

Caja Costarricense de Seguro Social

Plan de acción para la implementación del proyecto:
**FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL
DEL CÁNCER EN LA RED ONCOLÓGICA NACIONAL
DE LA CCSS**

En cumplimiento al Transitorio III de la Ley 8718 publicado en el Alcance 9 de
La Gaceta del 18 de febrero del 2009

Mayo, 2009

Tabla de Contenido

Resumen Ejecutivo	4
1 Introducción	6
2 Antecedentes	9
3 Análisis de situación	12
3.1 El cáncer y su atención	12
3.1.1 Aspectos generales	12
3.1.2 Epidemiología del Cáncer en Costa Rica	14
3.1.3 Recomendaciones para el abordaje mediante la atención integral	28
3.1.4 Costo de la Atención del Cáncer	30
3.2 Red Oncológica	33
3.2.1 Concepto	33
3.2.2 Principios del funcionamiento	33
4 Descripción del proyecto	36
4.1 Justificación	36
4.2 Alcance	36
4.3 Objetivo	37
4.3.1 Objetivo general	37
4.3.2 Objetivos específicos	37
4.4 Estrategia	38
4.4.1 Prevención	38
4.4.2 Diagnóstico Temprano	39
4.4.3 Enfoque de Red	39
4.4.4 Enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente	42
4.4.5 Focalización	43
4.5 Subproyectos	44
4.6 Factores clave de éxito del proyecto	47
5 Organización del Proyecto	48
5.1 Estructura funcional	48
5.2 Roles y Responsabilidades	48
5.3 Partes Interesadas	51
6 Plan de Ejecución del Proyecto	52
7 Plan Global de Inversiones del Proyecto	55
8 Seguimiento y Evaluación del Proyecto	57
8.1 Indicadores	57
8.2 Informes de Avance	57
8.3 Minutas o Actas de reunión	58

8.4	Proceso entrega y aceptación de los productos	58
8.5	Administración de la Comunicación	58
9	<i>Administración de Riesgos</i>	59
9.1	Identificación y valoración del riesgo	59
9.2	Seguimiento y control del riesgo	60
10	<i>Documentos de Referencia</i>	61
11	<i>Anexos</i>	62

Información del documento

La Caja Costarricense de Seguro Social, impulsó entre diferentes organizaciones relacionadas con el Sector Salud un proceso de intercambio de ideas y consulta con el fin de determinar las principales líneas de acción que darían un impulso cualitativo hacia el mejoramiento de la atención integral del cáncer.

Para ello en el período que comprende Octubre del 2008 y Marzo del 2009 se programaron múltiples sesiones de trabajo y consulta con representantes de las siguientes instancias: Ministerio de Salud, Defensoría de los Habitantes, Direcciones Médicas de los Hospitales Nacionales, Dirección Médica del Hospital Nacional de Niños, Dirección Médica del Hospital de las Mujeres, Jefes de Servicio de Radioterapia, Cirugía y Oncología de Hospitales Nacionales, Médicos Oncólogos de la Red de Servicios de la CCSS

El presente documento consideró los aportes y sugerencias de los representantes de dichas instancias y propone las acciones sustantivas que dirigirán las acciones institucionales para el cumplimiento de lo establecido en el Transitorio III de la Ley 8718.

CONTROL DE DOCUMENTO

Nombre del Documento	Plan de acción para la implementación del proyecto: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS
Nombre del Archivo	Plan de implementación Proyecto Red Oncológica.doc
Versión y Fecha de Impresión	Versión 1.0 13 Mayo 2009

Acrónimos

Sigla	Descripción
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENDEISS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CTC	Coordinación Técnica del Cáncer
DAI	Dirección Arquitectura e Ingeniería
DAPE	Dirección Administración de Proyectos Especiales
DCI	Dirección de Comunicación Institucional
DDO	Dirección de Desarrollo Organizacional
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral
GIT	Gerencia de Infraestructura y Tecnologías
GM	Gerencia Médica
HCG	Hospital Calderón Guardia
HMX	Hospital México
HNN	Hospital Nacional de Niños
HSJD	Hospital San Juan de Dios
ICCC	Instituto Costarricense contra el Cáncer
LNC	Laboratorio Nacional de Citología
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMBOK	Project Management Body of Knowledge
SEVRI	Sistema de Evaluación y Valoración del Riego Institucional CCSS
UCR	Universidad de Costa Rica
UPRO	Unidad de Proyecto Red Oncológica
USR	Unidad de Salud responsable
CDCG	Centro Detección Cáncer Gástrico

Resumen Ejecutivo

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. De los 58 millones de muertes que se registraron en el 2005, 7,6 millones (13%) se debieron al cáncer. Se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones en 2015 y los 11,4 millones en 2030.

Mediante una decisión institucional contemplada en el Artículo 49º, de la Sesión de Junta Directiva N° 8057, celebrada el 18 de mayo del 2006, la Caja Costarricense de Seguro Social decide integrar y fortalecer las acciones relacionadas con la atención de enfermedades del cáncer. Con ello se pretende atacar al cáncer con un enfoque integral y tiene como objetivo principal el fortalecimiento de la Red Oncológica mediante la dotación de recursos, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las áreas de salud, hospitales periféricos y regionales para la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer; el mejoramiento de los recursos disponibles en los hospitales nacionales y regionales, incluyendo infraestructura y equipamiento para el diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de esta enfermedad.

La estrategia de intervención propuesta incluye la revisión de la Red Oncológica en busca de mayor eficiencia, tiempos más cortos de atención, mayor cobertura y más satisfacción por parte del usuario y el prestatario de los servicios.

En el mes de agosto del 2007 el Ministerio de Salud publicó el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016, documento en el cual se establecen los lineamientos de política que guían a las instituciones públicas y privadas en todos aquellos procesos en la lucha contra el cáncer.

Costa Rica dispone de mecanismos e instancias que permiten conocer la situación específica del cáncer en las Áreas de Salud en que se organiza la red de servicios de la CCSS, estadísticas a nivel nacional y el Registro Nacional de Tumores, orientan sobre el tipo de acciones, las patologías y el destino geográfico hacia donde deben enfocarse los esfuerzos.

A partir de lo mencionado, se formula el presente Plan de Acción para la Implementación del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS, en cumplimiento al Transitorio III de la Ley 8718, publicado en el Alcance 9 de La Gaceta del 18 de febrero del 2009. Este proyecto contempla una visión integral del problema estableciendo objetivos y metas estratégicas integradas en dos áreas de intervención:

- A. Acciones para la Gestión de la Red Oncológica para la atención integral del cáncer.
- B. Acciones para el Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la CCSS.

El proyecto tiene la meta de potenciar, acelerar y mejorar las múltiples acciones que la CCSS brinda en la atención integral del cáncer, las cuales reportan un costo cercano a los 50 mil millones de colones en el año 2008. El proyecto se incorpora entonces como un aporte incremental a la capacidad instalada que dispone la Institución y más importante aún como una forma de incidir en los puntos más sensibles para mejorar la atención integral, que ha venido brindando la institución al paciente oncológico mediante la red de establecimientos con cobertura nacional.

Se definen proyectos de corto y mediano plazo que permiten en forma gradual, mejorar la gestión en red e incrementar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención.

El proyecto aborda la problemática de la atención del cáncer, de una manera integral que incluye la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

La estrategia incorpora un enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente; donde el paciente es el centro de la red oncológica y todos los esfuerzos se dirigen a brindar un servicio oportuno, de calidad y sensible al usuario y su familia. Con la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud en los tres niveles de atención y con acceso a tecnología de punta en los centros de referencia nacional. Focaliza los esfuerzos en mejorar la atención de los tumores malignos más comunes y en las zonas del país con mayor incidencia y mortalidad.

La inversión total se estima en \$149.089.100; de los cuales un 26% se utilizará para el fortalecimiento de la gestión de la red oncológica y un 74% para el fortalecimiento de la atención integral del cáncer. Este monto comprende los recursos provenientes de la Ley 8718 y una contrapartida institucional.

El proyecto se programa desarrollar en un plazo estimado de seis años, a partir de la aprobación del mismo y el cumplimiento de las condiciones previas necesarias para la gestión del proyecto. Según su alcance y complejidad los productos de los sub-proyecto y sus entregables se obtendrán en diferentes momentos del plazo mencionado.

Este proyecto y sus subproyectos buscan potenciar la inversión que anualmente realiza la Institución en la atención del cáncer, superior a los 50.000 millones de colones y que lo seguirá haciendo en forma incremental, con el fin de fortalecer los servicios de atención de las enfermedades oncológicas, en cumplimiento del transitorio III de la Ley 8718, los acuerdos de Junta Directiva de la CCSS y el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016.

1 Introducción

El presente documento contiene el plan de implementación del proyecto para el fortalecimiento de la Red Oncológica de la Caja CCSS a ser financiado con recursos provenientes de la Ley 8718 y una contrapartida institucional.

A efectos de tener una mejor visión sobre la problemática de las enfermedades oncológicas se describe la situación del cáncer en el país. Esto permite identificar la necesidad de abordar el tema con una aproximación que permita orientar los recursos a las áreas de mayor impacto, definidas con base en la incidencia y mortalidad de esta patología.

La población en general es la beneficiaria del proyecto ya que el proyecto se enfoca en la atención integral, incluyendo promoción de la salud, prevención primaria, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidado paliativo; garantizando el acceso a servicios de salud integrales y oportunos.

El proyecto plantea estrategias con el fin de aumentar sustantivamente la capacidad resolutive de la CCSS para la atención integral del cáncer desde dos áreas de intervención:

- Gestión de la red: área donde se pretende mejorar la operación, la coordinación y la articulación de los deferentes niveles de atención y complejidad de la red con el fin de mejorar continuamente la atención de los pacientes.
- Fortalecimiento de la atención integral: donde se desarrollan proyectos enfocados a promover estilos de vida saludables, mejorar la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento de los cánceres prioritarios con la dotación de equipamiento e infraestructura, así como, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Este documento presenta el Plan de Acción que establece las líneas generales del proyecto, para ello se utilizó el enfoque metodológico del "Project Management Institute" (PMI). A partir de estas líneas generales cada subproyecto o entregable deberá desarrollar en forma coherente cada una de las etapas del ciclo de vida del proyecto. Para cada subproyecto o entregable se deberán completar los estudios técnicos que delimiten su alcance, el diseño de detalle de las alternativas desarrolladas, los criterios de medición y aceptación de los productos esperados así como los requisitos de monitoreo y evaluación durante las etapas. Además, cada subproyecto deberá cumplir con los requerimientos normativos aplicables al tipo de producto esperado.

El documento está estructurado en diez capítulos: el **primer** capítulo contiene la presente introducción.

El **segundo** capítulo, los antecedentes del proyecto, donde se presentan las acciones emprendidas para mejorar la atención del cáncer en la institución y los lineamientos emitidos por las autoridades superiores que dan origen al proyecto.

El **tercero** capítulo contiene la situación del cáncer en el país con información actualizada, los lineamientos de organismos internacionales en el ámbito de la salud para abordar el tema del cáncer y el costo de la atención del cáncer en Costa Rica. Además define la Red Oncológica como un sistema de relaciones, constituido por un equipo humano multidisciplinario de profesionales pertenecientes a los diferentes establecimientos de salud de la CCSS, vinculados al tema de cáncer e interconectados de una manera coordinada y cooperativa para garantizar el continuo asistencial a la población.

El **cuarto** capítulo presenta la justificación para desarrollar el proyecto en el marco de la CCSS, el alcance del proyecto, los objetivos y la estrategia con los subproyectos y factores críticos de éxito.

El capítulo **quinto** se dedica a presentar la organización funcional, la estructura de coordinación del proyecto, así como, los roles y responsabilidades de las unidades responsables de la ejecución.

En el **sexto** capítulo se incluye el plan de ejecución, donde se presenta la matriz de asignación de responsabilidades y el cronograma del proyecto. El **séptimo** contiene un resumen del plan global de inversiones, donde se asignan los costos generales estimados para cada subproyecto, con el propósito de crear una base de comparación para medir el avance de los mismos y las fuentes de financiamiento.

El **octavo** se dedica a la evaluación y seguimiento del proyecto, presenta las métricas y la metodología para verificar el avance del proyecto, que incluye el esquema de comunicación para implementar el proyecto de manera sincronizada por todos los miembros del equipo de trabajo y otros involucrados, con el fin de asegurar en el tiempo, la apropiada generación, diseminación y uso de la información del proyecto.

El capítulo **noveno** se enfoca en identificar, analizar, medir y responder a los riesgos del proyecto a través de su ciclo de vida y en función de los mejores intereses de sus objetivos. Se definen los roles, las responsabilidades y los niveles de autoridad predefinidos para la toma de decisiones en función de monitorear, responder y controlar los riesgos.

En el **último** capítulo del documento se presenta la lista de los documentos de referencia.

El documento incorpora una sección de **anexos**: el anexo 1 presenta la conformación de la red de servicios de salud de la CCSS; el anexo 2 presenta la matriz descriptiva del proyecto con el detalle de las áreas de intervención, subproyectos y los objetivos de cada uno de ellos. El anexo 3 se amplía las propuestas preliminares que incluyen los entregables, indicadores de proceso y resultado, responsables, costo estimado, fuente de financiamiento y la programación. En el anexo 4 se adjuntan las fichas de los subproyectos y entregables con un resumen descriptivo del alcance de cada uno de ellos.

2 Antecedentes

Hasta mediados de la década de los 90 las autoridades gubernamentales habían establecido algunos lineamientos aislados y emitido una diversidad de normas en materia de cáncer, entre ellos se citan:

- Creación del Instituto del Cáncer en Costa Rica en 1940.
- Departamento de la Lucha Contra el Cáncer en el Ministerio de Salud en 1949.
- Comisión Nacional del Cáncer 1973, que se abocó a la elaboración de protocolos para tratamiento de diversos tipos de cáncer.
- Decreto 11184-SPPS-Creación de la Comisión Nacional de Cáncer Gástrico en 1980.
- Decreto Ejecutivo 14641-S donde se declara 1984 año de la Lucha Contra el Cáncer Infantil.
- Decreto de Emergencia Nacional para la Detección Precoz y Control de Cáncer de Cuello Uterino en 1994.
- Creación del Laboratorio Nacional de Citologías, acuerdo de Junta Directiva, octubre 1998.
- Creación del Instituto Costarricense Contra el Cáncer mediante Ley 7765 del 4 de junio de 1998.
- Decreto Ejecutivo 33119S del 7 de julio 2006 Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero para el I, II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología.

Como se denota en esta etapa las normas y lineamientos emitidos no conforman un todo articulado, porque no se disponía de una política nacional integral para la atención del cáncer, lo que ocurrió hasta mediados del año 2007, cuando se aprueba el "Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016", en cuya elaboración participó activamente la Caja y que como reza en su presentación *"constituye un hito en esos esfuerzos para lograr que la agenda diaria de la atención del cáncer no sea definida sobre la venida de los problemas que se presenten si no que, con una visión de futuro basada en el camino ya recorrido, logremos situarnos en forma tal que consigamos adelantarnos a esas necesidades"*.

Como se señaló el panorama antes de la emisión del "Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016", en adelante "El Plan Nacional", en relación con la Caja muestra que los esfuerzos desplegados eran más bien de naturaleza puntual y coyuntural, así por ejemplo podemos citar

además, el mejoramiento de los Servicios de Radioterapia, la creación del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, y los programas de detección temprana en cáncer de cérvix, mama y gástrico.

A partir del segundo trimestre del 2006 es que la institución adopta varios acuerdos claramente orientados al establecimiento de una política a lo interno que es la que luego se complementa, consolida y alinea con la aprobación del "El Plan Nacional" y con lo que se pretende lograr el fortalecimiento de la atención integral del cáncer en los diferentes niveles de atención.

Dentro de estos acuerdos están los siguientes:

- Acuerdo de Junta Directiva, artículo 49º de la sesión 8057, celebrada el 18 de mayo del 2006, en el cual se fijan los lineamientos de la "Política para el fortalecimiento de la Red Oncológica".
- Acuerdo de Junta Directiva, artículo 1º de la sesión 8150, celebrada el 10 de mayo del 2007, en el que se aprueba el documento "Una CCSS renovada hacia el 2025, Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012 y Programación de Inversiones. 23 abril el 2007" mismos que sus "Políticas Institucionales 2007-2012", incluye:

"2.2.11 La promoción de la salud, prevención y la detección de las enfermedades, incluyendo la atención oportuna a las de mayor impacto en la morbi-mortalidad, para lo que se tiene que fortalecer con servicios integrales de salud, prontitud, oportunidad y la dotación de los recursos necesarios a los establecimientos de salud, según perfil de complejidad".
- Firma del Convenio Marco de Cooperación Institucional para la Definición y Ejecución del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica entre el ICCC, el Ministerio de Salud y la CCSS. Junio 2007.
- Aprobación del Plan Nacional para el Control del Cáncer. 2007-2016. Ministerio de Salud, CCSS, ICCC, UCR, OPS. Agosto, 2007.
- Aprobación del documento: Plan Estratégico Institucional 2007-2012. Acuerdo de Junta Artículo 2º, sesión 8202, 15 Noviembre 2007.
- Aprobación del Plan Operativo Institucional 2008 Renovado, en el cual se definieron tres objetivos relacionados con el cáncer: 1) Incrementar la capacidad resolutive de los servicios de radioterapia, 2) Desarrollar en un año un proyecto piloto en una red de

servicios de salud, la promoción, prevención y detección de la patología de mama y 3) Desarrollar en un período de un año Guías Clínicas de Atención en Cáncer.

- Acuerdo del Consejo Financiero y Control Presupuestario en el artículo 2, de la sesión N° 139-08 celebrada el 10 de junio del 2008, en el que se aprueban las plazas para la Unidad Ejecutora del Proyecto Red Oncológica adscrita a la Dirección de Administración de Proyectos Especiales de la Gerencia de Infraestructura y Tecnología de la Comunicación.
- Elaboración del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica, cuya última versión data de octubre 2008.
- El acuerdo de Junta Directiva, artículo 9º de la sesión 8137, celebrada el 22 de enero del 2009 en el que se declara *"...de interés y prioridad institucional la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer en todos los centros de atención de la Caja, sean hospitales nacionales, regionales y periféricos, clínicas y áreas de salud."*
- Aprobación de la Ley 8718, transitorio 3º *"Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social de San José y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales"* que traslada los fondos del ICCO a la CCSS. Gaceta N° 34 del 18 de febrero del 2009, la cual induce a la elaboración del presente documento para ser presentado ante la Contraloría General de la República.
- Resolución No 1572-2008 de 30 de enero de 2008: *"Se declara con lugar la acción por violación de trámites sustanciales en el procedimiento de la Ley número 7765 de diecisiete de abril de mil novecientos noventa y ocho. En consecuencia se declara inconstitucional y se anula la Ley de Creación del Instituto Costarricense contra el Cáncer, que es la número 7765. Esta sentencia es de efectos declarativos y retroactivos a la fecha de vigencia de la norma anulada."*

3 Análisis de situación

3.1 El cáncer y su atención

3.1.1 Aspectos generales

Cáncer es un término genérico para definir un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Los distintos tipos de cáncer tienen varias características biológicas comunes. Una característica definitoria es la proliferación de células anormales.

El proceso de reproducción y reemplazo de células normalmente está bien controlado a lo largo de la vida por mecanismos biológicos básicos. Sin embargo, en el caso del cáncer fracasan los mecanismos de control. Las células en la parte afectada del cuerpo crecen más allá de sus límites usuales, invaden tejidos colindantes y pueden propagarse a otros órganos o tejidos más distantes en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis, principal causa de muerte por enfermedades malignas.

El estudio de características fundamentales tales como: causas, distribución en la población, determinantes, prevención, tratamiento y rehabilitación, brinda información importante para su atención integral y control como problema de salud.

El cáncer es uno de los principales problemas de salud que enfrenta la humanidad, por su considerable impacto como causa de enfermedad y de muerte y en la economía en las poblaciones de todo el mundo. Esta es una enfermedad compleja, en cuyo origen intervienen múltiples factores etiológicos; entre los que destacan: la carga genética heredada y la influencia del ambiente.

Esta enfermedad no conoce fronteras; es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y en los países en desarrollo figura entre las tres principales causas de mortalidad en los adultos. Un 12.5% del total de causas de muerte a nivel mundial se atribuye al cáncer, porcentaje que supera al total de muertes debidas al SIDA, la tuberculosis y la malaria consideradas conjuntamente.

Algunas condiciones que explican la tendencia cada vez mayor de cáncer, a nivel mundial son: una mayor expectativa de vida al nacer, una proporción de personas adultas mayores en aumento, una disminución general de las defunciones por enfermedades transmisibles, la

adopción de estilos de vida poco saludables por parte de la población y la existencia de condiciones ambientales adversas.

Los tipos de cáncer más comunes a nivel mundial son los de pulmón, mama, colon, estómago y próstata.

La epidemia global del cáncer, con su carga económica y salud intrínseca, no solamente está aumentando, sino que se está mudando de naciones desarrolladas a naciones en desarrollo. Actualmente, el riesgo de cáncer en el mundo desarrollado es más alto, pero el cáncer en los países en desarrollo tiene mayor mortalidad.

En Costa Rica, hay un aumento en las tasas de incidencia de cáncer de un 40% desde 1990 hasta la actualidad. Solo para el año 2010, se estima que se van a diagnosticar alrededor de 11.000 personas con neoplasias malignas. Los tumores son la segunda causa de muerte en el país, solo superados por las enfermedades del sistema circulatorio y ocasiona más del 20% de todas las muertes.

A pesar de que se proyecta un incremento importante en la incidencia y mortalidad por tumores malignos en todo el mundo y en el país para los próximos años, el cáncer es una enfermedad prevenible y curable.

Según el Informe Mundial sobre el cáncer, el análisis mundial de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo.

Existe una necesidad mundial, especialmente en los países menos desarrollados de promover y apoyar el desarrollo de una disciplina basada en datos probatorios para la formulación de políticas, que consiste en el uso sistemático de la mejor información al tomar decisiones acerca de estrategias de intervención.

Con una planificación cuidadosa y las prioridades apropiadas, dentro del ámbito de la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos, el establecimiento

de programas nacionales de control del cáncer ofrece el medio más racional de lograr un grado sustancial de control de la enfermedad, aun cuando los recursos sean limitados.

3.1.2 Epidemiología del Cáncer en Costa Rica

Tal y como lo establece la Organización Mundial de la Salud en el documento Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión, un componente fundamental en el desarrollo de los programas nacionales de control de cáncer es la disponibilidad de un sistema de información que brinde en forma permanente datos de la frecuencia y distribución de la enfermedad como insumo para la adecuada planificación y así mismo sirva como fuente de información para evaluar el impacto de las estrategias implementadas a todo nivel de gestión.

El país dispone de un Registro Poblacional de Tumores que brinda información desde el año 1978 y es uno de los pocos registros a nivel mundial y el único en Latinoamérica con cobertura nacional. Se considera fundamental respecto a la información en cáncer más que la cantidad, poner énfasis en la calidad de los datos disponibles. De esta manera en el procesamiento de la información en todos los países que disponen de Registros de Cáncer se prioriza en garantizar la calidad de la información más que en la disponibilidad de los datos más recientes en cáncer tomando en cuenta que el cáncer presenta modificaciones en la tendencia en períodos de varios años.

Para la presente revisión de información se analizan los datos disponibles en el país para incidencia correspondiente al período 1995-2004 y mortalidad 2000-2007. Además se utiliza como es acostumbrado a nivel mundial, el cálculo de proyecciones para estimar el número esperado de casos para los años más recientes y en los próximos años basándose en la tendencia histórica mostrada por la enfermedad.

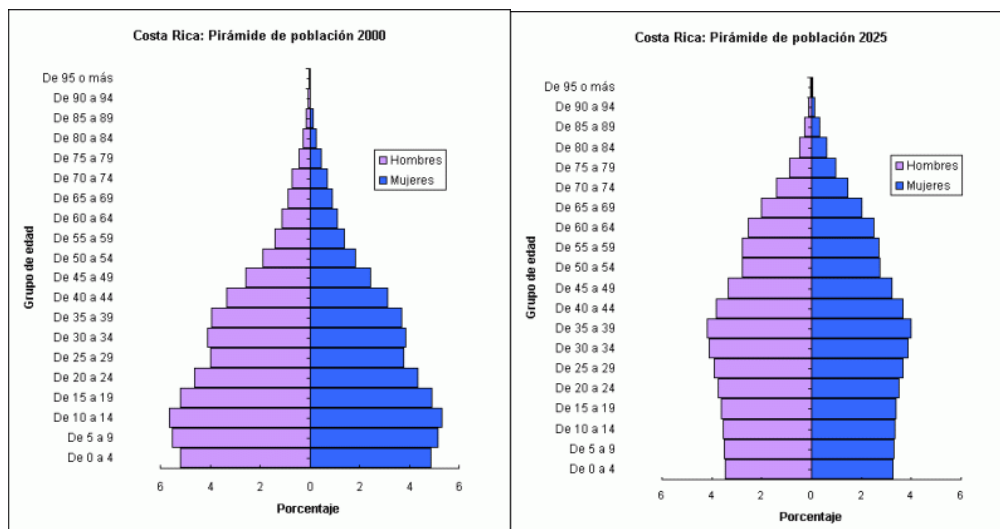
La población de Costa Rica proyectada para el año 2009 basada en el Censo del año 2000 es de 4.621.585 habitantes (Centro Centroamericano de Población, UCR).

La estructura poblacional según edad y sexo ha experimentado un cambio importante en las últimas décadas, presentando una base más estrecha por la disminución de las tasas de natalidad y una población más longeva por un aumento en la expectativa de vida al nacer en relación con las presentadas en la mitad del siglo anterior, situación que, que por sí misma, condiciona el aumento en las tasas de incidencia¹ del cáncer, dado que a mayor edad, mayor

¹ Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado

es el riesgo para el desarrollo del cáncer. Se proyecta una tendencia similar para los próximos años según se aprecia en la siguiente figura.

Figura 1. Pirámides poblacionales en Costa Rica año 2000 y 2025



Fuente: Centro Centroamericano de Población-Universidad de Costa Rica

Las principales causas de muerte de los costarricenses son ocasionadas por enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales sobresale el cáncer como la segunda causa de muerte desde hace varios años.

Tabla 1. Principales Causas de Mortalidad. Costa Rica 2002-2007. Tasa por 10.000 ha.

Causa	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sistema circulatorio	11.0	10.5	10.8	10.8	11.0	11.2
Tumores	7.9	8.2	8.4	8.3	8.5	8.5
Causas externas	4.5	4.6	4.3	4.7	4.9	4.8
Sistema respiratorio	3.1	3.7	3.6	3.4	3.1	3.4
Sistema digestivo	2.6	2.7	2.6	2.5	2.7	2.8

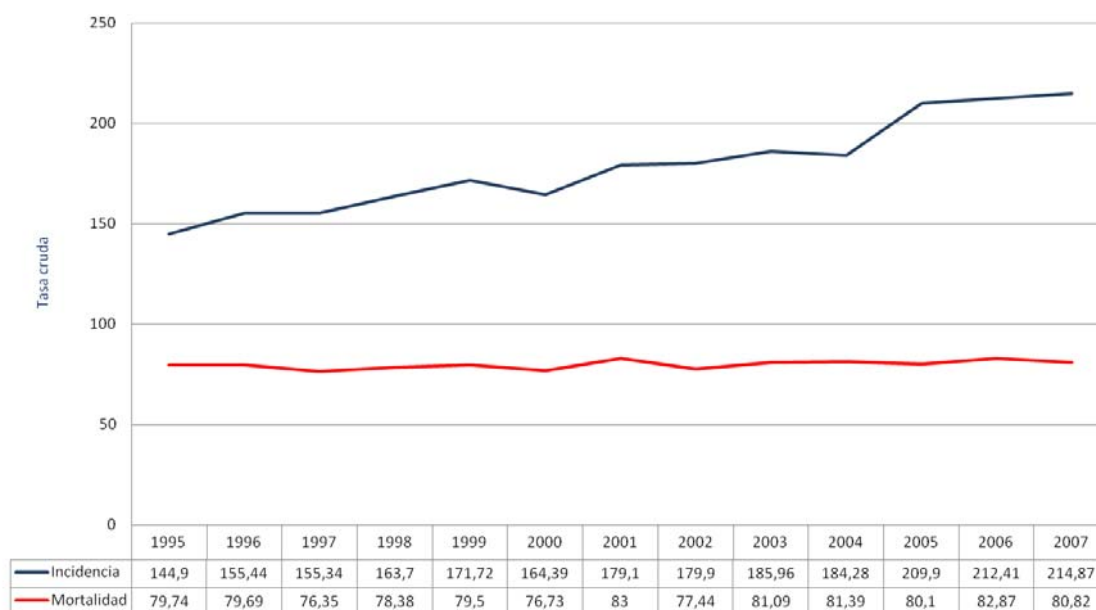
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC.

El cáncer ocasiona más del 20% de todas las muertes del país. Según el Registro Nacional de Tumores de Costa Rica se estimó que en el año 2008 se diagnosticaron alrededor de 10.350 nuevos casos de cáncer y que hubo un total de 3.854 muertes por esa causa. La incidencia de por todos los tipos de tumores para ambos sexos ha presentando un incremento de un 48.3%

entre 1995 y 2007. Mientras que la mortalidad² para el mismo periodo se ha mantenido estable. (Figura 2)

Si los casos nuevos de cáncer se distribuyeran uniformemente durante el año se podría afirmar que aproximadamente cada 45 minutos se diagnostica un caso de cáncer en el país.

Figura 2. Incidencia y mortalidad por tumores malignos
Costa Rica ambos sexos 1995-2007 (*)
(Tasas crudas anuales por 100.000 habitantes)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, INEC. *Tasas de Incidencia 2005-2007 estimadas.

3.1.2.1 Distribución del Cáncer según Sexo

3.1.2.1.1 Incidencia del Cáncer en Mujeres

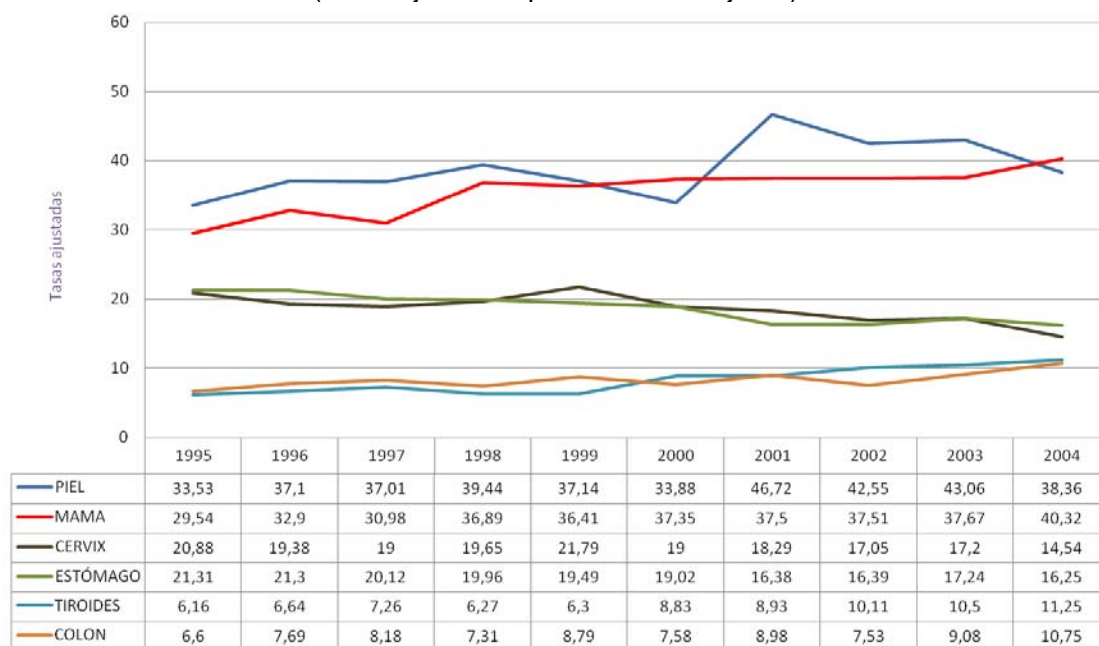
Para el periodo de 1995 al 2004 los dos principales tumores más diagnosticados en la mujer fueron el de la piel y mama.

Para el 2004 el cáncer de mama presentó una incidencia de 40.32 casos nuevos por 100,000 mujeres, desplazando al cáncer de piel a un segundo lugar. En tercer lugar se ubica el cáncer de estómago con una tasa de 16,25. El cáncer de cervix, tiroides y colon con los tres tipos

² Mortalidad: número proporcional de muertes en una población en un tiempo determinado

previamente citados constituyen el 65% de total de tumores diagnosticados en el periodo 1995-2004. (Figura3)

Figura 3. Tendencia anual de los tipos de cáncer con mayor incidencia
Mujeres Costa Rica 1995-2004
(tasas ajustadas por 100 000 mujeres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, INEC

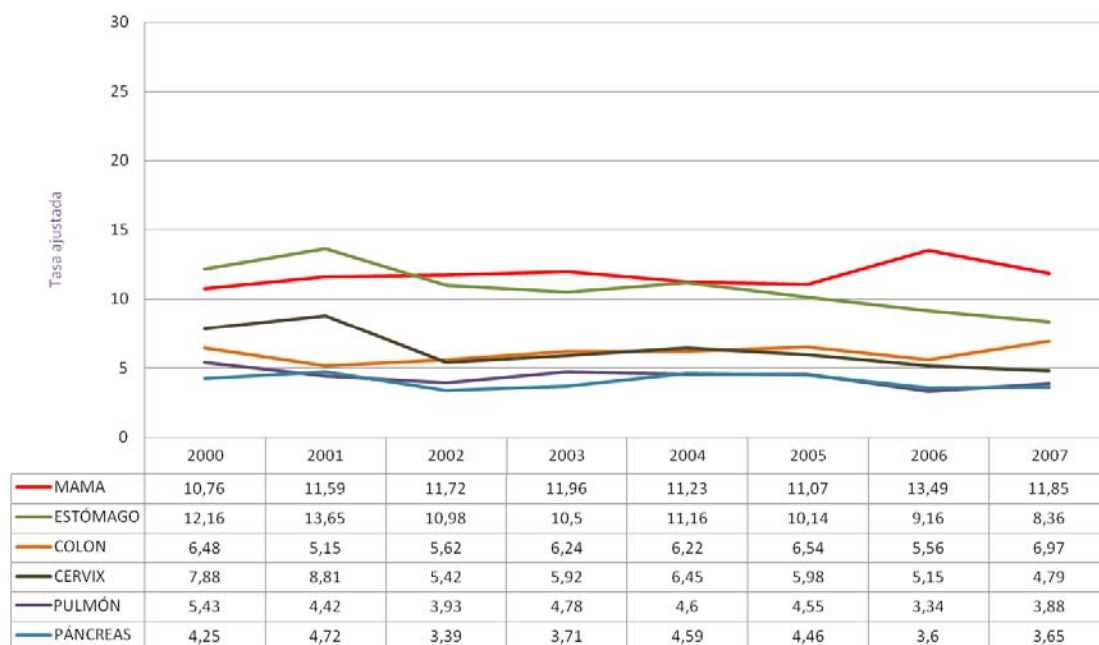
3.1.2.1.2 Mortalidad por Cáncer en Mujeres

El cáncer de estómago, que ha ocupado durante mucho tiempo el primer lugar por muertes en mujeres, a partir del año 2002 fue desplazado al segundo lugar por las neoplasias malignas de la mama.

Un fenómeno similar al anterior se ha observado con las neoplasias malignas de cérvix y colón; en donde luego de que la mayor parte del tiempo el cáncer de cuello uterino ocupaba el tercer lugar por mortalidad es desplazado al cuarto lugar por el cáncer de colon a partir del año 2002.

Es importante destacar el efecto positivo del tamizaje mediante el examen de Papanicolaou, el cual ha reducido la mortalidad por cáncer del cuello uterino en forma significativa. Figura 4

Figura 4. Tendencia anual de los tipos de cáncer con mayor mortalidad
Mujeres Costa Rica 2000-2007
 (Tasas ajustadas por 100 000 mujeres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, INEC

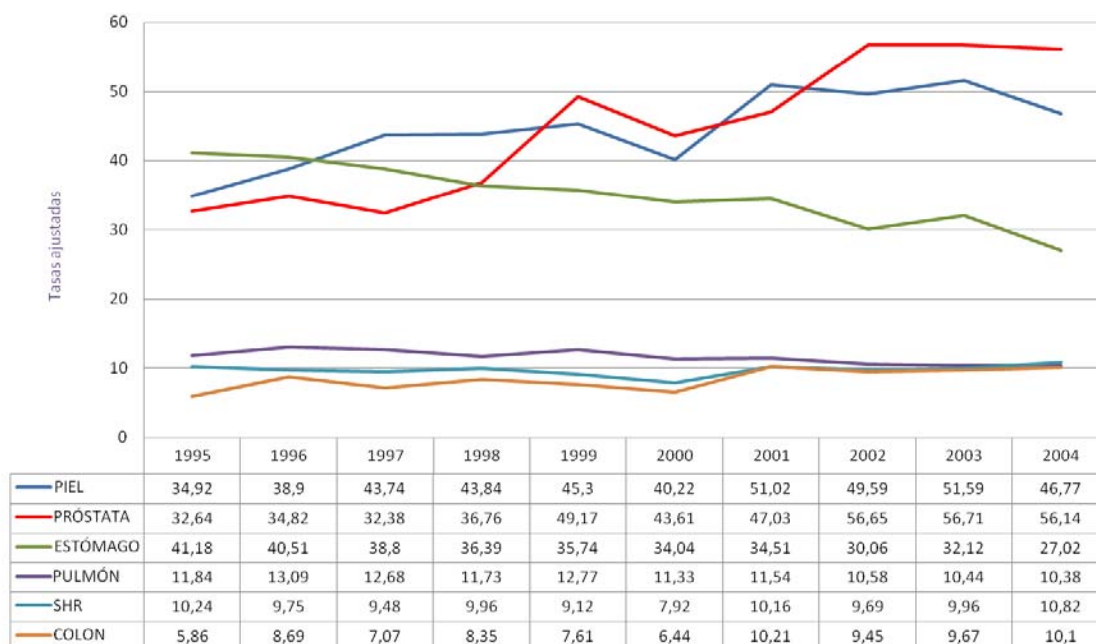
3.1.2.1.3 Incidencia del Cáncer en Hombres

A mediados de la década de los noventa el primer lugar de incidencia en los hombres ha sido ocupado por las neoplasias malignas de piel y estómago.

Sin embargo se puede observar un franco patrón ascendente en cuanto a las tasas de incidencia para el tumor de próstata, pasando a ocupar en el año 1999 el primer lugar, éste, entre los periodos 1995 – 2004 presentó un incremento en las tasas de incidencia de un 72%.

Actualmente la neoplasia maligna de la glándula prostática ocupa el primer lugar de incidencia en los hombres, seguido por el cáncer de piel y en tercer lugar el de estómago. Le siguen en su orden, aunque con cifras muy inferiores a las ya presentadas el cáncer Sistema Hematopoyético Reticular, de pulmón y el cáncer de colon. El siguiente gráfico muestra el correspondiente detalle.

Figura 5. Tendencia anual de los tipos de cáncer con mayor incidencia
Hombres Costa Rica 1995-2004
(tasas ajustadas por 100 000 hombres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, INEC

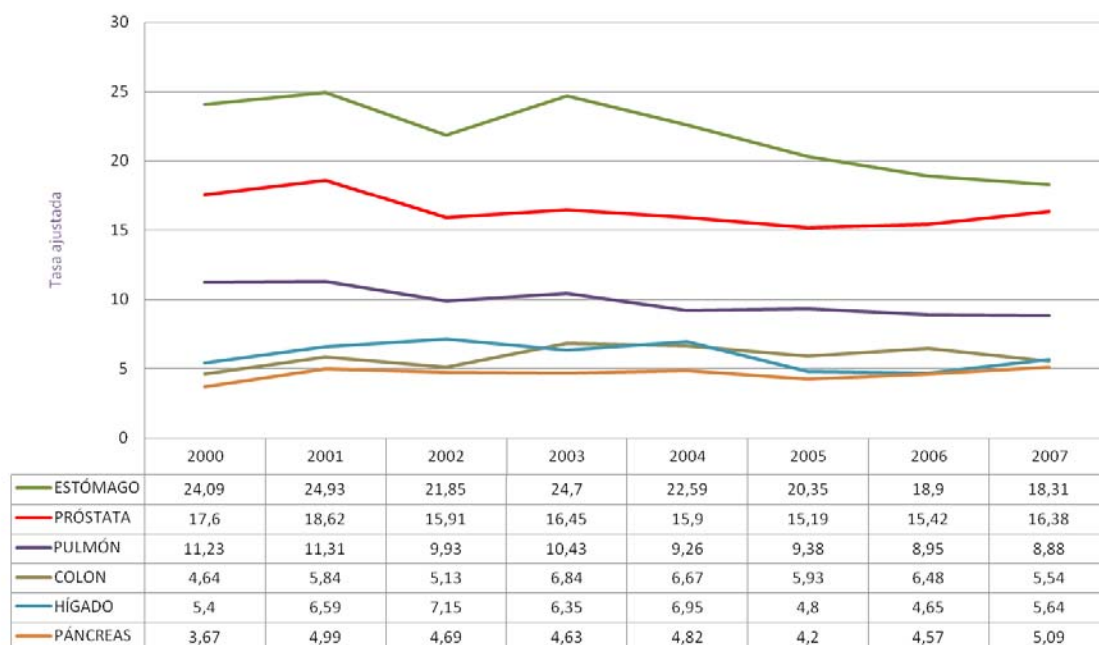
3.1.2.1.4 Mortalidad por Cáncer en Hombres

El cáncer que ocasiona la mayor cantidad de muertes en los hombres es el cáncer de estómago. A pesar de estar en primer lugar este tumor ha presentado un descenso en cuanto a las tasa de mortalidad entre los periodos 1995-2007, de un 45.2%, sigue siendo el más importante en mortalidad entre los hombres.

Sin embargo, el cáncer de próstata que ha ocupado la mayor parte del tiempo el segundo lugar empieza a mostrar un acercamiento importante al cáncer gástrico, incluso mostrando un incremento porcentual en sus tasas de más del 50% desde inicios de los noventa hasta el año 2007.

En el tercer lugar las neoplasias malignas del pulmón han mantenido su posición constante a través del tiempo sin mostrar variaciones significativas. En el cuarto y quinto lugar se ubican el cáncer de colon e hígado respectivamente

Figura 6. Tendencia anual de los tipos de cáncer con mayor mortalidad
Hombres Costa Rica 2000-2007
(tasas ajustadas por 100 000 hombres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, INEC

3.1.2.2 Distribución del Cáncer según Localización Anatómica

El Atlas de Mortalidad por Cáncer es una investigación realizada por el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, cuyo objetivo fue ilustrar patrones geográficos de la mortalidad de los principales tipos de cáncer en el periodo 2000-2005, según Áreas de Salud de la CCSS. Para el análisis de la información se utilizan la tasa de mortalidad ajustada por edad y el índice de mortalidad estandarizada (IME). El IME compara la tasa de mortalidad de cada Área de Salud con la registrada a nivel nacional, si el IME es inferior al 100% se presenta "infra mortalidad" y cuando es superior al 100% se registra sobre mortalidad. A continuación se ilustran figuras con la distribución geográfica de diferentes tipos de cáncer según sexo para Costa Rica en el periodo 2000-2005.

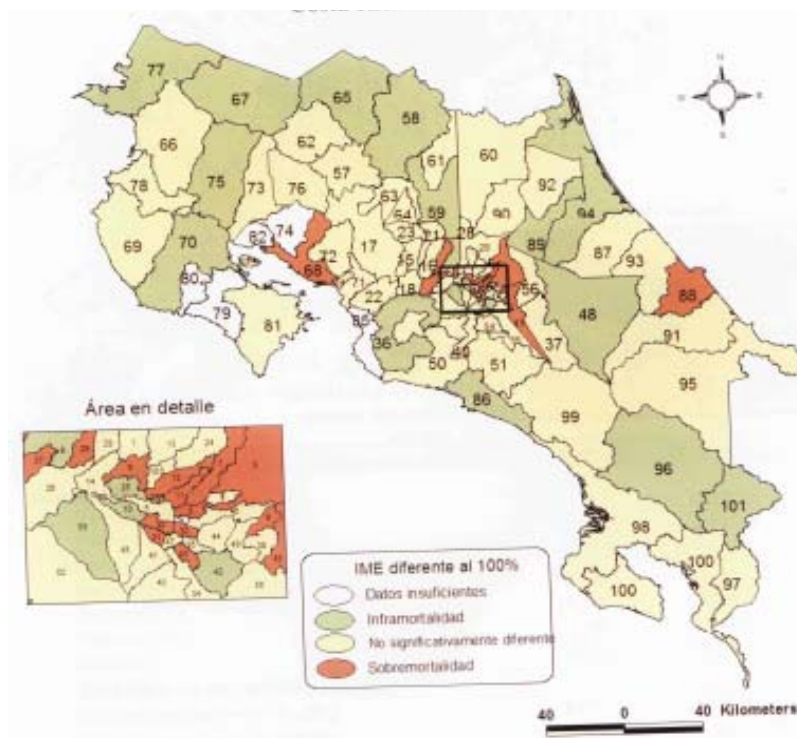
3.1.2.2.1 Cáncer de Mama

En la actualidad se diagnostican aproximadamente en todo el país más de 800 casos nuevos por año, siendo el cáncer más diagnosticado entre las mujeres para el año 2004. La incidencia

ha mostrado un incremento de más de 45% en sus tasas en el período comprendido entre 1990 y el inicio del nuevo milenio. Respecto a la edad, el número de diagnósticos se incrementa a partir de la cuarta década de vida. Su distribución geográfica muestra una mayor concentración en el Área Metropolitana. (Figura 7)

Se estima que para el año 2009 será causante de más de 302 defunciones. Las defunciones se presentarán sobretodo en los grupos de edad más avanzados y mantendrán el mismo patrón geográfico que muestra su incidencia.

Figura 7. Áreas de Salud con Índice de Mortalidad Estandarizada, Significativamente diferente al 100%
Cáncer de Mama-Mujeres, Costa Rica 2000-2005



Fuente: Aparicio, Amada y Melvin Morera. "Atlas de Mortalidad por Cáncer. UCR. Centro Centroamericano de Población. Costa Rica 2000-2005"

Se registra sobre mortalidad por cáncer de mama en las siguientes áreas de salud:

- Puntarenas-Chomes-Monteverde;
- Alajuela Norte; Alajuela Oeste y Poás en la Provincia de Alajuela;
- Heredia Cubujuquí y Santo Domingo de Heredia;

- Coronado, Desamparados 1, Goicoechea 2, Hatillo, Mata Redonda Hospital, Moravia, Tibás, Zapote-Catedral, en la provincia de San José;
- Área de salud de Cartago
- Área de salud de Limón en la zona Atlántica.

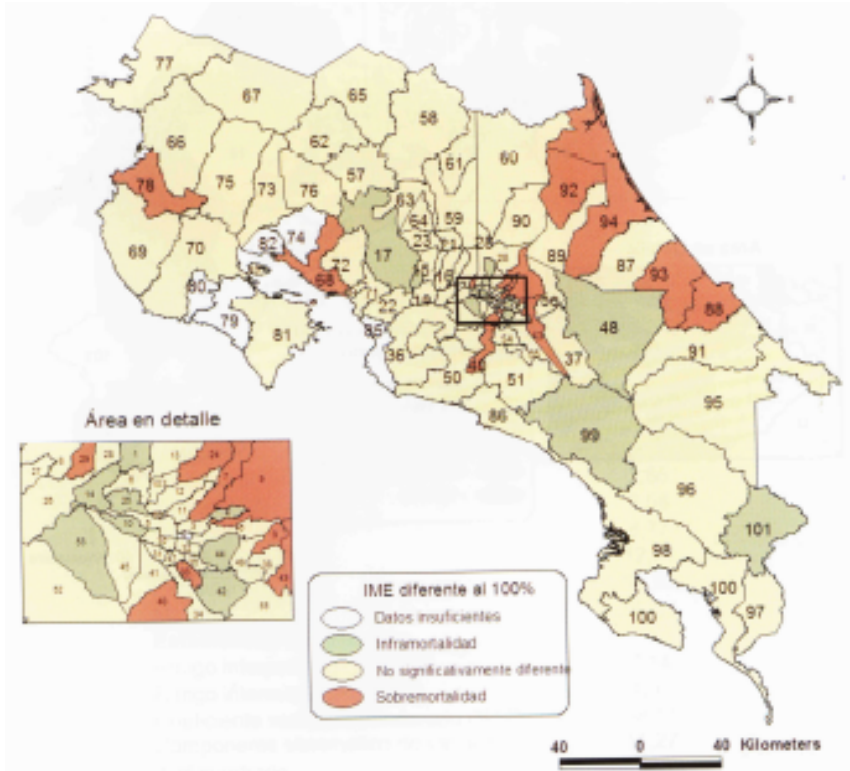
3.1.2.2.2 Cáncer de Cuello Uterino

En la actualidad la mayoría de cáncer de cuello uterino es detectado in situ³. En el 2009 se estima que 393 casos serán cáncer invasor de cérvix. Se observa un incremento de diagnóstico de cáncer de cuello de útero a partir de la tercera década de vida y el riesgo incrementa conforme aumenta la edad. En cuanto a la distribución geográfica presenta un patrón opuesto al cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino tiene una distribución rural sobre todo en las zonas litorales del país y en la frontera norte y sur. (Figura 8)

Su mortalidad ha disminuido en los últimos años, como lo refleja en la Figura 4 con una disminución de un 56.27 % entre las tasas de mortalidad entre el periodo de 1995 – 2007. Anualmente el cáncer de cérvix ocasiona más de 100 defunciones.

³ Cáncer in situ: Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Figura 8. Áreas de Salud con Índice de Mortalidad Estandarizada, Significativamente diferente al 100%
Cáncer del cuello, cuerpo y parte no especificada del útero. Costa Rica 2000-2005



Fuente: Aparicio, Amada. Morera, Melvin. Atlas de Mortalidad por Cáncer. UCR.
Centro Centroamericano de Población. Costa Rica 2000-2005

Se registra sobre mortalidad por este tipo de cáncer en las siguientes áreas de salud:

- Desamparados 1, Moravia, Coronado y Aserrí en la provincia de San José.
- Limón, Matina, Guácimo y Cariari en la provincia de Limón.
- Alajuela Norte; área de salud de Cartago
- Carrillo en Guanacaste
- San Isidro- San Pablo de Heredia y
- Puntarenas-Chomes- Monteverde en la Región Pacífico Central.

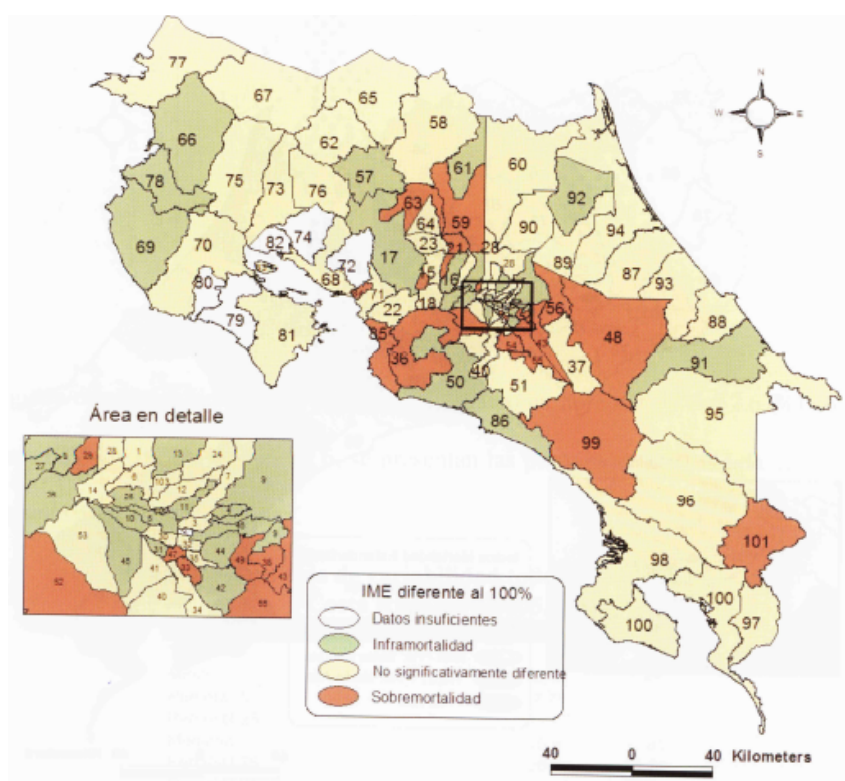
3.1.2.2.3 Cáncer de Estómago

Actualmente, Costa Rica se ubica entre los 10 países con la mayor incidencia y mortalidad por este cáncer a nivel mundial. Sin embargo, su tendencia ha mostrado un descenso en sus cifras de casos nuevos y muertes en los últimos años.

Se estima que para el año 2009 se diagnosticarán más de 1004 casos nuevos. Afecta a ambos sexos, se ha establecido una relación hombre- mujer de 1.6-1. El cáncer de estómago es más frecuente a partir de la quinta década de vida y se distribuye principalmente en la parte occidental del Valle Central y la Región Brunca. (Figura 9)

Hoy en día ocupa el primer lugar por mortalidad para ambos sexos con más de 600 muertes al año, sin embargo sus tasas de mortalidad muestran una tendencia al descenso.

Figura 9. Áreas de Salud con Índice de Mortalidad Estandarizada, Significativamente diferente al 100%
Cáncer de Estómago-Hombres, Costa Rica 2000-2005



Fuente: Aparicio, Amada. Morera, Melvin Atlas de Mortalidad por Cáncer. UCR. Centro Centroamericano de Población. Costa Rica 2000-2005

Actualmente se registra un patrón de sobre mortalidad por este tipo de cáncer en las áreas de salud de:

Hombres

- Cartago y Turrialba
- Mora, Pérez Zeledón, Puriscal-Turrúcares
- Garabito
- Alajuela Norte, Palmares y Valverde Vega
- Aguas Zarcas y Florencia

Mujeres

- Cartago, Paraíso-Cervantes, Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca, El Guarco y La Unión
- Pérez Zeledón, Moravia, Coronado, Zapote, San Juan-San Diego-Concepción, Desamparados 1 y Puriscal-Turrúcares.
- Alajuela Oeste, Naranjo, Valverde Vega, Ciudad Quesada.
- Carrillo

3.1.2.2.4 Cáncer de Colon

Es uno de los tipos de cáncer que experimentó un incremento en su incidencia y mortalidad durante la década de los noventa. Se ubica entre los principales cinco tipos de cáncer para ambos sexos en el país.

Se diagnostican más de 350 casos nuevos por año, con una relación de 1:1 entre hombres y mujeres. Las tasas de incidencia se han incrementado en un 50% en los últimos años. Según su distribución geográfica, este tipo de cáncer predomina en la Gran Área Metropolitana y algunas zonas de Guanacaste, particularmente en Liberia.

Respecto a la mortalidad, las tasas se han incrementado en cerca de un 40% para ambos sexos y cada año mueren más de 250 personas por este tipo de cáncer.

Se registra sobre mortalidad por cáncer de colon en las siguientes áreas de salud:

- Desamparados 1, Montes de Oca, Zapote-Catedral, San Sebastián-Paso Ancho y Tibás.
- Grecia, Alajuela Norte y Pococí
- Cartago Centro y la Unión.
- Heredia-Cubujuquí
- Esparza y Chacarita

3.1.2.2.5 Cáncer de Piel

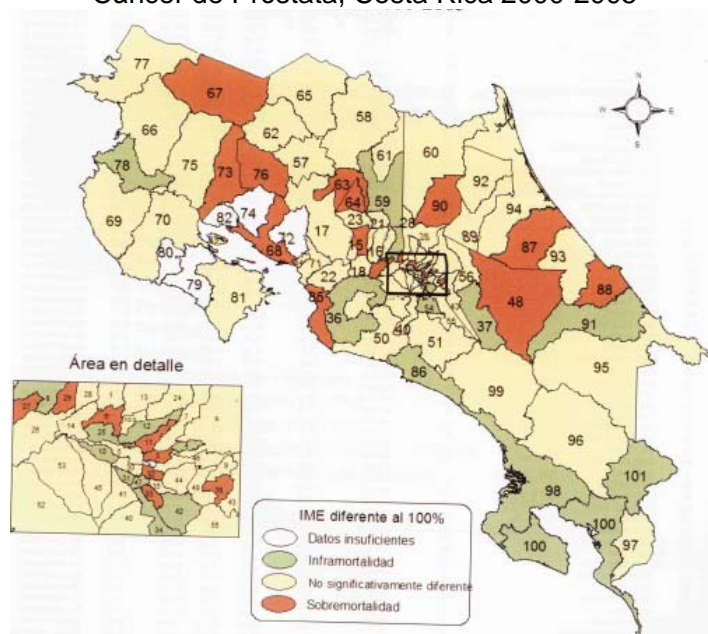
A pesar de ser uno de los más frecuentemente diagnosticados y de que sus tasas han aumentado en más de un 25%, detectándose más de 1.500 casos nuevos por año, su mortalidad es muy baja. Su forma más agresiva, el melanoma, sólo se presenta en el 5% de todos los casos nuevos detectados. Actualmente en el país mueren al año alrededor de 60 personas por este tipo de cáncer.

3.1.2.2.6 Cáncer de Próstata

Es uno de los principales tipos de tumores que afecta a los hombres. Sus tasas de incidencia casi se han triplicado en los últimos 10 años, detectándose actualmente más de 900 casos nuevos al año. Afecta a los hombres a partir de los cincuenta años y aumenta en forma directamente proporcional conforme aumenta la edad. Su distribución geográfica en el país lo ubica principalmente en el Valle Central.

El cáncer de próstata ocupa el segundo lugar de causa de muerte en el sexo masculino por neoplasias, con más de 300 defunciones al año. Tiene una tendencia creciente reflejada en el incremento en más del 50% de las tasas de mortalidad desde inicios de los noventa hasta el año 2007. Para el año 2009 se esperan un total de 340 muertes por esa causa.

Figura 10. Áreas de Salud con Índice de Mortalidad Estandarizada, Significativamente diferente al 100%
Cáncer de Próstata, Costa Rica 2000-2005



Fuente: Aparicio, Amada. Morera, Melvin Atlas de Mortalidad por Cáncer. UCR.

Centro Centroamericano de Población. Costa Rica 2000-2005

Actualmente se registra un patrón de sobre mortalidad por este tipo de cáncer en las siguientes áreas de salud: ¹³

- Zapote-Catedral, Desamparados 1, Tibás y Goicoechea 2
- Naranjo, Florencia, Ciudad Quesada, Alajuela Norte y Alajuela Oeste
- Turrialba y la Unión
- Horquetas y Heredia-Cubujuquí
- Cañas, Tilarán y Upala
- Limón y Siquirres
- Puntarenas-Chomes-Monteverde y Garabito.

De acuerdo con datos del Departamento de Estadística y de la Dirección de Actuarial de la CCSS, para los próximos años el país tendrá un aumento muy importante de casos de cáncer de próstata resultado de que cada vez se detectan más tempranamente dado que las pruebas de los marcadores tumorales se han generalizado y reducido su costo. Para el 2010 se ha proyectado 1.085 casos de cáncer de próstata y para el 2015 un total de 1.258 casos.

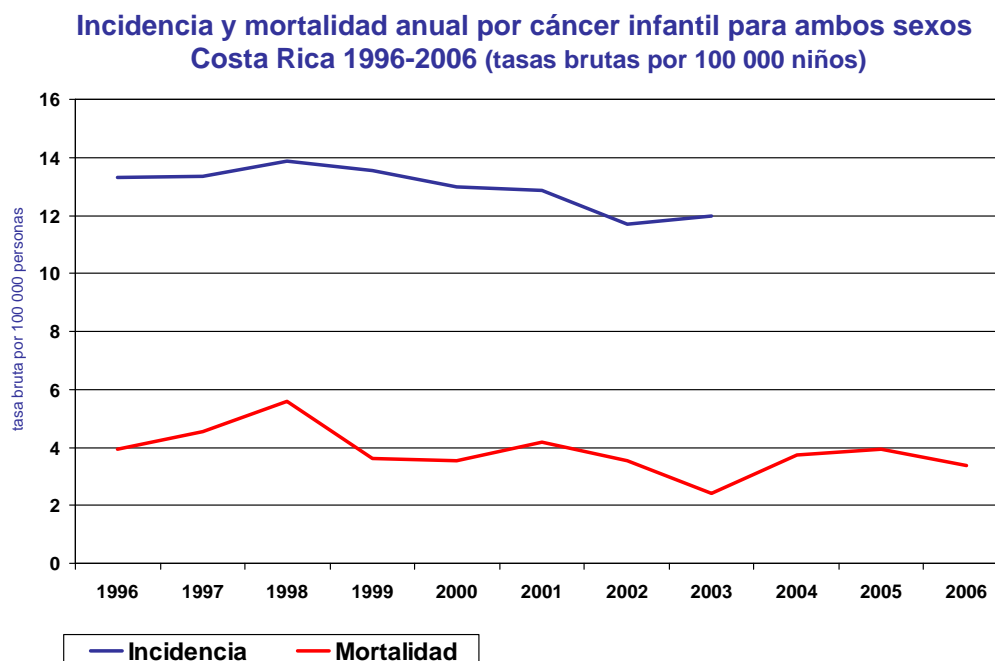
Tabla 2. Proyección de la incidencia de Cáncer de Próstata en Costa Rica

Año	2010	2015	2020	2025
Casos de Cáncer de Próstata	1085	1258	1458	1690

Fuente: Registro Nacional de Tumores.

3.1.2.7 Cáncer infantil

En Costa Rica, los tumores más frecuentes en los niños son las leucemias, los linfomas y los tumores de sistema nervioso central. Cada año se diagnostica alrededor de 150 nuevos casos en la población entre los 0 y 14 años. Se reporte un promedio de 40 muertes anuales y esta causa explica el 5% de todas las muertes en la población entre los 0 y 14 años.



Fuente: Registro Nacional de
Tumores-INEC

3.1.3 Recomendaciones para el abordaje mediante la atención integral

Los conocimientos actuales sobre las causas del cáncer y las intervenciones preventivas y terapéuticas son vastos. Por control del cáncer se entienden las medidas de salud pública destinadas a poner en práctica esos conocimientos. Ello incluye la aplicación sistemática de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer basadas en datos científicos. Así mismo, incluye todas las medidas de rehabilitación y paliación para los pacientes con cáncer que permita a los primeros reintegrarse a la vida laboral y social con normalidad y a los segundos vivir dignamente mientras lucha contra esta enfermedad.

Las políticas de salud deben estar fundamentalmente basadas en estrategias que ayuden a prevenir el desarrollo de los cánceres o aumentar la probabilidad de que un cáncer se cure. Al mismo tiempo deben aportar a las personas y a la sociedad en su conjunto instrumentos eficaces de promoción de hábitos saludables basados en la información, la comunicación, el consejo profesional y la participación en la toma de decisiones sobre su salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la estrategia para un abordaje integral de la atención del cáncer debe incluir, al menos, tres componentes que se describen a continuación.

3.1.3.1 Prevención

Cerca de un tercio de los casos de cáncer podrían evitarse mediante la aplicación de **estrategias preventivas** destinadas a reducir la exposición a los factores de riesgo del cáncer y consistentes principalmente en: reducción en el consumo de tabaco y alcohol, dieta sana, promoción de la actividad física, vacunación contra hepatitis B, control de riesgos laborales y reducción y protección a la luz solar.

3.1.3.2 Detección temprana y tratamiento oportuno

Otro tercio de los casos podrían curarse gracias a su **detección temprana y tratamiento adecuado**.

La detección temprana del cáncer se basa en la observación de que el tratamiento es más eficaz cuando el cáncer se detecta más tempranamente. El objetivo consiste en detectar el cáncer mientras está localizado. Los programas de detección temprana del cáncer tienen dos componentes:

- La educación de las personas para que reconozcan signos como los nódulos, las úlceras, la indigestión y la tos persistentes o las hemorragias, y busque rápidamente atención médica en caso de que se presenten estas manifestaciones.
- La identificación de las personas con cáncer incipiente o lesiones pre cancerosas mediante la realización de pruebas de detección antes de que aparezcan los primeros signos y el tratamiento oportuno de los pacientes con resultados positivos con cáncer. Entre las pruebas tamizaje se encuentran, por ejemplo, la mamografía y la citología, para detectar el cáncer de mama y cuello del útero, respectivamente.⁴

⁴ OMS En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/print.html>.

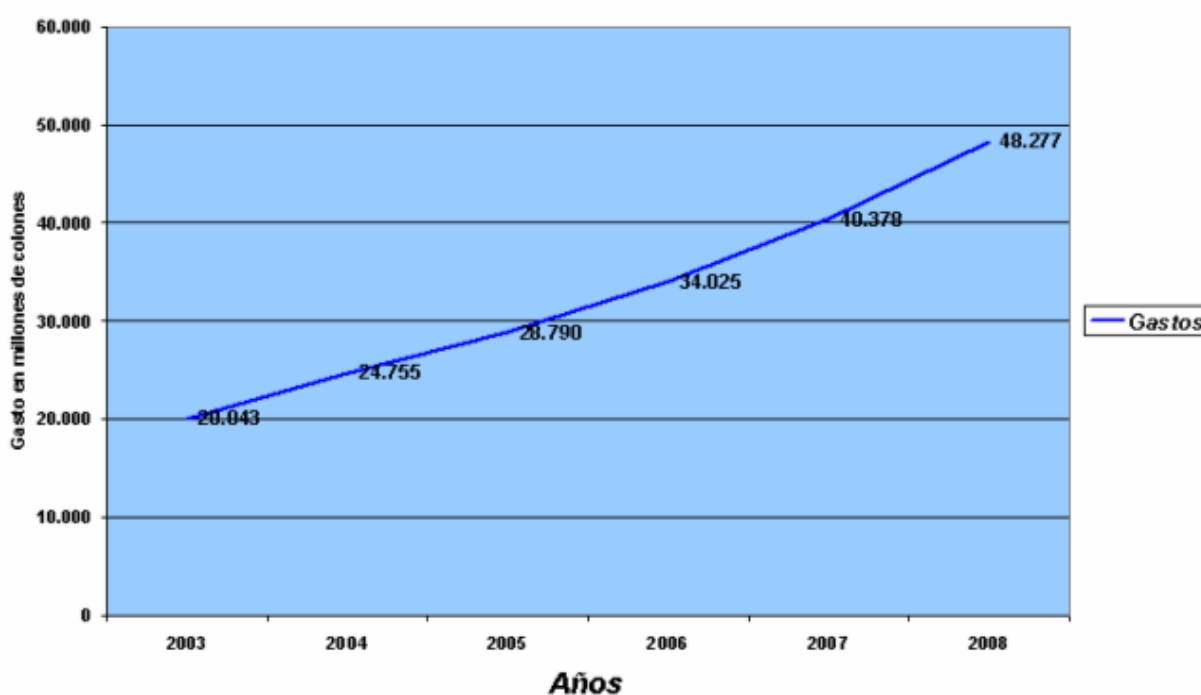
3.1.3.3 Cuidado Paliativo

Por último, otro tercio de los casos no pueden prevenirse ni detectarse tempranamente y para ese tipo debemos estar debidamente preparados para aplicar médicas paliativas que permitan al paciente llevar la enfermedad con dignidad y sin dolor.

3.1.4 Costo de la Atención del Cáncer

Durante el 2008 la CCSS invirtió más de ¢48.000 millones en la atención especializada de los pacientes con cáncer, según se muestra en el siguiente gráfico; cifra que no incorpora las acciones de prevención y detección temprana, llevadas a cabo en las 954 sedes de Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) y en las 104 áreas de salud del país.

Figura 11. Costo anual en pacientes con cáncer C.C.S.S, años 2003-2008



Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la Sub Área de Costos Hospitalarios.

Durante el 2007, hubo 11.212 egresos hospitalarios con diagnóstico de cáncer. Cada día salieron de los hospitales de esta institución 30 pacientes y en cada uno de ellos se invirtió un promedio de ¢1.312.445 por egreso. Durante el 2008, la cantidad de egresos hospitalarios se elevó a 14.732¹.

Tabla 3. Gastos por egreso de pacientes con cáncer 2004-2008, CCSS.
(Monto en colones)

AÑO	TOTAL COSTO POR EGRESO
2004	7.812.523.858
2005	9.581.180.467
2006	12.069.681.309
2007	14.715.136.541
2008*	17.879.632.369

Fuente: Informe preliminar Anuario 2006 Programa de Servicios Médicos Seguro de Salud Subárea de Costos Hospitalarios, Gerencia Financiera.

También en el 2007 se ofrecieron 62.348 consultas especializadas para pacientes con cáncer con un costo de 1.419.248.909 colones; se realizaron 71.661 mamografías con un costo de 1.692.202.854 colones y 303.339 citologías con un costo de 6.241.031.898 colones. Durante el 2008, las consultas especializadas para pacientes con cáncer fueron 74.087, con un costo estimado de 1.550.373.355 colones.

Tabla 4. Costo total de Consultas en Oncología C.C.S.S, años 2004-2008
(En colones)

AÑO	TOTAL COSTO
2004	1.082.315.772
2005	1.098.500.169
2006	1.293.641.496
2007	1.419.248.909
2008*	1.550.373.355

Fuente: Informe preliminar Anuario 2006 Programa de Servicios Médicos Seguro de Salud Subárea de Costos Hospitalarios, Gerencia Financiera.

Los médicos de la CCSS disponen para el tratamiento del cáncer de 32 medicamentos en el cuadro básico de medicamentos. Durante el 2007, la Caja invirtió ¢3.305 millones en medicamentos contra esta enfermedad, cifra que aumentó a ¢6.537 millones para el 2008, correspondiente a un 11,4% del gasto total en medicamentos; constituyéndose así el grupo terapéutico de los antineoplásicos, el que tiene el mayor gasto relativo de todo el presupuesto de la institución durante ese año.

Tabla 5. Inversión en medicamentos para el cáncer C.C.S.S, 2004–2008
(Monto en colones)

<i>Año</i>	<i>Inversión</i>
<i>2004</i>	1,776,993,710
<i>2005</i>	1,765,617,251
<i>2006</i>	2,538,329,788
<i>2007</i>	3,305,410,270
<i>2008</i>	6,537,482,280*

Fuente: Informe preliminar Anuario 2006 Programa de Servicios Médicos Seguro de Salud Subárea de Costos Hospitalarios, Gerencia Financiera. *Información aportada por el Dr. Albín Chávez, Director de la Dirección de Medicamentos y Terapéutica de la CCSS.

No obstante este esfuerzo Institucional y del país, es necesario reforzar la lucha contra esta enfermedad y hacer la Red Oncológica más eficiente, sincronizando su accionar y potencializando su impacto en la atención del cáncer. Para ello se debe dar un salto cualitativo en la estrategia de la atención del cáncer en la institución, rompiendo paradigmas, creando conocimiento y potenciando la experiencia institucional en la atención del cáncer, para el beneficio de los usuarios y los pacientes de cáncer.

3.2 Red Oncológica

3.2.1 Concepto

La Red Oncológica es un sistema de relaciones, constituido por un equipo humano multidisciplinario de profesionales vinculados al tema de cáncer, interconectados de una manera coordinada y cooperativa, pertenecientes a los diferentes establecimientos de salud de la CCSS que se encuentran en distintos ámbitos de complejidad del sistema de salud, los cuales colaboran para garantizar el continuo asistencial a una población en un espacio geográfico determinado y así promover el auto cuidado, la detección temprana, la atención curativa, la rehabilitación y la atención paliativa del cáncer.

El accionar de la red unifica insumos, prestación, gestión y organización de los servicios oncológicos en un marco de mejoramiento continuo de la calidad y la eficiencia.

La construcción de las capacidades específicas para abordar el cáncer en los tres niveles de atención obedece a ciertos criterios que rigen el diseño de la red oncológica.

3.2.2 Principios del funcionamiento

Los principios que a continuación se describen son las ideas fundamentales que regirán la conformación y funcionamiento de la Red Oncológica en la CCSS. Estos principios están en concordancia con los principios de la seguridad social y las políticas institucionales, además de ser coherentes con el modelo de atención vigente.

- **El usuario de los servicios adquiere un papel relevante en la red**

Para ello la coordinación clínica y administrativa de las entidades que intervienen en el proceso de atención del cáncer tendrán como fin garantizar la oportunidad y la calidad de la atención. Se contará con una gestión local fortalecida en la que participen el nivel regional y central.

- **Existe un continuo en la atención con el fin de que el usuario obtenga el servicio en el nivel de complejidad correspondiente.**

La coordinación será expedita y existirá un sistema de información que permita dar seguimiento a las referencias y contra referencias, las metas de atención y la información clínica.

- **La Red Oncológica toma en cuenta las particularidades de cada tipo de cáncer.**

Los procesos de atención se diseñan según la epidemiología de cada tipo de cáncer y tomando en cuenta los recursos humanos y tecnológicos requeridos para cada nivel de atención.

- **Gestión de la Red Oncológica Nacional por un equipo multidisciplinario.**

La Red Oncológica tendrá un equipo gestor por cada una de las tres redes (Noroeste, Este y Sur) que serán los encargados de la coordinación. Contarán con apoyo técnico y logístico del nivel regional y central.

- **Las metas de desempeño de la Red Oncológica serán evaluadas según indicadores de calidad y eficiencia y seguirá un modelo de mejoramiento continuo de la calidad.**

Se enfatizará en la oportunidad de acceso al primer nivel, a los estudios diagnósticos de apoyo y a la referencia al segundo y tercer nivel; en la atención interdisciplinaria, las acciones costo-efectivas, la seguridad en la atención y la equidad en el acceso. Ejemplos: cirugías realizadas en el nivel correspondiente, oportunidad para la toma de citologías, biopsias y mamografías.

- **La Red Oncológica será revisada de forma progresiva según prioridades establecidas.**

La revisión de la red requerirá la elaboración de guías y normas de atención, uso del sistema de información, capacitación, intercambio de información e indicadores de seguimiento y evaluación del desempeño de la red. En forma prioritaria se trabajará con cáncer de mama, cérvix uterino, estómago, próstata y colon.

- **Se implementarán redes horizontales de atención del cáncer con el fin de potenciar la utilización de los recursos disponibles.**

Se promoverá compartir recursos entre las áreas de salud y hospitales periféricos; como por ejemplo laboratorios, imágenes y servicios de especialistas. Para ello se tomarán en cuenta las subredes, formadas por varias áreas, así como los recursos disponibles en el segundo y el tercer nivel de atención para la atención del cáncer.

- **Asignación de recursos en la Red Oncológica.**

La asignación de recursos se llevará a cabo de forma tal que se promueva el ordenamiento de la red según las necesidades de salud locales, la accesibilidad a los

servicios, las particularidades epidemiológicas de los diferentes tipos de cáncer y bajo pautas de la atención oportuna y de calidad.

- **La estructura de la Red Oncológica se basa en los principios del modelo de atención integral para los tres niveles de atención.**

El Área de Salud es la puerta de entrada de los usuarios a la Red Oncológica, se apoya a su vez en el segundo y tercer nivel formado por clínicas mayores, hospitales periféricos, regionales y nacionales.

- **La operación de la red será facilitada por medio de la tecnología de comunicación.**

Por medio de los recursos de comunicación disponibles en la institución (telemedicina y teleconferencia) será posible la comunicación entre los equipos de salud con profesionales especializados del área oncológica con el fin de mejorar la oportunidad y calidad de la atención.

4 Descripción del proyecto

4.1 Justificación

La justificación del proyecto radica en el hecho de que el cáncer es la segunda causa de muerte en Costa Rica y ocasiona más del 20% de todas las muertes. Aunado a que las tasas de incidencia muestran un aumento del 40% desde 1990 hasta la fecha y se estima que en el 2010 se diagnosticarán alrededor de 11000 personas con neoplasias malignas.

Ante el aumento de la demanda se plantea la necesidad de incrementar la capacidad resolutive institucional en lo que respecta a la atención integral del cáncer en los tres niveles de atención de la red de salud; con el fin de brindar servicios oportunos y accesibles a toda la población.

El proyecto plantea el fortalecimiento de las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; focalizando la atención en los tipos de cáncer que provocan más casos y muertes entre la población y en las Áreas de Salud del país con mayor incidencia y mortalidad.

Adicionalmente, para el uso más eficiente de los recursos disponibles en la CCSS, el proyecto tiene como uno de sus objetivos reforzar la organización y el funcionamiento de la Red Oncológica, fundamentada en los valores de asociación, cooperación, énfasis en la calidad y convirtiendo al paciente en el centro de la red de servicios.

El proyecto y específicamente el fortalecimiento de la atención integral del cáncer, es pertinente con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción prioritarias, definidas por la institución y el Sector Salud para el período 2007-2012; contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016, Una CCSS renovada hacia el 2025, Políticas Institucionales 2007-2012, Plan Estratégico Institucional 2007-2012; según se describe en los antecedentes del presente documento.

4.2 Alcance

La información epidemiológica disponible permite precisar con bastante detalle los tumores malignos más comunes, y las zonas del país donde se presentan con mayor frecuencia. De esta manera se puede identificar de forma precisa cuál es la población meta de los proyectos con el fin de lograr un impacto mayor en la reducción de la incidencia y mortalidad.

En función de lo anterior se define el alcance del proyecto con énfasis en los cánceres prioritarios y en las áreas de salud con tasas de incidencia y mortalidad más altas, y el fortalecimiento de todos los componentes de la atención integral: promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

4.3 Objetivo

4.3.1 Objetivo general

"Fortalecer la atención integral de los cánceres prioritarios en el país mediante el aumento de la capacidad resolutive de la red oncológica de la CCSS, en promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos".

4.3.2 Objetivos específicos

- Desarrollar un sistema de gestión de la red oncológica que permita orientar la toma de decisiones dirigidas al mejoramiento de la atención integral del cáncer
- Mejorar la capacidad de atención del paciente oncológico mediante la implementación de un plan integral de capacitación, formación y sensibilización del recurso humano de la red oncológica
- Desarrollar guías de atención para la atención integral de los cánceres prioritarios con el fin de asegurar una atención oportuna y de calidad en toda la red de servicios.
- Desarrollar un centro de investigación y de diagnóstico de alta complejidad para la atención integral del cáncer de manera que se asegure una atención oportuna y de calidad en toda la red de servicios.
- Fortalecer la atención de los cánceres prioritarios en las áreas de salud con alto riesgo mediante la implementación de instancias especializadas, el tamizaje y dotación de la infraestructura y equipamiento requeridos.
- Promover estilos de vida saludable para la prevención del desarrollo del cáncer en las personas, que favorezcan el empoderamiento, individual y colectivo y se traduzcan en un impacto positivo en la salud.

- Fortalecer el diagnóstico temprano y tratamiento mediante la dotación de la infraestructura y equipamiento en la red de servicios y los centros de referencia nacional
- Fortalecer la rehabilitación y los cuidados paliativos.

4.4 Estrategia

El presente proyecto parte del concepto de que el tratamiento es más efectivo cuando la enfermedad se diagnostica en las primeras fases de su desarrollo, al inicio de los síntomas o, si es posible, antes del desarrollo de los síntomas cuando está localizada en el órgano de origen, sin invasión de los tejidos vecinos ni a distancia.

En consecuencia este proyecto enfatiza en la prevención y en la detección temprana del cáncer como una de sus estrategias de abordaje del problema. Así como, en el abordaje de red en busca de un uso más eficiente de los recursos, una atención de mejor calidad y mayor satisfacción del usuario.

Los conocimientos actuales sobre las causas del cáncer y las intervenciones preventivas y terapéuticas son muy vastos. Por control del cáncer se entienden las medidas de salud pública destinadas a poner en práctica esos conocimientos. Ello incluye la aplicación sistemática y equitativa de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer basadas en datos científicos.

4.4.1 Prevención

Cerca de un tercio de los casos de cáncer podrían evitarse mediante la aplicación de estrategias preventivas destinadas a reducir la exposición a los factores de riesgo del cáncer incluyendo entre otros:

- Cambios en el consumo de tabaco y alcohol
- Promover el consumo de una alimentación saludable
- Promoción de la actividad física
- Control de los riesgos laborales
- Entornos saludables
- Reducción y protección de la exposición a la luz solar

4.4.2 Diagnóstico Temprano

Otro tercio de los casos podrían curarse gracias a su detección temprana y tratamiento adecuado. La detección temprana del cáncer se basa en la observación de que el tratamiento es más eficaz cuando el cáncer se detecta oportunamente. Por tal razón, el objetivo consiste en detectar el cáncer mientras está localizado. Los programas de detección temprana del cáncer tienen dos componentes:

- El diagnóstico temprano, basado en la educación del paciente y de los profesionales de la salud para que reconozcan signos y síntomas tempranos del cáncer y su rápido tratamiento.
- El tamizaje que consiste en la identificación, dentro de la población sin síntomas, de las personas con cáncer incipiente o lesiones pre cancerosas mediante la realización de pruebas de detección (tamizaje) antes de que aparezcan los primeros signos. Entre esas pruebas se encuentran, por ejemplo, la mamografía y la citología, para detectar el cáncer de mama y cuello del útero, respectivamente.

Es muy importante mencionar que estas estrategias de detección temprana pueden reducir la mortalidad por cáncer solamente si están integradas a una estrategia global que incluye el diagnóstico, el tratamiento de la afección detectada y el seguimiento de los pacientes a largo plazo.

4.4.3 Enfoque de Red

Las redes de prestación de servicios de salud son una alternativa de solución a los problemas de fragmentación y la falta de oportunidad en la atención, así como un medio para cumplir con el objetivo de la excelencia en la calidad de los servicios. Son a su vez una forma organizativa para garantizar la continuidad de la atención al ubicar al usuario como centro de los servicios.

Es por ello que la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con una red de servicios de salud que está estructurada por niveles de atención, con el soporte de un sistema de referencia y contra referencia entre las distintas unidades del sistema, con relaciones de mutua colaboración, que busca asegurar la continuidad de la atención de los usuarios, haciendo el mejor uso de los recursos.

El Primer Nivel de Atención es brindado por los equipos básicos de atención integral. El segundo nivel de atención, brindará apoyo al anterior, ofreciendo intervenciones ambulatorias y hospitalarias con especialidades básicas. Finalmente el tercer nivel de atención provee servicios ambulatorios y de internamiento en todas las especialidades.

El sistema de salud de la CCSS lo conforman tres redes de servicios de salud, las cuales anteriormente asumían el nombre del hospital nacional de referencia, a saber Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia y Hospital México, y desde el 4 diciembre del 2008, en la sesión 8304, artículo 7 de Junta Directiva de la CCSS, se aprueba el documento denominado "Clasificación de las Áreas de Salud de acuerdo con su complejidad y propuesta a largo plazo" se aprueba la denominación de red Noroeste, Este y Sur. En el **anexo 1** se presentan los establecimientos que conforman cada red y su ubicación a lo largo de todo el país.

La importancia de la organización en red radica en el cambio de valores, fundamentado en los valores de asociación, cooperación y énfasis en la calidad. El uso más eficiente de los recursos disponibles es un elemento primordial en la organización en red.

La atención de pacientes con cáncer debe caracterizarse por el trabajo en red aprovechando la fortaleza mediante la cual la CCSS ha desarrollado servicios con diferentes grados de especialización y establecido acciones coordinadas en la red de servicios, con la finalidad de brindar mejor atención médica a los pacientes, indistintamente de su lugar de procedencia.

- La institución dispone a lo largo y ancho de todo el país de una extensa red de servicios compuesta 954 Equipos Básico de Atención Integral, 104 Áreas de Salud, además dispone de hospitales periféricos y regionales que incluyen 20 centros de atención estratégicamente ubicados por todo el país, 3 hospitales nacionales y 4 especializados.
- El Hospital México ha desarrollado un Centro de Radioterapia de alta complejidad que incluye: acelerador lineal, braquiterapia de alta tasa, cobaltoterapia y terapia superficial. Así mismo, dispone de servicios de Medicina Nuclear y de Quimioterapia.
- El Hospital Calderón Guardia, por su parte, dispone de un Servicio de Oncología con cirugía oncológica y quimioterapia que, a pesar de sus grandes limitaciones, debido a la pérdida de camas con el incendio del hospital, presta servicio con 17 camas dedicadas a la cirugía oncológica.
- El Hospital San Juan de Dios dispone de un servicio de Hemato-Oncología, un servicio de Radioterapia que cuenta con Cobaltoterapia y un servicio de Medicina Nuclear. El

Servicio de Oncología es el más grande del país con un total de 95 camas dedicadas a la atención de pacientes con cáncer, actualmente todas en funcionamiento.

- El Hospital de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, se integra dentro de esta red como unidad especializada en el tratamiento integral de todos los niños con cáncer en el país. Cada año el hospital recibe cerca de 165 niños con cáncer, casos nuevos. La tercera parte de esta cifra corresponde a niños con leucemia aguda, siguiéndole tumores y linfomas. En la actualidad el servicio cuenta con 33 camas donde se hospitalizan 1100 niños al año, con diez cubículos en el área de consulta externa que, como hospital de día, administra 6500 quimioterapias al año. Se cuenta con recurso humano especializado de 4 hematólogos 2 oncólogos, enfermeras con entrenamiento en cáncer, 2 psicólogas, 2 trabajadoras sociales, y 2 farmacéuticas con entrenamiento en cáncer. Además cuenta con un laboratorio especializado en hematología, citogenética, y biología molecular. Alrededor de 50 niños por año requieren tratamiento de quimioterapia. Este Hospital dispone de un albergue de 12 dormitorios para recibir a niños y sus familiares de todo el país, que requieran recibir tratamiento en el hospital.
- En el Hospital Max Peralta de Cartago se encuentra el Centro de Cáncer Gástrico, altamente especializado en el diagnóstico y estadiaje de esta patología. Donde además, se brinda formación y capacitación a médicos de todo el país en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico.

De esta manera, la Red Oncológica Nacional dispone actualmente en los hospitales nacionales de un total de 145 camas dedicadas exclusivamente a la atención de pacientes con cáncer. Adicionalmente, los hospitales nacionales, regionales y periféricos dedican un porcentaje importante de sus camas a la atención de esta patología.

Estas unidades especializadas, con personal altamente capacitado, se pretenden fortalecer en los próximos años con el presente proyecto.

El presente proyecto es una propuesta para el fortalecimiento de esta red, mejorando su gestión para hacerla más eficiente, fortaleciendo la capacidad resolutive de los hospitales nacionales y regionales para el diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer y mejorando sustancialmente los recursos existentes en la red y las coordinaciones internas para un óptimo funcionamiento y aprovechamiento de los recursos.

El proyecto se complementa con la conformación de los Departamentos de Oncología en los Hospitales Nacionales, que propone actualmente la Gerencia Médica y la conformación de un

Consejo Oncológico Institucional como instancia asesora. Esta propuesta está pendiente de aprobación por la Junta Directiva.

4.4.4 Enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente

La organización de un programa de lucha contra el cáncer es un proceso complejo y difícil. El diagnóstico del cáncer es una situación complicada para el paciente y familia. Las posibilidades de curación o el control de la enfermedad están claramente relacionados con la oportunidad y la calidad del tratamiento y para ello es necesaria una estrategia de abordaje multidisciplinario que permita enfrentar todos los ángulos de la situación.

El tratamiento multidisciplinario consiste en la estrecha colaboración de diferentes grupos de especialistas en las áreas de la oncología clínica, oncología quirúrgica, radioterapia, medicina nuclear, enfermería, patología, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, terapia física, psicología, nutrición, trabajo social, cuidado paliativo y manejo del dolor.

Por otra parte, es un enfoque centrado en el paciente. El paciente es el centro de la red oncológica y todos los esfuerzos se dirigen a brindar un servicio oportuno, de calidad y sensible al usuario de los servicios y su familia. Cuando el paciente accede a la red de servicios desarrolla vínculos solidarios con profesionales responsables que asumen su caso y lo acompañan en el proceso de atención en los diferentes niveles de complejidad que componen la red oncológica; tomando en cuenta las necesidades del paciente y participándolo de la estrategia de intervención con el fin de respetar sus derechos y sus consideraciones personales.

4.4.5 Focalización

Hoy día se dispone de suficiente información epidemiológica que permite precisar con bastante detalle cuáles son los tumores malignos más comunes y cuales zonas del país presentan mayor riesgo de sufrir un tipo de terminado de cáncer. Para los efectos de este documento estas zonas son las que se denominan áreas de salud de alto riesgo.

En las mujeres 6 tipos de tumores: mama, estómago, colon, cérvix, pulmón y páncreas son responsables del 61% de la mortalidad por cáncer en el periodo 1995-2004. Por su parte, en los hombres el 61% de las muertes por cáncer en ese mismo periodo la constituyen el cáncer de estómago, próstata, pulmón, colon, hígado y páncreas. Por otro lado, se sabe como resultado de la información epidemiológica que el cáncer de mama afecta fundamentalmente mujeres residentes en el Área Metropolitana mientras que el cáncer de cérvix afecta con mayor severidad a las mujeres que residen en la provincia de Limón y los cantones fronterizos norte y sur.

De esta manera se puede identificar de una manera muy precisa cuál es la población meta del proyecto con el fin de lograr un impacto mayor en el cumplimiento de objetivos y metas de este proyecto.

Con el fin de mejorar la atención integral del cáncer en la red oncológica de la CCSS se proponen acciones (subproyectos) dirigidos al fortalecimiento de la gestión de la red de servicios de salud y el incremento de la capacidad resolutive en promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Se consideran los cinco elementos de la atención integral, para cada una de las cuales se formulan subproyectos tendientes a incrementar la capacidad resolutive. Cada subproyecto considera la gestión de la red, así como los recursos humanos, el equipamiento y la infraestructura necesarios para su implementación.

4.5 Subproyectos

El Proyecto tiene dos áreas de intervención claramente definidas en las cuales se enmarcan los subproyectos y las actividades a realizar. Los subproyectos identificados tienen como fin complementarse entre sí para lograr un mejoramiento sustancial en la atención integral.

Cada proyecto conllevará una etapa inicial de planificación en la cual se desarrollaran los estudios técnicos pertinentes al tipo de producto esperado; en relación con los estudios de pre inversión que deberán desarrollarse en la etapa de planificación, como parte de los mismos y según la tipología y magnitud del proyecto, se incorporarán los análisis que identifiquen los beneficiarios esperados de los subproyectos. Entendiéndose que en este tipo de proyectos en los cuales está involucrado un servicio humano complejo como el de salud, los beneficios no son necesariamente expresados en unidades monetarias, sino que se relacionan más bien con su impacto en los niveles de salud, calidad de vida, vidas salvadas, objetivos sociales y otras variables cualitativas, todo lo anterior conforme con la normativa aplicable y las mejores prácticas de cada especialidad. Con base en los resultados de dichos estudios se delimitará el alcance de cada subproyecto y sus entregables. Es necesario hacer notar, que los subproyectos identificados en este documento, no se deben tomar como los únicos posibles y necesarios de realizar, así como que la evaluación de los resultados de cada subproyecto no debe analizarse individualmente, ya que forman parte de una cadena de soluciones posibles para poder atender a los pacientes del cáncer de forma integral, tal cual es el cometido de este proyecto.

Seguidamente se describe la estructura del proyecto con los objetivos específicos de las áreas de intervención y los subproyectos que los integran, el detalle se puede ver en el **anexo 2**.

A. Área de Intervención: Gestión de la Red Oncológica para la atención integral del cáncer

Objetivo Específico:

Mejorar la operación, la coordinación y la articulación de la red oncológica mediante la dotación de herramientas de gestión y coordinación para brindar servicios oportunos y de calidad a los usuarios.

Se pretenden que los subproyectos de esta área de intervención se orienten a garantizar un mejor acceso y transcurso fluido del paciente en la red de servicios para que obtenga la

atención requerida con mayor oportunidad y calidad respecto a las condiciones actuales. Los subproyectos que componen la gestión de la red oncológica son:

A.1 Desarrollar Observatorio de la Red Oncológica:

Objetivo Específico A.1: Desarrollar un observatorio que permanentemente monitoree el funcionamiento de la Red Oncológica y oriente la toma de decisiones dirigidas al mejoramiento de la atención integral del cáncer.

A.2 Desarrollar el Recurso Humano de la Red Oncológica:

Objetivo Específico A.2: Mejorar la capacidad de atención del paciente oncológico mediante la implementación de un plan integral de dotación, capacitación, formación y sensibilización del recurso humano de la red oncológica.

A.3 Desarrollo e implementación de guías clínicas para la atención integral de los cánceres prioritarios.

Objetivo Específico A.3: Desarrollar guías de atención para la atención integral de los cánceres prioritarios con el fin de asegurar una atención oportuna y de calidad en toda la red de servicios.

A.4 Desarrollar un Centro de Investigación y Diagnóstico del Cáncer

Objetivo Específico A.4: Desarrollar un Centro de Investigación y de Diagnóstico del Cáncer que permita la generación del conocimiento para mejorar la calidad de la atención del cáncer.

B. Área de Intervención: Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la CCSS

Objetivo Específico: Fortalecer la atención integral de los cánceres prioritarios mediante la intervención en las áreas de salud de alto riesgo y el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento en la red oncológica.

B.1 Fortalecer la atención de los cánceres prioritarios en las áreas de salud de alto riesgo.

Objetivo Específico B.1: Fortalecer la atención de los cánceres prioritarios en las áreas de salud de alto riesgo mediante la implementación de instancias especializadas, el tamizaje y la dotación de la infraestructura y el equipamiento requeridos.

Los componentes de este subproyecto son:

B.1.1 Fortalecimiento de la atención cáncer mama en las áreas de salud de alto riesgo mediante la implementación de clínicas de mama, fortalecimiento del tamizaje y la implementación de servicios de mamografía.

B.1.2 Fortalecimiento de la atención del cáncer cérvix en áreas de salud alto riesgo mediante la implementación de clínicas de patología cervical, fortalecimiento del tamizaje y la actualización tecnológica del Laboratorio Nacional de Citología.

B.1.3 Fortalecimiento de la atención cáncer gástrico, colón y próstata en áreas de alto riesgo mediante la dotación de equipamiento, fortalecimiento de la detección temprana y la formación y capacitación de funcionarios para esos tipos de cáncer.

B.2 Promoción de estilos de vida saludable

Objetivo Específico B.2: Promover estilos de vida saludable para prevenir el desarrollo del cáncer en las personas

B.3 Fortalecimiento de la infraestructura y el equipamiento para la atención integral del cáncer en la red de servicios

Objetivo Específico B.3: Fortalecer el diagnóstico temprano y tratamiento mediante la dotación de la infraestructura y equipamiento en la red de servicios y los centros de referencia nacional.

Los componentes de este subproyecto son:

B.3.1 Equipamiento para el Diagnóstico y Tratamiento en la Red

B.3.2 Infraestructura y Equipamiento para los Hospitales Nacionales y especializados.

Los subproyectos son:

B3.2.1 Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia Hospital México

B3.2.2 Equipamiento e Infraestructura para el Servicio de Radioterapia Hospital San Juan de Dios

B3.2.3 Equipamiento e Infraestructura para el Servicio de Oncología Hospital Calderón Guardia

B3.2.4 Servicio de Resonancia Magnética (con ampliación)

B.3.2.5 Implementación del Servicio de Tomografía por Emisión de Positrones

B.3.2.6 Adquisición de equipo especializado para el Hospital Nacional de Niños

B.3.2.7 Adquisición de equipo especializado para el Hospital de las Mujeres

B.4 Fortalecimiento de la rehabilitación

Objetivo Específico B.4: Mejorar la calidad de vida de las pacientes con mastectomía mediante un proceso integral de rehabilitación.

B.5 Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos

Objetivo Específico B.5: Mejorar la atención integral del paciente en cuidado paliativo por cáncer.

B.5.1 Construcción y Equipamiento de la Centro Nacional para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos

4.6 Factores clave de éxito del proyecto

Se consideran factores clave de éxitos aquellas condiciones presentes en el entorno actual del proyecto que permitieron su formulación y deben mantenerse durante el desarrollo del mismo para garantizar su ejecución y conclusión satisfactoria conforme con los objetivos planteados.

Se identifican los siguientes factores claves de éxito:

1. Disponibilidad de recursos provenientes de la Ley 8718
2. Disponibilidad de recursos de la contrapartida institucional.
3. Compromiso y apoyo de las Autoridades Superiores hacia el proyecto y sus componentes.
4. Consolidación de la organización del proyecto y de las unidades de proyecto responsables de la gestión de cada una de las actividades necesarias para el cumplimiento del proyecto.
5. Coordinación y compromiso intergerencial para lograr un trabajo conjunto en función de del cumplimiento de los objetivos del proyecto.

5 Organización del Proyecto

5.1 Estructura funcional

El desarrollo del proyecto se inserta en la organización funcional de la CCSS con orientación hacia la administración profesional de proyectos. Con este fin se establece una Dirección Ejecutiva del Proyecto responsable de la dirección y coordinación del mismos, sus subproyectos y entregables, la cual estará adscrita a la Gerencia Médica.

La Dirección Ejecutiva del Proyecto será responsable de desarrollo, control y fiscalización del Proyecto. Ésta monitoreará permanentemente el avance de los diferentes componentes y alertará sobre la necesidad de implementar medidas correctivas para cumplir con el objetivo del proyecto en los plazos, costos y alcance determinados. La Dirección Ejecutiva la ejercerá un Director Ejecutivo designado por la Gerencia Médica.

Cada instancia responsable reportará al Director Ejecutivo. Éste deberá mantener la información integrada y actualizada durante todo el plazo de ejecución del proyecto. La Dirección Ejecutiva reportará mensualmente a la Gerencia Médica y ésta a su vez trimestralmente al Consejo de Gerentes y Presidencia Ejecutiva. Se presentará un informe semestral a la Junta Directiva y Contraloría General de la República.

Se establecerá un Consejo Oncológico Institucional el cual tiene la función de asesorar a las diferentes instancias gestoras del proyecto en el tema médico oncológico específicamente.

Además la Gerencia Médica elabora una propuesta de departamentalización del área oncológica de los hospitales nacionales; las jefaturas de estos departamentos se incorporarán al Consejo Oncológico Institucional, ésta pendiente de la aprobación de la Junta Directiva.

5.2 Roles y Responsabilidades

Con la finalidad de cumplir con los objetivos trazados, se establecen los siguientes roles y responsabilidades dentro del equipo del proyecto:

Junta Directiva: Establece los lineamientos de política para el desarrollo del presente proyecto, con los acuerdos que se dan desde el 18 de mayo y subsiguientes. Además, debe aprobar el proyecto para su envío a la Contraloría General de la República.

Presidencia Ejecutiva: Elevar la propuesta de proyecto a la Junta Directiva y realizar la coordinación general para la elaboración del plan del proyecto. Mantener informado sobre el avance del proyecto a la Junta Directiva y a la Contraloría General de la República.

Gerencia Médica: Delimitar el alcance de los subproyectos, gestionar hacia las unidades de sus estructura interna la identificación de necesidades en infraestructura y equipamiento para la atención al cáncer, manteniendo coherencia en la Red.

Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: Gestionar la dotación de Infraestructura y Equipamiento conforme con los requerimientos establecidos por la Gerencia Médica y en apego a lo que establece la normativa institucional.

Gerencia Administrativa: Coordinación de recursos humano de acuerdo con la política de empleo establecida por Junta Directiva de la institución.

Gerencia de Pensiones: En coordinación con la unidad de salud que ha dado tratamiento al paciente, la Dirección de Calificación de la Invalidez, estudia el otorgamiento o no de la pensión por invalidez, cuando el caso lo amerite.

Gerencia Financiera: Facilitar la asignación de los recursos financieros requeridos como contraparte institucional, apoyar la gestión financiero-contable de las Unidades Ejecutoras responsables de los subproyectos y entregables. Mantener los recursos financieros del proyecto, transferidos en cumplimiento de lo establecido en el Transitorio III de la Ley 8718 en una cuenta contable, presupuestaria y bancaria separada; destinar los fondos transferidos al proyecto, exclusivamente al fortalecimiento de la Red Oncológica.

Gerencia de Logística: Compra y distribución de los medicamentos antineoplásicos.

Hospitales y Áreas de Salud. Las unidades de salud atendiendo la normativa institucional, deben presentar la solicitud expresa de equipos, infraestructura y recursos humanos necesarios para implementar las actividades establecidas en el presente proyecto. Además, son responsables de la implementación de las acciones que correspondan según su nivel de complejidad para lograr los objetivos del proyecto.

Consejo Oncológico Institucional. Asesorar en temas oncológicos a las instancias técnicas; para el uso mas eficiente y efectivo de los recursos con el fin de propiciar la disminución del impacto de esta patología en la salud del país, orientado al logro de servicios con criterio de oportunidad y calidad para los usuarios.

Dirección Ejecutiva del Proyecto: Estará adscrita a la Gerencia Médica y dispondrá de un Director Ejecutivo designado por ésta y se le asignará el personal necesario para el cumplimiento de sus funciones. Durante el período de vigencia del proyecto el Director Ejecutivo ejercerá las siguientes funciones:

Es responsable de su implementación, desarrollo, control, fiscalización y evaluación del Proyecto. Representar el proyecto ante las partes interesadas; planear, programar y aplicar controles para asegurar la correcta ejecución del proyecto; mantener informadas a las partes interesadas; vigilar y coordinar para que el proyecto se ejecute en las diferentes instancias de la organización de acuerdo con lo planeado y conforme con el marco normativo aplicable al tipo de productos esperados; monitorear riesgos al cumplimiento de los objetivos del proyecto; someter a aprobación y tener registros de los cambios, modificaciones y ajustes del proyecto, comunicar a los niveles jerárquicos superiores para que resuelvan los problemas que afecten el cumplimiento de los objetivos; integrar la información de las instancias que desarrollan los componentes del proyecto; tomar las acciones necesarias para resolver oportunamente los problemas y obstáculos que se presenten; gestionar recursos financieros, monitorear y dar seguimiento a las actividades del proyecto; evaluar el avance durante la vigencia del mismo; gestionar la liquidación, cierre técnico y evaluación final, documentar los resultados obtenidos.

Unidad de Proyecto Red Oncológica de la Dirección de Administración de Proyectos de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: Su principal tarea consiste en diseñar y ejecutar los proyectos de infraestructura del proyecto; así como, gestionar la adquisición de equipos para el fortalecimiento de la red en apego al Plan de Proyecto y el marco normativo vigente.

CENDEISS: Elaborar e implementar el plan de formación y capacitación del recurso humano que tiene relación con la atención del cáncer y el nuevo personal requerido para la implementación del proyecto.

Las funciones del Director del proyecto se matendrán hasta el cierre técnico del proyecto incluyendo la liquidación y evaluación final.

Dirección de Red de Servicios de Salud: Coordinar con el proyecto lo concerniente al desarrollo de la red oncológica en el marco de la estrategia global de desarrollo de la red de servicios de salud de la institución. Brindar apoyo al proyecto a través de la estructura organizacional de regiones.

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud: apoyar y asesorar al proyecto para el desarrollo de las guías clínicas y la implementación de los subproyectos en las áreas de su competencia.

Coordinación Técnica del Cáncer de la Gerencia Médica. Suministrar el apoyo técnico en el área oncológica, mediante el aprovechamiento de la estructura funcional y organizacional establecida en la Institución, para el desarrollo y el cumplimiento efectivo de las estrategias, políticas, planes y proyectos definidos por la Gerencia Médica y el Consejo Oncológico Institucional, tendientes a lograr la atención integral del cáncer. Coordinar la asignación de actividades hacia lo interno de la Gerencia Médica.

5.3 Partes Interesadas

Las partes interesadas se refieren a todos aquellos actores externos a la CCSS, que de alguna u otra forma se beneficiarían con el proyecto o podrían aportar al mejoramiento del proyecto y las propuestas mediante su revisión y análisis. Se identifican las siguientes partes interesadas: población de Costa Rica, Contraloría General de la República, Defensoría de los Habitantes, Ministerio de Salud, Juntas de Salud, Asociaciones de pacientes con cáncer, ONG de pacientes de cuidados paliativos, Asociaciones de la Sociedad Civil, Organizaciones sociales, Cooperativas Médicas, Hospitales y Clínicas Médicas Privadas, entre otros.

6 Plan de Ejecución del Proyecto

El plan de ejecución presenta para cada subproyecto los entregables, las instancias responsables del desarrollo de cada entregable y los plazos preliminares definidos para su conclusión.

La asignación de responsables se realiza a nivel macro, según las instancias ejecutoras del organigrama del proyecto presentado en el capítulo anterior; éstas se encargaran de conformar equipos de trabajo multidisciplinarios y multigerenciales responsables del desarrollo de los entregables.

Los plazos de ejecución se cuantifican en años a partir del cumplimiento de las condiciones previas necesarias para el inicio formal del proyecto. Una vez aprobado el proyecto se establece un plazo de tres meses para reunir las condiciones previas necesarias para la gestión del proyecto. Se consideran las siguientes condiciones previas:

- Asignación formal del Director del proyecto, encargado de realizar la Coordinación General.
- Asignación formal de roles y responsabilidades a las instancias responsables de gestionar un subproyecto o entregable.
- Comunicación formal de responsabilidades de los insumos esperados de otras instancias participantes de la organización.
- Transferencia de los recursos provenientes de la Ley 8718, y su programación presupuestaria.

El plazo del proyecto incluye las diferentes etapas del ciclo de vida de los proyectos entre las que están: formulación y planificación, diseño, ejecución y entrega de los productos. En la siguiente tabla se presentan los planes de ejecución preliminares, según áreas de intervención. La simbología utilizada es Gerencia Médica (GM), Gerencia de Infraestructura y Tecnologías (GIT), Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO), Coordinación Técnica del Cáncer (CTC), Unidad de Proyecto Red Oncológica (UPRO), Unidad de Salud responsable (USR), Laboratorio Nacional de Citología (LNC), Dirección de Comunicación Institucional (DCI).

Tabla 6. Plan de ejecución de la Gestión de la Red Oncológica para la Atención Integral del Cáncer

PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS											
A	GESTIÓN DE LA RED ONCOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CANCER										
SUB PROYECTO		ENTREGABLES		RESPONSABLES	PLAZO DE DESARROLLO (AÑO)						
					1	2	3	4	5	6	7
A.1	DESARROLLAR EL OBSERVATORIO DE LA RED ONCOLÓGICA	A.1.1	Diseño e Implementación del Observatorio	GM / GIT	10%	15%	25%	25%	25%		
A.2	DESARROLLAR EL RECURSO HUMANO DE LA RED ONCOLÓGICA	A.2.1	Formación del recurso humano necesario para gestión integral del cáncer en la institución	GM / CENDEISSS	10%	15%	25%	25%	25%		
		A.2.2	Capacitación recurso humano necesario para gestión integral del cáncer en la institución	GM / CENDEISSS	10%	15%	25%	25%	25%		
		A.2.3	Sensibilización de los funcionarios que laboran en los servicios de la C.C.S.S. Con el fin de brindar atención de calidad y calidez al usuario	GM / CENDEISSS	10%	15%	25%	25%	25%		
A.3	DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS CÁNCERES PRIORITARIOS	A.3.1	Elaboración de guía, según tipo de cáncer prioritario	GM / DDO / CTC	10%	15%	25%	25%	25%		
		A.3.2	Capacitación y sensibilización al personal médico sobre la aplicación de las guías	GM / DDO / CTC	10%	15%	25%	25%	25%		
A.4	CONSTRUIR EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER Y DOTARLO DE LOS RECURSOS NECESARIOS	A.4.1	Infraestructura y Equipamiento del CID incluye el Nuevo Laboratorio Nacional de Citología	GIT / UPRO	20%	20%	25%	19%	8%	8%	
		A.4.2	Dotación de Recurso Humano necesario	GM / CENDEISSS	Incluida en A.2						

Tabla 7. Plan de ejecución del Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la CCSS

B	FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN LA CCSS									
	SUB PROYECTO	ENTREGABLES	RESPONSABLES	PLAZO DE DESARROLLO (AÑO)						
				1	2	3	4	5	6	7
B.1	FORTALECER LA ATENCIÓN DE LOS CÁNCERES PRIORITARIOS EN ÁREAS DE SALUD DE ALTO RIESGO	B.1.1	Fortalecimiento de la Atención Cáncer Mama en las áreas de salud prioritarias							
		B.1.1.1	Implementación de Clínicas de Mama	GM / CTC / USR	10%	15%	50%	25%		
		B.1.1.2	Fortalecimiento del Tamizaje de mama	GM / CTC / USR	10%	15%	50%	25%		
		B.1.1.3	Construcción y Equipamiento Servicios de Mamografía	GIT / UPRO / USR	10%	15%	50%	25%		
		B.1.2	Fortalecimiento de la Atención del Cáncer Cérvix en áreas de salud prioritarias							
		B.1.2.1	Fortalecimiento del tamizaje para la detección temprana del cáncer de cervix	GM / CTC / USR	10%	15%	50%	25%		
		B.1.2.2	Actualización tecnológica del Laboratorio Nacional de Citologías	GM / CTC / USR	100%					
		B.1.3	Fortalecimiento de la Atención Cáncer Gástrico, Colón y Próstata en áreas de salud prioritarias							
		B.1.3.1	Dotación de Equipamiento para la Atención del Cáncer Gástrico, Próstata y Colón	GIT / UPRO	20%	37%	30%	13%		
		B.1.3.2	Fortalecimiento de la Detección Temprana y Tratamiento Oportuno de los Cánceres Gástrico, Colón y Próstata	GM / CTC / USR		10%	15%	50%	25%	
		B.1.3.3	Formación y Capacitación de Funcionarios para la Detección Temprana de Cáncer Gástrico, Próstata y Colón	GM / CENDEISS	Incluida en A.2					
B.2	PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	Promover Estilos de Vida Saludable para prevenir el desarrollo del cáncer en las personas		GM / DDS / DCI	10%	15%	25%	20%	10%	20%
B.3	FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EL EQUIPAMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN LA RED DE SERVICIOS	B.3.1	Equipamiento para el Diagnóstico y Tratamiento en la Red	GIT / UPRO / USR	30%	40%	30%			
		B.3.2	Infraestructura y Equipamiento para los Hospitales Nacionales y especializados	GIT / UPRO						
		B.3.2.1	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia Hospital México (HMX)	GIT / UPRO / HMX	25%	45%	17%	13%		
		B.3.2.2	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia HSJD	GIT / UPRO / HSJD	30%	27%	27%	6%	10%	
		B.3.2.3	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Oncología HCG	GIT / UPRO / HCG	10%	10%	18%	19%	26%	8%
		B.3.2.4	Proyecto de Resonancia Magnética (con ampliación)	GIT / DAPE / HCG	91%	9%				
		B.3.2.5	Implementación del Servicio de Tomografía por Emisión de Positrones	GM / GIT	10%	10%	18%	33%	12%	8%
		B.3.2.6	Adquisición de equipo especializado para el Hospital Nacional de Niños (HNN)	GIT / UPRO / HNN	70%	30%				
		B.3.2.7	Adquisición de equipo especializado para el Hospital de las Mujeres (HMJ)	GIT / UPRO / HMJ	70%	30%				
B.4	FORTALECIMIENTO DE LA REHABILITACIÓN	B.4.1	Rehabilitación de la paciente mastectomizada	GM / CTC / HMJ	10%	15%	25%	20%	10%	20%
B.5	FORTALECIMIENTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	B.5.1	Construcción y Equipamiento de la clínica Nacional del Dolor (CND) y Cuidado Paliativo	GIT / DAI / CND	20%	18%	19%	26%	8%	9%

La programación de las Tablas 6 y 7 son estimaciones preliminares de los plazos necesarios para el desarrollo de los subproyectos y sus entregables, la misma será ajustada conforme con la delimitación del alcance que se determine en la Etapa de Formulación y Planificación.

7 Plan Global de Inversiones del Proyecto

El plan global de inversiones presenta el costo estimado para el desarrollo de cada uno de los entregables del proyecto y el costo total para el fortalecimiento de la Red Oncológica. Además, se indican las fuentes de financiamiento según corresponda al aporte institucional o recursos provenientes de la Ley 8718 ó la Ley 8584.

Estos recursos no incluyen los gastos operativos anuales de la CCSS en el área del cáncer, según presupuesto ordinario, fondos que seguirán siendo aportados por la Institución en el Plan Anual Operativo. En la siguiente tabla se presenta el detalle de las inversiones.

Tabla 8. Plan Global de Inversiones

PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS						
SUB PROYECTO Ó ENTREGABLE			Fuente de Financiamiento			Costo estimado
			CCSS	Ley 8718	Ley 8584	
A.1	Desarrollar el Observatorio de la Red Oncológica		\$100.000	\$400.000		\$500.000
A.2	Desarrollar el recurso humano de la Red Oncológica		\$1.000.000	\$2.500.000		\$3.500.000
A.3	Desarrollar e implementación de guías clínicas para la atención integral de los cánceres prioritarios			\$100.000		\$100.000
A.4	Construir el centro de investigación y diagnóstico del cáncer y dotarlo de los recursos necesarios		\$35.000.000			\$35.000.000
B.1.1	B.1.1.1	Implementación de Clínicas de Mama		\$500.000		\$500.000
	B.1.1.2	Fortalecimiento del Tamizaje de mama		\$1.500.000		\$1.500.000
	B.1.1.3	Construcción y Equipamiento Servicios de Mamografía	\$3.331.100	\$3.500.000		\$6.831.100
B.1.2	B.1.2.1	Fortalecimiento del Tamizaje mediante citología cervical		\$600.000		\$600.000
	B.1.2.2	Actualización tecnológica del Laboratorio Nacional de Citologías		\$225.000		\$225.000
B.1.3	B.1.3.1	Dotación de Equipamiento para la Atención del Cancer Gástrico, Prostata y Colón		\$1.500.000		\$1.500.000
	B.1.3.2	Fortalecimiento de la Detección Temprana y Tratamiento Oportuno de los Cánceres Gastrico, Colón y Próstata		\$500.000		\$500.000
B.2	Promoción de Estilos de Vida Saludable			\$2.000.000		\$2.000.000
B.3.1	Equipamiento para el Diagnostico y Tratamiento en la Red			\$7.733.000		\$7.733.000
B.3.2	B.3.2.1	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia HMX	\$6.000.000	\$6.000.000		\$12.000.000
	B.3.2.2	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia HSJD	\$5.000.000	\$10.000.000		\$15.000.000
	B.3.2.3	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Oncología HCG	\$17.000.000	\$13.000.000		\$30.000.000
	B.3.2.4	Proyecto de Resonancia Magnética (con ampliación)	\$4.100.000	\$1.700.000		\$5.800.000
	B.3.2.5	Implementación del Servicio de Tomografía por Emision de Positrones	\$10.000.000			\$10.000.000
	B.3.2.6	Adquisición de equipo especializado para el Hospital Nacional de Niños		\$500.000		\$500.000
	B.3.2.7	Adquisición de equipo especializado para el Hospital de las Mujeres		\$200.000		\$200.000
B.4.1	Rehabilitación de la paciente con mastectomía			\$100.000		\$100.000
B.5.1	Construcción y Equipamiento de la clínica Nacional del Dolor y Cuidado Paliativo		\$6.250.000		\$8.750.000	\$15.000.000
Costo total preliminar del proyecto			\$87.781.100	\$52.558.000	\$8.750.000	\$149.089.100

La tabla anterior muestra una inversión total de \$149.089.100; de los cuales un 26% se utilizará para el fortalecimiento de la gestión de la red oncológica y un 74% para el fortalecimiento de la atención integral del cáncer. Respecto al financiamiento, un 55% de los recursos serán

aportados por la institución, un 35% son provenientes de la Ley 8718 y el restante 10% corresponde a la Ley 8584 que se utilizará para el fortalecimiento de los cuidados paliativos.

Es importante mencionar que la contrapartida institucional para el período 2009-2013 requerida para este proyecto se consideró e incluyó en el Plan Quinquenal de Inversión de Proyectos de Infraestructura y Tecnologías de la CCSS formulado por la Gerencia de Infraestructura y Tecnología y aprobado en el Artículo 1 de Sesión 8339 de la Junta Directiva celebrada el día 20 de abril del 2009. Los subproyectos que sobrepasen ese periodo serán considerados en la programación del siguiente periodo.

El detalle de cómo se invertirán los recursos provenientes del Transitorio III, de la ley 8718, se muestra a continuación.

Tabla 9. Inversión de los recursos provenientes de la Ley 8718

AREAS DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	MONTO
A.1	Desarrollar el Observatorio de la Red Oncológica	\$400.000
A.2	Desarrollar el recurso humano de la Red Oncológica	\$2.500.000
A.3	Desarrollo e implementación de guías clínicas	\$100.000
B.1.1.1	Implementación de Clínicas de Mama	\$500.000
B.1.1.2	Fortalecimiento del tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama	\$1.500.000
B.1.1.3	Construcción y Equipamiento Servicios de Mamografía	\$3.500.000
B.1.2.1	Fortalecimiento del tamizaje para la detección temprana del cáncer de cervix	\$600.000
B.1.2.2	Actualización tecnológica del Laboratorio Nacional de Citologías	\$225.000
B.1.3.1	Dotación de Equipamiento para la Atención del Cáncer Gástrico, Prostata y Colon	\$1.500.000
B.1.3.2	Fortalecimiento de la Detección Temprana y Tratamiento Oportuno de los Cánceres Gástrico, Colon y Próstata	\$500.000
B.2	Promoción de Estilos de Vida Saludable	\$2.000.000
B.3.1	Equipamiento para el Diagnóstico y Tratamiento en la Red	\$7.733.000
B.3.2.1	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia Hospital México	\$6.000.000
B.3.2.2	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Radioterapia Hospital San Juan de Dios	\$10.000.000
B.3.2.3	Equipamiento e Infraestructura Servicio de Oncología Hospital Calderón Guardia	\$13.000.000
B.3.2.4	Proyecto de Resonancia Magnética (con ampliación)	\$1.700.000
B.3.2.6	Adquisición de equipo especializado para el Hospital Nacional de Niños	\$500.000
B.3.2.7	Adquisición de equipo especializado para el Hospital de las Mujeres	\$200.000
B.4.1	Rehabilitación de pacientes con mastectomía	\$100.000
	Total	\$52.558.000

8 Seguimiento y Evaluación del Proyecto

El seguimiento se realizará periódicamente en cada una de las instancias responsables de las actividades; además, del seguimiento que realizará la Coordinación General del Proyecto. Para ello se seguirán los estándares de la administración profesional de proyecto y las normas específicas de control interno para la gestión de proyectos de inversión.

8.1 Indicadores

Para cada entregable o subproyecto se establecen indicadores de proceso y resultado. Los indicadores de proceso tienen como objetivo medir el avance de las actividades necesaria para el alcance de los entregables de los subproyectos. Estos indicadores permiten además el establecimiento de metas y el monitoreo periódico del proyecto. Los indicadores de resultado tienen como finalidad evaluar el aporte de cada actividad al objetivo planteado. Los indicadores por subproyecto o entregables se detallan en la matriz del **anexo 3**.

8.2 Informes de Avance

La Dirección Ejecutiva del proyecto entregará un informe trimestral a la Gerencia Médica. Este informe integrará el informe mensual que entregará cada una de las instancias responsable de un sub-proyecto o entregable.

Este informe será elevado trimestralmente al Consejo de Presidencia Ejecutiva, con el fin de que cada Gerencia implemente, en caso de que se requiera, las acciones correctivas necesarias para el cumplimiento de los objetivos conforme con el alcance, plazo y costos aprobados.

Para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 8718 y dar seguimiento al avance del proyecto, la Presidencia Ejecutiva entregará cada seis meses un Informe de Avance a la Junta Directiva, del cual se remitirá copia a la Contraloría General de la República.

Con base en estos informes y si las condiciones lo justifican, se podrá sugerir a la Junta Directiva aprobar ajustes al proyecto, a partir de los resultados parciales de su implementación y los cambios del entorno.

8.3 Minutas o Actas de reunión

Todas las actividades que realicen las instancias responsables y en las cuales se tomen decisiones que determinen el alcance de los subproyectos o sus entregables deberán ser registrados mediante una minuta o acta reunión en la cual se registre: fecha, acuerdos y participantes. Estos registros se integrarán al expediente del proyecto.

8.4 Proceso entrega y aceptación de los productos

Los estudios que se desarrollarán en la etapa de planificación de cada componente determinan el alcance de los subproyectos y entregables. Cualquier modificación deberá quedar debidamente registrada ya que el alcance definido determina los parámetros para la entrega y aceptación de los productos esperados.

Al final de cada proceso se deberá registrar el análisis realizado para determinar el cumplimiento de lo especificado. Lo anterior se registrará en un acta de entrega y recepción.

8.5 Administración de la Comunicación

Como parte de las acciones necesarias para el éxito del proyecto se requiere generar, recopilar, distribuir, almacenar y recuperar la información del proyecto en tiempo y forma, de tal forma que las personas claves involucradas en la ejecución del proyecto puedan coordinar y sincronizar las actividades programadas.

Las comunicaciones exitosas se lograrán identificando los requerimientos de información de los diferentes usuarios, las fuentes y las formas (documentos, cronogramas, bases de datos etc.), el nivel de procesamiento y de agregación, la frecuencia (semanal, quincenal, mensual, etc.) incluyendo los informes de estado, la medición del progreso y proyecciones. Las comunicaciones se harán a través del medio que se considere más efectivo oral, escrito, electrónico, etc., siendo las reuniones un recurso que será ampliamente utilizado a discreción del director del proyecto.

La información generada será distribuida oportunamente entre los interesados, además los informes requeridos deben proporcionar la información sobre el estado de la situación y el progreso, y el nivel de detalle requeridos por los diversos interesados.

Cada instancia responsable se compromete a mantener un registro documental de su gestión, el cual deberá ser accesible a las partes interesadas.

9 Administración de Riesgos

9.1 Identificación y valoración del riesgo

Se considera un riesgo del proyecto un evento o condición incierto que, si se produce, tiene un efecto negativo sobre al menos un objetivo del proyecto, como tiempo, costo, alcance o calidad. La Gestión de los Riesgos del Proyecto incluye la identificación y el análisis de los mismos; plan de respuesta, el seguimiento y el control de riesgos.

En el proyecto para el fortalecimiento de la red oncológica se aplicará la metodología institucional denominada Sistema Específico de Valoración del Riesgo (SEVRI) a cada subproyecto. Los productos esperados son un mapa de riesgos y un plan para el tratamiento de los riesgos, planes de acción, mejora y de contingencia y se obtendrá al final lo que se denomina un nivel de riesgo aceptable para cada proceso.

El análisis de riesgo incluye cada subproyecto para el cual se identificarán y evaluación los riesgos particulares que pudieran obstaculizar el cumplimiento de metas y objetivos específicos, dichos riesgos se actualizarán durante la ejecución los mismos subproyectos.

De una forma general se considerarán las siguientes fuentes de riesgo para el proyecto:

- **Riesgos asociados al entorno:** agravamiento de la crisis económica mundial, desastres naturales.
- **Riesgos asociados a la institución:** Reestructuración institucional, cambios en las políticas institucionales, voto inconstitucionalidad sobre el cierre del ICCC.
- **Riesgos asociados a la formulación:** Requerimientos incompletos, cambios frecuentes a los requerimientos del proyecto durante la ejecución del mismo, supuestos no validos, riesgos no considerando inicialmente, restricciones contractuales como penalizaciones por no lograr fechas límite o penalizaciones de la terminación.
- **Riesgos asociados a la programación:** Tareas o Hitos faltantes o no programados, duración inexacta de la métrica, estimaciones no precisas, problemas climáticos
- **Riesgos asociados a los recursos:** Roles y/o responsabilidades no definidas o no claras, recursos no disponibles oportunamente, habilidades y/o conocimientos requeridos inadecuados, equipo faltante o Inadecuado, rotación del personal,

inexperiencia con la tecnología, toma de decisiones extemporáneas, falta de proveedores calificados y confiables.

- **Riesgos asociados al Proceso de Administración de Proyectos:** Descomposición inadecuada de tareas; estimaciones de tiempo y costo desarrolladas con información insuficiente; descoordinación en el flujo del trabajo en la entrega, en la autorización de la terminación y en el cumplimiento de fechas límite; falta de aseguramiento de calidad.

9.2 Seguimiento y control del riesgo

Las actividades de los subproyectos serán revisadas periódicamente para detectar riesgos nuevos o cambios en los riesgos identificados inicialmente. Las condiciones de la ejecución serán reevaluadas para determinar que el plan de respuesta a los riesgos es válido y que el plan de contingencia responde a los riesgos emergentes.

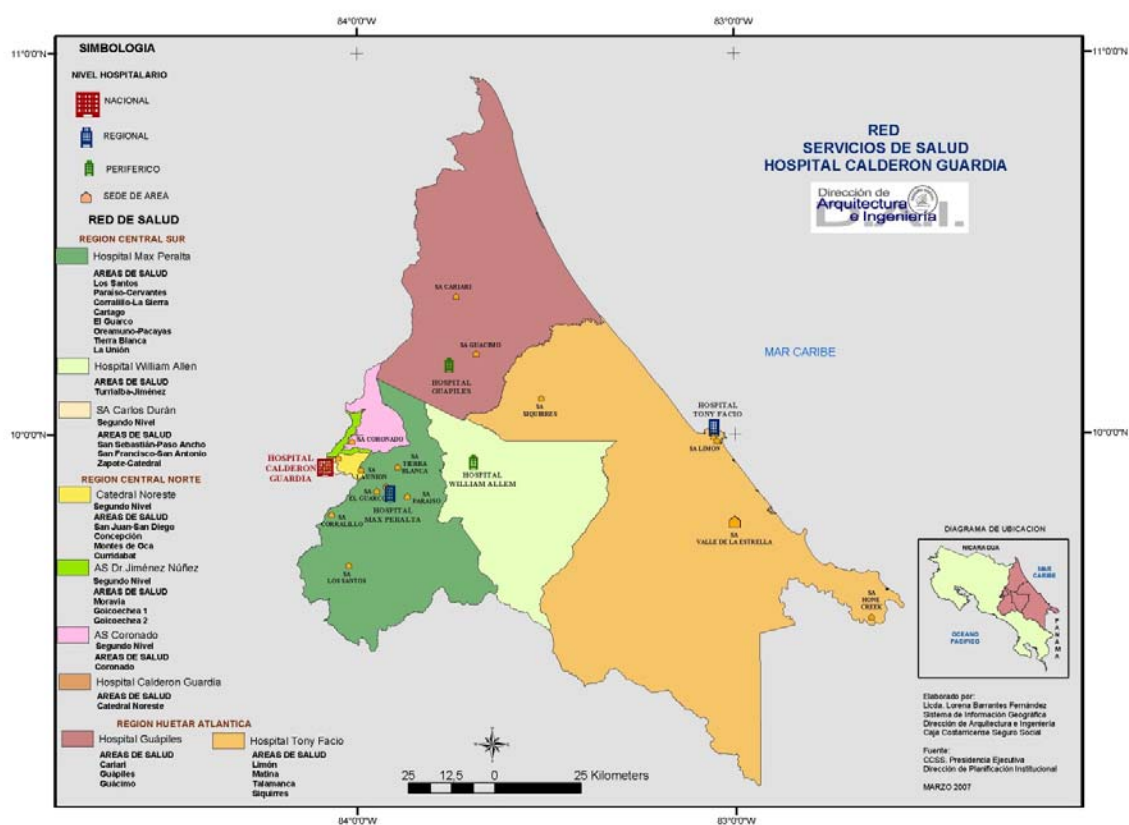
Se actualizarán los planes de respuesta a riesgos según sea necesario. Las actividades de seguimiento y control del riesgo serán documentadas y la información generada en materia de riesgo generará una base de conocimiento y lecciones aprendidas que el director del proyecto tiene a disposición para compartir institucionalmente y con otros subproyectos.

10 Documentos de Referencia

- Una CCSS renovada hacia el 2025
- Plan Estratégico Institucional 2007-2012.
- Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016
- Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010
- Plan Quinquenal de Inversión de Proyectos en Infraestructura y Tecnologías 2009-2013
- Project Management Institute PMBOK (Project Management Body of Knowledge)
- Optimización de las redes de servicio de salud y operacionalización de la atención integral del cáncer, la salud cardiovascular y materno-infantil. CCSS
- OMS Programas Nacionales de Control del Cáncer
- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. España
- Evaluación Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud
- SEVRI, Sistema de Evaluación y Valoración de Riesgos Institucionales. CCSS.

11 Anexos

Anexo 1. Red de Servicios de Salud Este



Anexo 1. Red de Servicios de Salud Noroeste



Anexo 2. Matriz Descriptiva del Proyecto.

AREAS DE INTERVENCIÓN	SUB PROYECTO	ENTREGABLES
PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS		
Objetivo General: Fortalecer la atención integral de los cáncer prioritarios en el país, mediante el aumento de la capacidad resolutive de la Red Oncológica de la CCSS, en promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo		
A	GESTIÓN DE LA RED ONCOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CANCER	
Objetivo Específico 1: Mejorar la operación, la coordinación y la articulación de la red oncológica mediante la dotación de herramientas de gestión y coordinación para brindar servicios oportunos y de calidad a los usuarios.		
A.1	DESARROLLAR EL OBSERVATORIO DE LA RED ONCOLÓGICA	Objetivo Específico A.1: Desarrollar un Observatorio que permanentemente monitoree el funcionamiento de la red oncológica y oriente la toma de decisiones dirigidas al mejoramiento de la atención integral del cáncer.
A.2	DESARROLLAR EL RECURSO HUMANO DE LA RED ONCOLÓGICA	Objetivo Específico A.2: Mejorar la capacidad de atención del paciente oncológico mediante la implementación de un plan integral de capacitación, formación y sensibilización del recurso humano de la red oncológica
A.3	DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS CÁNCERES PRIORITARIOS	Objetivo Específico A.3: Desarrollar guías de atención para la atención integral de los cánceres prioritarios con el fin de asegurar una atención oportuna y de calidad en toda la red de servicios.
A.4	DESARROLLAR UN CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL CANCER	Objetivo Específico A.4: Desarrollar un Centro de Investigación y de Diagnóstico del Cáncer que permita la generación del conocimiento para mejorar la calidad de la atención del cáncer.
B	FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN LA C.C.S.S.	
Objetivo Específico 2: Fortalecer la atención integral de los cánceres prioritarios mediante la intervención en las áreas de salud de alto riesgo y el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento en la red oncológica.		
B.1	FORTALECER LA ATENCIÓN DE LOS CANCERES PRIORITARIOS EN AREAS DE SALUD DE ALTO RIESGO	Objetivo Específico B.1: Fortalecer la atención de los cánceres prioritarios en las areas de salud con alto riesgo mediante la implementación de instancias especializadas, el tamizaje y dotación de la infraestructura y equipamiento requeridos.
B.2	PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	Objetivo Específico B.2: Promover Estilos de Vida Saludable para prevenir el desarrollo del cáncer en las personas
B.3	FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EL EQUIPAMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CANCER EN LA RED DE SERVICIOS	Objetivo Específico B.3: Fortalecer el diagnostico temprano y tratamiento mediante la dotación de la infraestructura y equipamiento en la red de servicios y los centros de referencia nacional
B.4	FORTALECIMIENTO DE LA REHABILIACIÓN	Objetivo Específico B.4: Mejorar la calidad de vida de las pacientes con mastectomía mediante un proceso integral de rehabilitación.
B.5	FORTALECIMIENTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	Objetivo Específico B.5: Mejorar la atención integral del paciente en cuidado paliativo por cáncer

Anexo 3. Matriz Detallada del Proyecto

Anexo 4. Fichas técnicas de los subproyectos