 y 85 años que consultó de manera espontánea con médicos de la institución de las especialidades mencionadas anteriormente. Así, nuestra muestra estuvo compuesta por 16 pacientes (9 mujeres y 7 hombres) que consultaron a sus médicos de cabecera, y 13 pacientes (12 mujeres y 1 hombre) que consultaron con médicos especialistas en ginecología, coloproctología o gastroenterología. En cuanto a los médicos, la muestra estuvo compuesta por 15 médicos de los cuales 9 eran médicos de cabecera (4 mujeres y 5 hombres), 2 ginecólogos (1 mujer y 1 hombre), 1 coloproctólogo y 3 gastroenterólogos. Realizamos dos grupos focales con pacientes en los cuales participaron 11 (3 hombres y 8 mujeres) y 8 personas (6 mujeres y 2 hombres). El promedio de edad de los pacientes fue de 74,6. En cuanto a las características de los médicos, los entrevistados comprendieron 1 residente (gastroenterólogo), 3 médicos de cabecera y 2 gastroenterólogos que habían terminado su residencia hacía menos de 5 años. El resto de los médicos, tanto de cabecera como especialistas, contaban con más de 10 años ejerciendo su especialidad.

		Profesionales (n = 19)	Usuarios (n = 29)
Sexo		M:14 H:5	M:21 H:8
Edad			74,6
Especialidad	Médicos clínicos/de familia	9	
	Coloproctólogos	1	

	Ginecólogos	2	
	Gastroenterólogos	3	
Años de ejercicio	Menos de 5 años post residencia	6	
	Más de 5 años post residencia	9	

Para establecer el número de participantes a incluir en el estudio, utilizamos el criterio de saturación teórica, que indica que una muestra está saturada cuando no se halla información adicional para desarrollar propiedades de una categoría (125).

Criterios de inclusión

El estudio incluyó, en cuanto a trabajadores de la salud, médicos clínicos, de familia, gastroenterólogos, coloproctólogos y ginecólogos que trabajan en el HIBA atendiendo personas afiliadas al Plan de Salud del HIBA. En lo que respecta a las personas que asisten al sistema de salud, se incluyeron adultos entre 65 y 85 años de edad afiliados al Plan de Salud del HIBA que asistieron de manera espontánea a consultas con médicos de atención primaria, gastroenterólogos, coloproctólogos o ginecólogos.

Criterios de exclusión

Como se indagó sobre el tamizaje de cáncer en la población general, se excluyeron personas con antecedentes de cáncer, cuya actitud frente el rastreo pudiera estar sesgada por la enfermedad previa, personas con síntomas de deterioro cognitivo, psicosis, abuso de alcohol u otras sustancias, cuya comprensión de las implicancias del rastreo pudiera verse afectada, y personas con una esperanza de vida estimada menor a dos años que pudiera modificar la predisposición al rastreo.

Diseño

Partiendo de una metodología de investigación con enfoque cualitativo, las estrategias para recolección de datos fueron fundamentalmente conversacionales, dadas las características del objeto de estudio y de la población. Realizamos entrevistas semiestructuradas y grupos focales

en el marco de la teoría fundamentada constructivista (123).

Procedimiento e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas y entrevistas grupales en la modalidad de grupo focal. Realizamos el diseño de las preguntas guía para llevar a cabo los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas teniendo en cuenta los resultados de un estudio realizado en el HIBA, con el objetivo de describir la tasa de sobreuso de rastreo de cáncer de cuello de útero, mama y colon en adultos mayores.

Entrevistas

Realizamos en total 44 entrevistas, 16 entrevistas a personas que consultaron con médicos clínicos o de familia, 13 entrevistas a personas que consultaron a médicos especialistas (8 ginecólogos, 2 a coloproctólogos, 3 a gastroenterólogos), 9 entrevistas a médicos clínicos y de familia y 6 entrevistas a especialistas (2 ginecólogos, 3 gastroenterólogos, 1 coloproctólogos).

Tomamos la decisión de utilizar entrevistas como instrumento de recolección debido a que la entrevista, en términos de Guber (126), es una estrategia para lograr que la gente se exprese sobre lo que sabe, piensa y cree de una situación, en la cual el entrevistador obtiene información sobre algo interrogando a la persona entrevistada. Esta información puede referirse a sentimientos, opiniones, emociones, normas o estándares de acción y valores o conductas ideales.

Desde la perspectiva clásica, la entrevista sirve para obtener datos que dan acceso a hechos del mundo externo y, por lo tanto, las respuestas de los entrevistados cobran sentido por su correspondencia con la realidad fáctica (126,127). En nuestro trabajo, desde la visión constructivista, además entendimos a la entrevista como una relación social en la que los datos que provee el entrevistado son la realidad que éste construye con el entrevistador en el encuentro. Consideramos también que, al plantear sus preguntas, el entrevistador establece el marco interpretativo de las respuestas, es decir, el contexto donde lo verbalizado por los entrevistados toma sentido para la investigación y el universo cognitivo de quien realiza la entrevista, y que este contexto se expresa a través de la selección temática y los términos de las preguntas (126).

Siguiendo la perspectiva constructivista y en el contexto de nuestro estudio, los participantes tuvieron la posibilidad de explayarse y relatar su práctica médica, su cotidianeidad y el vínculo paciente-médico/médico-paciente, a partir de lo cual surgió espontáneamente el diálogo y la referencia específica a la finalización del rastreo de los diferentes tipos de cáncer.

Grupos focales

Se realizaron dos grupos focales con pacientes. En el primero participaron 11 personas (3 hombres y 8 mujeres) y en el segundo 8 personas (6 mujeres y 2 hombres). Una vez que hubieran prestado consentimiento verbal a sus médicos de cabecera, los participantes fueron invitados por la investigadora mediante una llamada telefónica en la que se acordó el encuentro presencial.

Respecto a por qué incluir grupos, nos guiamos por Glasser y Strauss (136), quienes establecen que la comparación de grupos permite controlar las dos escalas de generalidad, primero el nivel conceptual y luego el alcance de la población, siendo esto vital para descubrir categorías y desarrollar y relacionar sus propiedades teóricas. Además, la comparación de grupos provee tanto maximizaciones como minimizaciones de las diferencias y similitudes de los datos en lo que respecta a las categorías que están siendo analizadas.

Por estas razones, optamos por la inclusión de grupos focales como técnica de recolección de datos ya que estos constituyen una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción grupal para producir datos que serían menos accesibles sin ella (128). Considerando que las actitudes y los puntos de vista sobre un determinado fenómeno no se desarrollan aisladamente, sino en interacción con otras personas, el grupo focal constituye «una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo y no directivo» (129). En otro aspecto relevante para nuestro objetivo de dilucidar los pensamientos, creencias y actitudes frente al rastreo de cáncer, el grupo focal es particularmente útil para explorar los conocimientos, prácticas y opiniones, no sólo en el sentido de examinar lo que la gente piensa sino también cómo y por qué piensa lo que piensa. En otras palabras, no pretendimos lograr acuerdos, sino rescatar tanto lo que había de común como de diferente en las experiencias de los participantes (130).

En cuanto a la selección, y dado que las posibilidades de comparaciones múltiples resultaban infinitas, los grupos se eligieron según nuestro criterio teórico como investigadores, proponiendo el objetivo teórico (lo que guio la investigación) y el criterio de relevancia de acuerdo con lo que sugieren Glasser y Strauss, por lo cual fueron convocadas personas sanas, entre 65 y 85 años que concurrieran a sus médicos de cabecera de manera espontánea utilizando los mismos criterios de exclusión que se utilizaron para el resto del estudio. Además, determinamos la cantidad de grupos a desarrollar con el criterio de saturación descrito previamente (125) y pautamos el desarrollo de los encuentros mediante una guía de preguntas preestablecidas. Durante la discusión, el moderador buscó impulsar tanto la interacción complementaria, producto de compartir experiencias entre los participantes que lleva a descubrir similitudes entre ellos, y la interacción argumentativa, referida a los cuestionamientos, diferencias y desacuerdos entre las personas que participan del grupo (131,132). Para buscar la interacción, utilizamos técnicas como la asociación de palabras, el mantenimiento del silencio, la ampliación y la clarificación del contenido general de aquello que se estaba diciendo o de algún término en particular (133).

Registro y transcripción de datos

Para realizar el registro utilizamos la audiograbación y toma de notas. Incluimos la transcripción de notas como método complementario a manera de herramienta que permitiera la elaboración reflexiva de lo sucedido en campo y de la producción de datos. Esta estrategia nos permitió además registrar datos que surgían de la información visual no verbal, y otros datos que surgían de manera menos planificada, como en la charla informal posterior a la entrevista (134). Registramos tanto datos que estaban directamente implicados en el objeto de conocimiento y todo lo que como investigadores nos parecía o recordábamos, para luego poder establecer las relaciones y no relaciones (es decir, aquello que reconocimos como significativo y aquello cuya relevancia todavía no vislumbrábamos) con nuestro objeto de investigación (134). Esta decisión fue tomada para evitar sesgos *a priori* que pudieran provenir de nosotros como investigadores.

Teniendo en cuenta que el registro no debería ser una recopilación de información que quede relegada hasta finalizar el trabajo de campo y que debería resignificar todo lo actuado hasta el momento durante la investigación, tomamos notas acerca de las expectativas de trabajo a futuro

luego de cada registro, considerando los puntos que se presentaban como más destacables luego de cada jornada y luego de cada reunión de equipo entre los investigadores. Estos registros fueron tomados en cuenta antes de comenzar con una nueva entrevista o grupo focal (134).

Estrategias utilizadas para el análisis de datos

La tesis convocó para el proceso de análisis a dos investigadoras más en calidad de interjueces, de manera que el grupo investigador quedó conformado por dos médicas de familia (una es la investigadora principal) y una psicóloga social.

Para el análisis de los datos utilizamos el software Atlas.ti. Organizamos los documentos y los registros de entrevistas transcritas en archivos Word. Los investigadores realizamos una lectura y análisis preliminar, previos a la sistematización y la reducción de datos dentro del marco de la teoría fundamentada que realizamos usando codificación abierta.

De acuerdo a los principales planteamientos de la teoría fundamentada, las etapas o pasos que seguimos en el proceso de análisis de las transcripciones obtenidas en las entrevistas o grupos focales fueron tres: 1) identificación de los incidentes para asignación de códigos; 2) comparación de los códigos sustantivos, conceptos y categorías, y 3) integración de estos elementos en hipótesis teóricas que permitieron la construcción de una teoría a partir de los datos (121,135).

Codificación

Para la codificación de datos utilizamos el conjunto de técnicas y procedimientos de la teoría fundamentada que se conjugan en un esquema a partir de los distintos tipos de codificación (abierta, selectiva, axial) y la aplicación de los métodos de comparación constante y muestreo teórico; es decir, lo que Strauss y Corbin denominaron «el paradigma» o «paradigma de codificación» (121). Se trató de un esquema organizativo para establecer las conexiones emergentes de los datos fundamentales, considerando que las relaciones entre acontecimientos y sucesos no son siempre evidentes y entendiendo que el paradigma no es más que una perspectiva sobre los datos, una posición analítica que ayuda a recolectarlos y a ordenarlos de manera sistemática, de tal modo que la estructura y el proceso se integren (136).

Así, en la codificación abierta, cada investigador segmentó la información y generó categorías

iniciales sobre el fenómeno estudiado. Dentro de cada categoría, los investigadores encontramos diversas propiedades, o subcategorías, y buscamos información para dimensionar o mostrar las posibilidades extremas de la propiedad. Luego de la codificación abierta, en la codificación axial, reunimos los datos en nuevas formas; esto es, los presentamos usando un paradigma de codificación o diagrama lógico en el cual identificamos un fenómeno central (137,138).

Este estudio no contó con un guion inicial de categorías, sino que adoptamos una actitud de alerta durante la escucha y lectura de los textos para identificar temas importantes a añadir o a eliminar a partir del discurso de los participantes. Depuramos las categorías conforme a los datos, hasta establecer un sistema de organización satisfactorio teniendo en cuenta criterios de exhaustividad.

Finalmente, elaboramos un informe narrativo con los resultados encontrados que comunica de forma resumida toda la información sobre cada tema, presenta el sistema de códigos utilizados y es ilustrado con una selección de citas textuales. En nuestro caso, esta información incluyó un análisis de contenido por grupos y por categorías temáticas. Esto significó identificar y resumir el contenido de cada categoría buscando: a) contenidos comunes inter e intragrupo (temas que aparecen de forma recurrente); b) contenidos diferenciales inter e intragrupo.

Consideraciones éticas

Este trabajo cumple con los requisitos éticos de la investigación: valor social, validez científica, selección equitativa de la muestra, ecuación riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado, respeto por los participantes y planes de divulgación y publicación. El valor social de esta investigación está dado por su contribución al campo de conocimiento de las percepciones, creencias y actitudes de las personas ante la desimplementación de prácticas preventivas, lo cual esperamos contribuya al entendimiento de esta problemática y desarrollo de estrategias para abordarla. Se tomaron las decisiones metodológicas necesarias para asegurar la validez científica (ver abajo). La selección de la muestra se realizó de manera equitativa, incluyendo a las personas por razones científicas. Los investigadores médicos no estuvieron involucrados en el reclutamiento y entrevista de quienes eran sus pacientes a fin de evitar coacción o coerción sobre los participantes. Se consideró la ecuación riesgo-beneficio y, si bien la misma presentaba riesgo menor al mínimo, se tomaron los recaudos necesarios para

no incomodar a los participantes, respetar sus valores culturales y asegurar la confidencialidad de los datos.

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del HIBA, el 21 de abril del 2017 (Número de aprobación 3167). La conducción de todo el estudio fue desarrollada en forma acorde a las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional e internacional, en concordancia con la Resolución Ministerial N° 1480/2011, las guías de buenas prácticas clínicas, declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y enmiendas posteriores, y la ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (Ley Nacional 26.529).

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las personas que participaron del estudio. Los audios fueron eliminados una vez finalizada la investigación y las transcripciones fueron anonimizadas, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los fines del estudio de acuerdo con la normativa legal vigente (Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326, Ley de Habeas Data).

La participación libre y voluntaria de los individuos a quienes se contactó en forma personal fue precedida por el proceso de consentimiento informado, el cual, dadas las características del presente estudio, consideramos apropiado que los sujetos otorgaran en forma oral (se adjunta como anexo 4). Los sujetos contaron con libertad de abstenerse de participar y/o de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio. El equipo investigador se compromete a la divulgación y publicación de los resultados.

Consideraciones sobre la validez del estudio

La validez de este trabajo está dada, en parte, por el compromiso con el trabajo de campo (122). En el mismo, la información fue relevada registrando las diversas miradas de los participantes que permitieran respaldar nuestras conclusiones. En la exposición diferenciamos, con transcripciones textuales, los datos originales de nuestras propias conclusiones. Las interpretaciones fueron realizadas respetando las perspectivas de los entrevistados sin alterar sus testimonios y el significado que ellos les atribuían. Además, considerando que la presencia del investigador inevitablemente incide en el medio observado, y considerando que la investigadora principal es médica de familia y desarrolla su práctica clínica en la institución en

la cual se desarrolló esta investigación (122), intentamos reconocer esta incidencia, caracterizarla e incorporarla como condición de la investigación. Para garantizar la validez y fiabilidad de la investigación teniendo en cuenta los posibles sesgos y posiciones de los investigadores sobre el tema de estudio, recurrimos a la triangulación de investigadores (139), que consistió en la codificación independiente por tres investigadores, dos médicas de familia y una psicóloga social. Además del control de interjueces, para los procesos de categorización se trabajó centralmente con ellos y las dos directoras de esta tesis (una médica de familia y otra pedagoga y educadora) en encuentros en los que se compartió el análisis de los relatos de los entrevistados.

En este capítulo se han explicitado los pasos que describen nuestras decisiones metodológicas en pos de comprender las percepciones, creencias y actitudes de médicos y pacientes ante la discontinuación del rastreo de cáncer de colon, cuello de útero y mama. A continuación presentamos los resultados del análisis efectuado.

Objetivos de la investigación

El objetivo general de esta investigación fue indagar acerca de las perspectivas, creencias y actitudes –de médicos y pacientes– que influyen en la continuación del rastreo de cáncer en adultos mayores más allá de las edades recomendadas en las guías de práctica. En concordancia con este objetivo central, se consideraron otros más específicos:

- Comprender las perspectivas, creencias y actitudes que dependen de los usuarios del sistema de salud.
- Entender las perspectivas, creencias y actitudes que dependen de los profesionales.
- Identificar perspectivas, creencias y actitudes que podrían influir en el rastreo de cada cáncer en particular.
- Reconocer perspectivas, creencias y actitudes que provengan de la institución.

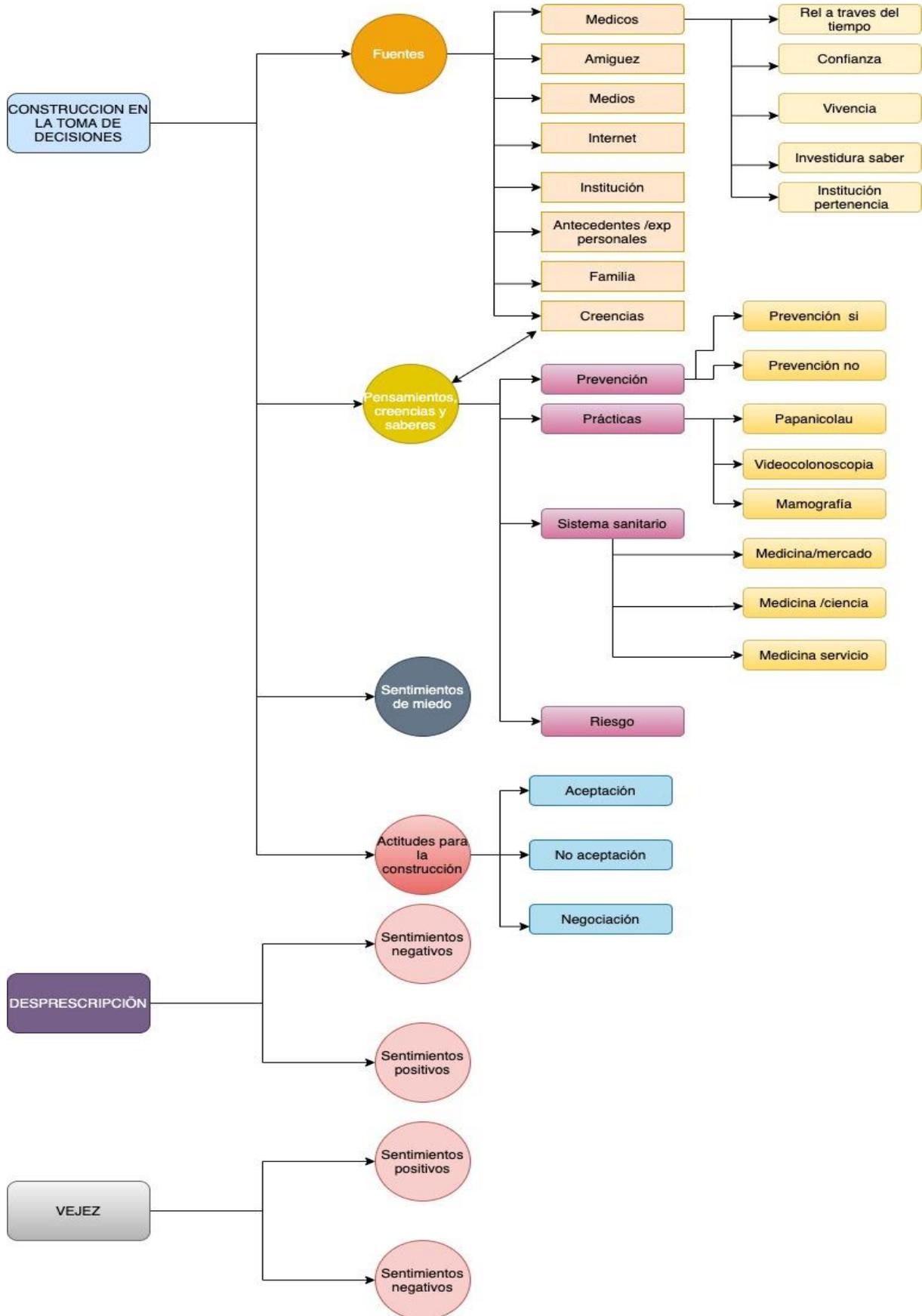
Resultados

Definición de códigos

En este apartado, comenzamos la presentación de los resultados a través del sistema de códigos que nos permitió describir los hallazgos encontrados. Presentaremos en primer lugar el sistema de códigos, con sus definiciones, que utilizamos para el análisis de los relatos que surgen de las entrevistas a médicos y pacientes, para luego adentrarnos en las mismas y finalizar en una síntesis contrastiva de los hallazgos obtenidos.

Códigos utilizados en el análisis de las entrevistas a pacientes

En este apartado, en primer lugar, presentamos un diagrama de los códigos, con sus categorías y relaciones, definidos para la categorización de las entrevistas y grupos focales realizados a los pacientes, para luego pasar a definirlos y ejemplificarlos mediante citas.



En función de nuestros objetivos de estudio identificamos que los códigos podrían agruparse en tres categorías principales:

- I. Construcción de la toma de decisiones
- II. Desprescripción
- III. Vejez

La primera categoría nos permite analizar e intentar formular explicaciones respecto a cómo los pacientes toman las decisiones acerca de realizar o no una práctica preventiva y cuáles son los factores que influyen en este complejo proceso. La segunda categoría posibilita el análisis de los sentimientos que surgen ante la propuesta de dejar de realizar una práctica que se venía realizando como parte del cuidado médico. Por último, circunscribimos en la categoría vejez a todo aquello que está relacionado con la vivencia de una edad avanzada y la cercanía al final de la vida.

Definiciones

I. Construcción de la toma de decisiones: Aspectos que los pacientes en sus testimonios identifican como influyentes al momento de tomar una decisión a favor o en contra de realizar una práctica preventiva.

La construcción de la toma de decisiones se expresa en cuatro categorías con sus subcategorías; así, la construcción de la toma de decisiones está compuesta por las categorías: fuentes (de donde declaran abreviar para elaborar una decisión sobre si realizar o no el estudio diagnóstico), creencias (que reconocen como otra influencia al momento de tomar una decisión), sentimiento de miedo (como tercer elemento de influencia) y actitudes (que suelen tomar frecuentemente ante la situación de tener que decidir si realizan o no un estudio diagnóstico).

- i. Fuentes de información: Personas o lugares (físicos o simbólicos) que los pacientes declaran como reservorios de información donde abrevian para tomar una decisión.
 - 1. Médicos/as: agentes que brindan información y con los cuales además se establece una relación médico-paciente.

En esta subcategoría encontramos que la relación médico-paciente es una relación interpersonal compleja que está atravesada por múltiples factores que pueden influir positiva o negativamente en la decisión de realizar o no una práctica.

- a. Relación a través del tiempo: Extensión temporal del vínculo con un médico como elemento positivo o negativo en la decisión de realizar o no una práctica preventiva.

Cita: yo a través de los años entendí y fui pescando cómo trabajaba la doctora y yo creo que me cuida mucho, que me conoce mucho, y que... que se puede equivocar como cualquier profesional, se puede equivocar, pero a mí me parece que es una persona súper cuidadosa, que registra... entonces bueno, si ... y aparte ella siempre me dice "mirá, Alicia, este... vos sos la que habitás tu cuerpo, bueno, vos sos la que mejor puede registrar qué te pasa." EPM2⁴

- b. Confianza: Característica con la que se invierte a la persona del médico/a y que proporciona al paciente seguridad o esperanza para la adhesión o rechazo a la realización de una práctica preventiva.

Cita E: Está bien. ¿Y Papanicolaou?

e: Sí, pero ahora por la edad me dijeron que no me lo tengo que hacer.

E: ¿Y usted qué piensa de eso que le digan que por la edad no se lo tiene que hacer?

e: no, me quedo tranquila porque si lo dicen los médicos.

E: ¿Si lo dicen los médicos está bien? EPM9

- c. Vivencia: experiencias actuales o previas en la relación médico/paciente que pueden influir positiva o negativamente en la decisión de realizar o no una práctica.

Cita: Yo tengo un primo, no hermano, primo segundo, que es otorrino, y... es una mala persona, él mandaba a hacer no sé qué estudios si es otorrino para la garganta para el aparato, para ganar plata. No todos son así ni todos son angelitos, somos seres humanos, tenemos cosas malas, buenas, pero yo no compro cualquiera.

EPM2

- d. Investidura del saber: Característica con la que se invierte al médico/a como representante del saber científico que contribuye a la adhesión o rechazo a la realización de un estudio diagnóstico.

Cita: E: Entonces por eso le preguntaba si usted pensaba que a cierta edad es necesario hacer más o hacer menos.

e: Mientras el profesional se lo siga diciendo yo creo que para eso están, para eso estudiaron y se lo van a proponer. Si no se lo proponen y le dicen que no, que no hace falta o qué, uno de alguna manera, no sé, si le tiene confianza al profesional se tiene que quedar con eso, ¿no?, pienso. EPM25

⁴ Abreviaturas citas: EPM: Entrevista paciente mujer; EPH: Entrevista paciente hombre; EMC: Entrevista médico de cabecera; EME: Entrevista médico especialista; GF: grupo focal.

- e. Institución de pertenencia: Característica con la que se inviste al médico/a como miembro de una institución que contribuye a la adhesión o rechazo a la realización de un estudio diagnóstico.

Cita: Creo que un poco me mejoré, pero como las otras veces que lo fui a ver por mamografías descartó hacerme cualquier estudio lo dejé. Así que me convenció que era así {se sonríe}. Bueno y lo veo una vez por año nada más que para las mamografías.

E: Y no se cambió de médico por eso.

e: No, no, porque supongo que tendrá la responsabilidad desde acá del hospital italiano así que... creo que tiene la responsabilidad. EPM28

2. Amigo/a: Persona/s con las que sostiene un vínculo de amistad y son fuente de consulta para la toma de decisiones.

Cita: Eso no. ¿Y usted cómo toma la decisión de qué se tiene que hacer y qué no?

e: y generalmente por comentarios de amigos.

E: Comentarios de amigos.

e: Que me dicen mira me hice una videocolonoscopia, me encontraron una cosita, es bueno hacérsela. Bueno entonces uno viene acá y le pide al médico de cabecera y le dice ¿puedo hacer una colonoscopia? Si hacete, bueno te hacen la orden. EPH10

3. Medios: sistema de instrumentos que se utilizan para informar a las personas de la comunidad y que son fuente de consulta o influencia en la toma de decisiones.

cita: "Y usted para preguntar esto de si vale la pena, no vale la pena ¿en quién confía?. ¿les pregunta a sus amigos qué le dijeron, le pregunta al médico, lee los diarios?

e: bueno si, si, un poco uno se informa ¿no es cierto? Si vos leés por ejemplo en el último suplemento de Clarín, te hablo de cosas bien fresquitas ¿no es cierto? hay un suplemento del New York Times. El suplemento ese, no sé si vos alguna vez lo leiste, bueno este fin de semana en particular hay un informe que habla del problema del colon donde se absorben todas las vitaminas, y lo importante de que se coman las frutas y verduras por las fibras, y demás. Bueno a mí siempre leo ese tema porque como yo vengo de un colon irritable todo ese tipo de alimentos para mí son tabú, porque es un problema viste." EPH13

4. Internet: red informática que se utiliza para transmitir información y resulta fuente de consulta al momento de la toma de decisiones.

Cita: E: Tendría que averiguar. ¿Y dónde averiguaría?

e: bueno, la fuente común es googlear la información, pero como yo tengo formación, yo soy universitaria así que no me adhiero a cualquier fuente, sino que selecciono lo que sea de las asociaciones médicas, la información más calificada. No voy a tomar cualquier dato. Sí como si hiciera alguna investigación digamos la fuente la tengo que analizar. EPM8

5. Institución sanitaria: comunicaciones del hospital que se utilizan como fuente de información; por ejemplo, comunicaciones del hospital a través de la revista o el portal de salud.

cita: "Y que el hospital le mande información le parecería útil?

e: Sí, a mí sí. Si manda información, yo leo todo o del hospital así que trato de acercarme a la información. En la medida que tengo tiempo trato de acercarme EPM8

6. Antecedentes/experiencias personales: antecedentes médicos, familiares o personales, así como las vivencias personales previas que pudieran influir en la toma de decisiones respecto a realizar o no una práctica preventiva.

Cita "E: ¿Y eso por qué se lo quisiera hacer?, ¿Sabés por qué? Porque yo tuve a mi sobrina muy mal. Que le hicieron eh... le salió pólipos, comentale un poquito.

Vm: Si, le salió una... la tuvieron que operar de una... del colon, le tuvieron que sacar una...

E: Sí está bien, le hicieron una resección.

Vm: Si, si. Y después le dejaron la bolsa, y ahora está esperando para volver a ponerle la bolsa, pero le salió y ya... o sea que era, era cáncer.

e: Yo a eso le tengo miedo. Y si me lo pudiera hacer eh... este año.

Vm: Dijeron que viene de familia digamos. EPM9

7. Familia: Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre, legal o amoroso que son consultadas para tomar una decisión.

Cita; Pero quizás hay cierta edad donde el riesgo es mayor que el beneficio, ¿usted qué pensaría si le dicen esto?.

E: Y, lo voy a evaluar con ese médico. A lo mejor con otro médico, **con (mi) familia y tomar una determinación.**

I: ¿Y en quién confiaría para tomar esa determinación? EPM9

8. Creencias⁵: ideas y pensamientos que se asumen como verdaderos y que los pacientes identifican como influencia en la toma de decisiones.

Cita: ¿Y usted qué piensa de las prácticas preventivas?

e: ¡No...!

E: ¿Son útiles?

e: Sí, *son extraordinarias*. Es el recauchutaje, vos te vas a reír, hoy en día **si no tenés prevención no llegamos a lo que llegamos.**

Yo gracias a Dios te digo... EPH15

Cita: Perdón, **¿todos los cánceres no producen metástasis?** I2: No, no necesariamente. Hay cánceres de crecimiento... GF2

- ii. Pensamientos, creencias y saberes: para este trabajo definiremos a los pensamientos como la capacidad que tienen las personas de formar ideas y representaciones de la realidad en su mente, relacionando unas con otras; a las creencias como las ideas que se asumen verdaderas; y a los saberes como los conocimientos que se tienen acerca de algo.

1. Prevención: medida que se toma en ausencia de síntomas para evitar una patología o detectarla de manera anticipada.

⁵ El código creencias está incluido como una subcategoría en cuanto a ser una fuente de "información" en sí misma a la hora de tomar decisiones y también una categoría respecto a las creencias específicamente relacionadas con otras categorías.

a. Prevención sí: pensamientos, creencias y saberes acerca de que las prácticas preventivas conllevan siempre un beneficio. El entrevistado acuerda en la realización de éstas y/o realiza prácticas preventivas.

Cita. Pero si a usted le dicen, por ejemplo, o sea si yo le nombro la palabra prevención de cáncer ¿usted piensa que siempre es bueno, que puede tener algún riesgo?

e: A mí el tema prevención me parece bárbaro ¿no? y creo que acá no ha cultura de prevención, no tenemos ninguna cultura de prevención, sino que es todo asistencialismo. Yo vengo de la rama de la salud así que, soy psicopedagoga sé lo que es todo, y lo que sea prevención para mí lo voy a encarar siempre. Si a mí me dicen hay que prevenir así, voy a ser obediente. EPH 8

b. Prevención no: pensamientos, creencias y saberes acerca de que las prácticas preventivas no siempre conllevan un beneficio. El entrevistado no acuerda en la realización de éstas y/o no realiza prácticas preventivas.

Cita: “Bien. ¿Bueno y usted piensa que es mejor hacerse cosas de más o de menos? e: En principio no sé por qué, pero pienso que es mejor de menos.

E: De menos.

e: Hacerse cosas de menos. No la llames porque viene viste.” EPH5

2. Prácticas: estudios/exámenes clínicos

a. Papanicolaou: pensamientos, creencias y saberes que los entrevistados expresen en relación con la realización del estudio para la detección de cáncer de cuello de útero.

Cita: E: ¿Y usted piensa que las prácticas preventivas como la mamografía son más necesarias cuanto más edad uno tiene o menos?
e: No, hay algunas que son necesarias cuando uno es más joven y hay otras como el **Papanicolaou que parece ser que ya no se necesita.**

EPM12

b. Colonoscopia: pensamientos, creencias y saberes que los entrevistados expresen en relación con la realización del estudio para la detección de cáncer de colon.

Cita: Cristina, y hablando de eso de riesgo beneficio, ¿usted alguna vez se planteó que alguna práctica de esas que se llaman preventivas podrían tener algún riesgo? e1: La colonoscopia tiene riesgo.

E: ¿Se lo informaron a ese riesgo?

e1: Sí. Una que me lo informaron, otra que conozco gente que le perforaron el intestino, entonces también... ahí está el tema de hacer... yo confío en la institución, porque realmente eh... he trabajado acá, he tenido mis hijos acá, y sé que deben tener máquinas muy modernas. EPM1

Cita: ¿Estamos hablando de la colonoscopia?

*EH: Sí sí, exacto sí. **Que a nadie le gusta.** GF2*

- c. Mamografía: pensamientos, creencias y saberes que los entrevistados expresen en relación con la realización del estudio para la detección de cáncer de mama.

Cita: ¿Por qué le parece sensato?

e1: Digo, porque es un **embole ir a hacer Papanicolaou, y hacerse una mamografía...** este... que no sé, las historias que uno escucha, de aquellos que se controlan mucho y les aparece algo de todos modos, me parece que también es una relación con la muerte. A lo mejor lo que me ha pasado es que de algo hay que morir. EPM3

3. Sistema sanitario: medicina y organizaciones

- a. Medicina/mercado: pensamientos, creencias y saberes que los pacientes atribuyen a la medicina y a sus organizaciones como funcionales a los intereses del mercado de bienes y servicios, y que por lo tanto influyen en la toma de decisiones.

Cita: Usted claramente no piensa que siempre más es mejor.

e1: No. Yo creo que más ganan los laboratorios, más ganan... los que se compran aparatos. EPM2

- b. Medicina/ciencia (cambios en el saber científico): pensamientos, creencias y saberes acerca de la medicina y sus organizaciones como representantes de una ciencia en constante evolución y cambio.

Cita: Y usted, si alguien le dijera que a cierta edad hay prácticas que son más riesgosas que beneficiosas...

e: Lo tendría en cuenta. E: Lo tendría en cuenta. e: Si, si.

E: no se sentiría poco cuidada.

e: no, si ahora, si la **ciencia está en permanente evolución**. Es decir, todos estamos, siempre es viejo lo que tenemos así que estamos en **permanente bombardeo de información, de novedades, de tecnología** EPM8

- c. Medicina/servicio: pensamientos, creencias y saberes acerca de la medicina bajo la relación prestador/cliente en la construcción de la toma de decisiones.

Cita: E: Bien. ¿Y la videocolonoscopia quién se la recomendó?

e: Eh... no, un amigo me dice mira me hice la video, me encontraron tres pólipos, me los sacaron. Es algo bastante sencillo. Entonces me dice ¿por qué no te la hacés?, **la verdad que estás pagando el plan de salud te corresponde hacerla.** EPM10

4. Riesgo: pensamientos, creencias y saberes acerca de la posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra un perjuicio o daño.

Cita: ¿Alguna vez se le ocurrió que la prevención podría traer algún daño o algún riesgo? e1: A mí me parece que hacerse muchos estudios donde **hay rayos y donde hay...** no creo que sean inocuos. Científicamente no te lo puedo decir, he leído, pero me parece que **cuanto menos se expone el cuerpo a esas cosas, mejor.** EPM2

- iii. Sentimientos de miedo: sentimiento de desconfianza, de que algo malo en relación con la salud pueda ocurrir.

Cita: Pero si a usted le dijese que no es necesario un control una vez al año con mamografía y pap, mamografía o Papanicolaou.

E: **Me la hago aparte.**

I: Se la hace aparte.

E: Me voy a algún lado, sobre todo las mamas **que me dan tanto miedo.** EPM29

iv. Actitudes: toma de posición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con la construcción de la toma de decisiones.

1. Aceptación: toma de posición favorable respecto de la sugerencia/recomendación del médico acerca de hacer o dejar de realizar una práctica.

Cita " Y si en algún momento por ejemplo a usted le tocara, porque vio que se pide cada 10 años, y un médico le dijese que en realidad después de cierta edad no es necesaria. O hay mayor riesgo que beneficio después de cierta edad.

e: **Si. Directamente no hago el procedimiento que mi médico me dice que es riesgoso para mi edad [.**

E: Directamente no se la hace.

e: No, claro." EP5

2. No aceptación: toma de posición desfavorable respecto de la sugerencia/recomendación del médico acerca de hacer o dejar de realizar una práctica.

Cita: Y si el médico en un momento le dijese que por su edad ya no es necesario hacer algún tipo de, alguno de los estudios que usted se hace por prevención ¿qué opinaría?

e: **¿Qué [el médico me dice [no es necesario [hacerme el procedimiento [? No, me parece que no. consultaría a otro médico.**

E1: Consultaría a otro médico.

e: Si, no, **que me diga que no es necesario no me parece profesional.**

E1: Pero ¿por qué, o sea, por qué no le parecería profesional?

e: Porque si hasta ahora venía haciéndome un estudio y es como que me diga bueno esto no tiene más cura, no tiene remedio, no... para qué vamos a insistir si los dolores le siguen. EPH6

3. Negociación: diálogo e intercambio en el cual existen posiciones opuestas entre médico y paciente acerca de la decisión de realizar o no una práctica. Este diálogo supone la exposición de razones y evidencias por parte de ambos para la construcción de un potencial consenso.

Cita: "No, no", le digo, "no me digas eso porque yo me lo voy a, siempre voy a buscar la vuelta de hacérmelo al pap".

I: ¿Usted cambiaría de médico para, si un médico le dice que no y otro le dice que sí?

E: No, yo creo **que el médico también tiene que consensuar con el paciente.** De eso se trata. Porque si vos me decís mirá: "no, no te voy a hacer el pap este año", y yo lo quiero, ¿y vos qué vas a hacer?, como médica vas a tener que decirme: "bueno, sí, está bien, vas a tener que prepararte porque ahora toda la zona se pone seca, te voy a dar unos

óvulos", no hay lubricación quiero decir. EPM29

II. Desprescripción: Cese de la implementación de una práctica preventiva de larga duración por indicación de un profesional médico.

- a. Sentimientos positivos: sentimientos agradables que producen una percepción de bienestar en la persona y comportan sensaciones de agrado por dejar de realizar la práctica preventiva.

Cita: *¿Y Papanicolaou hacía?*

e: *Me hice hasta hace algunos años atrás, después la ginecóloga dijo que ya no... a partir de la edad que tengo no hace falta.*

E: *¿Y usted qué pensó cuando la ginecóloga le dijo eso? e: **Me alegré** {se ríe}. EPM12*

- b. Sentimientos negativos: aquellos que producen sensaciones de malestar en la persona y resultan desagradables por dejar de realizar la práctica preventiva.

Cita: *Escúcheme, y si la doctora por ejemplo le dijese que quizás no es necesario hacerse un estudio ¿usted cómo lo tomaría?*

e: *Y bueno no lo haría qué se yo. **Pero por ahí me quedo más tranquila que me lo haga.***

E: *Usted se queda más tranquila siempre que se lo haga.*

e: *Si. EPM9*

¿Y usted qué pensaría si le dijeran que ya no es necesario?

EM: *Quiere decir "**ya se pueden morir tranquilos**". GF2*

III. Vejez: último período de la vida de una persona, que sigue a la madurez y puede percibirse como cercano a la muerte.

- a. Sentimientos positivos: sentimientos agradables que producen una percepción de bienestar en la persona y comportan sensaciones de agrado respecto de dejar de realizar una práctica preventiva por razones de edad.

Cita: *Yo veo que demuestra varias cosas, una que está vieja, y a la vez... no es que no se viva, yo vivo bien a esta etapa de mi vida, pero era más lindo cuando no me dolía la cintura, era más lindo cuando tenía más fuerza. Yo... me encantan los niños, trabajé toda mi... 50 años con niños, y tengo nietos, mi nieta tiene 4 la más chiquita y estuvo upa y le digo: "Lolita, un poquito porque la abuela no puede más", y cuando mi nieto me dice: "Abuela, vos todavía no sos tan vieja, no te vas a morir", te da un poquito de cosa y también pensás hasta cuando lo voy a poder ver, crecer, bla, bla, o sea que la vejez tiene sus cositas, **pero bueno, también es entender que una de las ventajas de estar grande, grande, no te tenés que hacer tantos estudios.***

E: *Usted lo vería como una ventaja.*

e1: *Y sí, la verdad que sí. Por eso, la cintura no es una ventaja, que te cansás más no es una ventaja. **Pero que no te tenés que torturar con los estudios, sí es una ventaja.** EPM2*

- b. Sentimientos negativos: aquellos que producen sensaciones de malestar en la persona y resultan desagradables respecto de dejar de realizar una práctica preventiva por razones de edad.

Cita: Ah no, ahí sí, si me lo dicen "no hace falta que vos", mejor, ya no tiene sentido, "ya no tiene sentido seguir con eso", entonces eso sí lo acepto.

I2: ¿Y usted qué pensaría?

EH: Que hay que hacer los papeles y despedirse. .GF2

Códigos utilizados en el análisis de las entrevistas a médicos

Al igual que hicimos en el apartado anterior, presentamos un diagrama de los códigos, con sus categorías y relaciones, definidos para la categorización de las entrevistas a los médicos, para luego pasar a definirlos y ejemplificarlos mediante citas.



En función de nuestros objetivos de estudio y luego de haber realizado el análisis de las entrevistas de los pacientes, identificamos que los códigos podrían agruparse en cinco categorías centrales, tres de las cuales se relacionan con –pero no son iguales a– las encontradas en los pacientes:

- I. Pensamientos, creencias y saberes de la prevención
- II. Relación médico-paciente
- III. Desimplementación

- IV. Vejez
- V. Acuerdo institucional

La primera categoría nos permite analizar e intentar formular explicaciones respecto a cómo los médicos entienden a la prevención y toman las decisiones acerca de realizar o no una práctica preventiva. La segunda categoría posibilita el análisis del vínculo entre médicos y pacientes, contexto en el que se enmarca la toma de decisiones. La tercera y cuarta categorías se refieren a los sentimientos que surgen en los médicos ante la posibilidad de dejar de prescribir una práctica que venía realizando en su desempeño profesional y qué sucede cuando esta desprescripción se da a edades avanzadas. Por último, circunscribimos en la categoría acuerdo institucional al conjunto de normas y prácticas institucionales que regulan las relaciones entre los miembros de una institución.

Definiciones

I. Pensamientos, creencias y saberes de la prevención: Para este trabajo definimos a los pensamientos como la capacidad que tienen las personas de formar ideas y representaciones de la realidad en su mente, relacionando unas con otras; a las creencias como las ideas que se asumen verdaderas; y a los saberes como los conocimientos que se tienen acerca de algo, en este caso la prevención, esta última entendida como el conjunto de medidas que se toma en ausencia de síntomas para evitar patologías o detectarlas de manera anticipada.

- a. Avances de la ciencia: pensamientos, creencias y saberes acerca de la medicina y la prevención como una ciencia en constante evolución y cambio.

Bueno que como todo en la medicina que pensando desde la tecnología hubo mucha innovación también hubo mucho de cambio de paradigma y actualizaciones en lo que son las prácticas preventivas desde que yo ingresé al servicio con una perspectiva distinta de la que hoy tenemos en la actualidad. Antes éramos mucho más, estábamos mucho más regidos por la práctica preventiva (...) hoy revisando mucho la evidencia nos dimos cuenta que muchas de esas prácticas no lo fueron, no terminó siendo mejor cuidado de nuestros pacientes y actualmente estamos descreyendo o haciendo mucho menos de lo que antes creíamos que era efectivo. EMC4

II. Relación médico-paciente: vínculo interpersonal complejo atravesado por múltiples factores que pueden influir positiva o negativamente en la decisión de realizar o no una práctica.

Depende, depende mucho del vínculo. Obviamente acá es donde yo creo que me siento más fuerte, porque vamos a aclarar algo: siempre teniendo en cuenta que el vínculo médico – paciente que yo tenga después de tantos años de seguimiento con un paciente o su grupo familiar, que es donde yo puedo a veces sentirme con la espalda por decirlo así entre comillas, de sacarme yo, o sea bajaré yo una indicación que se la había dado unos años anteriores, años atrás. EMC4

- a. Fuentes de información: personas o lugares (físicos o simbólicos) que los pacientes declaran como reservorios de información.

La mayoría de los pacientes tienen múltiples informaciones que reciben por otro lado, tienen a veces una... tienen información que no suele coincidir con frecuencia con lo que nosotros pensamos y con otro grupo de gente que hace la atención primaria. EMC1

- b. Mercantilización: representa los momentos en que la medicina se torna en objeto/mercancía con posibilidades de ser comercializada.

Después viene una dura negociación, por el paciente socio, que se vuelve medio cliente, pero los médicos más viejos después de tantos años tenemos ascendiente sobre los pacientes como para decirles mirá realmente yo creo que... EMC3

III. Desimplementación: cese de la implementación de una práctica preventiva de larga duración por indicación de un profesional médico.

- a. Sentimientos: sensaciones de bienestar o malestar en la persona que surgen en los médicos ante la idea de prescribir la desimplementación de una práctica preventiva.

E: Personalmente a mí sí me cuesta lo que es en la mamografía, este que ahora pasó a hacerla bianual, cada dos años. Mucha gente la sigue pidiendo, entre comillas, anualmente. I: ¿Y? ¿Y qué? E: Y bueno, es una negociación también, porque a mí personalmente también me cuesta hacerla cada dos años. EMC5

IV. Vejez: todo aquello relacionado con una edad avanzada y la cercanía al final de la vida.

El paciente mayor (...) Y aparte es una paciente muy particular, es muy dócil, es una paciente diferente. Viste que la más jovencita por ahí es más demandante.. "Y me dijeron, y yo googlee y yo esto", ya se la sabían todas cuando vienen. Vienen para ver si yo me piso con el Google más o menos ¿no?. La paciente de tercera edad es una paciente diferente, ya viene de vuelta, acepta lo que uno más o menos le ofrece. EME3

V. Acuerdo institucional: este código representa al conjunto de normas y prácticas institucionales que regulan las relaciones entre los miembros de la comunidad de la institución y establecen acuerdos en cuanto a las prácticas recomendadas.

se torna dificultoso porque la paciente me dice: "bueno entonces la colposcopia", y yo le digo el Pap, y entonces me dice "bueno pero no me va a pedir la ecografía trasvaginal". "Y no, no está demostrado", entonces ahí le explico a la paciente de vuelta. I: "Y la ginecóloga siempre lo pide", claro, ¿no? E: Sí, sí, sí. Entonces ahí se torna un poco... I: Y más complejo. EMC8

La prevención y la relación con el profesional de la salud desde la perspectiva de pacientes. Entrevistas a pacientes.

En el siguiente apartado analizaremos los argumentos encontrados en los relatos de los pacientes respecto a la desimplementación del rastreo de cáncer de colon, cuello de útero y mama más allá de las edades recomendadas por las guías de práctica clínica.

Dimensiones analíticas

En el análisis de estas entrevistas se puede vislumbrar un universo de percepciones, creencias y actitudes en relación con la desprescripción de las prácticas preventivas. Es por ello que los agrupamos en tres dimensiones analíticas centrales, la creencia en la inocuidad de la prevención, la confianza en el médico como determinante a la hora de tomar las decisiones y la complejidad de la desprescripción en relación a la aceptación o no aceptación de la misma.

La inocuidad de la prevención

La creencia de los entrevistados sobre la inocuidad de la prevención atraviesa todas las entrevistas, considerándose la prevención buena y beneficiosa. Se la relaciona con prácticas realizadas para evitar que algo suceda, como las vacunas, que evitan una potencial enfermedad, o con la idea de detección temprana, relacionada con la posibilidad de descubrir algún problema de salud a tiempo que permita poder curar o evitar otra situación peor.

*. ¿Usted piensa que en **prevención** siempre más es mejor? E: **Siempre, más es mejor.** EPM35*

¿Y usted qué piensa de las prácticas preventivas?

E: ¿Son útiles?

*e: Sí, son **extraordinarias**. Es el recauchutaje, vos te vas a reír, hoy en día si no tenés esa preventiva **no llegamos a lo que***

***llegamos**. Yo gracias a Dios te digo... EPM15*

*Es **indispensable, la prevención** eh... es hoy no hay que dejar de hacerlo, uno **sería... atentar contra uno mismo**. EPM6*

Como vemos en la entrevista EPM35, aparece la idea de que cuando se habla de prevención, una mayor cantidad de estudios siempre es mejor. La inocuidad y los beneficios de la prevención no se discuten, siendo éstos conceptos tan fuertes que el entrevistado EPM15 le adjudica a la misma la capacidad de prolongar vida y el entrevistado EPM6 afirma que no realizarla sería atentar contra uno mismo.

La idea directriz de la prevención como algo inocuo y beneficioso se asienta en fuertes premisas. como el hecho de pensar que encontrar a las enfermedades en estadios tempranos

siempre trae beneficios, la confusión entre las prácticas preventivas y aquellas prácticas médicas recomendadas ante la presencia de síntomas, el desconocimiento y minimización de los riesgos de la prevención.

Entonces encontramos, en primer lugar, la idea de que algunas enfermedades rastreadas a tiempo se pueden curar y que su tratamiento en etapas pre-sintomáticas presenta mejores resultados que cuando los síntomas se hacen presentes.

..., si es pequeño mejor y que no creció así en forma desmedida e hizo metástasis se llama, cuando... se ramifica. Yo lo veo de esa manera. GFP2

. Y bueno, en base a que si yo puedo prevenir con una alimentación, cuidada con el colesterol, de exceso de peso, porque creo que el desarrollo de tumor no lo puedo evitar. Lo que sí puedo conseguir es descubrirlo, o si presto atención en un... este... en un momento precoz ese tumor, y bueno, llegado el momento decidiré... EPM1

e: No, es más atención me parece. Puede prevenir más. Creo que un cáncer agarrado a tiempo tiene algo de solución. Una vez que está instalado ahí... se pone la fea. EPH10

E: Yo pienso que las prácticas preventivas, sí. La prueba está que gracias a la prevención se ha, se han detectado tantos cánceres de útero y todo. Gracias a la prevención. EPM35

Entonces para mí ya es tarde, ya no tiene sentido, porque una vez que lo tenés adentro el cáncer ya después no se cura. Quizás paliativo lo único, pero curación no la veo. GFP2

Las citas previas dejan vislumbrar la idea de un crecimiento lineal de la enfermedad, por el cual se refuerza la creencia acerca de que la prevención es buena, ya que (en este modelo) si algo se encontrara antes siempre sería mejor. Como se comentó en el marco teórico, está demostrado que no todos los cánceres crecen de manera lineal e incluso algunos (en etapas iniciales) pueden retrogradar y desaparecer sin causar ningún daño a las personas que lo presentan. El diagnóstico de estos cánceres es lo que se llama sobrediagnóstico. En este sentido, la idea de que la prevención pueda generar daños (sobrediagnósticos) es una idea contraintuitiva, ya que va en contra de la lógica del crecimiento lineal de la enfermedad, el hecho de pensar que no siempre es mejor encontrar un cáncer y tampoco es siempre mejor encontrarlo antes (1).

En el discurso de los pacientes también se identifica, en segundo lugar, una dificultad para diferenciar los estudios realizados por prevención (sin síntomas) de aquellos realizados ante la presencia de síntomas (estudios diagnósticos), colocando a ambos en la misma posición respecto al balance de los riesgos y beneficios.

*¿Y si por ejemplo a usted en algún momento le dijeran que no es necesario hacerla tan seguido, la colonoscopia?
(...)*

E: Y no sé, en ese momento veía,

I: ¿Y en qué medida le preguntaría...? No sé, ¿cómo haría para ver?

E: Y en los síntomas que tengo, porque yo soy de las personas que pareciera que mi cuerpo me dice lo que tiene, porque cuando empecé con el problema que me hicieron la primera colonoscopia yo tenía un dolor acá y todo el mundo me decía que no. Que era o muscular, o este, cualquier cosa menos... Y yo les decía "no, no es eso porque yo, mis deposiciones no son iguales", o sea a mí el cuerpo es como que me avisara que le pasa algo. EPM29

E: Y si el médico le dijera que en algún momento por edad ya no vale la pena hacer alguno de esos estudios, ¿usted qué pensaría?

e: Si yo siento una molestia o si considero que tienen que hacerme el estudio, y vengo lo discuto y lo hacemos. EPH15

Como puede observarse en las citas previas, todos los pacientes relacionan el pedido de estudios con la presencia de síntomas. No parecen comprender que en esos casos ya no se hablaría de prevención sino de diagnóstico, y tampoco que los estudios sí estarían indicados. Esta falta de distinción entre la etapa preventiva y la etapa diagnóstica podría tener un peso para los pacientes al momento de evaluar la posibilidad de dejar de realizar estudios preventivos, ya que como se puede ver en sus relatos aparece la necesidad de afirmar que ellos solicitarían o insistirán en la realización de estudios en caso de síntomas.

En cuanto al balance riesgos-beneficios, existe una diferencia radical entre los estudios preventivos y los diagnósticos dado que las prácticas preventivas tienen por objeto estudiar a pacientes sanos. La presencia de síntomas en un paciente hace que su probabilidad de estar enfermo sea mayor y que, por lo tanto, la realización de estudios sea mandatoria, inclinando la balanza riesgo-beneficio hacia el lado del beneficio debido a que los riesgos a los que están expuestos son para detectar una posible enfermedad. En tanto, cuando una persona consulta para prevenir, es asintomática y se siente sana, es el médico o el sistema médico quienes proponen maniobras de detección precoz, y por lo tanto los riesgos a los que están expuestos son para prevenir una potencial enfermedad que todavía no tienen o no conocen.

Este dato toma relevancia, ya que muestra la complejidad que implica la comunicación de riesgos cuando se habla de prácticas preventivas. Pensar que los estudios preventivos son iguales a los diagnósticos en la relación riesgo-beneficio minimiza los riesgos en favor de los beneficios, avalando la idea de que la prevención siempre es buena.

El tercer argumento, consecuente con los anteriores, que propugna por la inocuidad de la prevención es el hecho de que, en general, se desconocen o minimizan los riesgos que pueden derivar de la realización de prácticas preventivas.

E: Y usted piensa que alguno de estos estudios, usted piensa que no le pueden traer daños.

e: *No, sino, es como darle un remedio malo, qué sé yo no sé. Es una cosa que si me dan un remedio que no corresponde me va a hacer mal. Pero si me dicen tenés que hacerte este estudio para ver si tenés tal cosa... ..EPH15*

Siempre hablando de las prácticas preventivas ¿no?
e: *Preventivas, sí, sí. Este... porque creo que en las preventivas los riesgos son mínimos, al menos que sea un caso de una enfermedad muy avanzada.*

E1: ¿Alguna vez alguien le dijo esto de que los riesgos de la prevención son mínimos?
e: *Es una idea mía. Porque... no sé, desconozco que haya algún estudio preventivo que tenga riesgos. EPHGF*

Las prácticas preventivas siempre tienen esta cosa de que como son prevención parecen que siempre son como inocuas. ¿Alguna vez pensó que quizás no eran tan inocuas?

e: **No nunca.**

E: *Nunca.*

e: **No.**

E: *¿Y si alguien le dijera...?*

e: *Estoy pensando qué prácticas ¿no? las ginecológicas ¿qué otras pueden ser?*

E: *Y por ejemplo la video colonoscopia.*

e: *Sí, no sé. Hasta ahora no conozco casos que no hayan sido, que hayan resultado con algún problema. No conozco. EPM 22*

En las citas previas se puede observar que los entrevistados desconocen los riesgos o creen que estos son mínimos (EPHGF, EPM22). Incluso EPH15 piensa que si existieran riesgos la indicación de estudios preventivos equivaldría a darle un remedio malo, argumento que refuerza la creencia de que prevenir es curar y que, por lo tanto, la prevención es como un remedio y nunca se llevaría adelante si acarreará algún perjuicio.

La minimización de los riesgos se apoya también en experiencias previas positivas propias o de conocidos, y en las credenciales de los profesionales y las instituciones donde se realizan las prácticas. Es decir, haberlos realizado con anterioridad o conocer a alguien que los haya realizado y no haber vivenciado los riesgos contribuye a subestimar los riesgos de los estudios.

e: *No sé creo que no (...) todas mis amigas que tienen entre 70 y 74 la mayoría, el 90% de mis amigas, y yo creo que un gran porcentaje la hace, no tiene inconvenientes. EPM22*

Y lo que pasa es que en el caso de la videocolonoscopia son tantos los casos que yo conozco de amigos que mucho no me preocupó ¿no?

E: *Pero casos que conoce de amigos que que...*

e: *De amigos que se hicieron la videocolonoscopia. EPM5*

e: *Y yo sí. Y sí, porque, aunque haya pasado esto con una persona, los que pasan es infinidad de gente y nunca pasa nada así que quién sabe por qué pasó también, no sé. No sé. No, no, pero... EPM7*

e: *Eh... no. no de cualquier manera si el estudio lo tengo que hacer lo hago y... O sea, yo creo que si estoy en manos de un buen profesional el riesgo es mínimo. Así que... es como salir a la calle, cruzar y no mirar. EPH6*

yo confío en la institución, porque realmente eh... he trabajado acá, he tenido mis hijos acá, y sé que deben tener máquinas muy modernas. EPM1

Y ahí vi un hombre que sí, que le perforaron. Por eso decía ¿no? que... que sí, hay gente que sí que lo perforan., era un... no sé si era un, sí, un hombre grande. E: Por eso...

e: *Pero yo no sé si le perforan porque es viejito o le perforan porque no lo saben hacer, no sé... EPH24*

En el caso del entrevistado EPM5, conocer gente que se hizo la videocolonoscopia le da seguridad ante el procedimiento. EPM7 relativiza el riesgo ante la cantidad de gente que realiza

estos procedimientos mientras que EPH6 y EPM1 lo relativizan en función de la calidad de los profesionales y su confianza en la institución, ya que el prestigio de ésta pareciera asegurar una práctica sin problemas. En ningún momento surge la idea del aumento de riesgos asociados a la edad. Incluso EPH24 lo pone en duda al manifestar que quizás algunas complicaciones pasan por impericia profesional. Sin embargo, se ha demostrado un aumento de la incidencia de complicaciones asociadas con la edad como en el caso de la videocolonoscopia, la incidencia de deshidratación o desequilibrios electrolíticos secundarios a la preparación del intestino o la mayor probabilidad de hemorragia o perforación colónica secundaria a la realización del estudio (48).

Ahora bien, cuando las personas conocen los riesgos, estos son siempre riesgos inmediatos derivados de los estudios como el recibir rayos o la perforación colónica.

SI, si. Porque justamente un tiempito antes de hacérmela yo una amiga nuestra le hicieron una videocolonoscopia y al día siguiente no sé qué pasó pero se iba en sangre. No sé si perforó algo, tuvo que internarse y bueno. Y EPM 7

*Porque empiezan a aparecer los falsos positivos, diagnósticos... E: ¿Falsos positivos?, no sé qué es eso. I: Falso positivo es cuando una prueba da...E: ¿Positivo y realmente no es? I: Y realmente no es, empieza a aparecer el sobre diagnóstico que es cuando a alguien se le detecta algo y se lo trata, pero en realidad eso no va a influir en su muerte o en el momento...E: **Interesante, eso no lo sabía, eso no lo había escuchado.** EPM 44*

A mí no me ha pasado. O sea, las preventivas que tuve fueron todos este... la única que tuve puedo decir mala experiencia fue... un nódulo en el pecho derecho, que era simplemente un nódulo y por prevención me lo sacaron. Y me quedó una cicatriz {se ríe} parece una cesárea. EPH16

La entrevistada EPM7 refiere conocer los riesgos por haber tenido contacto con personas que tuvieron complicaciones en la realización de los procedimientos. Sin embargo, ninguno de los entrevistados alertados sobre los riesgos nombra la posibilidad de un falso negativo o la cascada de estudios luego de resultados falsos positivos. Mientras que el EPM44 desconoce la posibilidad de falsos positivos, el entrevistado EPH16 relata una experiencia en la cual una práctica preventiva provocó un daño, pero aclara al inicio del comentario que a él nunca le pasó algo así. En general, cuando se introducían conceptos como falsos positivos/negativos o sobrediagnóstico en el transcurso de las entrevistas, estos conceptos resultaban un tema incomprensible, o difícil de interpretar, ya que cuando volvíamos sobre las preguntas, los participantes no podían responderlas o hablaban de otro tema, con lo que nuevamente aparecía la idea de que la prevención siempre es buena.

Por último, y en relación a la minimización de los riesgos, identificamos dos instancias centrales donde éstos son comunicados al paciente: el consentimiento informado y la consulta

con el médico que lo solicita. Respecto del primero, resulta saliente el significado que le otorgan al consentimiento informado. Los entrevistados suelen entender al consentimiento informado que ellos mismos firman como un trámite con el cual el hospital se cubre legalmente, pero no como un documento que comunica los riesgos reales del procedimiento.

*Cita: E: Pero usted sabe que antes de hacérsela tiene **que firmar un consentimiento** informa'...*
*e: Si, si, pero como todo. **Siempre hay que firmar un consentimiento, ante una operación, ante una práctica, siempre hay que firmar. Sí eso sí, pero bueno yo nunca tuve problema.** EPM2)*

*Bueno, pero usted me dice que **nunca pensó que el estudio tuviera un riesgo, pero usted firmó un consentimiento** informado donde le informa riesgos.*

*E: Claro sí. Yo siento que **a veces exagera la prevención y el hospital tiene que cubrirse, me parece muy bien.** Y yo para **no dejarme presionar ni leo todo**, como con los prospectos de los remedios que rara vez pueden producir esto o aquellos. Si uno hiciera caso a los prospectos no tomaría nada. EPM44*

*: ¿Se acuerda que usted **firmó un consentimiento** que decía...?*

*e: Sí, pero **estaba tan nerviosa la verdad, que era la primera vez**, creía que era horrible me resistí tanto, después no fue nada así, fue bárbaro todo el trato y todo. **Pero no me acuerdo exactamente las contraindicaciones** que pudiera tener médicamente, eso no me acuerdo.*

EPM8

El entrevistado EPM22 relata que la firma del consentimiento es algo que se debe hacer como parte del procedimiento, mientras que EPM44 dice ni leerlo para no dejarse influenciar, sin darle ninguno de los dos entrevistados relevancia a la información contenida en el mismo. Además, del relato de la entrevistada EPM8 se desprende que este documento se firma en un momento en el cual, por lo general, las personas ya tienen su decisión tomada. Como se vio en el marco teórico, la firma del consentimiento informado tiene como objetivo brindar a los pacientes información sobre los posibles riesgos que tiene un procedimiento previo a su realización; no obstante, los entrevistados no la perciben como una instancia en la cual se recibe esta información, se toma conocimiento de los riesgos y se procede con una decisión en favor o no de la realización de un procedimiento.

En lo que respecta a la información sobre los riesgos que provee el médico que solicita el procedimiento, encontramos que en muy pocos casos los pacientes han referido haber tenido un espacio con su médico para hablar sobre los riesgos que puede tener el realizar prácticas preventivas. Sin embargo, existe acuerdo en cuanto a que les gustaría ser informados por su médico sobre este tema.

*Y escúcheme, volviendo a lo nuestro, si a usted le contaran que quizás hay algo de riesgo en un estudio, ¿a usted le interesaría que **el médico se lo contase el riesgo/beneficio?***

E: Y sí. EPH45

puede decidir informar al paciente y que sea el paciente, con la información lo más objetiva posible, el que tome la decisión.

e1: Eso me parece interesante.

E: Eso le parecería interesante, que uno le dé la información para que usted pueda tomar.

e1: Eso es interesante, tener elementos con que tomar la decisión. EPM3

El entrevistado EPH45 afirma que le gustaría recibir información sobre riesgos/beneficios de las prácticas preventivas mientras que EPM3 manifiesta que le resultaría interesante contar con elementos que le permitieran ser ella misma la que toma la decisión. Este último testimonio evidencia la necesidad de contar con información a la hora de tomar decisiones indispensables en el fortalecimiento de la autonomía. Como se vio en el marco teórico, para que una persona pueda tomar decisiones con conocimiento, la calidad y cantidad de información que recibe a la hora de decidir o no realizar una práctica debería estar asegurada (ver Marco Teórico, apartado Consideraciones éticas). Sin embargo, pareciera que ni el consentimiento informado ni los médicos cumplen con este objetivo.

En suma, como se puede ver, la creencia sobre la inocuidad de la prevención asienta sus bases en un cambio de paradigma difícil de aceptar por lo contraintuitivo que puede resultar, así como en conceptos que parecieran difíciles de comprender y la minimización de riesgos. Todos los argumentos que identificamos y que sostienen esta creencia son resultado del análisis que acabamos de compartir y se transforman en un aporte sustancial para los profesionales de la salud al momento de diseñar estrategias para la desimplementación de las prácticas preventivas con sus pacientes.

En consonancia con esto, el próximo apartado enfoca la importancia del rol del médico y la relación médico-paciente ante la desimplementación.

La confianza en el médico como determinante a la hora de tomar las decisiones

En el análisis de las entrevistas se observa la importancia que tiene la relación médico-paciente y la confianza depositada en los profesionales al momento de tomar decisiones. Sin embargo, la desimplementación resulta tan disruptiva que cuestiona los cimientos y confianza de este vínculo.

La confianza en el médico aparece como un factor fundamental en relación con cómo los pacientes toman sus decisiones respecto de realizar o no los estudios. En este sentido, la

confianza depositada en el saber médico, así como el vínculo construido entre el médico y el paciente, afloran como factores determinantes.

.I2: O sea, cuando le dice que no, ¿es lo mismo que cuando le dice que sí? E8: **Sí, sí, totalmente, confío plenamente en lo que me dice.**

E: **Y tiene que confiar, si no, ¿para qué venimos? GFP1**

e: **Mientras el profesional se lo siga diciendo yo creo que para eso están, para eso estudiaron y se lo van a proponer. Si no se lo proponen y le dicen que no, que no hace falta o qué, uno de alguna manera, no sé, si le tiene confianza al profesional se tiene que quedar con eso ¿no? pienso. EPH25**

e: **Sí, me lo hicieron muchas veces. Pero después de una determinada edad me dijeron ya no hace falta.**

E: **¿Y usted qué pensó cuando le dijeron eso?**

e: **Y... yo supongo que uno está ante la persona autorizada que dice qué no y qué sí. EPM27**

e: **Está bien, son políticas del hospital, no entiendo de políticas de hospital. Pero si mi ginecólogo de confianza me dice que no lo necesito bueno, no lo necesito. .EPM28**

Quedarse tranquila con lo que la doctora me dice, y bueno, si no, cambiaría de médico.. GFP1

Del relato de los entrevistados EPH25, EPM27 y EPM28 se desprende que la confianza depositada en el médico está dada no sólo por la relación médico-paciente, sino también por la investidura del saber con la que se envuelve a los profesionales. Esta confianza está determinada por el vínculo que se genera entre ellos más que por la cantidad o tipo de información que los profesionales brindan a los pacientes. Si bien recibir información por parte del médico se considera relevante a la hora de tomar la decisión de continuar o no con las prácticas, pocos citan haber sido informados acerca de los motivos de esa indicación, lo que da cuenta de que la confianza es un factor determinante a la hora de tomar decisiones, más que recibir de ellos información sobre el procedimiento.

ya lo vengo escuchando que hay estudios que los dejan de hacer. Yo criterio propio, no tengo, no tengo formación como para saber si está bien o está mal. Creo que haría lo mismo viste, confiar en alguien, confiar en un médico porque yo no tengo criterio para saber. EPM43

e: **Si me lo dijese un médico de confianza y aceptaría.**

E: **Aceptaría. ¿Y si un médico de confianza le dice que la mamografía después de los 75 no es necesaria?**

e: **Si me dice un médico de confianza bueno. E: Lo acepta.**

e: **Si.**

E: **¿Y buscaría información en algún otro lado? e: Yo confío, quiero confiar en los médicos. EPM24**

e: **Y mis amigas están siempre preguntando por qué corno no me hago alguna cosa. No me hago una este... algún análisis de rutina, y yo le contesté que no me lo hago porque el médico mío no lo cree necesario. EPM12**

Yo acepté, Igual siempre tuve la duda de por qué no lo necesitaba porque no...EPM28

Tanto en el grupo focal GFP1 como el resto de las entrevistas aparece la idea de que si lo dice el médico se debe confiar, no existen cuestionamientos. En ningún caso los pacientes refieren estar informados acerca de los motivos por los cuales se les solicitan o no estudios. Solo en la entrevistada EPM28 aparece la duda acerca de la razón de la indicación.

El saber médico en general no es cuestionado, aunque se acepta que la ciencia puede cambiar. En este sentido, los pacientes piensan que el médico es el encargado de estar actualizado, contar con información, evaluar si un estudio presenta riesgos y tomar la decisión de solicitarlo o no, aunque reconocen que les gustaría ser informados al respecto.

*Ustedes **están al tanto de las novedades**, de lo que la ciencia va avanzando y va reconociendo que hay ciertas prácticas y hay toda una clasificación, que ustedes saben mejor que yo, de ciertas prácticas que son, este, número 1, número 2, número 3 y entonces ellos, o **ustedes, son los que saben**. Si ciertas prácticas ya se ha comprobado científicamente que no es necesario pedirlos de rutina, entonces, **no los vamos a contradecir GFP1***

*, porque la **ciencia va evolucionando**, la medicina no es matemática, entonces claro. GFP1*

*Y si me dice **que no es necesaria yo no puedo ir contra la ciencia, no soy doctora** entonces EPM 25*

*Cuando vos pienses **que me la tengo que hacer, obligame**, porque si yo voy a decir, voy a decir que no", pero eso ya no por mi creencia, sino porque detesto los estudio., EPM2*

En GFP1 y EPM25, surge la idea de no contradecir al médico ya que es el portador del saber con la responsabilidad de estar informado y actualizado. Sin embargo, EPM2 va más allá delegando en el médico la responsabilidad de obligarla a realizar un estudio si lo creyese necesario. Como se puede observar, en el discurso de los pacientes parece emerger una relación más cercana al modelo paternalista, en el cual el médico es la persona investida del saber y el que toma las decisiones, mucho más que el modelo centrado en el paciente o deliberativo de relación, en el cual el paciente es informado, acompañado y empoderado para tomar sus propias decisiones.

Ahora bien, este vínculo paternalista que prevalece entre los entrevistados no siempre es asumido como un rol autoritario. En este sentido, algunos participantes de este estudio reconocieron que el diálogo y el acompañamiento son una parte fundamental de la relación médico-paciente.

*EM: "Tengo una doctora y yo creo que **me cuida mucho, que me conoce mucho**, y que... que se puede equivocar como cualquier profesional, se puede equivocar, pero a mí me parece que es una **persona súper cuidadosa, que registra**" EPM2*

"Si el médico me lo dice yo le tengo confianza al médico. Porque si vos no le tenés confianza al médico para qué vas." "si le tiene confianza al profesional se tiene que quedar con eso ¿no? pienso." EPH16
e1: ¿Qué te voy a decir? El tipo de palabra, que es lo que dice y lo que no dice, es una cuestión del encuentro con el otro, qué es lo que hace que alguien te dé confianza. EPM3

Yo creo que hay que hacer lo necesario (...) no sé, yo valoro lo humano del médico, su formación, su experiencia y me parece que hay un criterio médico. Que tampoco hay que hacer un tecnicismo de todo ni mandar a hacer toda la cantidad de estudios, debe haber un criterio.

Un sentido médico, un criterio desde los síntomas a ver ... son años la confianza que tengo no es que... yo con Farias hablo tranquilamente y le digo tengo este problema, no tengo este problema. Sea como sea. EPH15

No, pero lo que pasa es que el médico de cabecera realmente, por lo menos los que yo conozco, es fundamental. Porque es una persona con la cual uno puede dialogar que es la función específica de un médico clínico, escuchar al paciente con atención, tomarse el tiempo necesario. (...). Y sí, le puedo transmitir lo que realmente siento.. GFP1

E2: Yo creo que con el médico hay que hablarse.

E2: Puede uno no tener razón, pero ahí está el médico para persuadirlo de que uno no tiene razón, pero yo creo cada vez más que con el médico hay que hablar.

E1: Pero por supuesto.

E2: "Me parece tal cosa, qué me parece tal otra" y no acatar ciegamente el sí o el no. Yo creo que uno se conoce mucho más, obvio, de lo que lo puede conocer el médico y entonces me parece que hay que hacer un trabajo cooperativo. GFP1

Me parece que vos, a lo que apuntas es que el médico también te escuche más, en esta, ¿no?, como un ida y vuelta en que el médico también sea permeable al escuchar tu opinión.

E2: Sí, no hay duda, no hay duda. Porque hay algunos médicos que son muy...

GFP1

yo siento que, para mí, en materia de salud, es mi guía, es la persona que me cuida y me protege. Entonces, si yo tengo que exigirle porque yo tengo un médico, un sobrino médico, una sobrina médica y porque todos, escuchan montones de cosas, entonces, no podés ir a la médica a pedirle cosas. Me parece a mí. Además creo que cada uno es una individualidad. Entonces, la relación que existe entre el médico de cabecera y el paciente es fundamental GFP1

En las citas anteriores referidas a la relación médico-paciente aparecen valores más cercanos a la medicina centrada en el paciente como el valor que le otorgan a la parte humana del médico, la importancia del diálogo, la necesidad de escucha, los años de relación, la importancia de ser considerados como seres individuales y singulares que se conocen a sí mismos y tienen cosas que aportar, y también aparece la idea del trabajo cooperativo en la relación. Sin embargo, mezclados con estos conceptos vuelven a surgir la relevancia del criterio médico para la toma de decisiones y su poder de persuasión; de hecho, uno de los entrevistados describe a su médico como su guía, contención y la persona que la protege, resurgiendo en su relato el modelo paternalista. En este sentido, si bien en los últimos años la relación médico-paciente ha evolucionado de una práctica históricamente centrada en el médico a una práctica que incorpora en forma creciente las perspectivas del paciente, todavía en muchas ocasiones predomina el viejo modelo, en el cual el médico es el portador del saber y quien toma las decisiones.

A pesar de la fuerte presencia de una configuración paternalista del vínculo médico-paciente, basada en la confianza de la guía que el profesional puede ejercer, la desimplementación aparece como algo tan disruptivo que hace temblar las bases de esta relación. Esto se ve reflejado en el hecho de que ningún entrevistado se planteó la posibilidad de no aceptar la indicación de estudios por parte del médico cuando éste recomienda realizarlos.

“Igual, igual si a mí me lo mandan a pesar de que dentro de poco tengo 80 años, si a mí me lo mandan yo lo hago eh. Ah si “EPM 7

EHI: “no, tenés que hacer esto”, me lo hago, vos mandás ahí. GFP1

EMI: No, no, “vaya a hacer (el estudio)” y yo voy. GFP2

Yo, viste, esto es como la religión. Si el médico te lo dice es porque te lo dice... por bien tuyo. No te lo dice para perjudicarte. EPH16

Del relato de EPM7, GFP1 y GFP2, así como en la entrevista a EPH16, se desprende incluso el tono imperativo que le adjudican a la indicación médica de realizar un estudio, como si ésta fuera una orden que deben cumplir. Sin embargo, la actitud no es la misma ante la posibilidad de dejar de hacer. El planteo de discontinuar con los estudios se vive con incomodidad y desconcierto.

¿Y por qué? ¿le puedo hacer una pregunta que quizás le cae mal? ¿Por qué confía en el médico cuando le dice que se lo tiene que hacer y si le dice que no se lo tiene que hacer no confiaría?

E: Yo con el doctor tengo un, qué sé yo, un ida y vamos que no sé qué pensar. Hablábamos de esto, de lo otro, charlamos, qué sé yo, no se me cruzó por la cabeza eso.

I: ¿Qué cosa no se le cruzó por la cabeza?

E: De no hacerlo porque él me dice, primero preguntaría.

I: ¿Y si le dice algo que usted no...?

E: Confío en él también si me dice que no hace falta.

I: Pero hace un rato me dijo que iría a preguntarle a otro médico.

E: Lógico, depende lo que es.

I: No, sobre la videocolonoscopia.

E: ¿Por qué dejar de hacer?, por el riesgo ese no tengo miedo, porque es necesaria hacerla, ¿o no? EPH45

E: Igual, discúlpeme que la voy a poner, porque usted confía en sus dos médicos.

e: Si.

E: Pero uno le dijo que no se haga tanto la densitometría y la otra le dice que se lo haga, y usted decide hacérselo.

e: Claro, eh... en realidad tengo la palabra de la ginecóloga que me dijo esto, no es necesario, me sale bien, tengo osteopenia, va a salir bien. Perfecto, bien. Pero la otra la endocrinóloga me dice bueno vamos a hacerte, por ahí cada dos años eh, no es una cuestión de urgencia, tal vez cada tres, tampoco es urgencia. No, no... Y la veo siempre medida, en las prácticas me da lo que me tiene que dar. EPM22

Eso dicen, eso escuché, que no es necesario hacerlo después de tantos años, a esta edad que yo tengo. Y me lo han comentado inclusive alguna amiga médica ginecóloga. De mi edad, en este momento por supuesto pero que... sí me lo comentó. Ginecóloga en un hospital público. Entonces, me lo comentó bien, yo lo tomo pero hago lo que me dice la médica. Hago todo, sí.

E: O sea, pero la otra también es médica.

e: Pero no es mi médica {se ríe}. No es la que tiene todos mis estudios.

EPM22

Tanto EPH45 como EPM22 refieren que ellos confían en sus médicos y que harían lo que ellos les prescriben, pero ante la posibilidad de dejar de hacer esta certeza no es tal. El entrevistado EPH45 se contradice en sus dichos y reconoce que nunca se le hubiese ocurrido la idea de dejar de hacer, mientras que la entrevistada EPH22, ante dos indicaciones médicas contradictorias, sigue la que implica la realización de la práctica. Incluso, algunos (3 de 29), ante la indicación del médico de dejar de hacer, refieren que consultarían a otro profesional.

e: ¿Qué no es necesario? No, me parece que no. consultaría a otro médico.

E1: Consultaría a otro médico.

e: Si, no, que me diga que no es necesario no me parece profesional. EPH6

Cita: "Los médicos necesitan saber y para eso necesitan hacer estudios" "Si el médico dice "no tiene sentido", en todo caso le pregunto a otro pero, no aceptaría eso. GFP2

Cita: EM: "Y bueno no lo haría qué se yo. Pero por ahí me quedo más tranquila que me lo haga." EPM9

EM: "Si, pero acá en el hospital desde que yo soy socia me los hicieron al principio, pero después ya nunca más porque pasé la edad. Según parece.

E: ¿Y usted qué piensa de eso, de que pasó la edad?

e: Que lo mejor de vez en cuando habría que hacerlos, me parece que sí. EPM11

I: Si alguna vez alguno de estos médicos que generalmente le piden los estudios le dijeran que ya por edad, o porque es mayor el riesgo que el beneficio, ya no son necesarios, ¿ustedes qué pensarían?

EM: Ah no, a mí me gusta que me prioricen. GFP2

La entrevistada del GFP2 entiende que no pedirle estudios es no priorizarla, por lo cual ella no aceptaría esta indicación, mientras que las entrevistadas EPM9 y EPM11, pese a haber aceptado la indicación de dejar de hacer, manifiestan que se quedarían más tranquilas realizando estudios. Como se puede observar, la relación médico-paciente y la confianza son pilares fundamentales a la hora de decidir realizar estudios, incluso sin conocer los motivos de las indicaciones. Sin embargo, la relación médico-paciente y la confianza entran en jaque cuando lo que se analiza es la posibilidad de dejar de hacer. Sentimientos de intranquilidad,

desconfianza o descuido minan ese vínculo. Si bien la mayoría de los entrevistados acepta la indicación del médico de discontinuar estas prácticas preventivas, la idea de que dejar de hacer implica una mejor calidad de cuidado aparece como algo disruptivo y contraintuitivo que cuestiona los cimientos y confianza de la relación.

En el próximo apartado analizaremos la complejidad de la desimplementación y los múltiples factores implicados.

La complejidad de la desimplementación

En este apartado arribamos a lo que consideramos el núcleo de esta investigación: la complejidad que implica la desimplementación de las prácticas preventivas para el rastreo del cáncer de colon, mama y cuello de útero a ciertas edades. Esta complejidad está dada no sólo por lo disruptivo de la desimplementación, sino también por el halo de inocuidad con que estas prácticas están investidas y el momento de la vida en el cual se indica la desprescripción de las mismas. Como se vio en el marco teórico está demostrado que la continuación del rastreo de estos cánceres luego de ciertas edades causa daños, pero, una vez establecidas, estas prácticas pueden ser extraordinariamente difíciles de abandonar (49).

Para este abordaje analizaremos, en primer lugar, el tipo y las fuentes de información en que se basan los pacientes para tomar sus decisiones y cómo influye el grado de aceptación de las diferentes prácticas preventivas al momento de decidir. Luego analizaremos las diferentes creencias y pensamientos, sentimientos respecto a la vejez y a la muerte, e ideas alrededor de la mercantilización de la medicina.

Tipo y fuentes de información

Como se vio en los apartados previos, en general, los pacientes son informados acerca de que ciertas prácticas no son necesarias, pero desconocen los motivos de la desimplementación y los riesgos que dichas prácticas llevan asociados.

*E2: Sí. No por voluntad mía, sino simplemente porque la doctora, que es la que me atiende, en determinado momento me dijo: "bueno, el hospital ahora ya no hace más obligatoriamente o rutinariamente el Pap a partir de determinada edad". GF1 Y tampoco mamografía. Me dijeron que ya no hacía falta. Primero me dijeron que hacía cada dos años. ...Me sentí tranquila, obviamente. Porque uno piensa que bueno que... cosa que no creo que tiene que ser así ¿no? porque a lo mejor yo **pequé de ser demasiado confiada** porque a lo mejor otro le hubiera preguntado a la doctora, por qué usted no me manda a hacer tal o cual EPM 27*

Papanicolaou... (.....) la doctora que me atendió me dijo que no hacía falta más, y haría otros dos años que....

e: No, pensé que era una cosa normal. (...)

E: ¿Y usted pregunta por qué, quiere saber por qué?

e: Me gustaría, por qué no.

E: ¿Y alguien se lo explicó?

e: No, nadie, nadie. Esta mal ¿no? tal vez tendría que haber pedido información. EPM25

: ¿Y el Papanicolaou?

e: Y hace mucho también. Si. Pero la última vez, lo que pasa que por la edad dice que tampoco es necesario hacerlo tanto ¿es así? EPM1

e: El estudio ginecológico me dijeron que ya no necesitaba después de la menopausia. El ginecólogo me dijo ¿para qué? Me preguntó si tenía relaciones sexuales le dije que ya no, entonces me dejó de estudiar los Papanicolaou y todo eso.

EPM28

La entrevistada del GFP1 dice haber sido informada acerca de que el hospital ya no recomendaba realizar estas prácticas a determinada edad, mientras que el resto de los entrevistados recibieron esta información de sus médicos. Ninguno refiere conocer los motivos acerca del porqué de esta indicación y ninguno preguntó acerca de esto. Sin embargo, algunas entrevistadas como EPM27 y EMP25 se cuestionan por qué no solicitaron esta información e incluso la entrevistada EPM1 le pregunta al entrevistador acerca de la veracidad de la información.

Si bien el médico aparece como una fuente de información importante a la que todos recurren, esta importancia está basada más en la confianza devenida de la relación médico-paciente que en el tipo de información que el médico les brinda.

e: No, no lo pido que me lo hagan. Porque también una vez una doctora me dijo está todo bien y no tiene necesidad de hacérsela.

E: Y usted si una doctora se lo dice se queda tranquila.

e: Me quedo tranquila. EPM7

¿Y papanicolaou?

e: Sí pero ahora por la edad me dijeron que no me lo tengo que hacer.

E: ¿Y usted qué piensa de eso que le digan que por la edad no se lo tiene que hacer?

e: no, me quedo tranquila porque si lo dicen los médicos.. EPM9

E: ¿Papanicolaou?

e: Sí, me lo hicieron muchas veces. Pero después de una determinada edad me dijeron ya no hace falta.

E: ¿Y usted qué pensó cuando le dijeron eso?

e: Y... yo supongo que uno está ante la persona autorizada que dice qué no y qué sí. EPM27

La confianza en el médico y el saber médico vuelven a aparecer como pilares a la hora de aceptar dejar de hacer sin necesidad de contar con más información. Además, como se menciona en el apartado de prevención, en el discurso de los pacientes se identifica una

dificultad para diferenciar los estudios realizados por prevención (sin síntomas) de los diagnósticos (ante la presencia de síntomas), colocando a ambos en la misma posición respecto al balance de los riesgos y beneficios.

*E: ¿Y si el médico le dijera que en algún momento por edad ya no vale la pena hacer alguno de esos estudios, ¿usted qué pensaría?
e: Si yo siento una molestia o si considero que tienen que hacerme el estudio, y vengo lo discuto y lo hacemos. EPH15*

¿pero hay alguno de los estudios en el que ustedes, por más que, digamos, el médico les dijera que ya no es necesario, ustedes quisieran hacérselo por una cuestión de tranquilidad de ustedes? E7: Si fuera necesario, sí.

I1: ¿Y quién dice si es necesario o no?

E7: El médico. Si él lo considera necesario, yo no tendría, personalmente, ningún, ningún problema.

E2: **Claro o que aparezca alguna señal como para decir: "bueno, mire, a mí me preocupa tal cosa".** Entonces, ahí sí. GFP1

Como puede observarse en las citas previas, los pacientes refieren que insistirán en la realización de estudios ante la presencia de síntomas. Al momento de proponer discontinuar las prácticas preventivas. sería adecuado que los médicos brindaran información acerca de la necesidad de consultar en caso de aparición de síntomas. Esto es importante no solo para dar pautas de alarma a los pacientes sino también para llevarles la tranquilidad de que, ante la presencia de síntomas que indiquen que necesitan estudios, éstos les serán solicitados por más que ellos hayan decidido discontinuar con el rastreo de ciertas enfermedades.

Los pacientes identifican el tiempo disponible en la consulta médica como un factor que influye en por qué los médicos no informan los motivos de estas desprescripciones o la diferencia entre los estudios diagnósticos y los de prevención.

Debería haber más comunicación médico-paciente y darle más tiempo, pero necesitaría, digamos, 10 turnos de consulta para evacuar y que el profesional que vive de eso sea compensado. Entonces es muy primordial para mi punto de vista, darle una retribución por cada trabajo que se está haciendo. Si uno le dedica, no sé cómo es la evaluación en el Italiano por tiempo, si son 5-10-15 minutos por paciente, compensárselo al profesional que lo está haciendo y le está dedicando el tiempo GFP2

La falta de tiempo, así como la necesidad de reconocimiento a los profesionales y la retribución monetaria aparecen como posibles explicaciones de la falta de información que los pacientes reciben. Más allá de los múltiples motivos que puedan llevar a que los médicos no expliquen el porqué de sus indicaciones respecto a las prácticas preventivas, es importante destacar que si los pacientes no cuentan con esta información, lo único que pueden hacer es aceptar o no la indicación de su médico.

Además del médico, otras fuentes de información que utilizan los pacientes para tomar sus decisiones son las instituciones, los familiares y los medios de comunicación. El HIBA es una fuente confiable que respetan y de la cual les gustaría recibir información acerca de las prácticas preventivas recomendadas para cada edad.

E: Y no se cambió de médico por eso.

*e: No, no, porque supongo que **tendrá la responsabilidad desde acá del Hospital Italiano** así que... creo que tiene la responsabilidad como para decirme eso ¿no? EPM28*

*Porque vos vas a otros lugares, donde el médico receta y van como, ustedes son muy jóvenes, pero van con una nana con respecto a dónde recetan. Entonces hacete el estudio acá, hacete el estudio. **Acá no hay ese negocio, todo lo contrario. Y que no sucede sería que escatimaran** GFP1*

I: Pero si una médica en la que usted confía le dice...

E: Sí, aparte es jefa de acá del Italiano. EPM43

El hecho de que el médico pertenezca a esta institución respalda la confianza en su saber.

Por otro lado, la familia y amigos surgen como referentes con los cuales intercambian información y experiencias. Por lo general son fuentes de las cuales se nutren para luego consultar a su médico y discutir con éste la necesidad o no de realizar ciertas prácticas.

*Eso no. ¿Y usted cómo toma la **decisión** de qué se tiene que hacer y qué no?*

*e: y generalmente por **comentarios de amigos**. Que me dicen mira me hice una videocolonoscopia, me encontraron una cosita, es bueno hacérsela. Bueno entonces uno viene acá y le pide al médico de cabecera y le dice **¿puedo hacer una colonoscopia?** EPH10*

*e: Si, yo a veces le digo **por qué no me hago, mis amigas se hacen un estudio cada 6 meses, generales. Y él dice, pero tus amigas son tus amigas; a vos no se te ocurra imitaras.** Si es no, es no, no vale la pena.*

E: Y usted con eso está tranquila.

e: Si, yo estoy tranquila. EPM12

*e: Eso dicen del papanicolau, eso escuché, que no es necesario hacerlo después de tantos años, a esta edad que yo tengo. Y me lo han comentado inclusive **alguna amiga médica ginecóloga. De mi edad, en este momento por supuesto pero que... sí me lo comentó.***

***Ginecóloga en un hospital público.** Entonces, me lo comentó bien, yo lo tomo pero hago lo que me dice la médica. EPM22*

*e: Porque **mi hija me dijo hacete ver**, yo te voy a hacer ver por este tema y qué sé yo, y me hicieron una video'. Hace años ya. Dos veces.*

E: ¿Su hija a qué se dedica?

*e: **Mi hija trabaja acá. Es nefróloga.** EPH5*

(...)E: Eso le iba a decir ¿y si no confía en el profesional con quién chequea? En la computadora... ¿busca información por algún otro lado?

e: No, no, no, yo consulto mucho a mi hija que es médica. Tengo un gran apoyo, también va en eso ¿no? también va en eso porque ella fue la que me descubrió este... que me puso el holter y descubrió que tengo mucho más este EPM7

*E: Póngale que lo separemos, usted los querría separar, usted **mamografía se querría seguir haciendo** por sus antecedentes.*

*e: **Y sí porque mi mamá era una persona sana y a los 80 años le agarró el cáncer de mama.** EPM23*

Las malas experiencias, los antecedentes familiares como refiere la entrevistada EPM23, así como la opinión de los familiares médicos en el caso de los entrevistados EPM7 y EPH5, tienen un peso importante a la hora de solicitar realizar o no estudios.

Los medios de comunicación también son identificados como una fuente muy importante en cuanto a cantidad de información, pero no confiables en cuanto a su calidad. Internet emerge como un recurso que brinda tantas publicaciones que resulta difícil identificar fuentes confiables, incluso algunos piensan que puede ser peligroso y otros ni siquiera consultan este medio.

*E: ¿Y cuando ve por ejemplo las propagandas de la **tele** que dicen que se tiene que hacer rastreo de esto, de lo otro?
e: **No le doy bolilla.** Veo las propagandas y yo trabajé en cosmética mucho tiempo y **me doy cuenta de que hay cosas que son para venta,**
para venderlas más. EPM12*

*....si lo escucho, que lo puedo escuchar en la **televisión, en la radio por médicos especialistas,** lo tomo en cuenta. **Pero lo tomo en cuenta, lo dejo ahí,** yo no tomo decisiones de decir yo no lo hago más EPM 22*

*Uno escucha, hoy en día estamos **empapados. La información te llega de todas maneras,** quieras o no viste. GFP1*

*E7: **Internet** y todo lo demás. **Pero, yo lo tomo,** yo veo, por ejemplo, en mis hijas. Hablo porque ellas son las que más, este, se aferran mucho a lo que encuentran por internet. **No sé por qué, no me parece bueno.** Personalmente, será por la edad que tengo. **Yo también ingreso y me pongo al tanto, pero lo tomo, por encima. Como una información más.** GFP1*

*¿Qué información le serviría a usted para tomar, o donde le gustaría encontrar información para poder tomar este tipo de decisión? e1:
En internet no.: No. Pero porque no le creo, no es científico, porque conozco casos de gente que se vuelve loca, porque miró en internet. EPM2*

*E4: A través de **internet, es peligroso.** GFP1*

En el GFP1 surge que la información es excesiva, invasiva e incluso peligrosa. EPM12 y 22 nombran a la televisión y la radio como medios de los cuales reciben información, aunque EPM12 refiere no confiar en ella. Una entrevistada del GFP1 toma información de internet, al igual que EPM22 de los medios, pero no basa sus decisiones exclusivamente en estas informaciones. Esto muestra que los medios de comunicación pueden instalar temas, pero los pacientes los consultan con su médico antes de tomar la decisión.

Como puede observarse, existen numerosas fuentes de información de las cuales los pacientes se nutren para tomar sus decisiones. Hay acuerdo respecto a la importancia que tiene la opinión del médico y el intercambio con éste a la hora de decidir realizar o no un estudio. Asimismo, los pacientes son informados acerca de que ciertas prácticas no son necesarias, pero desconocen los motivos de la desimplementación y los riesgos que dichas prácticas llevan asociados. Consideramos que la información brindada por los profesionales debería explicitar los motivos por los cuales se recomienda o no realizar ciertas prácticas, para permitir a los pacientes tomar sus propias decisiones. Si las personas no cuentan con esta información lo único que pueden hacer es aceptar o no la indicación de su médico, lo que va en desmedro de la autonomía del paciente (ver Marco teórico).

El grado de aceptación de las prácticas preventivas

Este trabajo está destinado al análisis de los pensamientos, creencias y actitudes frente a la utilización de prácticas preventivas en personas sanas o asintomáticas. Cada individuo con su entorno y contexto social comprende la enfermedad de forma singular, lo que influye al momento de decidir realizar o no un estudio.

El miedo a padecer cáncer y el miedo a padecer un tipo de cáncer en particular hacen que el grado de aceptación de cada práctica sea propio de cada persona. Por ejemplo, hay personas que temen tener un cáncer de colon, por lo cual aceptan con mayor facilidad o les parece más necesario realizar una videocolonoscopía que otras prácticas preventivas. Independientemente de la práctica a la que se haga referencia, el miedo actúa como motor a la hora de someterse a estudios.

Cita: E: ¿Y videocolonoscopias?

e: Sí, eso me lo quisiera hacer.

E: ¿Y eso por qué se lo quisiera hacer?

e: ¿Sabés por qué? Porque yo tuve mi sobrina muy mal. Que le hicieron eh... le salió pólipos, Yo a eso le tengo miedo. Y si me lo pudiera hacer eh... este año.

e: Dijeron que viene de familia digamos. EPM9

Pero si a usted le dijeren que no es necesario un control una vez al año con mamografía y pap, mamografía o Papanicolaou.

E: Me la hago aparte.

I: Se la hace aparte.

E: Me voy a algún lado, sobre todo las mamas que me dan tanto miedo. EPM2

Para las entrevistadas EPM9 y EPM29, el motor que lleva a realizar estudios es el miedo a padecer un cáncer en particular, en estos casos por haber visto el sufrimiento de un familiar cercano o la posibilidad de que haya un componente hereditario. En tanto, las decisiones de la entrevistada EPM7 están relacionadas con el miedo que le produce cada procedimiento en particular. Es de destacar que existe menor resistencia ante la desimplementación del Papanicolau para el rastreo de cáncer de cuello de útero. La mayoría de las entrevistadas no cuestionaron y aceptaron la indicación de dejar de realizar el rastreo de esta patología.

¿Y el Papanicolau? ¿Qué pasó cuando le dijeron que ya estaba?

*e1: No. No. Me sentí por un lado liberada, te lo digo que mucha gracia no me causaba. Y por el otro digo bueno, (...) la verdad que con el tema de internet y todas esas cosas, que lo tomamos las mujeres con un poco de humor todo ese tipo de cosas, es como que uno acepta de otra manera esas... esos hechos. ¿No? Porque sabe que nos, **sabemos que nos pasa a todas.** EPM1*

E: ¿Y Papanicolau hacía?

e: Me hice hasta hace algunos años atrás, después la ginecóloga dijo que ya no... a partir de la edad que tengo no hace falta.

E: ¿Y usted qué pensó cuando la ginecóloga le dijo eso?

*e: **Me alegré {se ríe}** EPM12*

E: Escúcheme, el Papanicolaou... ¿hasta cuándo se lo hizo?

e: Papanicolaou... y no recuerdo, pero hace, hará tres años (...)

E: ¿Y a usted cuando la doctora le dijo que no hacía falta qué pensó?

*e: No, pensé que era una cosa **normal**. Como que bueno. Mire, le voy a decir una cosa que se va a reír. Yo por supuesto **tengo mis amigas ¿no?** y una de ellas el otro día me dijo una cosa. Porque lamentablemente uno a esta edad siempre tiene algo. Que si no le duele una cosa le duele la otra. Entonces ella me dijo mira, **ese es el impuesto por haber llegado a la edad que tenemos se ríe**. Y bueno yo tomo esas cosas, como que si el Papanicolaou no hace falta porque ya la edad no hace falta, bueno entonces no hace falta. EPM4*

En efecto, el hecho de que la práctica sea incómoda y de compartir con sus amigas la información que cada una recibe respecto a la no necesidad de continuar realizando el Papanicolau hace que esta desprescripción tenga menor grado de resistencia. Por otro lado, el rastreo de cáncer de colon suele ser el más resistido debido a la baja aceptación que presenta la colonoscopia.

Está bien, no, pero usted si se lo mandan lo hace ¿pero si no se lo mandan lo pediría?

*e: Y no sé, porque **no me gusta {se ríe}** Sí, **no me gusta ese... ese estudio.***

E: ¿Y la mamografía la pediría?

e: La mamografía sí.

E: ¿Y por qué la mamografía sí y el otro no?

*e: Eh... **no me gusta que me duerman**. Mira vos lo que te digo. EPM7*

II: ¿Estamos hablando de la colonoscopia?

*EH: **Sí sí, exacto sí. Que a nadie le gusta.** GFP2*

En general la anestesia, la preparación colónica y que sea una práctica invasiva aparecen como una barrera a la hora de realizar una videocolonoscopia. En este sentido, es llamativo que ningún entrevistado haya nombrado la realización de SOMF, que es un estudio no invasivo e igual de efectivo para el rastreo de cáncer de colon. Esto demuestra que los pacientes no son informados acerca de la existencia y la utilidad de este estudio (ver Marco teórico).

Como conclusión de este apartado, creemos que las preferencias y las vivencias, así como la comprensión de la enfermedad y los miedos de cada paciente en particular, son otros factores que deberían ser tomados en cuenta al momento de planificar estrategias que permitan la desimplementación de ciertas prácticas.

Creencias y pensamientos ante la desimplementación

En el relato de los pacientes se identifican creencias y pensamientos que influyen a la hora de tomar sus decisiones. Si bien separamos éstas en dos grupos, en relación a si abogan o no por la desimplementación, es importante señalar que esta distinción es teórica, ya que en muchas ocasiones los mismos pacientes presentaban aseveraciones contrapuestas en sus relatos, reflejando lo disruptivo que puede ser el dejar de hacer.

Las creencias en las que los pacientes se basan para aceptar o no la desimplementación son “no la llames porque viene”, donde la propuesta de discontinuar aparece como un refuerzo a su preferencia por no realizar, o el pensar que no tiene sentido hacer estudios porque en el momento en que se descubre una patología como el cáncer ya no hay mucho para hacer y preferirían no enterarse de algo malo.

e: No.

E: ¿Por algo en particular, piensa que puede causar algún daño?

e: No, no. {se sonríe} Debe ser esa creencia popular “no la llames porque viene”, viste. EPH5

Después tengo la duda, digamos, el médico después de los resultados dice “sí, hay cáncer”. Entonces para mí ya es tarde, ya no tiene sentido, porque una vez que lo tenés adentro el cáncer ya después no se cura. Quizás paliativo lo único, pero la curación no la veo. GFP2

El entrevistado EPH5 menciona el aumento de la probabilidad de encontrar algo si uno lo busca, mientras que GFP2 cuestiona la utilidad de esto. En ambos casos parece estar la idea de que, una vez encontrada la enfermedad, no hay mucho para hacer. Por otro lado, aparecen

creencias acerca de que la medicina cura, que siempre es conveniente buscar y tratar, que a mayor edad los riesgos son mayores, que si se hacen más estudios se vive más y que el cáncer encontrado a tiempo siempre se cura.

No sé, tendría que averiguar en cada... si es para prevenir teóricamente y está aprobado y son clases, disposiciones aprobadas por el... por toda la parte médica no tiene que tener riesgos, sino no sería. Sería iatrogénico. EPM8

...pasando los 70 ya uno entra más en la zona de riesgo. Porque en el hombre creo que la edad promedio de muerte anda en los 74 años en la Argentina ¿no? creo que en los 73, 74 años. Así que hay que hacer todo lo posible para morir lo más viejo posible. EPH10

Bueno igual, yo estoy hablando de cosas que no tienen síntomas. O sea que el beneficio de rastrear cosas que no tienen síntomas a ciertas edades, empieza a ser menos que cuando las personas quizás son más jóvenes. Y nada, era preguntarle si usted estaba informada sobre esto, qué le parecía, qué le parecería si alguien se lo dice, por qué.

E: No yo pensaba que era al revés. EPM44

EPH10 y EPM44 piensan que los estudios preventivos son más necesarios a mayor edad; además, EPH10 considera que no tienen riesgos. Como vemos, reaparece la inocuidad de la prevención y la minimización de riesgos a la hora de decidir dejar de hacer, además de ideas contrapuestas como ser encontrar un cáncer en etapas tempranas, que para algunos implica la posibilidad de cura y para otros el hecho de que ya no haya nada para hacer.

Otras de las creencias que manifiestan para aceptar discontinuar es tener estudios previos con resultados normales, haciendo mención de que a determinada edad los procesos oncológicos suelen ser más lentos, que los estudios no curan de por sí, y que si son evaluados por un profesional con un examen físico los estudios pueden no ser necesarios.

Cita: Yo pienso que las dos cosas, que una cosa depende de la otra. Que no siempre es necesario cuando uno va a un médico, que inmediatamente saca un formulario y llena, llena, llena. Y otras veces no, otras veces se da una charla, una revisión, no sé, algo que sustenta. Entonces yo después me siento más segura, a veces salgo con un montón de estudios y digo para qué. O sea, no es que no sé para qué. EPM22

Cita: EH: Él dice que me va a evaluar, me va siguiendo todo el proceso de mi crecimiento así que él debe saber cuál es el riesgo. EPH10

EM ¿Y usted piensa que a medida que pasan los años es necesario hacer este tipo de estudios más o menos?

e: Menos yo creo. E: Menos.

e: Sí.

E: ¿Y por qué?

e: Y porque a una cierta edad pienso ya no... no se genera tanto los tumores. O si se generan se desarrollan más lentamente. EPM7

¿Y usted cómo toma las decisiones o cómo sabe que no tiene que volver?

e1: Me lo dijo la doctora, siempre y cuando no haya... si yo pierdo sangre, voy a tener que ir antes, pero ella me explicó que como no había ninguna diferencia apreciable o.. entre mis estudios anteriores y esto, y edad, que puede ser, pueden hacerse hasta con dos años.

E: Y usted, si se lo dice su doctora, sería (05'30")

e1: Sí. Mientras yo no me vea bultos ni tampoco tenga una pérdida normal de algo. EPM1

Como puede observarse en las entrevistas EPH2, EPH10 y EPM1, la confianza en el médico, el examen físico y los estudios previos normales parecen ser un factor que da tranquilidad a la hora de discontinuar con ciertas prácticas. Sin embargo, otros aseveran que los estudios los tranquilizan, que la cuota de las prepagas aumenta con la edad debido a que se requieren más estudios, que existen protocolos médicos que indican lo que se debe hacer, que los estudios que presentan riesgos son aquellos de alta complejidad y que si se realiza un pre-quirúrgico y el profesional es bueno, el riesgo es mínimo. En algunos aparece la pregunta acerca del porqué dejar de hacer como si fuera algo contranatural.

E: ¿Y usted piensa que hacer de más es mejor que hacer de menos?

e. Yo soy un poco miedosa, y me asusto entonces me quedo más tranquila. EPM9

Al contrario, yo creo que cuidan mucho el tema de los protocolos, por las edades, que uno tiene que ir haciendo los estudios de acuerdo a la edad. Creo que, por lo menos, a mí me pasa esto. GF2

E8: Yo creo que más, a medida que pasan los años, me parece que más. Sí, eso se nota en los planes y en los que cobran muchas de más, en el sentido que aumentan el valor de la cuota en función de la edad. Porque cuanto mayor sea uno, más necesidades tiene. GFP1

EH: Hay un prequirúrgico donde efectivamente se dan cuenta: el corazón responde o no responde, la sangre está bien o no está bien.

Todos esos detalles. GF2

Quizás que no vale la pena hacerse una mamografía todos los años a X edad o que la videocolonoscopia empieza a ser más riesgosa después de cierta edad, ¿alguna vez alguien les dijo de esto, pensaron en esto?

EM: No, yo pienso que ese tipo de estudios sí, los de alta complejidad son los riesgosos. GFP2

I: No, sobre la videocolonoscopia.

E: ¿Por qué dejar de hacer? EPH45

Para algunos, los resultados de estudios normales tranquilizan y habilitan el no hacer, mientras que para otros la tranquilidad deviene del hacer más, apareciendo la mirada y evaluación de los profesionales como un reaseguro, tanto cuando se acepta dejar de hacer como cuando se quiere continuar con la realización de estudios.

Puede no se entiende palabra 08:52 ÉL dice que me va a evaluar, me va siguiendo todo el proceso de mi crecimiento así que él debe saber cuál es el riesgo, ahí no sé. Pero... no sé, yo no le tengo miedo a los estudios ni a nada de eso, para mí son beneficiosos siempre me

parece... EPH10

Mientras el profesional se lo siga diciendo yo creo que para eso están, para eso estudiaron y se lo van a proponer. Si no se lo proponen y le dicen que no, que no hace falta o qué, uno de alguna manera, no sé, si le tiene confianza al profesional se tiene que quedar con eso. EPM25

*empezar que se **entrenaron** como corresponde. Por segundo, que tienen, entiendo... eh... **máquinas de primer nivel así como profesionales,** entonces ... me la hago sin miedo. EPM1*

Además, existe la idea de que la medicina va evolucionando y cambiando en el tiempo, y que esto puede hacer que las indicaciones también cambien.

*Cita: EM: dado la edad, que no había tenido ninguna cuestión, es menos probable, entonces para qué hacer tantos estudios, ¿viste? **ese tipo de cosas que van renovando, cambiando.** EPM3*

Y usted, si alguien le dijera que a cierta edad hay prácticas que son más riesgosas que beneficiosas ...

e: Lo tendría en cuenta. E: Lo tendría en cuenta. e: Si, sí.

E: no se sentiría poco cuidada.

*e: no, si ahora, **si la ciencia está en permanente evolución.** Es decir, todos estamos, siempre es viejo lo que tenemos así que estamos en permanente bombardeo de información, de novedades, de tecnología EPM8*

*e1: cuando mis hijos eran chicos, qué te voy a decir... tenían que dormir boca abajo cada tres horas y no sé cuánto. **Mis nietos...***

E: Duermen todos boca arriba.

*e1: Y si yo los miro, hay qué peligroso que duerman boca arriba, me ponen nerviosa los bebés cuando son chiquititos que duerman boca arriba. Y en algún punto largo la chancleta porque entre... ¿Cómo sería? **Los niveles de saber de la humanidad...** no. EPM3*

En las primeras citas aparece la idea de cambio y evolución como algo natural y positivo; sin embargo, en la tercera cita aparece la posibilidad de intranquilidad e incertidumbre ante indicaciones que se enfrentan a creencias o saberes previos. Es importante destacar que muchos de estos comentarios surgen de manera contrapuesta en el relato de un mismo paciente, mostrando la ambigüedad que despierta en muchos y la complejidad que implica el tema de la desimplementación.

En los últimos tiempos, ha habido un cambio en cuanto a lo que se sabe no sólo de la evolución de las enfermedades sino también de la efectividad, seguridad y años que se pueden producir por la inadecuada utilización de las prácticas de *screening* (ver Marco teórico). Esto, sumado al halo de inocuidad con el que se invierte a la prevención y a las campañas realizadas promoviendo el rastreo de diferentes cánceres, podría explicar en parte las contraposiciones que se encuentran en el relato de los pacientes, así como la incertidumbre que se produce ante el planteo de la desimplementación de ciertas prácticas preventivas.

La edad avanzada

Como ya fue mencionado, la desimplementación en edades avanzadas tiene aristas particulares que resulta clave comprender. Existe acuerdo en relación a que, a ciertas edades, la desimplementación se relaciona con la idea de muerte y el final de la vida, y la forma de comunicación de los médicos es un factor que influye en esta percepción. Sin embargo, la edad avanzada también aparece de dos maneras contrapuestas: por un lado, alentando la cesación, y por el otro, promoviendo la continuidad de realización de prácticas preventivas.

Para algunos, el dejar de hacer representa un alivio y un descanso luego de varios años de estar sometidos a estudios.

*I: ¿Y qué pasó cuando le dijeron que ya no era necesario? e1: No, **me pareció bárbaro** [risas] Una cosa menos.*

*I: En ningún momento se sintió **descuidada**. e1: **Jamás**. EPM2*

*E: ¿Y usted qué pensó cuando la ginecóloga le dijo eso? e: **Me alegré**. EPM12*

*¿Pero si les dijeran que no se tienen que hacer más mamografía? EM: ¡**Ay, qué suerte!** GFP2*

Las entrevistadas EPM12, EPM2 y el GFP2 refieren que se pusieron contentas ante la indicación de dejar de hacer esos estudios preventivos y no se sintieron descuidadas, por el contrario, entienden el no hacer como otra forma de cuidado. Asimismo, expresan que, a mayor edad, se sienten más vulnerables y con menos ganas de exponerse a riesgos de daños derivados de estudios, entendiendo que los cuidados que se necesitan a esta altura son diferentes, ni más ni menos, solo diferentes.

el organismo no está preparado para tantos estudios ¿no? EPM27

E: No la haría.

*e: No, lo tomé como una **cosa de rutina**. No sé si está bien lo que digo, pero lo tome como digo, como una cosa de rutina.*

*Bueno **hasta acá se llegó y como dice usted a lo mejor, yo no se me ocurrió preguntar, pero a lo mejor tiene su riesgo volverlo a hacer así periódicamente**. EPM4*

*EM: No, no sé, qué sé yo, **lo necesario, en vez de tanto estudio y tanto estudio**. Porque si vos te sentís bien y estás bien y qué sé yo, no te digo si me dicen "tenés que hacer esto", lo voy a hacer, pero **tampoco hacerse por hacerse**. EPM46*

*e: No, **si hay riesgo no. a esa altura de la vida no** EPM28*

*I2: ¿Ustedes creen que a mayor edad son necesarios más estudios o los mismos? EM: **Ya nos han hecho bastantes**. GFP2*

EPM27 y EPM4 hacen referencia a la probabilidad de daños asociados a la edad, mientras que EPM28 no se expondría a riesgos a una edad avanzada y la entrevistada del GF2 considera que ya les han hecho suficientes estudios en el correr de la vida. También surge la idea de que, a mayor edad, las lesiones tumorales presentan un crecimiento más lento y la creencia de estar bajo menor riesgo de enfermar.

*e: Y porque a una cierta edad pienso ya no... **no se generan tanto los tumores. O si se generan se desarrollan más lentamente** EPM 7*

*porque en algún momento me dijeron que, **dado la edad, que no había tenido ninguna cuestión, es menos probable**, entonces para qué hacer tantos estudios, ¿viste? ese tipo de cosas que van renovando, cambiando EPM 3*

*Y por el otro digo bueno, eh... me explicaron cómo era, **porque a esta edad, los procesos serían mucho más lentos** y todo eso...EPM1*

*E: Y no se sentiría poco cuidado, no tendría problema con esa información. e: No, no. yo siempre pensé **que cuando pasa cierta edad los problemas vienen solos. Pero si no lo siento, si no veo el problema no me preocupo ¿no?** EPM5*

*las historias que uno escucha, de aquellos que **se controlan mucho y les aparece algo de todos modos**, me parece que también es una relación con la muerte. A lo mejor lo que me ha pasado es que de **algo hay que morir, ¿viste?** como que en algún momento estás ahí, de cuidarte de todo, y en un momento **tirás la chancleta e igual lo que tenga que suceder, va a suceder.** EPM3*

*EM Medio triste. ¿Para qué lo vamos a negar? Por un lado, es **una liberación, y por el otro es un... estamos en la curva, ¿no?** Pero no, no me afectó así.....EPM2*

I: ¿Y a vos te pareció buena la idea de que fuera la última?

*E: **Sí, liberadora me pareció. Ya cumplí** y bueno. EPM44*

EPM7, EPM3 y EPM1 refieren creer o haber sido informadas acerca de que el crecimiento tumoral se produce de manera más lenta con la edad. Para EPM5 y EPM3, los estudios no evitan o disminuyen la probabilidad de enfermar. En estos casos, la discontinuación representa un alivio y un descanso luego de varios años de estar sometándose a estudios, expresados como “sensación de liberación”, “una cosa menos”, “ya cumplí”; aun así, la entrevistada EPM2 también refiere tristeza.

Para otros, la edad avanzada aparece promoviendo el seguir realizando estas prácticas preventivas. Vuelve a surgir que a mayor edad se sienten más vulnerables, pero en este caso respaldando la idea de seguir realizando estudios. Para este grupo, el cuidado está representado por el continuar haciendo.

si alguna vez alguno de estos médicos que generalmente le piden los estudios le dijeran que ya por edad, o porque es mayor el riesgo que el beneficio, ya no son necesarios, ¿ustedes qué pensarían? EM: Ah no, a mí me gusta que me prioricen. GFP2

*bueno porque... uno ya se piensa que las personas que **tenemos 80 o más de 80 no importa que tengamos esto o lo otro. Sinceramente. Y no es así.** EPM27*

*Porque **si hasta ahora venía haciéndome un estudio y es como que me diga bueno esto no tiene más cura, no tiene remedio, no... para qué vamos a insistir si los dolores le siguen.** EPH6*

*Y puede ser que sí, yo lo que pasa es **como vivo sola**, no tengo, mis parientes más cercanos no están en la ciudad y tengo que **cuidarme no me queda otra, tengo que cuidarme, entonces me someto a los estudios** porque la verdad que tengo que prevenirlos. EPM11*

Para las entrevistadas del GFP2 y EPM27, el no pedido de estos estudios preventivos significa no priorizarlas, que ya no son importantes, mientras que para los entrevistados EPH6 y EPM11, las prácticas preventivas aparecen como una forma de cuidarse y retrasar la muerte en un momento que ellos consideran tienen más riesgos.

La forma en que comunican los médicos también influye en cómo se sienten los pacientes respecto a la desimplementación en edades avanzadas.

No, ta bien, pero a usted un médico le dijo que no era tan necesario y quizás...

*E: Nada más que ese estudio, no era acá tampoco, fue hace mucho y me pareció... no sé qué. Yo soy muy sensible y por ahí me (...) que el otro me dijera **"bueno, para qué viene esta vieja acá", me dice "pero por qué la mandan a usted", así como diciéndome...** EPM27*

La hizo mal. ¿Qué le hizo sentir?

*e1: Y que ya... ¿Qué querés? **¿A esta edad? Es como algunos médicos, de acá mismo, ¿eh? O voy por problemas de columna que yo tengo, me hicieron de todo, y entonces le digo: "Doctor, pero no me hizo nada". "¿Y qué quiere? ¿Con esta edad?" Y eso cae re mal, porque más que uno ya es grande, y que te digan esto...** EPM4*

*"Yo te veo todo bien, qué sé yo", lo único que me dice **"más sí, vos sos de PSA (?) alto, qué querés que te diga, tomatela"**. Y la última vez me dice **"mirá, ya tenés 81 años, dejame de joder ya"**, (...). Ahora creo que me dio 10 el PSA, entonces me dijo **"andá a verlo"**. EPH41*

Tanto EMP27, EPM4 y EPH41 entienden que las indicaciones de los médicos se relacionan con una edad avanzada donde ya no vale la pena realizar estudios para el cuidado. Más allá de si las indicaciones de los médicos son adecuadas o no, el relacionar el no hacer con una edad avanzada (por lo cual no vale la pena realizar estudios), hace que los pacientes sientan inquietud.

Tanto para los que se alegran y aceptan el dejar de hacer como para los que no, la desimplementación no deja de asociarse a la idea de estar acercándose al final de la vida.

..No, no me pareció... fuera de una sonrisa para mí misma, socarrona... Bueno Cristina, una etapa más, como fue la menopausia...EPM1

salvo eso, de que si uno es consciente de que le digan "no, ya no", es una etapa que... no diría descartable, pero... Yo veo que demuestra varias cosas, una que está vieja, y a la vez... no es que no se viva, . EPM2

e: Peor. Más... vieja todavía. No vieja, decadente

No, no, yo lo sentiría como lo que dijo la doctora, una cosa válida, pero que a mí me cayó mal porque, personalmente, porque yo estoy envejeciendo. No la medicina. La medicina se porta de 10 conmigo hasta ahora. EPM23

: Ah no, ahí sí, si me lo dicen "no hace falta que vos", mejor, ya no tiene sentido, "ya no tiene sentido seguir con eso", entonces eso sí lo acepto.

I2: ¿Y usted qué pensaría?

EH: Que hay que hacer los papeles y despedirse. GFP2

Ideas de etapas cumplidas, estar decadente, envejecer y cercanía a la muerte aparecen en los pacientes ante el planteo de dejar de hacer.

Como podemos observar, surgen nuevamente ideas contrapuestas en cuanto a dejar de hacer o no. Existe acuerdo acerca de que, a mayor edad, al dejar de hacer se lo relaciona con la idea de muerte y decrepitud, y que la percepción de los pacientes cambia de acuerdo a cómo los médicos comunican la información acerca de la desimplementación. Todos estos son factores que hacen que la desprescripción a edades avanzadas tenga características singulares que deben ser tomadas en cuenta a la hora de llevar a cabo la desimplementación de prácticas preventivas.

Mercantilización de la medicina

En relación a la desprescripción en edades avanzadas, surge la idea que esta indicación tiene que ver con una decisión económica de la institución de no destinar recursos a personas de este grupo etario. Emerge una percepción de mercantilización de la medicina en cuanto a que, para algunas personas, pagar por el servicio que les brinda una cobertura de salud representa el derecho a exigir la realización de estudios como contraprestación, así como la posibilidad de hacer más estudios ya que no representa un costo individual, más allá del pago de la cuota mensual.

Incide tener una cobertura porque yo tengo una cobertura que hace que a veces me puedan dar más estudios y a mí no me signifique nada, no tengo un gasto. Tengo un gasto mío propio, personal, privado, pero no tengo un gasto de bolsillo en el momento EPM22
Y bueno, porque me gusta saber bien las cosas. Aparte yo siempre digo, si pago quiero que me atiendan. I: Y para usted hacerle estudios, implica mejor atención.

E: Claro. EPH44

Y a mí me llamó la atención, porque yo hablando con Baltarga, me dijo: "sí, eso están haciendo en muchos lugares para economizar gastos". Yo soy socia directa, acá pago casi \$9.000. Si no me van a revisar la parte ginecológica, si no me van a hacer una transvaginal, si no me van a hacer un pap, no me parece

EPM10

Eh... no, un amigo me dice mira me hice la video (...) Entonces me dice ¿por qué no te la hacés?, la verdad que estás pagando el plan de salud te corresponde hacerla. Y bueno fui así. Vine y me salieron tres pólipos a mí también.

GFP2

Para los pacientes que piensan que más cuidado implica más estudios, el pagar les da derecho a exigir la realización de los mismos. Muchos creen que la decisión de realizar o no prácticas puede estar determinada por un beneficio económico, para el médico o para la institución. Esto se puede expresar en hacer más para incrementar las ganancias o hacer menos para generar menos gastos. En otras palabras, en el relato de los pacientes el mercado regula la decisión de continuar o no realizando ciertas prácticas de acuerdo a su costo.

Como puede observarse, todas estas creencias de los pacientes en relación a la medicina entendida como objeto de consumo inmersa en las leyes del mercado influyen en la percepción de los motivos por los cuales, tanto las instituciones como los médicos, toman la decisión de indicar desimplementar o no prácticas preventivas.

Recapitulando, la desimplementación de estas prácticas preventivas es compleja no sólo por lo que implica discontinuar cualquier práctica sino porque, además, esta desimplementación se plantea a una edad avanzada en la cual la cercanía a la muerte podría influir en las percepciones, creencias y actitudes de los pacientes.

Está demostrado que la implementación del *screening* de cáncer de cuello de útero, cáncer de mama y colon luego de ciertas edades acarrea más daños que beneficios. Los puntos centrales a tener en cuenta para desimplementar estas prácticas son: considerar la relación médico-paciente y la confianza depositada en los profesionales como pilar fundamental, y apoyarse en éstas en pos de informar a los pacientes en forma clara y completa para que puedan comprender los daños derivados de la realización de estas prácticas pasada cierta edad. Por otro lado, los profesionales deberían reflexionar acerca de la mejor manera de comunicar riesgos y recomendar la desimplementación de prácticas preventivas en edades avanzadas, ya que esta información puede tener una connotación singular en este grupo de pacientes que lo asocia con la cercanía a la muerte.

En el análisis se evidencia gran contraposición de ideas y creencias que surgen ante la idea de dejar de hacer. Más allá de dónde encuentre su razón esta contraposición, si en los nuevos conocimientos que, como vimos en el apartado anterior, pueden ser contraintuitivos, en la creencia acerca de que es “mejor prevenir que curar”, la cercanía a la muerte, las ideas acerca de la mercantilización de la medicina u otros múltiples causales, éstas deberán ser tenidas en cuenta para diseñar estrategias que permitan llevar a cabo el proceso de desimplementación y disminuir daños derivados de estas prácticas en esta población.

La solicitud de estudios en la construcción de la relación con los pacientes: las perspectivas del profesional de la salud. Entrevistas a médicos.

En el análisis de las entrevistas realizadas a los médicos también se puede vislumbrar un universo de percepciones, creencias y actitudes en relación con la desprescripción de las prácticas preventivas. Las agrupamos en tres dimensiones analíticas centrales que en algunos casos se relacionan con las encontradas en los pacientes, pero no son iguales. Estas son: pensamientos y creencias acerca de la prevención, la relación médico-paciente y la complejidad de la desprescripción.

Pensamientos y creencias acerca de la prevención

La prevención es buena pero no inocua.

Los médicos tienen la creencia de que la prevención es una práctica de salud beneficiosa que debería ser utilizada en pos del cuidado de la salud de las personas.

lo de la prevención está bueno el concepto en general, me parece que es algo, una práctica que debe ser utilizada todos los días en nuestra práctica diaria y tiene que estar enfocada a es EMC1

relación a las prácticas preventivas. e: Estamos a favor. Así. E: A favor en líneas generales... Pero así como tópico general estamos a favor obviamente. EMC7

Me parece que es el objetivo de todos los médicos. En realidad, es el objetivo de la salud pública, me parece, de la salud privada también y me parece que desde el punto de vista social también, preventivo en todo aspecto me parece que (...) seamos médicos, trabajadores de la salud, todos tenemos que estar involucrados en la prevención de todos. EMC9

Bueno, la prevención creo que es a donde debería apuntar la medicina en general, hoy en día, ¿no? Me parece que la medicina primero debería ser preventiva y después en última instancia. EME4

La práctica preventiva es lo que hace que hagas una mejor medicina, que el paciente tenga una mejor salud y que el sistema gaste menos dinero. .EME2

EMC1, EMC7 concuerdan en que la prevención debería ser utilizada todos los días en la práctica clínica. Tanto EMC9 como EMC4 la colocan como un objetivo del sistema de salud y la medicina en general, mientras EME2 refiere que gracias a las prácticas preventivas se mejora la salud de los pacientes y por lo tanto se realiza una mejor medicina.

Sin embargo, reconocen que, en los últimos años, hubo muchos cambios en lo que se sabe acerca de la prevención. A diferencia de lo encontrado en los pacientes, entre los médicos existe acuerdo respecto a que la prevención no es inocua y que muchas veces se sobreutiliza, trayendo esto consecuencias negativas.

mucha innovación también hubo mucho de cambio de paradigma y actualizaciones en lo que son las prácticas preventivas desde que yo ingresé al servicio con una perspectiva distinta de la que hoy tenemos en la actualidad. Antes éramos mucho más, estábamos mucho más regidos por la práctica preventiva y nuestra práctica todo el tiempo tratábamos de seguir un check-list de todo lo que teníamos que estar haciendo, cómo... pensando que eso iba a terminar siendo demostrado en un mejor cuidado de la salud de nuestros pacientes, y hoy revisando mucho la evidencia nos dimos cuenta que muchas de esas prácticas no lo fueron, no terminó siendo mejor cuidado de nuestros pacientes y actualmente estamos descreyendo o haciendo mucho menos de lo que antes creíamos que era efectivo. EMC3

"esto es mejor prevenir que curar". E: Porque toda la vida fue así. Yo me recibí de médica, como te digo, hace 39 años, casi, en diciembre voy 39 años, y ya era la mentalidad esa, digamos. E. ¿cuál es tu opinión acerca de las prácticas preventivas? (...) Como te digo, algunas creo que estoy, digamos, francamente en desacuerdo, eh, en otras estoy bastante de acuerdo y bueno. Yo atiendo mucha gente mayor (...) Donde justamente las prácticas preventivas, para mi gusto, no tienen demasiado sentido.

EMC8

... ahora está en mucha discusión por el tema de las prácticas preventivas, pero bueno, nuestro conocimiento un poco se, se forjó a partir de eso. Teníamos la intención de que la detección precoz nos permitiría salvar vidas o mejorar la salud de la población, ¿no? EMC7

Hoy creemos que el cuidado del paciente pasa mucho más por tener un equilibrio entre lo que sabemos que es costo efectivo hacer y en tratar de no terminar haciendo sobre diagnósticos o intervenciones innecesarias que pueden terminar dando más perjuicios que beneficios. EMC4

Todos aseveran que hubo un cambio en cuanto a lo que se cree y sabe de la prevención. Tanto EMC7 como EMC3 reconocen que en un principio se creía que la detección precoz de las enfermedades permitiría salvar vidas y mejorar la salud de la población. EMC8 menciona que hace algunos años estaba normalizada la creencia acerca de que “es mejor prevenir que curar” incluso en los ámbitos académicos. Sin embargo, todos (19 de 19) acuerdan que con el avance de la ciencia y la evidencia que se forjó, respecto a la prevención y las prácticas preventivas, ellos ya no están de acuerdo con estos conceptos, por lo cual debieron cambiar su práctica y adecuarla a la evidencia actual. Incluso descreen de ciertas prácticas y conocen que algunas hasta pueden causar daños. Como se ha visto en el apartado de prevención, en los últimos años se ha demostrado que el rastreo del cáncer de cuello de útero, mama y colon trae beneficios

sólo si se realiza de manera adecuada y en las edades indicadas. Cuando estas prácticas se realizan fuera de estas indicaciones, el balance se inclina hacia el lado de los daños.

Los médicos cuentan con información acerca de las recomendaciones y conocen los riesgos devenidos de la realización de ciertas prácticas preventivas cuando éstas no están indicadas. Consideran que las prácticas preventivas para el *screening* de cáncer a ciertas edades ya no son necesarias, que se debe realizar prevención de otras patologías, y que la prevención sigue siendo necesaria a edades avanzadas, pero de una manera diferente.

Bueno, no tanto en lo que es, este, prácticas de screening, de cáncer de mama, de cuello de útero, porque ya como que se pasó la franja etaria para ese screening, pero sí para lo que es prevención de caídas. Lo que es mantener el equilibrio en la persona, en la agudeza visual, también buscar si la persona puede escuchar bien. Su red de contención también, dónde vive, si se alimenta bien. También si tiene incontinencia urinaria, fecal, digamos, se ven otros aspectos de la práctica preventiva que por ahí uno no los tiene tan... EMC9

Después de los 65 años digamos que por protocolo no se hace rutina. No se hace rutina el pap. Porque puede que dentro de que una enfermedad de cuello de útero si el control ha sido normal antes es muy bajo, entonces de rutina no se hace. EME2

colonoscopia(...) De hecho, las guías internacionales dicen que a partir de los setenta y cinco, y hasta los ochenta y cinco, en general uno no lo recomendaría, salvo excepciones particulares. Y a partir de los ochenta y cinco, directamente no están recomendadas. EME5

EMC9, EME2 y EME5, al igual que todos los médicos entrevistados (19 de 19), conocen las indicaciones de las guías de práctica referidas a la realización de *screening* y su discontinuación a ciertas edades. Sin embargo, más allá de conocer la evidencia y entenderla, a algunos les cuesta llevarla a cabo en su práctica debido a miedos propios, experiencias previas y sesgos personales, e incluso en algunos casos se vislumbran resabios de la inocuidad de la prevención.

Es difícil no caer en el sobre uso en general. Siempre es como esa cuestión de más es mejor, cuando está demostrado que no es así. EME5

(al realizar bianualmente el screening de cáncer de mama) A alguna mínimamente algo le va a pasar y va a aparecer. Algunas cosas con más importancia, otras cosas con menos importancia, otras cosas que terminan en biopsia, pero buenas las hay también. Uno con esto, a ver corres el riesgo también. También. De este lado, no es que solo lo corre la paciente. EME3

I: Sí. (...). E: Personalmente a mí sí me cuesta lo que es en la mamografía, este que ahora pasó a hacerla bianual, cada dos años. Mucha gente la sigue pidiendo, entre comillas, anualmente. I: ¿Y? ¿Y qué? E: Y bueno, es una negociación también, porque a mí personalmente también me cuesta hacerla cada dos años. I: J Sí. E: Todavía, a veces, la sigo pidiendo anualmente. I: Ajá, pero porque el caso te da duda o porque, digamos. E: Sí porque, conozco casos de gente que, que un año para el otro mujeres tuvieron esta enfermedad y se habían hecho el año anterior el rastreo. Entonces en general trato de ponerme en el lado del otro y todavía eso me da temor. Pedirlo cada dos años. I: Sí. E: Entonces por eso. Si a los 75 en general, en lo que este, rastreo de cáncer de mamas lo sigo sugiriendo, la mamografía

EMC5

EME5 vuelve a mencionar el arraigo de la creencia acerca de que “más es mejor” como una posible causa del sobreuso de las prácticas preventivas. Asimismo, en EME3, que conoce las indicaciones de las guías de práctica, surge la idea de riesgo por no pedir, miedo a que algo aparezca y no sea detectado. Por otro lado, EMC5 reconoce que le cuesta no realizar el pedido de mamografía pese a conocer la evidencia al respecto y basa su dificultad en haber tenido pacientes a las cuales se le detectaron lesiones con intervalos menores a dos años. Es importante aclarar que las recomendaciones de las guías de práctica clínica están basadas en datos poblacionales y que el balance riesgo-beneficio se realiza tomando en cuenta la reducción de la morbi-mortalidad a este nivel. Por esto, pueden existir casos individuales en los que, como relata EMC5, un paciente presente lesiones en un intervalo menor al recomendado para el *screening*. Sin embargo, esto no cambia el balance a nivel poblacional y tampoco significa necesariamente que la paciente se beneficie por la detección de la lesión en este intervalo de tiempo. Es habitual que los médicos razonen utilizando el principio heurístico de disponibilidad, en el que ciertos hallazgos clínicos de un paciente recuerdan casos similares. Por ejemplo, un médico que ha diagnosticado un cáncer por un estudio indicado luego de las edades recomendadas para el rastreo no podrá dejar de pensar en solicitar el estudio la próxima vez que vea a un paciente con características similares, pese a saber que no está indicado. Más allá de si es por un principio heurístico de razonamiento, por las viejas creencias de que “más es mejor” o por miedo a no detectar alguna patología, en la toma de decisiones de los médicos existe una brecha entre la evidencia que conocen y la que llevan a cabo en su práctica clínica (140). Esto deberá ser tomado en cuenta a la hora de diseñar estrategias para la desimplementación de las prácticas preventivas.

Problemáticas en implementación de prácticas preventivas

Los médicos reconocen que la prevención y las prácticas preventivas son difíciles de implementar de manera correcta. Esta dificultad estaría relacionada con la prescripción inadecuada, con los nuevos conocimientos que a veces entran en contraposición con conductas previas, y con el tiempo que implica en la consulta médica su correcta implementación. En ocasiones existe una prescripción inadecuada de las prácticas, lo que se traduce en diferencias entre lo que en la teoría debería ser la prevención y lo que se lleva a cabo en la práctica clínica.

Yo trato de ejercerla como uno... aprendió, con las cosas que están probadas que funcionan para hacer prevención, y hay que tratar de sortear la barrera del problema que te genera el paciente con sus preconceptos o los chequeos de salud que hacen en algunos centros de salud. EMC1

lo que sobra es mucha información.. Digamos está la información, por supuesto ¿no?, todo lo que son canales informáticos, internet, pero sigue siendo también este... bueno como dije antes, marketing médico, como toda la publicidad está en las revistas, está en todos lados, pero sobre todo el acceso a internet que googlean prácticamente todo ahoraEMC3

: Vos viste que estamos todos ametrallados con mucha información que muchas veces está tergiversada. Y bueno, yo trato de hacerlos entender que una cosa es la información y otra cosa es la suerte que tiene él de tener un médico que está con él 20 minutos o 40 minutos, y que la medicina hay que aplicarla individualmente y que para eso tiene un médico de cabecera. EMC9

No, lo que viene la gente mucho es a lo que, por ejemplo, a lo que traen algunas obras sociales de las, de las series de estudio de control: "bueno doctora quiero que me pida un ecocardiograma, radiografía de tórax, que esto, que el otro.... A veces se suele ser difícil porque dice: "yo vengo de otra prepaga, que me lo hace". EMC5

EMC1 y EMC3 refieren que muchas veces la prevención se utiliza para marketing y que esto en la práctica acarrea problemas cuando se recomiendan o realizan estudios que no están indicados. En este sentido, es importante aclarar que hay centros asistenciales que promueven la realización de “controles de salud” anuales, los cuales incluyen “combos” de largas listas de estudios que muchas veces no están recomendados por las guías de práctica clínica. Existe acuerdo acerca de que, al momento de la consulta, los pacientes cuentan con información a veces certera y otras errónea acerca de la prevención. Esta información es obtenida de internet, medios de comunicación y familiares, así como de experiencias previas en otros centros asistenciales. Esto crea preconceptos en las personas en cuanto a la necesidad de estudios que el médico debe enfrentar en la consulta.

Además, los nuevos conocimientos acerca de los daños que puede producir la prevención muchas veces implican cambios en cuanto a las indicaciones y a las prácticas que se venían realizando. Como se vio en el apartado de prevención, en los últimos años hubo un cambio en las recomendaciones respecto a los intervalos y edades en que está indicado el rastreo de cáncer de cuello de útero, mama y colon. Esto lleva a que recomendaciones que daban los médicos hace unos años hoy puedan no ser válidas.

Hubo muchos años que a los pacientes se les indicó que el PSA ⁶era súper importante y eso quedó, y es muy difícil no pedírselo. Entonces yo les explico en general trato de negociar y en vez de hacérselo anualmente al paciente uno que ya lo hizo y lo tiene bajo, se trata de espaciar...EMC1

¡Obviamente! Obviamente nos tuvimos que disfrazar con esa paciente que le dijimos durante 20 años, como Tita Merello, uno por año, uno por año, uno por año. Decíamos también porque esa era un poco la impronta que teníamos. EME3

Pero la impronta es muy fuerte. Es muy fuerte, aparte viene por ahí sesgada por un montón de años que estuvo con un ginecólogo que e dijo otra cosa. Pero volvamos al punto, nosotros mismos le decíamos eso hace 15 años atrás. Le decíamos otra cosa, le decíamos una vez por año sí o sí. EME3

EMC1 y EME3 refieren que es difícil explicarles a los pacientes que las indicaciones que ellos mismos u otros profesionales les habían dado durante muchos años hoy cambiaron y que ya no tiene indicados estudios que ellos habían insistido para que se realizaran.

La información errónea y la prescripción inadecuada de prácticas preventivas, así como los nuevos conocimientos que a veces entran en contraposición con conductas previas, son factores que dificultan la correcta implementación de las prácticas preventivas y hacen que éstas impliquen más tiempo en la consulta.

Te iba a decir, ¿cuánto tiempo estás con cada paciente?. E: Un montón. Un montón. Así como hay pacientes que te dicen: "no, si usted opina que no", viste hay gente que como que te tiene confianza esto y dicen "sí, pero bueno, en la radio, en la televisión", este o sea que hay mucha cosa mediática con esto, entonces bueno ahí me tomo el trabajo EMC 8

Está bien. ¿Algo que no te haya preguntado que tenga que ver con esto, que querrías agregar? e: Que tuve miedo de que me preguntaras si yo siempre estoy pendiente de las prácticas preventivas de los pacientes que atiendo. Y tuve miedo porque te tenía que contestar que no, que a veces se me pasan. Y creo que a todos a veces se nos pasan y creo que eso sí es una lucha, porque estamos todos muy agobiados por la carga laboral, los problemas personales que siempre es bueno que nos refresquen recordar las prácticas preventivas. EMC2

... la prevención primaria de mi óptica te digo sinceramente habría que sacarla del consultorio, porque está hablando uno con uno,(...). Es imposible, es una tarea titánica. Debería estar mucho puesto en la comunidad, educación, en las escuelas primarias, en las escuelas secundarias, mucho afuera; mucho afuera (...). Yo me tengo que preocupar cuando el tipo anda mal. No cuando anda bien, cuando anda bien que se encargue otro. Sería... porque si no, no se puede saber todo de alguna manera. No se puede saber todo. EMC7

EMC8 reconoce que es un trabajo el informar y explicar a los pacientes acerca de las recomendaciones respecto a las prácticas preventivas, mientras que EMC2 confiesa que, pese a parecerle importante, muchas veces por el agobio laboral o problemas personales no está pendiente de éstas. Por otro lado, EMC7 piensa que la prevención no debería estar a cargo del

⁶ El PSA (antígeno prostático específico) es un marcador que se utiliza en el diagnóstico de cáncer de próstata. Su utilización es muy controversial. Si bien el rastreo de cancer de prostata no esta incluido en este trabajo, algunos comentarios respecto a este antígeno nos parecen pertinentes para el análisis.

médico, sino que se debería informar y empoderar a las personas en cuanto a su cuidado fuera de los consultorios, ya que el médico se debe ocupar de los pacientes enfermos y no puede estar al tanto de todo. Más allá de si el médico se debe ocupar de los pacientes enfermos o sanos y si la prevención debe estar fuera o dentro del consultorio, es claro que el ocuparse de la prevención y las prácticas preventivas lleva tiempo y trabajo en las consultas, tiempo y trabajo que, además, se ven incrementados cuando la intervención implica a la desimplementación de prácticas ya establecidas.

Como se observa, a diferencia de los pacientes, los médicos creen que la prevención es buena pero no inocua y conocen los riesgos y posibles daños derivados de esta. Reconocen que en los últimos años se produjo un cambio de paradigma a la luz de los ensayos clínicos que demostraron que la prevención podía producir daños y que el balance riesgo-beneficio no siempre se inclinaba hacia este último. Este cambio en el paradigma implicó no solo un cambio en los conocimientos de los médicos, que hasta ese momento también creían en la inocuidad de la prevención, sino también un cambio en su práctica clínica que los lleva a veces a contradecir las indicaciones que ellos habían dado previamente, lo que repercute en el tiempo de la consulta y, como veremos a continuación, en la relación médico-paciente. Todos estos son factores que influyen indudablemente en la complejidad que implica la desimplementación de ciertas prácticas preventivas.

Relación médico-paciente

En el análisis de las entrevistas de los médicos, y en consonancia con lo encontrado en el relato de los pacientes, se observa la centralidad de la relación médico-paciente y la confianza depositada en los profesionales al momento de tomar decisiones. Los ginecólogos establecen con sus pacientes un vínculo similar al del médico de cabecera en cuanto a seguimiento y longitudinalidad.

Yo creo que en ese sentido es más fácil para ustedes (los médicos de cabecera) quizás. Pero a nosotros nos vienen a ver una vez, y es un paciente al que no le tenés mucho seguimiento en general, por tener una consulta muy esporádica, o tiene algún síntoma en particular.

No tenemos ese seguimiento que tienen ustedes de control periódico. EME4

Es que es raro que vayas a un ginecólogo como médico de cabecera porque si tenés una neumonía no me vas a consultar. Pero hay pacientes que sí lo hacen. Llegan a mi consultorio preguntándome por problemas de otorrino, o a qué oftalmólogo puedo ver y... E: ¿Y vos por qué crees que hacen eso? e: Y lo que pasa que las mujeres tienen una cercanía con el ginecólogo. EME2

Esto da cuenta de la relación de confianza que se establece debido a la periodicidad requerida en la realización de prácticas preventivas en mujeres, quienes tienen indicación de comenzar con la realización del Papanicolau a partir de los 25 años, en contraposición con los coloproctólogos y gastroenterólogos, quienes son consultados de manera más esporádica y generalmente ante síntomas, lo que les dificulta establecer una relación de confianza y continuidad en el cuidado.

Construcción de la relación

Los médicos aseveran que la relación médico-paciente se construye a lo largo del tiempo, mostrando interés por los pacientes e invitándolos a dialogar.

cuando empezamos una relación de pacientes a los 85 años que viene por primera vez de consulta generalmente vienen con algún problema con otro médico o por lo que sea, y como les damos bola porque hacemos una evolución, el primer día les preguntamos un montón de cosas que quizás no le venían preguntando hace mucho tiempo, nos pone en otro status si le decimos no es necesario y no hay discusión.

EMC1

Y llegamos a una negociación en que sí. A veces suele ser difícil porque dice: "yo vengo de otra prepaga, que me lo hace". Y digo bueno: "nosotros tratamos de ser diferentes cuidando a la persona de otra manera". I: Claro. E: Por ahí, yo lo que hago es, "quizás no sé si a usted se lo hicieron otra obra social, pero trato de preguntarle cómo vive, cuál es su red, yo estoy acá, me viene a ver en sobretorno"..

EMC5

Probablemente sea lo más importante, entonces uno puede tener un consejo que el otro lo escuche. Si el vínculo no es muy bueno la posibilidad que el consejo tenga éxito es mucho menor. EMC7

Tanto EMC1 como EMC5 basan la construcción de esta relación en mostrar otra forma de cuidado e interés por el paciente, mientras que para EMC7 el vínculo es fundamental para que las indicaciones sean escuchadas.

La confianza está construida, en parte, en base a una ardua negociación respecto a la solicitud o no de estudios. En el relato de los médicos se evidencia una diferencia en cuanto a las indicaciones que implican realizar estudios de aquellas que implican dejar de hacer, apareciendo la desimplementación como algo posible sólo luego de años de construcción de la relación médico-paciente.

Entonces sacar medicación de los pacientes es todo un acuerdo que tenemos que lograr ahora con nuestros pacientes... un buen vínculo, nada es como decir no tenes por qué luchar contra ese molino de viento por ahora y decir esperemos a que la relación haga el resto digamos. Entonces uno es más complaciente e indica estudios, aunque no está en su propia creencia que están bien

indicados. EMC3

: En general lo suelo negociar, cuando hay un paciente muy insistente, lo suelo negociar con una sangre oculta, que es un estudio mucho más simple. EME5

. Y a veces yo tengo charlas largas con los pacientes y les explico que no les va a resolver el problema o que no va a modificar su estilo de vida ni los tratamientos y es fácil, entonces se termina negociando y a veces se pide igual y se trata de moderar la solicitud, se trata de consensuar con el paciente para lograr un equilibrio. EMC1

, si el paciente a veces viene con preconceptos muy duros y se quiere sacar las ganas uno a veces tiene que negociar, entre tener una ascendencia sobre el paciente, pero quiere, está con un antojo por así decirlo, de repente uno negocia eso. Yo no soy de los médicos que me pongo muy estricto; le aclaro que no coincide, pero respeto la preferencia del paciente EMC7

: Yo creo que también cambia un poco de acuerdo a la continuidad que tengas en la atención, ¿no? I: Como en el vínculo médico-paciente. E: Sí, hay veces que, tengo pacientes que vienen por primera vez o que se cambiaron de médico y bueno, creo que en la construcción de esa relación a veces que uno pide algún estudio o atiende alguna solicitud que tenga el paciente. Después con el tiempo, creo que eso se va, se va cambiando y muchas veces no hay tanta necesidad de solicitud de estudios, sino de seguimiento. Pacientes que te vienen a contar un poco las cosas que les pasan. EMC6

EMC3, EMC7, EMC6, EMC1 y EME5 acuerdan en cuanto a que en la construcción de la relación es necesario negociar, y que en muchas ocasiones esta negociación implica pedir estudios para llegar a un acuerdo con el paciente e ir ganando su confianza. Así, la solicitud de estudios aparece como una moneda de intercambio para lograr la confianza del paciente y, si bien refieren que con el tiempo esto es menos necesario, reconocen que en un principio ceden ante los pedidos de los pacientes por más que no estén de acuerdo con sus solicitudes.

Algunos reconocen que al inicio de su práctica médica eran más rígidos en cuanto a no ceder en realizar estudios que no estaban indicados, aún cuando el paciente se los solicitara.

cuando recién entraba de médico de cabecera era no va a pasar nadie por acá y les explicaba lo que necesitaba cada uno, y por qué sí y por qué no y ahora soy mucho más permisivo, algunas cosas no y otras cosas sí. EMC1

Entonces yo creo que siempre es el hecho de, yo al principio la postura era mucho más rígida, ¿no?, al inicio. De decir, no, bueno esto no hay que pedirlo. Y ahora lo que me doy cuenta es que en realidad es cuestión de diálogo. De decir: "mirá, yo te lo puedo pedir, pero esto puede dar un resultado así o así, no es necesario", yo creo, lo que yo pienso, ¿no?. EMC4

Alguien se lo va a sacar de encima pidiéndole lo que pide. Entonces a veces vos te pones como protector del arco de la medicina y viene otro por atrás que porque le rompe las pelotas se lo pide, entonces a veces te cansas EMC1

A veces, a veces uno se cansa porque en realidad, digamos, con los pacientes que uno tiene, que hace más años, viste que te dicen: "¡hay qué suerte que no me tengo que hacer!, no, ¡qué suerte!". (...) En general, cuando uno tiene una buena relación el paciente te entiende y otras veces dice: "bueno sí, pero igual quiero hacérmelo", y bueno, listo, ya está. EMC8

Tanto EMC1 como EMC4 reconocen que con los años fueron cambiando, que ahora negocian y ceden más ante los pedidos de los pacientes en pos de la construcción del vínculo. Sin embargo, en EMC8 y también en EMC1, el pedido luego de la negociación aparece como resultado del cansancio y la frustración luego de años de práctica profesional. Cabe destacar

que, como se desprende del relato de los médicos, la construcción de la relación médico-paciente, informar a los pacientes para que ellos tomen sus decisiones y negociar con ellos en cuanto a las indicaciones son intervenciones que llevan tiempo en la consulta y que implican el compromiso del profesional en cuanto a estar informado y brindar el espacio para el intercambio. Todos estos elementos pueden producir fastidio y desgaste cuando los resultados no son los esperados.

En cuanto al tipo de vínculo, para algunos el diálogo y las explicaciones se presentan como las herramientas más importantes en el proceso de negociación, mientras que otros adoptan un modelo más paternalista en la atención.

cuando nadie, no es un estudio que pidan mucho, pero por ahí pensando en otro estudio, yo la verdad que no. Es lo que te decía antes, no tengo problema en dialogar, explicar y me parece que las personas cuando entienden de lo que están hablando, se les explica y según su comprensión, su criterio, deciden. Son más libres para decidir. Pero después, si es, si hay diferencias o, bueno, no le voy a imponer nada a nadie. EMC4

explicándole cuáles son, cuál es la visión que tenemos ahora, yo normalmente trabajo con las decisiones compartidas. Con los pacientes. O sea yo, cuando los pacientes vienen con una información, yo les explico los pro y los contra de la práctica que ellos vienen a pedir. EMC8

Claro, entonces yo les pongo el ejemplo de mi contador. Yo les digo "yo a mi contador le doy mis números y le digo mi factura, vos decime cómo tengo que hacer, lo que me corresponde", y yo no estoy todo el tiempo preguntándole "escuchame, se venció esto, aquello", él sabe los papeles que necesita yo se los presento, me llama, yo los presento. Y cuando él me dice que tengo que hacer algo, yo lo hago EMC9

En líneas generales, se sienten más cómodos cuando la decisión la toma uno. Es como que descansan en que la responsabilidad final recaiga cien por ciento sobre el médico, que le dice o le da una recomendación, y en general, les cuesta tomar una decisión compartida con los datos que les damos nosotros. Eso también depende de varias cosas, de la personalidad del paciente, de la educación del paciente EME6

Tanto EMC4 como EMC8 informan a los pacientes para que sean ellos los que tomen sus propias decisiones; sin embargo, EMC9 les explica que deben confiar sin realizar muchas preguntas, ya que él es el portador del conocimiento, mientras que EME6 refiere que son los pacientes los que delegan la decisión en el médico. Estos dos modelos de atención coexisten en la actualidad, mostrando aquí sus representaciones en la práctica médica.

Como vimos, la relación médico-paciente y la confianza depositada en ésta se construye a lo largo de los años, y la solicitud de estudios aparece como una moneda de intercambio en esta construcción. Por lo tanto, surge la pregunta acerca de cuáles son las bases para que esta forma de correlación se genere, si la vieja creencia acerca de que más es mejor y la inocuidad de la

prevención, o si existen otros motivos que atraviesan de alguna manera la creencia de médicos y pacientes.

La complejidad de la desimplementación

En este apartado, arribamos nuevamente al núcleo de esta investigación: la complejidad que implica la desimplementación de las prácticas preventivas para el rastreo del cáncer de colon, mama y cuello de útero a ciertas edades. Esta complejidad está dada por lo disruptivo de la desimplementación, por el halo de inocuidad de la prevención y la influencia de los medios de comunicación, así como la correspondencia entre la solicitud de estudios y la percepción de cuidado sobre la cual se construye la relación médico-paciente.

Los médicos identifican diferentes barreras al momento de la desprescripción. Los tiempos en la consulta, los miedos propios y de los pacientes, la falta de acuerdo institucional, la información errónea de los medios de comunicación, la figura del paciente en una institución privada y la tensión que estos factores generan en el vínculo médico-paciente ante la desprescripción.

Tiempo en la consulta

Como vimos anteriormente, la información errónea y la prescripción inadecuada de prácticas preventivas, así como los nuevos conocimientos, que a veces entran en contraposición con conductas previas, son factores que demandan más tiempo en la consulta, sobre todo cuando la intervención se percibe contraintuitiva respecto a las creencias de los pacientes y se enfrenta a la información que ellos traen.

siempre tenemos una consulta extremadamente poblada de problemas y a veces te olvidas de fijarte cuándo hiciste la última videocolono o si le diste no sé, tal estudio que hay que controlarlo al año. A veces pasa que... te olvidas. EMC1

El paciente viene no sé, me duele la rodilla y yo le quiero hablar de otro tema y el tipo me dice a mí me duele la rodilla. Preocupate con mi rodilla. No me salgas con qué hago con la próstata, el colesterol (...) la gran mayoría no está sano; algo tiene. Algo le preocupa y solucionar eso es una tarea bastante difícil (...) yo tengo mañana un consultorio de 15 pacientes ¿cuándo lo voy a hacer? Es imposible, además ver los problemas que tiene, hacer la receta, otra cosa es imposible. EMC7

Entonces vos me estás diciendo que también esta complicación que trae esta otra variable que es el tiempo, el poco tiempo que tiene la consulta, cuando una persona se pone muy resistente que se lo quiere hacer... e: En un momento decís bueno... E Terminas... e: Sí, accedes. Accedes y decís bueno, pero la próxima vez EME3

EMC1 y EMC7 suman a la problemática de la desimplementación el hecho de que en general tienen poco tiempo; muchos pacientes acuden a la consulta con múltiples problemas, por lo que las prácticas preventivas muchas veces no son tenidas en cuenta porque deben priorizar problemas más urgentes. EME3 acepta que muchas veces solicita estudios y pospone ciertas intervenciones, ya que es más rápido acceder a la demanda del paciente. El escaso tiempo de la consulta se convierte así en una barrera, no sólo para dejar de hacer sino también para la posibilidad de dialogar y brindar información.

El miedo

El miedo también aparece como una barrera identificada por los médicos. Por un lado, está el miedo que lleva a los pacientes a solicitar estudios, por el otro, el miedo del médico a no diagnosticar algo a tiempo. Además, aparecen los temores, a veces un poco más irracionales, que tienen los médicos a poder enfermar.

Sí. No todo, pero sí. Los que más vienen influenciados son, cuando hay un familiar, algún conocido que se enferma. Ese es un gran disparador en los grupos sociales pequeños, como la familia, los grupos de amigos, esas cosas. Hay uno que se enferma de un tumor de colon y es, digamos, una suerte de panic attack que les agarra a todos, para decir voy a hacer los estudios. Y ahí viene el que tiene indicación, el que no tiene indicación. EME1

sin ecografía vaginal, nosotros cada uno tiene su cuco. Mi cuco es el cáncer de ovario porque el día que apareció no lo sentiste (...) Y por más que tenemos casos de pacientes que se hicieron hace 6 meses su ecografía vaginal no es suficiente, no se ve en la ecografía. (...) te impacta tanto que a veces uno, por temor es cierto, por tener un refuerzo decir bueno tres años, no tiene síntomas pero yo apunto ahí le agrego una ecografía vaginal. EME3

Creo que un poco puede ser a veces por desconocimiento, puede ser a veces por esta excesiva demanda de los pacientes y creo que a veces también a nosotros nos pasa nos da un poco de miedo de comerse alguna lesión en algún paciente, digamos. EME4

EME1 identifica a las experiencias de enfermedades en personas cercanas como un disparador que lleva a los pacientes a solicitar estudios, mientras que en EME3 aparece el miedo propio a ciertas enfermedades, y en EME4 el miedo a no diagnosticar alguna patología. En los últimos casos, la solicitud de estudios aparece como una respuesta casi irracional que parece sustentada en la idea de que el realizar estudios protege de algún mal. Como sostiene Maturana, las emociones son predisposiciones para la acción; es decir, las acciones que realizamos dependen de qué emoción nos habita. En estos casos, la decisión de prescribir o no una práctica está atravesada por una carga emotiva devenida del miedo que siente el médico en tanto ser humano, más allá de su rol de médico (141).

Falta de acuerdo institucional

La falta de acuerdo tanto institucional como entre profesionales es identificada por los médicos como el factor externo a la consulta que complica aún más la posibilidad de desimplementar ciertas prácticas preventivas y atenta contra la relación médico-paciente.

nosotros no lo vimos como que tiene una evidencia para, para screening, digamos. Que esté demostrado que previene enfermedades, sí lo que es rastreo por mamografía, pero no por ecografía mamaria ni ecografía transvaginal. Entonces, a veces se torna dificultoso porque la paciente me dice: "bueno entonces la colposcopia", y yo le digo el Pap, y entonces me dice "bueno pero no me va a pedir la ecografía transvaginal". "Y no, no está demostrado", entonces ahí le explico a la paciente de vuelta. I: "Y la ginecóloga siempre lo pide", claro, ¿no? E: Sí, sí, sí. Entonces ahí se torna un poco... I: Y más complejo. EMC8

Pero es muy difícil a veces no pedirlo porque los urólogos en esta institución lo siguen pidiendo sistemáticamente cada vez que van a urología y cuando vos le negaste el PSA durante 5 años al paciente y va a urología y el urólogo le encuentra PAC en 6 y quizás un tumor lisón bajo la culpa es tuya por no habérselo pedido durante 5 años, y eso me pasó. EMC1

"pero bueno yo voy a un médico de este hospital que me dice que sí a la vitamina D y vos me decís que no a la vitamina D". I: Claro, claro, se hace difícil eso, ¿no?. E: Y bueno entonces claro, cómo compatibilizamos. "A quién le creo, ¿a vos o al especialista? Porque el especialista es de acá también". I: ¿Y qué le dijiste?. E: Que tenía razón, que realmente era una cuestión complicada. Qué bueno, que los profesionales tenemos diferentes criterios y que los servicios también tienen distintos criterios y que bueno, que ella también podía elegir lo que hacer EMC8

Si el hospital tiene, tiene su propia revista que está muy bien hecha; cada grupo médico también tiene una información que le proporciona a los pacientes, cada servicio tiene eventualmente folletos, podría ser mucho mejor, podría ser mucho mejor. Podría estar coordinado y decir cosas parecidas, podrías estar, pero hay un montón de cuestiones políticas que es muy difícil digamos de subsanar.

EMC7

La falta de acuerdo entre los profesionales es un factor que confunde a los pacientes y quita autoridad a los médicos cuando existen contradicciones en referencia a las prescripciones. EMC8 refiere episodios en los cuales dos profesionales de la misma institución dieron indicaciones contrapuestas. Esto no sólo crea incertidumbre en los pacientes que deben decidir qué opción tomar, sino que además cuestiona la competencia de los profesionales. Por otro lado, EMC1 relata una situación en la cual, luego de negarse a prescribir un estudio por no considerarlo necesario, otro profesional decide solicitarlo y encuentra una patología. Pese a que ésta no incide en la morbimortalidad del paciente, el médico que no había solicitado el estudio (EMC1) queda interpelado en su accionar. Por su lado, EMC7 se refiere a la falta de acuerdo a nivel institucional y la necesidad de unificar la información. Todas estas situaciones tornan más compleja la práctica diaria y la desimplementación, hacen que los médicos no sean tan asertivos en sus indicaciones e incluso cedan ante el pedido de estudios ya que la indicación de dejar de hacer puede ser cuestionada por sus pares.

Información de los medios de comunicación

La información errónea o de mala calidad difundida por los medios y otras instituciones de salud son barreras a las que los médicos se tienen que enfrentar a la hora de recomendar dejar de hacer.

También pasa que hay locuras, según la información, que de golpe te vienen en manada preocupados por tal estudio o tal otro estudio. I: ¿Y eso, qué información sería por ejemplo?, ¿según qué información?. E: No, información, sobre todo en los medios porque lo que más maneja a veces el interés o la, digamos la inquietud del paciente es lo que escuchó, lo que le dijo la vecina, lo que le dijo... Y hay veces que es difícil por ahí rebatir contra algo que...EMC4

Que se utiliza entre comillas el miedo para decirle a la gente, concientizar que tiene que venir a su prevención primaria. Yo creo que eso queda muy arraigado también en las pacientes. Y cuando uno le dice a la paciente joven que tiene que hacerse el pap todos los años, uno no le dice que es solo hasta los 65 años, por lo general. Ya la paciente piensa que es para toda la vida. Y esto va también con toda la publicidad, los medios, EME2

. Ahí muchos sabemos, y es un poco digamos lo que se está hablando en el momento, pero se está y es algo que está saliendo a la luz en este momento es que hay unos intereses cruzados, conflictos se dice de intereses, con respecto a todas las prácticas preventivas. Donde desde el marketing médico hay mucha pulseada acerca de los chequeos de salud, hágase todo en un día, y tenés a veces muy accesible todas estas prácticas preventivas desde otros lugares, la gente no deja de estar contaminada por todo eso y siempre viene el caso de no, a mi hermana le hicieron tal cosa, a mi amigo el otro día me comentó fue un día a tal lugar y le hicieron tantas prácticas...EMC3

desde los informativos de la televisión argentina y desde los periódicos eh... están a veces demasiado influenciados por ciertas sociedades y ciertos grupos que tratan de ponernos enfermos a todo el mundo. Pero son los que tienen un poco manejado la información científica. En Argentina la información científica y la divulgación científica se maneja con un periodismo que es bastante escaso. Y en general con productos de no buena calidad científica en su divulgación entonces genera expectativas en la población a veces un tanto inapropiada EMC7

Pero bueno también hay que entender que hay una cultura, de que hay toda una propaganda, este, toda una cosa mediática, que vos escuchas que las obras sociales, que las prepagas te dicen "hágase un chequeo gratis" y qué sé yo, y bueno, entonces, la verdad que es bastante complicado, porque me parece que uno tiene que explicarle a la gente de qué se trata. EMC8

EMC4 hace referencia a la influencia que tienen los medios de comunicación en la gente y que muchas veces crea demandas innecesarias, mientras que EME2 se refiere a la calidad de la información y los mensajes que incluyen información errónea o recurren al miedo para lograr adherencia a ciertas prácticas. Por otro lado, EMC3, EMC7 y EMC8 mencionan los conflictos de interés entre sociedades científicas, el marketing (analizado en el apartado de prevención) y la mala calidad de la información científica difundida en los medios como los causales de la desinformación que atenta o al menos dificulta la desimplementación de prácticas preventivas cuando éstas no tienen indicación. Como vemos, la influencia y poder de los medios, el marketing y la información que circula en las redes sociales son factores a tener en cuenta a la

hora de diseñar estrategias, surgiendo la necesidad de pensar intervenciones en múltiples niveles que faciliten la difusión y el acceso a información de buena calidad.

Mercantilización de la medicina

Se manifiesta la idea de que el paciente de una institución privada puede asemejarse a un cliente en tanto abona una cuota, lo cual le otorga derecho a acceder a ciertos servicios. Esto tiene estrecha relación con la percepción de la mercantilización de la medicina que abordamos en el apartado de pacientes, en cuanto a que pagar por el servicio que les brinda una cobertura de salud representa el derecho a exigir la realización de estudios como contraprestación.

Después viene una dura negociación, por el paciente socio, que se vuelve medio cliente, pero los médicos más viejos después de tantos años tenemos ascendente sobre los pacientes como para decirles mira realmente yo creo que...EMC2

¿Y para vos, que sea un hospital privado, y que la gente pague, cambia en algo la relación, cuando vienen a pedirte hacer? E: Los pacientes en general son más exigentes con las prácticas médicas. Me parece que también son un poco más conscientes de que lo escuchan, lo que leen y vienen a preguntar. Pero yo no he sentido, por lo menos en mi experiencia, una exigencia de, quiero que me hagan el estudio porque yo pago. No lo sentí. EME5

. A veces les puede molestar. Pero eso también depende de cómo uno atienda a los pacientes. (...) Si como pacientes o como clientes. Porque muchas veces uno les da la razón para mantener fidelidad o que el paciente se vaya contento, como el cliente siempre tiene la razón; y bueno, ya ahí depende de cómo uno maneja las cosas. A mí la verdad que no me saca el sueño si un paciente no me viene a ver más porque quería hacer algo que mi conciencia me dijo que no había que hacer. EME6

Y claro que cuando te dicen mira mamografía a partir de tal edad no hay que pedir más, obvio. También del otro lado hay mucha presión del público, que es un público consumidor, nosotros trabajamos en un hospital privado donde la gente paga una cuota, no es la salud pública donde es un bien común. Acá el socio se siente un comprador, o sea que compra salud lo cual, si bien es una tontería, pero hay un sentimiento. Entonces dice como yo pago pido consumir X cosas o quiero X cosas. Muchas veces está el choque, y ahí está el choque entre especialistas y generalistas, EMC2

La concepción del paciente como cliente para EMC2 influye en la negociación para la solicitud o no de estudios, y para EME5 hace que los pacientes sean más exigentes, pero no lo condiciona. EME6 refiere que este condicionamiento depende de querer o no querer conformar al paciente, incluso cuando no está de acuerdo con sus solicitudes. Si bien ningún entrevistado reconoce ser persuadido por este tema, todos lo mencionan en tercera persona, lo que da cuenta de la presencia que tiene esta característica en su práctica diaria.

Tensión en la relación médico-paciente

Cuando entra en escena la desimplementación, los médicos priorizan la relación con el paciente sobre ésta a la hora de negociar, lo que implica muchas veces el solicitar estudios con los que

no están de acuerdo. Así, al momento de desimplementar, la mayoría de los médicos concuerdan en que si el paciente insiste en realizar estudios, ellos solicitan las prácticas para preservar la relación.

Desde ya no me meto cuando el paciente ya viene con una fuerte creencia de que tiene que hacerse tal cosa. Trato de esperar, si venís a pedirme la densitometría te hago la densitometría, si venís a pedirme la mamografía te hago la mamografía. EMC3

: No me pasa tanto. En general la gente, cuando vos le explicás, te entiende. Pero hay otros que te dicen: "bueno, pero igual yo me quiero hacer la mamografía". Y contra mi voluntad se las pido. EMC8

Yo creo que, depende también de la rela..., uno tiene cierta empatía con los pacientes, hay a veces con alguno más, con otros menos, con otros sabés que hay cosas que las podés conversar y hay cosas, que hay otros pacientes que vos sabés que ahí tenés un límite que por más que vos estés. Pero igual pídamelo. Y bueno, es respetable porque, es como que también hay que consensuar un poco las cosas. EMC4

No, no, no. E: No. e: No, no. Vos das lo que siempre querés, y nunca haces algo por default. Si tenés ya años y trayectoria y relación. Porque no deterioras la relación, el paciente sabe que no te vas nada atrás de él, no es que estás ahorrando dinero por no pedir el antígeno prostático. O sea, el paciente eso lo entiende. EMC2

EMC3 dice no discutir y directamente prescribir cuando el paciente viene decidido a realizar estudios, mientras EMC8 y EMC4 refieren intentar explicar los motivos de la desprescripción, aunque ceden ante la insistencia de los pacientes; sólo EMC2 asevera que la relación médico-paciente no se deteriora por dejar de pedir un estudio.

Algunos de los motivos con los que justifican el solicitar estudios con los que no están de acuerdo son, como ya vimos, el preservar la relación médico-paciente y la seguridad de que si ellos no lo solicitan lo hará otro profesional.

No tienen tiempo o no tienen ganas qué sé yo, lo que sea. Entonces simplemente se la piden. Y cuando vos venís y decís, pero yo le dije que no, ya la hice. El médico clínico me dio la orden. El médico clínico me dijo que tenía que hacérmela. EME3

hubo una época que mantenía a veces el no, me mantenía más a rajatabla que si no coincidía no lo hacía, pero... no me sirvió. Porque en la práctica conseguía el paciente por otro lado hacerse el estudio, él perdía cierto respeto hacia mí y terminaba siendo fácil presa de encantadores de esos clientes, lo cual era mucho peor. Mucho peor. A veces conviene una negociación con el paciente, ceder en algo que a uno no le gusta mucho, pero seguir teniendo ascendencia sobre el paciente, es más importante eso. EMC7

. Y los ginecólogos también a veces va la mujer y le dice bueno te hago un pap, te hago una mamografía, vos le dijiste que después de tal edad, y es una lucha de opiniones. ...EMC2

Me lo quiero seguir haciendo. E: Y vos se lo indicas, si ellas te lo piden digamos. e: Si. Si, si porque es... eso lo hemos hecho también varias veces acá en el servicio, que las mujeres mayores de 65 años que se quieren seguir haciendo el pap, si yo le expliqué todo y traté de convencerla de que no hay mayor beneficio que se lo haga o no, la paciente sale de mi consultorio y pide turno con otro ginecólogo para que le haga el pap. Y a otro y a otro y a otro hasta que encuentra quien le hace el pap. Consulta 20 veces hasta que encuentra alguien pues que s ello hace el pap. EME2

El argumento de que si ellos no solicitan el estudio lo hará otro profesional surge tanto en el relato de los médicos de cabecera (EMC2) como en el de los especialistas (EME3). Más allá de quién solicita los estudios, EME2 refiere que si el paciente está decidido va a conseguir realizarse los mismos y EMC7 asevera que esta falta de acuerdo puede debilitar la relación médico-paciente.

Sólo en los médicos encargados de realizar las prácticas, coloproctólogos y gastroenterólogos, el riesgo de las complicaciones surge como un motivo para no ceder ante la demanda de los pacientes.

el quiere hacerse la colonoscopia de todas maneras, debe pedírselo a otro médico. (...) Si yo le indico, yo soy responsable de lo que pase. Si él tiene una complicación en el estudio por el propio estudio, que es una complicación propia de; es responsabilidad mía que le he hecho haber pedido el estudio. Y si no tiene indicación de hacer ese estudio, yo soy responsable de que tenga una complicación de un procedimiento, que puede tener esa complicación, cuando no tiene indicación de hacerlo EME1

Son cosas que son más, digamos, individuales que por regla. Alguien que está insistiendo con que quiere hacerse la prevención, y es obeso y tiene EPOC, y tiene setenta y cinco, y no tiene indicación, le digo, yo no le voy a hacer el estudio. Porque no me voy a meter en un problema con algo que no tiene indicación y que encima, el paciente es de riesgo. . es raro. Cuando realmente creo que va a ser con riesgo la situación, suelo ponerme en que yo no lo voy a hacer. EME5

:Yo tomo muy en cuenta la opinión del paciente. Y si el paciente tiene lo que te digo, un buen estado de salud, me pide la colonoscopia y está digamos, dentro de las indicaciones, yo accedo. Ahora, si me parece que no, por todas estas cosas que te digo, por ejemplo (...) un paciente de setenta y cinco años que hace dos años de hizo una colonoscopia y que fue normal, y tuvo un infarto hace dos años; a ese paciente, por más que me pida la colonoscopia, le voy a decir que la vaya a pedir a otro lado, porque yo no se la voy a pedir. I: Así directamente le decís, vaya a hacérsela a otro lado. EME 6

EME1, EME5 y EME6 acuerdan en que no solicitarían un estudio, por más que el paciente insista, si consideran que puede tener algún riesgo, lo cual sugiere que ellos serían los responsables de estas complicaciones. Sin embargo, no mantienen la misma postura ante pacientes de bajo riesgo.

Entonces, por ahí nosotros, como especialistas, jugamos un papel que es más de caminar en la cornisa. O sea, a mí no se me puede escapar una persona que tiene síntomas, por más que sean sutiles, de ciertas enfermedades, porque es la única enfermedad a la que me dedico...(..) Algunas veces nosotros, por ahí pedimos estudios que tienen un gris entre la prevención y entre el diagnóstico, porque tenés síntomas muy sutiles que pueden hacer que vos adelantes el momento de hacer un estudio, y algunas veces tenés razón y detectás, pero muchas veces no..EME1

En las guías americanas que tenemos hace veinticinco años, a nosotros quizás, con la expectativa de vida de los pacientes que tenemos en el hospital, nos parece a veces un poco poco y lo extendemos un poco más por la propia. Porque son pacientes que muchas veces viven

más de veinte años. A partir de setenta y cinco, por ahí hasta los noventa y cinco. Por ahí le ayudás a ganar años de vida, digamos. Pero sí, obvio, lo tenemos en cuenta. Más de ochenta años, ya uno se plantea bastante si hacer o no un estudio endoscópico. EME4

En general, cuando es una práctica de bajo riesgo, la tasa de complicaciones de estos estudios, yo creo que hay más problemas por pedir de menos y que realmente pueda tener algo, que por pedir de más, que son estudios que son terapéuticos, digamos. EME5

En el caso de EME1, el ceder está relacionado con la creencia de que el especialista, por ser un experto en el tema, no puede dejar de realizar un diagnóstico por más que esto implique solicitar estudios que no estén indicados. En estos casos, el razonamiento de los especialistas se ve influenciado por el principio heurístico de disponibilidad (Ver pág 113). EME5 sostiene que más es mejor, y EME4 justifica el seguir realizando estudios, luego de ciertas edades, por la prolongación de la expectativa de vida de la población del HIBA.

Pese a que la mayoría cede ante el pedido de los pacientes, en general hay acuerdo en que, si se les explican los motivos, los pacientes aceptan el no realizar estudios.

Cuando vos lo explicas la gente lo toma como buenamente, digamos. E: En eso me parece que sí, sí. EMC6

, ¿por qué ya no me hacen más la mamografía?, ¿por qué ya no me hacen más la...?" E: Yo les digo que bueno, porque se ha demostrado que en general a su edad ya no aparecen ese tipo de enfermedades. I: Y ahí se quedan tranquilos. E: Sí, en general. EMC9

Creo que es muy importante porque, donde se crea una relación de confianza, donde el paciente entiende que vos te estás formando y que les, y que en realidad lo estás cuidando, ¿no?, digamos, no hacer prácticas que son inútiles, que no lo van a beneficiar, en realidad es cuidarlo. Es cuidarlo más no pidiéndole la práctica que pidiéndosela. EMC8

Obviamente acá es donde yo creo que me siento más fuerte, porque vamos a aclarar algo: siempre teniendo en cuenta que el vínculo médico – paciente que yo tenga después de tantos años de seguimiento con un paciente o su grupo familiar, que es donde yo puedo a veces sentirme con la espalda por decirlo así entre comillas, de sacarme yo, o sea bajare yo una indicación que se la había dado unos años anteriores, años atrás. EMC3

Para EMC6 y EMC9, en general, la desprescripción de las prácticas preventivas es bien aceptada por los pacientes cuando se les explican los motivos. EMC8 y EMC3 identifican a la relación médico-paciente como el factor que más influye en los pacientes al momento de aceptar indicaciones, incluso cuando éstas no concuerdan o contradicen la opinión de otras fuentes de información, o implican discontinuar indicaciones que el mismo profesional había dado. Para EMC8, esta confianza es la que permite a los pacientes entender que el no solicitar una práctica puede ser una forma de cuidarlos.

Además, existe acuerdo respecto a que los pacientes de mayor edad piden realizarse menor cantidad de estudios.

*En general el paciente **viejo en general no quiere más estudios**. Estamos hablando de pacientes viejos, viejos, 80 y pico, **para dejar de hacer algunas prácticas 80 y pico. En general no quieren.** EMC1*

*El paciente mayor (...) Y aparte es una paciente muy particular, **es muy dócil, es una paciente diferente**. Viste que la más jovencita por ahí es más demandante. "Y me dijeron, y yo googlee y yo esto", ya se la saben todas cuando vienen. Vienen para ver si yo me piso con el Google más o menos ¿no?. **La paciente de tercera edad es una paciente diferente, ya viene de vuelta, acepta lo que uno más o menos le ofrece.** EME3*

*Te diría que, ya pasada una edad, **mucha gente está un poco cansada de los estudios**. Una cosa es un estudio de prevención, estamos hablando siempre de estudios de prevención. **Sí, yo creo que en general, a mayor edad, salvo excepciones, tienden a pedir menos estudios, a demandar menos estudios** EME4*

EMC1, EME3 y EME4 concuerdan en que, con la edad, los pacientes solicitan menor cantidad de estudios. EME4 refiere que esto puede ser porque están cansados de tantos estudios, mientras que EME3 lo adjudica a una posición más sumisa de este grupo etario ante la prescripción del médico.

Al igual que los pacientes, los médicos identifican a la confianza como el factor más importante en el proceso de desprescripción. Pese a esto, la mayoría nombra la necesidad de brindar información a los pacientes para que éstos tomen sus decisiones. Sin embargo, cuando se les pregunta a los médicos acerca de cómo explican los motivos para no continuar con las prácticas preventivas, en general hablan de la incidencia de patologías a ciertas edades o de la no recomendación basados en su saber, pero pocos mencionan los riesgos o el sobrediagnóstico.

*. Entonces si eres mi paciente desde hace tres años y llegaste a los 65 te digo bueno mira en los últimos tres años todo salió bien, (...) este es el último pap que te pongo y el próximo año ya no es necesario el pap. Si es una paciente que ya lleva muchos años **conmigo creen más.***

***Son más receptivas a "ah bueno es la opinión del médico,** EME2*

*: Y ahí se quedan tranquilos. E: **Sí, en general, "se ha demostrado que ya no aparece a su edad",** EMC9*

*Yo creo que, vuelvo a decir, depende de la edad. Y vuelvo a insistir, yo trato muchos pacientes mayores de setenta y cinco que tienen indicación. Cuando tiene ochenta y no tiene indicación, en general, **no siento que se lo tome mal porque les explico y les alargo quizás un poco, la explicación de la secuencia pólipo cáncer**. Le digo que sí se hizo una colonoscopia antes de los ochenta, que estaba bien, la probabilidad de desarrollar un pólipo y que ese pólipo crezca, **es de tanto tiempo, que no le va a traer problemas a esa persona**. En general no se lo toman mal. EME5*

*Más o menos. La verdad, **la dinámica de consultorio, hay veces que permite hacerlo y hay veces que no, la verdad**. (...) Uno siempre pregunta, básicamente, **¿sabés cómo es el estudio?**. Porque muchas veces no saben en qué consiste. Y cuando le explica en qué consiste, bueno, habla un poco de los riesgos. **Pero si es un paciente que ya se lo hizo, que más o menos ya sabe cómo es, la verdad es que no me dedico a explicarle los riesgos**. Y bueno, también depende si el paciente pregunta más activamente que otros. Uno **intenta tomarse un tiempo para, aunque sea, explicar alguna complicación, pero la verdad es que no siempre pasa.** EME4*

*I: Sí, mirá. Y en el consultorio, o dentro de la práctica, ¿se hablan de los riesgos de la colonoscopia?, ¿se mencionan, se conversan? E: **Eh, creo que no, creo que no, se debería hacer, la perforación, etc. Creo que no se hace muy frecuente.** EME7*

EMC9 y EME2 basan sus indicaciones en la investidura de saber que les otorga el ser el profesional que está informado y conoce las indicaciones, mientras que EME5 brinda una explicación fisiopatológica, pero ninguno habla de riesgos ni sobrediagnóstico. Por su parte, EME4 y EME7 reconocen que es importante informar, pero no siempre es posible debido a los tiempos en el consultorio. Esto explica en parte lo encontrado en el análisis de los comentarios de los pacientes, que dicen no conocer los riesgos derivados de las prácticas. Se vuelve a destacar la importancia de que los pacientes cuenten con toda la información disponible a la hora de tomar sus decisiones, ya que, de otro modo, lo único que pueden hacer es aceptar o no las indicaciones de los médicos.

Respecto al tipo de práctica, los médicos refieren que la resistencia ante la desimplementación no es la misma para el Papanicolau, la mamografía o la videocolonoscopia.

Lo que cuesta, lo que cuesta es, lo de la mamografía. EMC5

mamografía normal. Pasamos a bienal, por eso, la vs aguantando. Viste es todo un arte, te sentís un malabarista viste, en un momento decis...EME3

Videocolonoscopia: Como es algo que a mucha gente le, lo tiene como reticente. I: Claro. E: Yo a veces, este, les recuerdo: "mire que hay que hacer esto", "¡ah, es verdad!". EMC5

si llegan a ese momento, está bien fácil de decirle "no", en muchos casos es una alegría no hacerse otra vez el estudio, pero siempre y cuando no haya tenido ninguna interurrencia o algún pólipo extraño o algo de eso. I: O sea que a la hora el paciente este de 85 años digamos, que le vino dando cada 10 años todo normal, cuando uno le dice "ya está, listo", en general bien. No es una dificultad no quieren seguir. EME7

A veces, a veces uno se cansa porque en realidad, digamos, con los pacientes que uno tiene, que hace más años, viste que te dicen: "¡hay qué suerte que no me tengo que hacer!, no, ¡qué suerte!". Por ahí me ha pasado ver a pacientes más de cerca de 80 años haciéndose un Papanicolau. Yo le digo, pero la verdad no te duele, "sí me muero de dolor, p EMC8

EMC5 refiere que la práctica que más le cuesta desimplementar es la mamografía, mientras que para la videocolonoscopia debe recordar al paciente la recomendación de realizarla. EME3 apoya esto aseverando que debe hacer malabares en el proceso desimplementación de la mamografía. Por otro lado, EMC8 y EME7 refieren que algunos pacientes se alegran ante la indicación de dejar de hacer Papanicolau y colonoscopia, atribuyendo esta reacción en primer lugar a las molestias ocasionadas por estas prácticas y al hecho de que la desimplementación de la colonoscopia está indicada a una edad en la cual los pacientes quieren realizar menos estudios.

Recapitulando, la relación médico-paciente y la confianza en ella vuelven a aparecer, al igual que en el relato de los pacientes, como pilares fundamentales para la desprescripción de prácticas preventivas cuando éstas no están indicadas. Sin embargo, estas nociones entran en tensión cuando lo que se analiza es la posibilidad de dejar de hacer. En los pacientes, surgen sentimientos de intranquilidad, desconfianza o descuido ante los cuales, en pos de cuidar el vínculo, los médicos responden con la solicitud de estudios. Algunos profesionales refieren intentar explicar y dar información, pero dicen que muchas veces esto no alcanza, en tanto otros señalan que las negociaciones llevan tiempo y desgastan, y que si ellos no solicitan los estudios lo hará otro profesional. Sin embargo, todos concuerdan en que, en general, si se les brindan explicaciones, los pacientes aceptan las indicaciones de los médicos y que, a mayor edad, los pacientes quieren realizar menor cantidad de estudios. Por otro lado, los pacientes cuentan con poca información acerca de los riesgos que implica la realización de las prácticas preventivas a ciertas edades. Parece paradójico que uno de los pilares en los que se asienta la desprescripción sea la confianza en la relación médico-paciente que, como vimos anteriormente, está construida, al menos en parte, en base a una ardua negociación respecto a la solicitud o no de estudios. Surge la pregunta acerca de por qué la solicitud de estudios implica un cuidado para los pacientes y por qué los médicos no encuentran otras respuestas ante esta situación. Quizás sea necesario pensar la posibilidad de implementar estrategias diferentes que permitan que los pacientes estén mejor informados y que los médicos encuentren algún aliado que les permita salir de la soledad del consultorio, en la cual la solicitud o no de estudios aparece cuestionando los cimientos de la relación.

Por otro lado, los tiempos en la consulta, los miedos de los médicos y de los pacientes, la falta de acuerdo institucional, la información errónea de los medios de comunicación y la figura del paciente en una institución privada son todos elementos que surgen dificultando el proceso de desprescripción. Algunos de estos comprenden el ámbito privado del médico y la consulta, mientras que otros son de carácter sistémico lo cual suma a la complejidad de la desimplementación y la necesidad de diseñar estrategias que tomen en cuenta todos estos niveles.

Creencias, actitudes y perspectivas mutuamente funcionales que desalientan la desprescripción: Síntesis contrastiva

Con el propósito de comprender qué relaciones pueden configurarse entre las creencias de pacientes y médicos, en el siguiente apartado realizaremos una síntesis contrastiva de los principales argumentos encontrados en los relatos. En la misma, usaremos el término “*coincidencia*” para aquellas perspectivas en las que encontramos una confluencia en las expresiones de médicos y pacientes, “*diferencia*” para aquellas en las cuales no existe esta conjunción pero tampoco resultan contrapuestas, mientras que reservamos el término “*refuerzo*” para aquellos argumentos que abonan continuar realizando prácticas preventivas, tanto entre argumentos de pacientes y médicos como al interior de cada grupo.

	Pacientes	Médicos	Perspectiva médicos/pacientes: Coincidencia-Diferencia-Refuerzo
Prevención	<p>Existe una creencia en que la prevención siempre es inocua.</p> <p>Desconocen los riesgos.</p> <p>Creer que los estudios siempre son beneficiosos.</p> <p>Existe un desconocimiento de las diferencias entre prácticas preventivas y diagnósticas.</p>	<p>En base a nuevos conocimientos saben que la prevención trae beneficios, pero no es inocua.</p> <p>Reconocen un cambio de paradigma sin embargo existe una brecha entre la evidencia que conocen y lo que llevan a cabo en su práctica clínica.</p> <p>Dificultades para aplicar la nueva evidencia en la práctica clínica: miedos propios, experiencias previas, sesgos personales, tiempo de la consulta.</p>	<p>Diferencia: En los pacientes existe la creencia de que la prevención es inocua mientras que los médicos saben que la prevención trae beneficios, pero no es siempre inofensiva.</p> <p>Refuerzo: Si bien los médicos reconocen que existe un cambio de paradigma en relación a este tema, existe una brecha entre la evidencia que conocen y lo que llevan a cabo en su práctica clínica.</p> <p>Refuerzo: los pacientes confunden las prácticas preventivas con aquellas diagnósticas, lo que los lleva a subestimar los riesgos.</p>

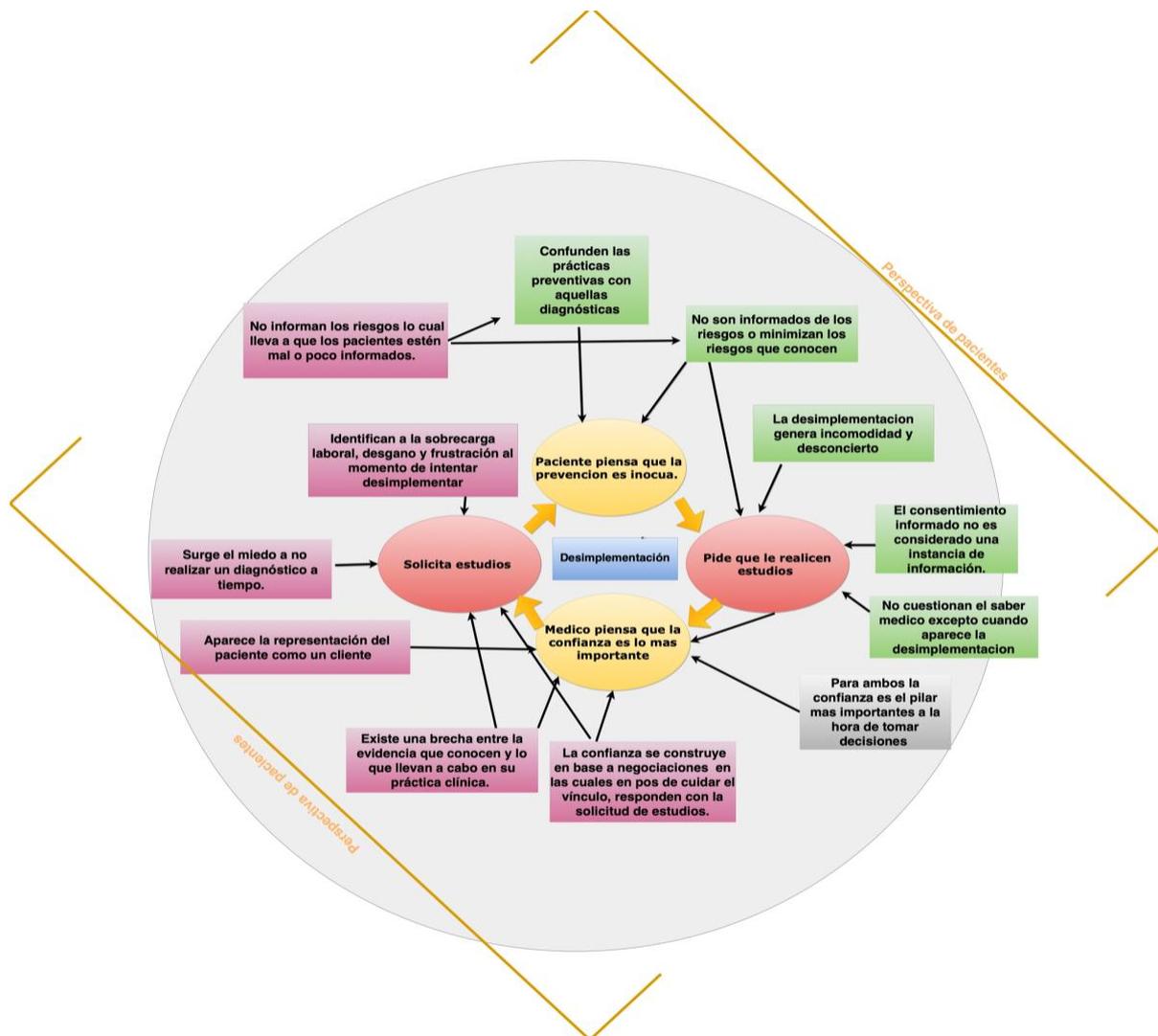
Miedo	El miedo a enfermar y a padecer un cáncer en particular es un motor para continuar realizando las prácticas preventivas.	Los miedos propios del médico, los del paciente, así como el miedo a no realizar un diagnóstico “a tiempo” son motivos para solicitar estudios.	Refuerzo: Ambos grupos identifican al miedo a enfermar y a un cáncer en particular como un motor para seguir realizando estudios. Refuerzo: En los médicos también surge el miedo a no realizar un diagnóstico a tiempo.
Mercantilización de la medicina	Las decisiones acerca de solicitar o no una práctica están influenciadas por el mercado. El pago de una prepaga da derecho a exigir estudios.	Identifican al paciente como un cliente a quien satisfacer.	Coincidencia: en la perspectiva de médicos y pacientes en cuanto a el mercado influye en la desimplementación. Refuerzo: en el pensamiento de los médicos aparece la representación del paciente como un cliente y la necesidad de dar respuesta a la demanda de este.
Edad avanzada	Relacionan la desimplementación de las prácticas preventivas a edades avanzadas con la cercanía a la muerte.	Ignoran las implicancias respecto al final de la vida que puede tener la desimplementación a edades avanzadas.	Diferencia: Los médicos, a diferencia de los pacientes, no relacionan la desimplementación en edades avanzadas con la cercanía a la muerte, lo cual conlleva problemas en la comunicación y sentimientos negativos en los pacientes.

<p>Desimple- mentación</p>	<p>No suelen cuestionar el saber médico excepto cuando aparece la idea de desimplementar</p> <p>Asocian la desimplementación con sentimientos de ambigüedad, intranquilidad, desconfianza y descuido de la salud.</p>	<p>Refieren que los pacientes aceptan la desprescripción si se les explica los motivos.</p> <p>Las principales barreras para dejar de solicitar prácticas preventivas son el tiempo en la consulta, la sobreinformación con la que cuentan los pacientes y la falta de acuerdo institucional y entre profesionales.</p>	<p>Diferencia: Los pacientes no cuestionan el saber médico excepto cuando aparece la idea de desimplementar. Sin embargo, los médicos refieren que los pacientes aceptan la desprescripción si se les explican los motivos.</p> <p>Refuerzo: Los médicos identifican a la sobrecarga laboral, desgano y frustración al momento de intentar desimplementar como las principales barreras para dejar de hacer, mientras que para los pacientes las barreras están representadas por los sentimientos de ambigüedad, intranquilidad, desconfianza y descuido que surgen ante la desimplementación.</p>
<p>Tipo de práctica</p>	<p>Existe menor resistencia ante la desimplementación del Papanicolau y de la videocolonoscopia comparado con la mamografía.</p> <p>El miedo a padecer un tipo de cáncer en particular hace que el grado de aceptación de cada práctica sea propio de cada persona.</p>	<p>Perciben mayor resistencia por parte de los pacientes ante la desimplementación de la mamografía que para los otros estudios.</p>	<p>Coincidencia: entre las perspectivas de médicos y pacientes respecto a que la mamografía es la práctica preventiva que más cuesta desimplementar.</p>

<p>Relación médico-paciente</p>	<p>A la hora de tomar decisiones, el valor del vínculo con el médico basado en la confianza tiene mayor peso que la información.</p> <p>El modelo de relación médico-paciente paternalista predomina sobre la medicina centrada en el paciente.</p> <p>Discontinuar las prácticas preventivas genera incomodidad y desconcierto poniendo en tensión el vínculo médico-paciente.</p>	<p>La confianza es el pilar más importante para que los pacientes acepten una indicación.</p> <p>El vínculo se construye en base negociaciones donde el pedido de estudios funciona como moneda de intercambio.</p> <p>El modelo paternalista predomina sobre la medicina centrada en el paciente.</p> <p>Discontinuar con las prácticas preventivas implica una negociación constante que demanda tiempo, produce desgaste y frustración.</p>	<p>Coincidencia: en la perspectiva de médicos y pacientes respecto a que la confianza es el pilar más importante a la hora de tomar decisiones priorizando ésta sobre la información.</p> <p>Refuerzo: Para los médicos la confianza se construye en base a negociaciones en las cuales en pos de cuidar el vínculo, responden con la solicitud de estudios. Esto alimenta la creencia acerca de que los estudios son siempre beneficiosos e inocuos.</p> <p>Coincidencia: en la perspectiva de médicos y pacientes en cuanto a que en la relación médico paciente, el modelo paternalista predomina sobre el modelo de la medicina centrada en el paciente.</p> <p>Refuerzo: para los pacientes las desimplementación genera mientras que para los médicos implica una negociación constante que demanda tiempo, produce desgaste y frustración.</p>
---------------------------------	---	--	---

<p>Información</p>	<p>El médico es la fuente de información más importante</p> <p>No son informados acerca de los motivos por los cuales se les recomienda desimplementar ciertas prácticas. Solo reciben la indicación de realizar/no realizar. Existen contradicciones entre las diferentes fuentes de información.</p>	<p>Deben enfrentar los preconceptos e información veraz o errónea que los pacientes traen al consultorio.</p> <p>Identifican como barreras para la desimplementación la influencia y el poder de los medios de comunicación, el marketing y las redes sociales.</p> <p>La información brindada en la consulta no incluye los conceptos de sobrediagnóstico, falsos positivos o cascadas diagnósticas.</p> <p>La falta de acuerdo entre profesionales, intrainstitucional y de los medios de comunicación atenta contra la desimplementación y sobrecarga la labor del médico.</p>	<p>Diferencia: El médico es identificado por los pacientes como la fuente de información más importante. Sin embargo, los médicos expresan que deben enfrentar los preconceptos e información que los pacientes traen al consultorio y que esto representa una carga en el contexto de la consulta médica.</p> <p>Refuerzo: En ambos grupos surge que los riesgos de las prácticas preventivas no son informados a los pacientes.</p> <p>Refuerzo: La falta de acuerdo y contradicciones en la información que reciben los pacientes atenta contra la desimplementación.</p>
<p>Riesgos derivados de las prácticas preventivas</p>	<p>No reciben información del médico sobre los riesgos derivados de las prácticas.</p> <p>No conocen el concepto ni las consecuencias del sobrediagnóstico, la posibilidad de falsos negativos o cascadas diagnósticas.</p> <p>Si conocen los riesgos en general son minimizados.</p> <p>Consideran al consentimiento informado como parte del procedimiento burocrático rutinario, no una instancia de información.</p>	<p>Conocen los riesgos derivados de las prácticas y los evalúan antes de realizar una indicación.</p> <p>Al momento de indicar una práctica preventiva en general no informan los riesgos.</p> <p>Los médicos especialistas, encargados de realizar los procedimientos, evalúan más detenidamente los riesgos al momento de solicitar una práctica.</p>	<p>Refuerzo: Los médicos conocen los riesgos derivados de las prácticas preventivas. Los pacientes los desconocen.</p> <p>Refuerzo: los médicos no informan los riesgos lo cual lleva a que los pacientes estén mal o poco informados. Posiblemente esto contribuya a querer continuar haciendo.</p> <p>Refuerzo: los pacientes minimizan los riesgos que conocen.</p> <p>Refuerzo: El consentimiento informado no es considerado una instancia de información. Esto contribuye a la falta de información de los pacientes.</p>

La principal diferencia de ideas que encontramos entre médicos y pacientes, y que hace al núcleo de nuestra investigación, es que en los pacientes existe la creencia de que la prevención es inocua, mientras que los médicos saben que la prevención trae beneficios, pero no es siempre inofensiva. Partiendo de este punto encontramos en sus relatos ciertas coincidencias y algunas diferencias, así como factores que actúan como perpetuadores del seguir haciendo. Todos estos confluyen en la conformación de un círculo de perpetuación que dificulta la desimplementación. Los médicos no informan los riesgos que conllevan las prácticas preventivas, lo que conduce, junto a otros factores, a que los pacientes estén mal o poco informados. Los pacientes creen que la prevención es inocua y piden la realización de estudios a los médicos, quienes en pos de cuidar el vínculo responden solicitando estudios, aunque no siempre estén de acuerdo. Esto refuerza nuevamente en los pacientes la idea de que los estudios no son dañinos.



La creencia de los pacientes sobre la prevención como algo inocuo y beneficioso es reforzada por la falta de información que reciben sobre los riesgos, por la subestimación de los mismos al confundir las prácticas preventivas con las diagnósticas y porque el consentimiento informado no es considerado una instancia de información.

Los médicos reconocen la existencia de un cambio de paradigma, lo que genera una brecha entre la evidencia que conocen y lo que llevan a cabo en su práctica clínica. Los factores que dificultan el dejar de hacer son la necesidad de cuidar el vínculo, el miedo a no realizar un diagnóstico a tiempo, la representación del paciente como un cliente y la necesidad de dar respuesta a su demanda.

En cuanto a la desimplementación, los médicos identifican a la sobrecarga laboral, desgano y frustración como las principales barreras para dejar de hacer, mientras que para los pacientes, las barreras están representadas por los sentimientos de miedo, ambigüedad, intranquilidad, desconfianza y descuido.

Tanto médicos como pacientes identifican diversos factores que influyen en la complejidad de la desimplementación: el miedo a enfermar y a un cáncer en particular, la confianza en el vínculo médico-paciente como el pilar más importante a la hora de tomar decisiones, el modelo paternalista como el modelo que predomina en esta relación, la falta de acuerdo institucional y la sobreinformación de los pacientes.

En esta síntesis identificamos perspectivas, creencias y actitudes que refuerzan el seguir realizando prácticas preventivas. Esta información nos interpela a diseñar estrategias que permitan, en primer lugar, visibilizar aquellos factores que las refuerzan para poder deconstruir las acciones aprendidas, así como diseñar iniciativas que promuevan la desimplementación, contemplando niveles tanto individuales, de médicos y pacientes como institucionales.

Discusión

La pregunta inicial en la cual se originó nuestra investigación fue ¿qué creencias, percepciones y actitudes conducen a que la desimplementación de ciertas prácticas preventivas sea tan dificultosa, cuando existe evidencia de que causan daño?, sobre todo cuando este daño se produce en busca de una posible enfermedad en una persona sana. Para comenzar a comprender esta problemática, diseñamos un estudio que nos permitiera indagar acerca de ella en pacientes y médicos en relación a la discontinuación del rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon.

En el Capítulo 1, identificamos las áreas de vacancia en la investigación sobre esta problemática, encontrando que existían pocos estudios a nivel internacional y ninguno a nivel nacional que abordara la temática de la discontinuación del rastreo de cáncer en adultos mayores. Además, muchos de estos estudios se basaban en encuestas realizadas a médicos y pacientes, pero pocos indagaban en profundidad acerca de las percepciones, creencias y actitudes de las personas respecto a continuar o no con el rastreo. Esta búsqueda nos permitió identificar que los adultos mayores tienen opiniones altamente favorables sobre el rastreo y que los médicos reconocen barreras en su práctica para la implementación de las recomendaciones dadas en las guías de práctica clínica.

En el Capítulo 2, delimitamos las nociones teóricas que definieron las concepciones de partida y guiaron nuestra propuesta analítica. En este sentido, nos centramos en la construcción social del conocimiento como punto de partida para analizar cómo los individuos formulan sus decisiones y creencias ante los procedimientos diagnósticos y la desprescripción. Asumimos también que existe un significado cultural de la enfermedad, y que ni la experiencia de enfermedad ni el conocimiento médico provienen de la naturaleza, sino que son construidos socialmente. Luego, describimos la posición desde la cual entendemos la relación médico-paciente realizando una descripción de los dos paradigmas que modelizan esta relación en la actualidad. Por último, hicimos un recorrido por la historia de la prevención en relación a las prácticas preventivas y al rastreo de cáncer de cuello de útero, mama y colon, donde sentamos las bases y nuestra posición ante la posibilidad de daño en intervenciones realizadas por prevención en la población sana.

En los Capítulos 3 y 4, expusimos los argumentos de médicos y pacientes respecto a la desimplementación. En los pacientes encontramos tres dimensiones analíticas centrales: la creencia en la inocuidad de la prevención, la confianza en el médico como determinante a la hora de tomar las decisiones y la complejidad de la desprescripción en relación a la aceptación o no aceptación de la misma. En sus relatos hallamos que no están informados acerca de los riesgos derivados de las prácticas preventivas y tienen una creencia muy arraigada acerca de la inocuidad de la prevención. Para ellos, la relación médico-paciente y la confianza son pilares fundamentales a la hora de tomar decisiones en cuanto a realizar o no prácticas preventivas. Sin embargo, estas nociones entran en tensión cuando lo que se analiza es la posibilidad de dejar de hacer. Sentimientos de miedo, intranquilidad, desconfianza y descuido minan ese vínculo, apareciendo temas como la edad avanzada, la cercanía a la muerte y la mercantilización de la medicina que influyen en sus percepciones, creencias y actitudes respecto a la desimplementación.

Las dimensiones encontradas en los relatos de los médicos fueron los pensamientos y creencias acerca de la prevención, la relación médico-paciente y la complejidad de la desprescripción. De sus dichos surge que conocen los daños derivados de la prevención y las recomendaciones de las guías de práctica clínica, pero muchas veces no las aplican. Para ellos, la relación médico-paciente y la confianza también son piezas clave en la toma de decisiones de los pacientes. Sin embargo, para los médicos esta confianza está construida, al menos en parte, en base a una ardua negociación respecto a la solicitud o no de estudios, lo cual dificulta la discontinuación de las prácticas preventivas. Otras barreras que se dejaron ver en nuestro trabajo respecto a la desimplementación son los tiempos en la consulta, los miedos de los médicos y de los pacientes, la falta de acuerdo institucional, la información errónea de los medios de comunicación y la figura del paciente en una institución privada.

Por último, arribamos al Capítulo 5, donde realizamos una síntesis contrastiva de los principales argumentos encontrados en el relato de médicos y pacientes. En ella, encontramos la conformación de un círculo de perpetuación que dificulta la desimplementación y observamos que los pacientes no están informados o desconocen la indicación de discontinuar con el rastreo, en especial de cáncer de mama y colon a ciertas edades, y los riesgos asociados a estas prácticas. Los pacientes creen que la prevención es inocua y piden la realización de estudios a los médicos, quienes, en pos de cuidar el vínculo, responden solicitando estudios,

aunque no siempre estén de acuerdo. Esto refuerza nuevamente, en los pacientes, la idea de que los estudios no son dañinos.

Nuestro trabajo aporta información valiosa que contribuye a esclarecer la pregunta de la investigación y que deben ser analizados para comprender la conformación de este círculo de perpetuación que dificulta la desimplementación. De esta manera, destacamos cuatro ideas centrales o aportes de esta tesis, respecto a: el rol que juega la solicitud de estudios clínicos en la construcción de la confianza en el vínculo médico-paciente, el rol central de la información en el proceso de desprescripción, el papel del mercado en la toma de decisiones y el sentimiento de miedo a enfermar y morir como promotor del continuar haciendo.

El rol que juega la solicitud de estudios clínicos en la construcción de la confianza en el vínculo médico-paciente

En coincidencia con otros autores (44,46,142), encontramos que la confianza en la relación médico-paciente es un pilar fundamental a la hora de tomar decisiones. Nuestro trabajo aporta el hallazgo de que esta confianza se construye en base a una negociación, que con frecuencia implica pedir estudios para llegar a un acuerdo con el paciente. De esta manera, la solicitud de estudios aparece como una moneda de intercambio en la construcción de este vínculo y la desimplementación como algo posible sólo luego de años de construcción. Rolfe y Burton (143) muestran que la prescripción de estudios por parte de los médicos no alivia la ansiedad de los pacientes y que la relación médico-paciente no se ve perjudicada por negativa a prescribirlos (46). Como vimos en la introducción, el sobreuso de prácticas preventivas implica una peor calidad de atención para los pacientes (3) y, si bien algunas investigaciones (144) muestran que existe una discrepancia significativa entre lo que los médicos de cabecera y pacientes consideran una atención de alto valor (en general los pacientes prefieren realizar estudios y recibir medicación), Warner et al. (145) muestran que esta diferencia disminuye cuando los pacientes son informados acerca de los riesgos y motivos para no realizar los estudios. Nuestro trabajo deja en evidencia la necesidad de que los médicos reflexionen respecto a la posibilidad de construir una relación de confianza basada en el intercambio de información y no de estudios, que permita acercar la visión de médicos y pacientes en cuanto a la necesidad y utilidad de ciertos estudios como un primer paso para lograr la desimplementación.

Por otro lado, nuestro trabajo muestra que el modelo de relación médico-paciente influye en la dinámica de la toma de decisiones. En consonancia con otras investigaciones realizadas en el mismo hospital (146), esta población en general no cuestiona el saber del médico y los profesionales no sienten la necesidad de explicar el porqué de sus decisiones, exponiendo la impronta de un modelo paternalista en el cual el médico prescribe y el paciente acepta. Si bien la desimplementación aparece como algo disruptivo que pone en cuestionamiento la base de esta relación, el trabajo muestra que las respuestas que encuentran tanto médicos como pacientes ante esta situación están enmarcadas en este modelo. Es decir, los médicos informan que los estudios no son necesarios, pero no explican los motivos, y los pacientes aceptan o no esta indicación sin pedir más información ni cuestionar el saber médico. Incluso los que quieren continuar con las prácticas deciden consultar a otro médico o exigir el estudio como parte de una contraprestación por el derecho que les otorga el pagar una cuota. Quizás una alternativa a este modelo de relación podría ser el que informa al paciente y lo empodera, acompañándolo en la toma de decisiones. Sin embargo, para que esto sea posible, los médicos deben estar dispuestos a ceder parte de su autoridad entendiendo que los pacientes podrían tomar un rol más activo que les permita ejercer su autonomía, ya que es importante integrar la información que tiene el paciente como experto de sí mismo.

El rol central de la información en el proceso de la desprescripción

Para abordar la complejidad que implica la desimplementación de las prácticas preventivas para el rastreo del cáncer de colon, mama y cuello de útero a ciertas edades, es necesario considerar el rol central de la información y un cambio de paradigma en la misma.

El trabajo muestra que existe una construcción social e histórica del concepto de prevención como algo inocuo y beneficioso. La detección temprana del cáncer ha sido un objetivo en la comunidad médica por más de un siglo, y durante años se realizaron campañas para promover las bondades y la adherencia a las prácticas preventivas. El surgimiento de nueva y mejor calidad de evidencia científica que demuestra que la prevención puede producir daños se asemeja a un cambio de paradigma que resulta contraintuitivo tanto para médicos como para pacientes. En este contexto, creemos que la difusión de esta nueva información es clave para el proceso de desimplementación, surgiendo la necesidad de desarrollar estrategias que

incluyan no solo a médicos sino también, como abordaremos más adelante, a las instituciones y medios de comunicación.

Uno de los aportes centrales de este estudio es entonces la visibilización del rol central que tiene la información en el proceso de desprescripción de las prácticas preventivas, no solo por la necesidad de que los pacientes cuenten con la información sino también por las barreras a las que se enfrentan los médicos para brindarla y el rol que los medios juegan en su difusión. A continuación, abordaremos estos temas.

Los pacientes y la relación con la información

Al igual que en otros estudios, los pacientes resaltaron la importancia de recibir información del médico (35,44) a la hora de tomar sus decisiones. Sin embargo, la mayoría indicó no haber sido alertada acerca de la indicación de dejar de realizar estudios y los riesgos de las prácticas preventivas. En esta investigación describimos la conformación de un círculo de perpetuación que muestra que cuando los pacientes no están informados de los riesgos asociados a las prácticas, piden la realización de estudios a los médicos. Por su parte, los médicos responden solicitando estudios, aunque no siempre estén de acuerdo, en pos de cuidar el vínculo. Esto refuerza en los pacientes la idea de que los estudios no son dañinos. Como vimos previamente, Warner, et al. (145) demuestran que cuando los pacientes son informados acerca de la posibilidad de daños están menos dispuestos a exponerse a estudios. Esto refuerza la idea de que, para desarmar este círculo de perpetuación, los pacientes deben ser informados acerca de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, así como de los beneficios y los daños asociados a la realización de las prácticas.

Además de la información, la forma de comunicar es un tema relevante en esta discusión. En nuestro estudio encontramos que los pacientes relacionan el dejar de realizar el *screening* con la edad avanzada y la cercanía al final de la vida, lo que les genera sentimientos de miedo y angustia; sin embargo, los médicos no consideran esta perspectiva al momento de informar a sus pacientes. En cuanto a cómo informar acerca de daños y beneficios, Torke y Voelker (43,44) muestran que los pacientes prefieren recibir esta información de sus médicos en el marco de una relación de confianza en la cual se consideren sus propias preocupaciones, como el avance de la edad y el deterioro de su estado de salud (34). En general existe coincidencia respecto a que los pacientes prefieren que no se incluya información acerca de la esperanza de

vida, ya que consideran que los médicos no la pueden estimar con exactitud y les genera incomodidad (35). Por este motivo, es necesario que los médicos reflexionen acerca de su forma de comunicar en pos de diseñar diversas estrategias, creando un espacio en el cual se puedan indagar los miedos, ideas, vivencias y sentimientos del paciente respecto a la desimplementación, en sintonía con el enfoque de la medicina centrada en el paciente, desarrollada en el marco teórico (70). En referencia a esto, Schoenborn et al. (34) encontraron que los mensajes sobre el pronóstico que son menos directos pueden funcionar mejor ("esta prueba no le ayudaría a vivir más tiempo").

Asimismo, y en relación con la comunicación, nuestra postura respecto a la realización de estudios preventivos en poblaciones sanas es discontinuar con el rastreo hasta que se cuente con información concluyente que demuestre beneficios claros de las intervenciones. Esto se contrapone con otros estudios que recomiendan (28,44,147) la toma de decisiones compartidas como una estrategia para informar sobre riesgos e incluir a los pacientes en la decisión de continuar o no con el *screening*. Consideramos que esta última alternativa, respecto a las prácticas incluidas en este trabajo, se debería reservar sólo para el caso de la colonoscopia entre los 75 y 85 años; esto responde a que la magnitud del beneficio está demostrada, aunque es pequeña, y deberían individualizarse las decisiones sosteniendo, como se especificó en el marco teórico, que en el contrato preventivo debe primar el no dañar.

Los médicos y su relación con la información

En nuestro trabajo, los médicos sostienen que la inocuidad de la prevención es algo en lo que solían creer y que continúa teniendo presencia, pero que no resulta válido actualmente a la luz de los nuevos conocimientos. Esto produce una brecha entre la evidencia que conocen y lo que llevan a cabo en su práctica clínica. En la construcción de esta brecha aparecen, en consonancia con otras investigaciones (148), ciertas barreras para la desimplementación como los sesgos personales, el miedo a cometer un error médico y el propio miedo de los médicos a enfermar, así como la falta de tiempo en la consulta médica, entre otros. En cuanto a la información (42), encontramos que los médicos vivencian el informar a los pacientes como una sobrecarga que se suma a su tarea habitual y para la cual no cuentan con tiempo protegido en el medio de consultas en las que deben resolver problemas urgentes de salud. Una de las principales dificultades que enfrentan es la información errónea que traen los pacientes a las consultas y

las indicaciones contrapuestas de otros profesionales de la salud. En cuanto a la información errónea, los profesionales refieren que les insume tiempo y energía discutir diferentes fuentes de información y que la falta de acuerdo entre los profesionales es un factor que confunde a los pacientes y quita autoridad a los médicos cuando existen contradicciones en referencia a las prescripciones. Por esto, algunos médicos deciden solicitar estudios que saben no están indicados debido a la falta de tiempo y por considerar que si ellos no los solicitan lo hará otro profesional. En esta instancia surge la pregunta, ¿cuál sería el rol de las instituciones y los medios de comunicación en la implementación de diferentes estrategias que permitan brindar una mejor información a los pacientes?

Otro aporte que realiza este trabajo es que tanto médicos como pacientes concuerdan en que la mamografía es la práctica que resulta más difícil desimplementar, mientras que la desimplementación del Papanicolau y la colonoscopia son mejor aceptadas. Es posible que esto se explique, en parte, por las molestias y la percepción del riesgo que representa cada tipo de estudio. Sin embargo, consideramos que este hallazgo está también fuertemente influenciado por el grado de acuerdo de la comunidad científica acerca de cada indicación y el rol de los medios de comunicación en la promoción de cada tipo de práctica.

Respecto al grado de acuerdo de la comunidad científica acerca de cada indicación, Haas et al. (149) muestran que las discrepancias entre las directivas de diferentes asociaciones científicas pueden influir en su correcta implementación. Esto resulta particularmente importante en el rastreo de cáncer de mama, para el cual hubo cambios más recientes en las recomendaciones y todavía existe desacuerdo entre las diferentes asociaciones (150–155), a diferencia de la menor controversia que genera la desimplementación del *screening* de cáncer de colon y de cuello de útero a determinadas edades. En nuestro estudio, los médicos mencionan la falta de acuerdo institucional y entre profesionales como explicación de los diferentes criterios en la prescripción de prácticas preventivas. Sin embargo, es posible que, al menos en parte, este desacuerdo tenga su origen en los múltiples y continuos cambios que se producen en la evidencia, sobre todo en lo que respecta al rastreo de cáncer de mama. En este punto consideramos necesario diseñar estrategias que permitan el intercambio entre profesionales y a nivel institucional acerca de las directivas a implementar. Esto no sólo facilitaría el trabajo individual de los médicos en sus consultorios, sino que además evitaría que sea el paciente quien debe decidir ante indicaciones contradictorias de dos o más profesionales.

El rol de los medios

En cuanto a la información, los medios de comunicación cumplen un rol fundamental en la promoción de valores y conductas que pueden impactar en la salud pública, como la implementación de estrategias de rastreo o prevención (146). Si bien existe acuerdo entre los entrevistados en que la información de los medios e internet en general no es confiable, estas son fuentes tan poderosas que para ambas partes crean demanda y marcan la agenda de muchas consultas. Esto se ve reflejado e influye en la mayor dificultad para la desimplementación del rastreo de cáncer de mama, siendo la mamografía la que cuenta con mayor número de campañas publicitarias para promover su realización. Respecto a estas campañas, existen estudios realizados en la Argentina que muestran que la información que brindan los medios de comunicación acerca del rastreo no es certera. El 95% de los artículos (156) evaluados de los medios gráficos difunden recomendaciones de rastreo de cáncer de mama que no concuerdan con las directivas establecidas por el Instituto Nacional del Cáncer (INC); en particular, las piezas de difusión no mencionan potenciales daños del tamizaje y lo promueven apelando a mensajes directivos y paternalistas, al miedo y a la culpa (157). Como dijimos previamente, la información errónea con la que llegan los pacientes a las consultas representa una barrera a la desimplementación y una sobrecarga a la labor individual del médico, además de producir angustia en el paciente ante las propuestas de dejar de hacer. Por esto, se debería trabajar sobre el tipo y calidad de la información que se brinda en los medios con estrategias que permitan utilizar el potencial que tienen los mismos a la hora de comunicar. Esto es un desafío mayor si se considera que los medios están influenciados por fuentes de poder económico y que todavía falta acuerdo entre los profesionales y entre las instituciones de salud acerca de las recomendaciones que se deberían dar a la población.

El papel del mercado en la toma de decisiones

En ambos relatos la medicina aparece entendida como objeto de consumo inmerso en las leyes del mercado de diferentes maneras: los pacientes creen que la decisión de realizar o no prácticas puede estar determinada por un beneficio económico y que el pago de la cobertura de salud representa el derecho a exigir la realización de estudios como contraprestación, mientras que la idea de médico como prestador de un servicio y del paciente como cliente está más fuertemente arraigada en el pensamiento de los profesionales. Existe una revisión sistemática

(158) que indica que los diferentes métodos de pago pueden afectar el comportamiento de los profesionales sanitarios de manera positiva y negativa, ya que, si bien se puede alentar a los médicos a prestar más servicios específicos, también se les puede alentar a prestar servicios innecesarios. La revisión concluye que todavía hay lagunas considerables en la comprensión de cómo el pago a los profesionales afecta los servicios sanitarios, la moral y la carga de trabajo de los profesionales y la salud de los pacientes. Creemos que no se pueden dejar de mencionar los conflictos de interés influenciados por fuentes de poder económico que existen en algunas asociaciones científicas e instituciones y que influyen en las directrices de las guías de práctica, así como también en los medios de comunicación. Además, es preciso señalar que, en sistemas de salud donde los recursos son escasos, existen sectores de la población susceptibles de beneficiarse con estas prácticas pero que no acceden al rastreo (159), por lo que continuamente se desvían recursos de personas enfermas a sanas; de este modo, el sobreuso va unido, inevitablemente, al tratamiento insuficiente de los que ya tienen una enfermedad.

El sentimiento de miedo a enfermar y morir como promotor del continuar haciendo

En los relatos de médicos y pacientes de nuestra investigación, el miedo se manifiesta como un motor para la realización de estudios, al igual que en el ensayo de Iona Heath “El papel del miedo en el sobrediagnóstico y sobretratamiento” (160), que describe los miedos existenciales que nos afligen a todos, los miedos de los pacientes y los miedos de los médicos. En nuestro trabajo, los miedos existenciales, que son aquellos que tienen todas las personas en mayor o menor medida a morir, aparecen promoviendo el seguir haciendo tanto en médicos como en pacientes. En sintonía, Heath explicita que, por ser seres humanos, los médicos se enfrentan a los mismos retos existenciales que sus congéneres. En cuanto al miedo de los pacientes, al igual que la autora, encontramos que los miedos existenciales se agravan por los miedos específicos relacionados con sus síntomas particulares, a veces exacerbados por su historia familiar. Por último, ante la desimplementación, al miedo existencial de los médicos se le suman los miedos propios, experiencias previas, sesgos personales, el temor de que se les “escape” un diagnóstico serio y el miedo al juicio de la sociedad. Por lo tanto, las preferencias, las vivencias, la comprensión de la enfermedad y los miedos del médico y de cada paciente en particular deben ser tomados en cuenta al momento de desimplementar ciertas prácticas. De esta manera, queda en evidencia que no alcanza con que los médicos estén actualizados y conozcan las recomendaciones de las guías de práctica clínica, sino que se les deben proporcionar las

herramientas que les permitan reflexionar acerca de sus propias creencias, sentimientos y barreras a la hora de llevar el conocimiento a la práctica clínica.

Este trabajo nos permite identificar a la información, a los medios de comunicación, al vínculo médico-paciente, a los miedos y a los médicos y pacientes –en tanto sujetos socialmente contruidos– como subsistemas que componen el todo y comprender cómo interactúan entre sí. Asimismo, se muestra la conformación de un círculo de perpetuación entre médicos y pacientes que dificulta la desimplementación y en el cual la información tiene un rol central, no sólo por su contenido sino porque establece relaciones de poder entre los que la producen, la difunden y la reciben. Esto ocurre en medio de un cambio de paradigma en cuanto a lo que se cree y sabe de la prevención, atravesado por las leyes del mercado que intervienen en la interpretación del saber científico.

Habiendo recapitulado y discutido los resultados de esta tesis doctoral, interesa puntualizar su alcance, por lo que proponemos algunas consideraciones metodológicas. Los aportes de esta tesis no pueden generalizarse a todo el universo (122). Una limitación de nuestras interpretaciones deviene de las características del contexto, puesto que la investigación se llevó a cabo en una institución privada en la cual los pacientes, que en general pertenecen a un estrato socio-económico medio, pagan una cuota y los médicos aparecen como prestadores de un servicio. Sin embargo, creemos que ciertos hallazgos de los resultados podrían ayudar a comprender y orientar problemáticas similares (161,162) de acuerdo al criterio de transferibilidad. Por ello, la descripción detallada y densa (en Capítulos 4 y 5) interesa a los fines de poder establecer el alcance para casos similares. Todo esto resulta en una limitación de nuestras interpretaciones, ya que el contexto institucional y las características de médicos y pacientes, por ejemplo, pueden haber incidido en la prevalencia de algunas categorías y no de otras.

A partir de los aportes de esta investigación se podría indagar con mayor extensión sobre cómo los modelos de la relación médico-paciente influyen en la toma de decisiones y los factores que contribuyen a la conformación de cada tipo de relación. Por otro lado, los resultados ponen de relieve la necesidad de profundizar el conocimiento acerca de qué ocurre con la desimplementación de las prácticas clínicas ya establecidas cuando éstas no están relacionadas con la prevención y reflexionar acerca del rol de las instituciones como proveedores de

información. Para investigaciones futuras, consideramos que sería de gran aporte ampliar esta mirada con las percepciones, creencias y actitudes de médicos y pacientes acerca al sobreuso de estas mismas prácticas en la población para las cuales están indicadas y en poblaciones que acudan al sistema de salud pública, ya que éstas podrían brindar un panorama más amplio respecto de las prácticas preventivas y la desimplementación. Asimismo, esta investigación podría enriquecerse con el estudio sistemático de otros factores que, como vimos, están implicados en la toma de decisiones y en especial en la desimplementación de estas prácticas preventivas. Ejemplos de esto son las preferencias de los pacientes en cuanto a cómo recibir la información y el rol de la prevención en las consultas de atención primaria, ya que ésta parece quedar relegada en medio de la falta de tiempo y la necesidad de resolver problemas de salud más urgentes.

Conclusiones

Este trabajo permite identificar a los médicos y pacientes, en tanto sujetos socialmente construidos, a la información, a los medios de comunicación, al vínculo médico-paciente y a los miedos como componentes de un sistema que interviene en la problemática de la desimplementación de las prácticas preventivas para el rastreo de cáncer de cuello de útero, colon y mama. Asimismo, muestra la conformación de un círculo de perpetuación entre médicos y pacientes que dificulta la desimplementación y en el cual la información tiene un rol central, no solo por su contenido sino porque establece relaciones de poder entre los que la producen, la difunden y la reciben. Esto ocurre en medio de un cambio de paradigma en cuanto a lo que se cree y sabe de la prevención, atravesado por las leyes del mercado que intervienen en la interpretación del saber científico.

En suma, aportamos resultados que podrían servir para el diseño de estrategias que faciliten la desimplementación de estas prácticas preventivas en las cuales la información y el vínculo, que debe seguir siendo de confianza y no basarse en imposiciones de médicos o pacientes, tienen un rol fundamental. Estos hallazgos nos interpelan a diseñar estrategias que permitan visibilizar aquellos factores que refuerzan el seguir haciendo a fin de poder deconstruir las acciones apprehendidas, así como diseñar iniciativas que promuevan la desimplementación.

Estas estrategias deberían ser de carácter sistémico, incluyendo no sólo el ámbito privado del médico y la consulta sino también el nivel institucional y los medios de comunicación. A nivel

institucional este trabajo muestra la necesidad de los profesionales de contar con espacios que permitan arribar a acuerdos en cuanto a las directivas a adoptar entre los diferentes sectores y actores del sistema fortaleciendo el rol de la institución como proveedora de información, mejorando la información que reciben de los pacientes y disminuyendo en parte la sobrecarga laboral de los profesionales en sus consultorios.

En cuanto a los medios de comunicación, es necesario que la comunidad científica tenga mayor participación en los mismos para mejorar la calidad de la información. Por último, las estrategias destinadas a los médicos deberían facilitar la reflexión, otra piedra fundamental de la relación médico-paciente no autoritaria, acerca de sus propias creencias y barreras, así como de la necesidad de crear un espacio en el cual se puedan indagar los miedos, ideas, vivencias y sentimientos del paciente a la hora de llevar el conocimiento a la práctica clínica.

Anexo 1. Guía de entrevista a pacientes

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA:

Número de entrevista

Lugar

Fecha

Duración

SECCIÓN 1: Datos personales

Nombre

Edad

Género

SECCIÓN 2: Presentación de la investigadora

Breve presentación y recordatorio del propósito de la investigación: comprender las percepciones, creencias y actitudes de médicos y pacientes acerca de la desprescripción del rastreo de cáncer de mama, cuello del útero y colon.

SECCIÓN 3: Preguntas de apertura

¿Tiene un médico de cabecera?

¿Con qué frecuencia consulta al plan de salud?

¿Cuándo lo hace es por alguna razón en particular o por “control”?

¿Cada cuánto realiza controles?

SECCIÓN 4: Preguntas sobre prevención

¿Usted piensa que la prevención siempre es buena?

Demandas y expectativas

¿Sabe de algún caso en que no lo sea?

¿Cree que las prácticas preventivas podrían acarrear algún riesgo?

¿Usted piensa que es mejor hacer de más que de menos?

SECCIÓN 5: Preguntas sobre prácticas preventivas y hábitos

¿Usted realiza prácticas de tamizaje como VCC, PAP o mamografía?

Expectativas y creencias

¿Cuáles de éstas realiza?

¿Cuándo se realizó una de estas pruebas por última vez?

¿Quién se las recomendó?

¿Alguna vez le detectaron algo con alguna de estas pruebas?

¿Cree que son útiles?

¿Para qué son útiles?

¿Cree que pueden acarrear algún daño?

Si supiera que pueden tener algún tipo de consecuencias negativas, ¿las continuaría haciendo?

¿Qué piensa que pasaría si no se las hiciera?

A medida que pasan los años, ¿le parece que este tipo de estudios son más o menos necesarios?

¿Usted le pide al médico que le haga este tipo de pruebas?

SECCIÓN 6: Información

¿Cómo se enteró que debía hacerse estas pruebas?

¿Sus amigos/as se las hacen?

¿Se siente cuidada cada vez que le piden que se haga estos estudios?

¿Le gusta hacerse estudios?

¿Qué haría que usted cambie su opinión sobre este tipo de prácticas?

¿Qué pensaría si su médico le informara que estas pruebas ya no son necesarias a su edad?

¿Qué pensaría si el hospital le diera información acerca de que estas pruebas ya no son necesarias a su edad?

SECCIÓN 7: Institucional

¿Usted piensa que la institución informa adecuadamente sobre la necesidad o no de realizar prácticas preventivas?

¿Le gustaría que la institución tome alguna medida respecto a este tema?

SECCIÓN 8: Agradecimiento y final de la entrevista

Agradecimiento por el tiempo concedido. Se recuerda la importancia que conlleva la entrevista para la investigación. Se ofrece enviar la desgrabación por correo electrónico para su revisión. Espacio para comentarios adicionales y preguntas del paciente a la entrevistadora. Si el paciente lo requiere, se le brinda información acerca de las recomendaciones en cuanto a la desimplementación del rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon a edades avanzadas.

Anexo 2. Guía de entrevista a médicos

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA

Número de entrevista

Lugar

Fecha

Duración

Correo electrónico de contacto

SECCIÓN 1: Datos personales

Nombre

Edad

Género

Nivel de formación

Especialidad

Cargo

SECCIÓN 2: Presentación de la investigadora

Breve presentación y recordatorio del propósito de la investigación: comprender las percepciones, creencias y actitudes de médicos y pacientes acerca de la desprescripción del rastreo de cáncer de mama, cuello del útero y colon.

SECCIÓN 3: Preguntas de apertura

¿Qué piensa sobre las prácticas preventivas?

¿Las recomienda?

¿A quiénes?

¿Quiere contarme algo sobre esto en particular?

SECCIÓN 4: Respecto a la prevención

¿Usted piensa que la prevención siempre es buena?

¿Conoce algún caso en que no lo sea?

¿Cree que las prácticas preventivas podrían acarrear algún riesgo?

¿Qué piensa de la frase “prevenir es siempre mejor que curar”?

SECCIÓN 5: Respecto a las prácticas preventivas

¿Usted recomienda realizarse Pap como medida de rastreo?

¿A quiénes?

En pacientes mayores de 65 años, ¿recomienda discontinuar esta práctica? ¿Por qué?

¿Usted recomienda realizarse mamografía como medida de rastreo de cáncer?

¿A quiénes?

En pacientes mayores de 75 años, ¿recomienda discontinuar esta práctica? ¿Por qué?

¿Usted recomienda realizarse VCC como medida de rastreo? ¿A quiénes?

En pacientes mayores de 75 años, ¿recomienda discontinuar esta práctica? ¿Por qué?

¿Está de acuerdo con la recomendación de las guías de práctica que recomiendan discontinuar el rastreo en personas luego de cierta edad?

¿En su práctica habitual, hace esta recomendación?

¿Alguna vez tuvo algún problema por pedir o dejar de pedir alguna de estas prácticas?

Generalmente, ¿utiliza tiempo de las consultas para discontinuar prácticas que el paciente viene realizando?

Generalmente, ¿utiliza tiempo de las consultas para informar acerca de los riesgos de realizar estas prácticas?

¿Cree que es más fácil indicar o discontinuar una práctica?

¿Usted cree que los pacientes quieren realizarse estudios?

¿Usted cree que es bueno informar a los pacientes sobre los pros y contras de ciertas prácticas?

¿Usted piensa que es probable tener un problema por pedir un estudio de más?

¿Qué cosas podrían influir en que usted continúe con el rastreo en ciertas personas más allá de las indicaciones de las guías de práctica?

SECCIÓN 6: Preguntas sobre la institución

¿En su servicio hay acuerdo sobre la utilización de prácticas preventivas?

¿Se realizan actividades académicas sobre estos temas?

¿Usted piensa que la institución tiene una política tomada respecto a este tema?

¿Cree que sería útil que la institución haga sus propias recomendaciones al respecto

Respecto a la información a los pacientes, ¿los encargados de darla son los médicos o la institución?

¿Qué factores institucionales cree que dificultan su adhesión a las recomendaciones de las guías de práctica?

¿Cómo cree que esto se podría mejorar?

SECCIÓN 7: Agradecimiento y final de la entrevista



Agradecimiento por el tiempo concedido. Se recuerda la importancia que conlleva la entrevista para la investigación. Espacio para comentarios adicionales y preguntas de los médicos a la entrevistadora.

Anexo 3. Guía grupo focal pacientes

INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA

Número de entrevista

Lugar

Fecha

Duración

Número de participantes

SECCIÓN 1: Datos personales de los participantes

Nombre

Edad

Género

SECCIÓN 2: Presentación de la investigadora

Breve presentación y recordatorio del propósito de investigación: comprender las percepciones, creencias y actitudes de médicos y pacientes acerca de la desprescripción del rastreo de cáncer de mama, cuello del útero y colon.

SECCIÓN 3: Preguntas guía

1. ¿Qué piensan que es la prevención?
2. ¿Qué prácticas preventivas ustedes realizan?
3. ¿Qué información puede a usted ayudarlo a decidir si quiere o no realizar una práctica preventiva?
4. A medida que avanza la edad, ¿les parece que este tipo de estudios son más o menos necesarios?
5. ¿Qué tipo de información le gustaría recibir información acerca las prácticas de preventivas?
6. ¿Cómo definen medicina de alta calidad?
7. ¿Qué consideran que es el cuidado?
8. ¿Ustedes piensan que la prevención siempre es buena?
9. ¿Saben de algún caso en que no lo sea?
10. ¿Cree que las prácticas preventivas podrían acarrear algún riesgo?
11. ¿Ustedes piensan que es mejor hacer de más que de menos?
12. ¿Ustedes realizan prácticas de tamizaje como VCC, PAP o mamografía?
13. ¿Cuáles de éstas realiza?

14. ¿Quién se las recomienda?
15. ¿Creen que son útiles?
16. Si supieran que pueden tener algún tipo de consecuencias negativas, ¿las continuarían haciendo?
17. ¿Qué piensan que pasaría si no se las hicieran?
18. ¿Cómo se enteraron de que debían hacerse estas pruebas?
19. ¿Sus amigos/as se las hacen?
20. ¿Se sienten cuidados cada vez que les piden que se hagan estos estudios?.
21. ¿Qué pensarían si su médico les informara que estas pruebas ya no son necesarias a su edad?
22. ¿Qué pensarían si el hospital les diera información acerca de que estas pruebas ya no son necesarias a su edad?
23. ¿Ustedes piensan que la institución informa adecuadamente sobre la necesidad o no de realizar prácticas preventivas?
24. ¿Les gustaría que la institución tome alguna medida respecto a este tema?

SECCIÓN 4: Agradecimiento y final de la entrevista

Agradecimiento por el tiempo concedido. Se recuerda la importancia que conlleva la entrevista para la investigación. Se ofrece enviar la desgrabación por correo electrónico para su revisión. Espacio para comentarios adicionales y preguntas del paciente a la entrevistadora. Si el paciente lo requiere, se le brinda información acerca de las recomendaciones en cuanto a la desimplementación del rastreo de cáncer de mama, cuello de útero y colon a edades avanzadas.

Anexo 4. Modelo de consentimiento informado oral

La/lo invitamos a participar en un trabajo de investigación en el que se propone entender las motivaciones y preferencias de los usuarios del sistema de salud y de los médicos a la hora de continuar con el rastreo de cáncer luego de las edades recomendadas.

Este estudio busca conocer la opinión de los usuarios del sistema de salud y de los médicos acerca de discontinuar el rastreo de cáncer de cuello de útero a los 65 años, y de colon y mama a los 75 años, como se recomienda en las guías de práctica clínica. El estudio consiste en realizar encuentros para conversar a modo de entrevista con diferentes médicos y usuarios del sistema de salud, como usted. Dichas entrevistas serán grabadas y analizadas en conjunto. Sus datos personales no serán registrados, es decir ni su nombre, ni datos de identificación personal.

También Ud. puede negarse a participar en cualquier momento, lo cual significa que, si una vez iniciada la entrevista desea suspenderla, lo puede hacer, lo cual no representará ningún tipo de consecuencia ni perjuicio para Ud.

En este trabajo no hay beneficios económicos directos para usted, ni para el investigador. Los beneficios son indirectos y para la comunidad en general, ya que esperamos a partir de los resultados lograr un acercamiento a esta problemática y entender cómo es la experiencia del usuario del sistema de salud.

La investigadora principal es la Dra. M. Dolores Arceo, quien pertenece al Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires; también forma parte del equipo de trabajo la Dra. Karin Kopitowski.

La Dirección del Hospital Italiano autoriza la realización de este estudio. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires,

Si acepta participar, recuerde que:

- Puede negarse a contestar cualquier pregunta y retirarse en cualquier momento;
- Las charlas serán grabadas en audio para su posterior análisis;
- La información que brinde será confidencial, por lo que su nombre y el de su familia NO aparecerán en ningún informe;

- La información que usted brinde no afectará en nada la atención médica que está recibiendo. La participación es voluntaria, no recibirá ningún pago ni compensación por participar;
- Y, si decide abandonar su participación en este trabajo, ni su atención ni su bienestar en salud se van a ver perjudicados.

Desde ya, estamos agradecidas por su tiempo.

Referencias bibliográficas

1. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA. Generalidades de la prevención. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA, editor. Material Educativo PROFAM. 2017.
2. Kopitowski K, Carrete P. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Médica Panamericana; 2016. 2308 p.
3. Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A, High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015 May 19;162(10):718–25.
4. Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, Gardner LA, Schneider EC, American College of Physicians Performance Measurement Committee. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Ann Intern Med.* 2013 Jan 1;158(1):55–9.
5. Qaseem A, Alguire P, Dallas P, Feinberg LE, Fitzgerald FT, Horwitch C, et al. Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med.* 2012 Jan 17;156(2):147–9.
6. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet.* 2017 Jul 8;390(10090):156–68.
7. Arrossi S, Thouyaret L, Paul L. Prevención del cáncer cervicouterino: recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el 2015; Disponible en <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4318>
8. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012 Jun 19;156(12):880–91, W312.
9. Sawaya GF, Kulasingam S, Denberg TD, Qaseem A, Clinical Guidelines Committee of American College of Physicians. Cervical Cancer Screening in Average-Risk Women: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015 Jun 16;162(12):851–9.
10. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Breast Cancer Screening (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2021.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2009 Nov 17;151(10):716–26, W – 236.
12. Walter LC, Schonberg MA. Screening Mammography in Older Women: A Review. *JAMA.* 2014 Apr 2;311(13):1336–47.
13. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, et al. U.S. Preventive

- Services Task Force. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021 May 18;325(19):1965–77.
14. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2008 Nov 4;149(9):627–37.
 15. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Andrews KS, Brooks D, Bond J, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology*. 2008;134(5):1570–95.
 16. Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH Jr, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al. Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2012 Mar 6;156(5):378–86.
 17. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000900cnt-2016-10-28-guia_ccr_consejeria.pdf
 18. Morgan DJ, Brownlee S, Leppin AL, Kressin N, Dhruva SS, Levin L, et al. Setting a research agenda for medical overuse. *BMJ*. 2015 Aug 25;351:h4534.
 19. Siegel RL, Fedewa SA, Miller KD, Goding-Sauer A, Pinheiro PS, Martinez-Tyson D, et al. Cancer statistics for Hispanics/Latinos, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015 Nov;65(6):457–80.
 20. Moss JL, Roy S, Shen C, Cooper JD, Lennon RP, Lengerich EJ, et al. Geographic Variation in Overscreening for Colorectal, Cervical, and Breast Cancer Among Older Adults. *JAMA Netw Open*. 2020 Jul 1;3(7):e2011645.
 21. Bellizzi KM. Prevalence of Cancer Screening in Older, Racially Diverse Adults [Internet]. Vol. 171, *Archives of Internal Medicine*. 2011. p. 2031. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.570>
 22. Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG. Not so silver lining. *Arch Intern Med*. 2011 Mar 28;171(6):489–90.
 23. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2015 Feb;175(2):274–86.
 24. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. *Lancet*. 2017 Jul 8;390(10090):178–90.
 25. Lewis CL, Couper MP, Levin CA, Pignone MP, Zikmund-Fisher BJ. Plans to stop cancer screening tests among adults who recently considered screening. *J Gen Intern Med*. 2010 Aug;25(8):859–64.
 26. Bourdieu P, Passeron J-C. La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza. *Popular*; 2001. 251 p.

27. Paradeise C, Bourdieu P. Le sens pratique [Internet]. Vol. 22, *Revue Française de Sociologie*. 1981. p. 636. Disponible en <http://dx.doi.org/10.2307/3320818>.
28. Lewis CL, Kistler CE, Amick HR, Watson LC, Bynum DL, Walter LC, et al. Older adults' attitudes about continuing cancer screening later in life: a pilot study interviewing residents of two continuing care communities. *BMC Geriatr*. 2006 Aug 3;6:10.
29. Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA*. 2004 Jan 7;291(1):71–8.
30. Kotwal AA, Walter LC, Lee SJ, Dale W. Are We Choosing Wisely? Older Adults' Cancer Screening Intentions and Recalled Discussions with Physicians About Stopping [Internet]. Vol. 34, *Journal of General Internal Medicine*. 2019. p. 1538–45. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-05064-w>
31. Buist DSM, Chang E, Handley M, Pardee R, Gundersen G, Cheadle A, et al. Primary Care Clinicians' Perspectives on Reducing Low-Value Care in an Integrated Delivery System. *Perm J*. 2016 Winter;20(1):41–6.
32. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med*. 2012 Mar 6;156(5):340–9.
33. Gross CP, Fried TR, Tinetti ME, Ross JS, Genao I, Hossain S, et al. Decision-making and cancer screening: a qualitative study of older adults with multiple chronic conditions. *J Geriatr Oncol*. 2015 Mar;6(2):93–100.
34. Schoenborn NL, Lee K, Pollack CE, Armacost K, Dy SM, Bridges JFP, et al. Older Adults' Views and Communication Preferences About Cancer Screening Cessation. *JAMA Intern Med*. 2017 Aug 1;177(8):1121–8.
35. Roy S, Moss JL, Rodriguez-Colon SM, Shen C, Cooper JD, Lennon RP, et al. Examining Older Adults' Attitudes and Perceptions of Cancer Screening and Overscreening: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. 2020 Jan;11:2150132720959234.
36. Anderson BL, Pearlman M, Griffin J, Schulkin J. Conflicting and changing breast cancer screening recommendations: survey study of a national sample of ob-gyns after the release of the 2009 USPSTF guidelines. *J Health Qual*. 2013 Jul;35(4):25–35.
37. Wharam JF, Landon B, Zhang F, Xu X, Soumerai S, Ross-Degnan D. Mammography rates 3 years after the 2009 US Preventive Services Task Force Guidelines changes. *J Clin Oncol*. 2015 Mar 20;33(9):1067–74.
38. Howell L, Dodson M, Adelman M, Pena K, Mize B, Soisson A. 2012 cervical cancer screening guidelines: Are we following the new recommendations and have we improved over time? *Gynecol Oncol*. 2014;2(135):387–8.
39. Teoh DGK, Marriott AE, Isaksson Vogel R, Marriott RT, Lais CW, Downs LS Jr, et al. Adherence to the 2012 national cervical cancer screening guidelines: a pilot study. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jan;212(1):62.e1–9.

40. Radhakrishnan A, Nowak SA, Parker AM, Visvanathan K, Pollack CE. Linking physician attitudes to their breast cancer screening practices: A survey of U.S. primary care providers and gynecologists. *Prev Med.* 2018 Feb;107:90–102.
41. Haas JS, Barlow WE, Schapira MM, MacLean CD, Klabunde CN, Sprague BL, et al. Primary Care Providers' Beliefs and Recommendations and Use of Screening Mammography by their Patients. *J Gen Intern Med.* 2017 Apr;32(4):449–57.
42. Boone E, Karp M, Lewis L. Ending Cervical Cancer Screening in Low-Risk Women After Age 65: Understanding Barriers to Adherence With Evidence-Based Guidelines Among Primary Care Providers. *Health Serv Res Manag Epidemiol.* 2018 Jan;5:2333392818755241.
43. Voelker R. Finding the Right Words to Stop Cancer Screening in Older Adults [Internet]. Vol. 322, *JAMA.* 2019. p. 1339. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.14732>.
44. Torke AM. Talking to Patients About Cancer Screening Cessation. *JAMA Intern Med.* 2017 Aug 1;177(8):1128–9.
45. Schoenborn NL, Bowman TL 2nd, Cayea D, Pollack CE, Feeser S, Boyd C. Primary Care Practitioners' Views on Incorporating Long-term Prognosis in the Care of Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2016 May 1;176(5):671–8.
46. Schoenborn NL, Boyd CM, Lee SJ, Cayea D, Pollack CE. Communicating About Stopping Cancer Screening: Comparing Clinicians' and Older Adults' Perspectives. *Gerontologist.* 2019 May 17;59(Suppl 1):S67–76.
47. Schoenborn NL, Massare J, Park R, Pollack CE, Choi Y, Boyd CM. Clinician Perspectives on Overscreening for Cancer in Older Adults With Limited Life Expectancy. *J Am Geriatr Soc.* 2020 Jul;68(7):1462–8.
48. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2016 Jun 21;315(23):2564–75.
49. Davidoff F. On the undiffusion of established practices. *JAMA Intern Med.* 2015 May;175(5):809–11.
50. Bourdieu P, Bourdieu P, Wacquant LJD. *An Invitation to Reflexive Sociology.* University of Chicago Press; 1992. 332 p.
51. Bourdieu P. The logic of practice. 1990; Disponible en https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=YHN8uW49I7AC&oi=fnd&pg=PA1&dq=bourdieu+The+Logic+of+Practice&ots=0gUIMqFm6Z&sig=Im_8fFK3vSCG6OuxmCbJcWcxDtg
52. Lyons AP. *ASA Review of Books.* 1980;6:232–5.
53. Giddens A. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration.* University of California Press; 1984. 402 p.

54. Giddens A. *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies*. Hutchinson; 1976. 192 p.
55. Olivé L, Ransanz ARP. *Filosofía de la ciencia: teoría y observación*. Siglo XXI; 1989. 531 p.
56. Retamozo M. *Epistemología y Metodología en las ciencias sociales*. De la Garza Toledo E, Leyva G, editores. *Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: perspectivas actuales*. Fondo de Cultura Económica; 2012.
57. Olivé L. *Constructivismo, pluralismo y relativismo en la filosofía y sociología de la ciencia*. En Solis C, editor. *Alta tensión: Historia, Filosofía y Sociología de la Ciencia*. Paidós; 1998. p. 195–211.
58. Conrad P, Barker KK. *The social construction of illness: key insights and policy implications*. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl:S67–79.
59. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. (Revised and Enlarged Second Edition). Pitman Medical Publishing Company; 1964. 395 p.
60. Cuba-Fuentes M, Contreras Samamé JA, Ravello Ríos PS, Castillo Narro MA, Coayla Flores SA. *La medicina centrada en el paciente como método clínico*. *Rev Medica Hered*. 2016 Apr 27;27(1):60.
61. McWhinney IR. *Medicina de familia*. Mosby/Doyma Libros; 1995. 391 p.
62. Menéndez E. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. En *Los Noventa*; 1990.
63. Balint M. *Treatment Or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice*. Tavistock Publications; 1970. 182 p.
64. Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129–36.
65. Engel GL. *The clinical application of the biopsychosocial model*. *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535–44.
66. Ramos Pozón S. *Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35(127):511–26.
67. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. *Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. *Ann Intern Med*. 1978 Feb;88(2):251–8.
68. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. *The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*. *Fam Pract*. 1986 Mar;3(1):24–30.
69. Brown J, Stewart M, McCracken E, Mcwhinney IR, Levenstein J. *The Patient-Centred Clinical Method. 2. Definition and Application [Internet]*. Vol. 3, *Family Practice*. 1986. p. 75–9. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/3.2.75>

70. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. CRC Press; 2013. 442 p.
71. Andina L, Cacace PJ, Coppolillo FE, Font G, Giménez Lascano G, Orsei S. Método clínico centrado en el paciente: Estudio de casos. Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney; 2015.
72. García C. Evolución de la medicina centrada en el médico a la medicina centrada en el paciente. En: Servicio de Medicina Familiar y comunitaria del HIBA, editor. Medicina Familiar y Practica ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 39–44.
73. Rubinstein F. Medicina basada en la evidencia. En: Servicio de Medicina Familiar y comunitaria del HIBA, editor. Medicina Familiar y Practica ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 44–8.
74. Barani M, Kopitowski K, editors. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. Vol. 33. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires; 2013.
75. Pace R, De Vas Y. Bioética. En: Servicio de Medicina Familiar y comunitaria del HIBA, editor. Medicina Familiar y Practica ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 216–8.
76. Kopitowski K, Rubisntein E. La complejidad de la prevención. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA, editor. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 171–3.
77. Ciapponi A, Velázquez A. Prevención en la práctica clínica. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA, editor. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 151–4.
78. Velázquez A. Prevención. En: Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana; 2016.
79. Croswell JM, Ransohoff DF, Kramer BS. Principles of cancer screening: lessons from history and study design issues. *Semin Oncol*. 2010 Jun;37(3):202–15.
80. Emerson H. Periodic medical examinations of apparently healthy persons. *JAMA*. 1923 May 12;80(19):1376–81.
81. Jatoi I, Anderson WF, Miller AB, Brawley OW. The history of cancer screening. *Curr Probl Surg*. 2019 Apr;56(4):138–63.
82. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for diseases. Genève, Switzerland: World Health Organization; 1968. 163 p. (Public Health Papers).
83. Dales LG, Friedman GD, Ramcharan S, Siegelaub AB, Campbell BA, Feldman R, et al. Multiphasic checkup evaluation study. 3. Outpatient clinic utilization, hospitalization, and mortality experience after seven years. *Prev Med*. 1973 Jun;2(2):221–35.
84. Friedman GD, Collen MF, Fireman BH. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-

- year follow-up. *J Chronic Dis.* 1986;39(6):453–63.
85. Muhm JR, Miller WE, Fontana RS, Sanderson DR, Uhlenhopp MA. Lung cancer detected during a screening program using four-month chest radiographs. *Radiology.* 1983 Sep;148(3):609–15.
 86. Stitik FP, Tockman MS. Radiographic screening in the early detection of lung cancer. *Radiol Clin North Am.* 1978 Dec;16(3):347–66.
 87. Melamed MR, Flehinger BJ, Zaman MB, Heelan RT, Perchick WA, Martini N. Screening for early lung cancer. Results of the Memorial Sloan-Kettering study in New York. *Chest.* 1984 Jul;86(1):44–53.
 88. Habbema JD, van Oortmarssen GJ, van Putten DJ, Lubbe JT, van der Maas PJ. Age-specific reduction in breast cancer mortality by screening: an analysis of the results of the Health Insurance Plan of Greater New York study. *J Natl Cancer Inst.* 1986 Aug;77(2):317–20.
 89. Andersson I, Aspegren K, Janzon L, Landberg T, Lindholm K, Linell F, et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. *BMJ.* 1988 Oct 15;297(6654):943–8.
 90. Tabar L, Gad A, Holmberg LH, Ljungquist U, Group KCP, Fagerberg CJG, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography: randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet.* 1985;325(8433):829–32.
 91. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med.* 2001 Apr;20(3 Suppl):21–35.
 92. Harris RP, Wilt TJ, Qaseem A, High Value Care Task Force of the American College of Physicians. A value framework for cancer screening: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015 May 19;162(10):712–7.
 93. Diamantis A, Magiorkinis E, Koutselini H. 50 years after the death of George Nicholas Papanicolaou (1883-1962): evaluation of his scientific work. *Acta Med Hist Adriat.* 2014;12(1):181–8.
 94. Discacciati V, Bakalar K, Dreyer C. Tamizaje del cáncer de cuello uterino. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA, editor. *Medicina Familiar y Practica ambulatoria.* Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 589–93.
 95. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol.* 2002 Apr;55(4):244–65.
 96. Sirovich BE, Welch HG. The frequency of Pap smear screening in the United States. *J Gen Intern Med.* 2004 Mar;19(3):243–50.
 97. Egan RL. Experience with mammography in a tumor institution. Evaluation of 1,000 studies. *Radiology.* 1960 Dec;75:894–900.

98. Shapiro S, Strax P, Venet L. Evaluation of periodic breast cancer screening with mammography. Methodology and early observations. *JAMA*. 1966 Feb 28;195(9):731–8.
99. Welch HG, Prorok PC, O'Malley AJ, Kramer BS. Breast-Cancer Tumor Size, Overdiagnosis, and Mammography Screening Effectiveness. *N Engl J Med*. 2016 Oct 13;375(15):1438–47.
100. Miller DP Jr, Reuland DS. Controversies in cancer screening. *N C Med J*. 2014 Jul;75(4):253–6.
101. Nattinger AB, Mitchell JL. Breast Cancer Screening and Prevention. *Ann Intern Med*. 2016 Jun 7;164(11):ITC81–96.
102. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty-five-year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014 Feb 11;348:g366.
103. Kalager M, Adami H-O, Bretthauer M, Tamimi RM. Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from the Norwegian screening program. *Ann Intern Med*. 2012 Apr 3;156(7):491–9.
104. Dreyer C. Tamizaje del cáncer de mama. Mastalgia. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA, editor. *Medicina Familiar y Practica ambulatoria*. Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 637–41.
105. Cohen JD, Li L, Wang Y, Thoburn C, Afsari B, Danilova L, et al. Detection and localization of surgically resectable cancers with a multi-analyte blood test. *Science*. 2018 Feb 23;359(6378):926–30.
106. Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton SR, Kern SE, Preisinger AC, Leppert M, et al. Genetic alterations during colorectal-tumor development. *N Engl J Med*. 1988 Sep 1;319(9):525–32.
107. Gilbertsen VA. Bowel cancer detection: experience with 75,000 proctosigmoidoscopic examinations. *Proc Natl Cancer Conf*. 1970;6:439–42.
108. Kopitowski K. Problemas frecuentes de coloproctología. En: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA, editor. *Material educativo Profam*. 2020.
109. Gervás J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L, editors. *Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina*. Vol. 8. Actualización en Medicina de Familia; 2012.
110. Starfield B. Is US Health Really the Best in the World? [Internet]. Vol. 284, *JAMA*. 2000. p. 483. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.4.483>
111. Kopitowski K, editor. *Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria*. Vol. 33. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*; 2013.
112. Norton WE, Chambers DA. Unpacking the complexities of de-implementing inappropriate health interventions [Internet]. Vol. 15, *Implementation Science*. 2020.

Disponible en <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-019-0960-9>

113. Niven DJ, Mrklas KJ, Holodinsky JK, Straus SE, Hemmelgarn BR, Jeffs LP, et al. Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. *BMC Med.* 2015 Oct 6;13:255.
114. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013 Mar 23;8:35.
115. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 29;(4):CD005470.
116. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? [Internet]. Vol. 282, *JAMA.* 1999. p. 1458. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
117. Sahin I. Detailed Review of Rogers' Diffusion of Innovations Theory and Educational Technology-Related Studies Based on Rogers' Theory. ERIC Clearinghouse; 2006. 10 p.
118. Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, et al. A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev.* 2012 Apr;69(2):123–57.
119. Colla CH, Mainor AJ, Hargreaves C, Sequist T, Morden N. Interventions Aimed at Reducing Use of Low-Value Health Services: A Systematic Review. *Med Care Res Rev.* 2017 Oct;74(5):507–50.
120. Montini T, Graham ID. Entrenched practices and other biases: unpacking the historical, economic, professional, and social resistance to de-implementation. *Implement Sci.* 2015 Feb 13;10:24.
121. Quezada RG. Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Ciencia, docencia y tecnología.* 2014;25(48):149–72.
122. Maxwell JA. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach.* SAGE Publications; 2012. 232 p.
123. Charmaz K. Constructionism and the grounded theory method. *Handbook of constructionist research.* 2008;1(1):397–412.
124. Denzin NK, Lincoln YS. Métodos de recolección y análisis de datos: Manual de investigación cualitativa. Vol. IV. Editorial GEDISA; 2015. 544 p.
125. Kornblit AL, Beltramino FG. Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis. Editorial Biblos; 2004. 206 p.
126. Guber R. La entrevista etnográfica o el arte de la “no directividad.” En: Guber R, editor. *La etnografía, método, campo y reflexividad.* Grupo editorial Norma; 2001.

127. Guber R. ¿A dónde y con quiénes? Preliminares y reformulaciones de la delimitación del campo. En: Guber R, editor. El salvaje metropolitano Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Paidós.; 2004.
128. Morgan DL. Focus Groups. *Annu Rev Sociol.* 1996 Aug 1;22(1):129–52.
129. Krueger RA. El Grupo de Discusión: Guía Práctica para la Investigación Aplicada. Pirámide Ediciones; 1991. 208 p.
130. Calvente MG, Rodríguez IM. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria.* 2000;25:181–6.
131. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ.* 1995 Jul 29;311(7000):299–302.
132. Kitzinger J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociol Health Illn.* 1994 Jan;16(1):103–21.
133. Mariampolski H. Probing correctly uncovers truth behind answers in focus group. *Marketing News.* 1989;22:22–6.
134. Guber R. El registro de campo: primer análisis de datos. En: Guber R, editor. El salvaje metropolitano Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Paidós; 2004.
135. Requena AT, Jaime Castillo AM. Meta-análisis de la investigación cualitativa. El Caso de la evaluación del Plan Nacional de Evaluación y Calidad Universitaria en España. *revintsociol.* 2007 Aug 30;65(47):45–71.
136. Strauss AC. J.,(2002) Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquía, Ed Universidad de Antioquia.
137. Cresswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions.* Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
138. de Gialdino IV. Estrategias de investigación cualitativa. Editorial GEDISA; 2006. 280 p.
139. Denzin & Lincoln. *The SAGE Handbook of Qualitative Research.* SAGE; 2005. 1210 p.
140. Mundet J, Suñé A. Identificando Nuevos Procesos Limitadores del Aprendizaje Organizacional: Resultados de Proyectos de Investigación Acción. En: Asociación para el Desarrollo de la Ingeniería de la Organización, editor. 2002.
141. Maturana HR, Varela FJ. El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano. Lumen; 2003. 172 p.
142. Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Deber RB. How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expect.* 2004 Dec;7(4):317–26.

143. Rolfe A, Burton C. Reassurance After Diagnostic Testing With a Low Pretest Probability of Serious Disease [Internet]. Vol. 173, JAMA Internal Medicine. 2013. p. 407. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2762>
144. Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ*. 1997 Nov 8;315(7117):1211–4.
145. Warner AS, Shah N, Morse A, Lehmann EY, Maurer R, Moyer Z, et al. Patient and Physician Attitudes Toward Low-Value Diagnostic Tests. *JAMA Intern Med*. 2016 Aug 1;176(8):1219–21.
146. Riganti P, Discacciati V, Terrasa S, Kopitowski K, editors. Factores motivacionales que influyen sobre las mujeres en la realización de mamografías de tamizaje de cáncer de mama. Vol. 9. *Revista Argentina de Salud Pública*; 2018.
147. Schoenborn NL, Crossnohere NL, Janssen EM, Pollack CE, Boyd CM, Wolff AC, et al. Examining Generalizability of Older Adults' Preferences for Discussing Cessation of Screening Colonoscopies in Older Adults with Low Health Literacy. *J Gen Intern Med*. 2019 Nov;34(11):2512–9.
148. Hudson Reporter Archive. Unnecessary Tests and Procedures In the Health Care System. What Physicians Say About The Problem, the Causes, and the Solutions [Internet]. 2014. Disponible en <https://archive.hudsonreporter.com/2014/09/29/unnecessary-tests-and-procedures-in-the-health-care-system-what-physicians-say-about-the-problem-the-causes-and-the-solutions/>
149. [Haas JS, on behalf of the PROSPR \(Population-based Research Optimizing Screening through Personalized Regimens\) Consortium, Sprague BL, Klabunde CN, Tosteson ANA, Chen JS, et al. Provider Attitudes and Screening Practices Following Changes in Breast and Cervical Cancer Screening Guidelines \[Internet\]. Vol. 31, Journal of General Internal Medicine. 2016. p. 52–9. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-015-3449-5>](#)
150. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. *Am Fam Physician*. 2002 Jun 15;65(12):2537–44.
151. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2016 Feb 16;164(4):279–96.
152. Centers for Disease Control and Prevention. Breast Cancer Screening Guidelines for Women [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2017 Nov 11]. Disponible en https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/screening.htm
153. Practice bulletin no. 122: Breast cancer screening. *Obstet Gynecol*. 2011 Aug;118(2 Pt 1):372–82.
154. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services [Internet]. 2017. Disponible en

https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf

155. Somerall DW. Screening for breast and cervical cancer: understanding the different recommendations. *Nurs Womens Health*. 2013 Aug;17(4):331–5.
156. Spina S, Lombardi V, Terrasa S, Kopitowski K, Villalón G, editors. Cuán precisos son los principales diarios de Argentina al informar sobre los métodos de prevención del cáncer de mama. Vol. 9. *Revista Argentina de Salud Pública*; 2018.
157. Gürtler S, Rodríguez Tablado M, Weisbrot M, Ruiz Yanzi M, Kopitowski K, y Terrasa S. Análisis cuali-cuantitativo de las campañas argentinas de prevención de cáncer de mama difundidas en redes sociales durante octubre de 2019. 2021.
158. Jia L, Meng Q, Scott A, Yuan B, Zhang L. Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jan 20;1:CD011865.
159. Smith RA, Andrews K, Brooks D, DeSantis CE, Fedewa SA, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer screening in the United States, 2016: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2016 Mar;66(2):96–114.
160. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment--an essay by Iona Heath. *BMJ*. 2014 Oct 24;349:g6123.
161. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. SAGE; 1989. 294 p.
162. Hammersley M. *What's Wrong with Ethnography?: Methodological Explorations*. Routledge; 1992. 230 p.