

Plan institucional para la atención del CÁNCER

2012-2016



WWW.CCSS.SA.CR

PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2012-2016

FE DE ERRATAS

En la página 2. Se agrega al Dr. Juan Carrillo Henchoz, HNN, Lic. Edgar Acuña Ulate, SC, Dra. Nuria Murillo Umaña, CENDEISS, Dr. Carlos E. Arce Lara, HSJD/CCF, Dr. Rafael Cortés Ángel, UTLE, Lic. Rolbin Campos, DPI, Lic. Susana López Delgado, AES, Dra. Lena Matarrita, CTC, Dr. Álvaro Chan, H.México, y el acuerdo de la Junta Directiva de la CCSS. (Artículo 63° sesión número 8610 del 15-11-12).

Coordinado por	Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado	
Elaborado y editado por	Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado Ing. Christopher Martínez Calvo Dr. Alejandro Calderón Céspedes Dra. Amada Aparicio Llanos Dra. Patricia Allen Flores	Unidad Ejecutora del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS
Participantes Talleres de Formulación	Dr. Adolfo Rojas Zúñiga, DRSSB Lic. Albán de la O Espinoza, DPSS Dr. Albin Chaves Matamoros, DFE Lic. Alexander Rojas Camacho, UEP Dr. Álvaro Chan, H.México Lic. Álvaro Salas Chaves, DCE Lic. Ana Lorena Solís Guevara, DPSS Dra. Ana Lorena Vega, CENDEISS Dra. Angie Ramírez Morera, AAIP Dr. Anner Angulo Leiva, DRSSC Dr. Armando Villalobos Castañeda, DRSSCS MSc. Arturo Herrera Barquero, GM Ing. Carlos Bejarano Cascante, DRSS Dr. Carlos E. Arce Lara, HSJD/CCF Lic. Claudia Sánchez Otárola, UEP Dr. Daniel Rodríguez Guerrero, CENDEISS Sra. Dunnia González Nájera, UEP Lic. Edgar Acuña Ulate, SC Dr. Edgar Pereira Barrantes, DCSS Ing. Eduardo Jiménez Valverde, CTC Dr. Esteban Cantillo Quirós, CTC Lic. Eunice Gómez Cartín, DPSS Dra. Flavia Solórzano Morera, CNCDCP Lic. Franklin Vargas Vargas, ALDJS Lic. Gerald Ivan Montero Rony, DC Dr. Giancarlo Rodríguez, HCG Dr. Gonzalo Vargas Chacón, HSJD Dr. Gustavo Zeledón Donzo, DRSSHN Dr. Héctor Araya Zamora, ASDI Dr. Hilda Oreamuno Ramos, HSJD Dr. Horacio Solano Montero, CDCG Dr. Hugo Chacón Ramírez, AAIP Dra. Ileana Quirós Rojas, AAIP Dra. Isabel Delgado Ramírez, UEP Lic. José Mairena Morera, DC Dr. José Miguel Angulo Castro, AAIP Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, DDSS Dr. Julián Chaverri Polini, HM	Dr. Juan Carrillo Henchoz, HNN Dr. Julio Calderón Serrano, DRSS Dra. Laura Esquivel Jiménez, DPSS Dra. Lena Matarrita, CTC Dra. Lidieth Carballo Quesada, GM Dra. Lisbeth Cordero Méndez, HM Dr. Luis Loria Sáenz, HSJD Dr. Manuel Navarro Correa, UTLE Dra. Marcela Chavarría Barrantes, DRSSCN Dra. María Cecilia Astúa Vega, UEP Dra. Mariela Matarrita Galagarza, UEP Dra. Marjorie Obando Elizondo, HM Lic. Marta Jiménez Vargas, DPSS Dr. Mauricio Duarte Ruano, CTC Dra. Nuria Murillo Umaña, CENDEISS Dr. Rafael Cortés Ángel, UTLE Dr. Randall Asenjo Rockbrand, GM Ing. Randolph González Montero, CTC Dra. Rosa Climent Martín, DRSS Dr. Raúl Sánchez Alfaro, DCSS Dr. Roberto Esquivel Murillo, HM Lic. Rocío Amador Herrera, GM Dr. Rodolfo Martínez Jiménez, DRSS Lic. Rodolfo Morera Herrera, GM Lic. Rolbin Campos, DPI Dr. Ronald Allen Mena, DRSSPC Dra. Rosa Climent Martín, GM Lic. Rosibel Pitty Vargas, GM MSc. Silvia Urrutia Rojas, DDSS Lic. Susana López Delgado, AES Dra. Vilma Carvajal Gutiérrez, DPSS Dr. William Hernández Rojas, HCG Dra. Xenia Sancho Mora, CTC
Aprobado por	Dra. María Eugenia Villalta Bonilla. Gerente Médica. Consejo de Presidencia y Gerentes.	
Acuerda su implementación	Junta Directiva de la CCSS. (Artículo 63° sesión número 8610 del 15-11-12)	
Fecha de Emisión	Octubre 2012	
Fecha de Finalización	Diciembre 2016	

Para citar el documento utilice la siguiente descripción:

Caja Costarricense de Seguro Social (2012), *Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016*. San José, Costa Rica: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS.

ACRÓNIMOS

AAIP	Área de Atención Integral a las Personas
ALDJS	Asesoría Legal, Desconcentración y Juntas de Salud
AS	Área de Salud
ASD1	Área de salud de Desamparados 1
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CDCG	Centro Detección de Cáncer Gástrico
CENDEISSS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CNCDCP	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
CTC	Coordinación Técnica del Cáncer
DAPE	Dirección de Administración y Proyectos Especiales
DC	Dirección de Comunicaciones
DCE	Dirección de Centros Especializados
DCSS	Dirección de Compra de Servicios de Salud
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
DEI	Dirección Equipamiento Institucional
DFE	Dirección de Farmaco-Epidemiología
DHO	Departamento Hemato-oncológico
DPSS	Dirección de Proyección de Servicios de Salud
DRSS	Dirección de Red de Servicios de Salud
DRSSB	Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca
DRSSCh	Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega
DRSSCN	Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte
DRSSCS	Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur
DRSSHN	Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Norte
DRSSPC	Dirección Regional de Servicios de Salud Pacífico Central
GM	Gerencia Médica
HCG	Hospital Calderón Guardia
HM	Hospital México
HSJD	Hospital San Juan de Dios
PNPCC	Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer
PIAC	Plan Institucional para la Atención del Cáncer
UEP	Unidad ejecutora del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS
UTLE	Unidad Técnica de Listas de Espera

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	5
MENSAJE DEL DIRECTOR EJECUTIVO DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN LA RED DE LA CCSS.....	6
INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO INSTITUCIONAL.....	8
1.1. Marco jurídico	8
1.2. Vinculación estratégica	10
II. METODOLOGÍA	15
III. DIAGNÓSTICO de la situación del cáncer en la ccss	17
3.1. Demanda	17
3.2. Respuesta institucional para la atención del cáncer	23
IV. ORGANIZACIÓN DEL PLAN	34
4.1. Principios Fundamentales del PIAC.....	34
4.2. Objetivos, metas, indicadores y responsables	36
V. VIABILIDAD DEL PLAN	47
VI. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN EN RED	48
6.1. Principios del funcionamiento de red.....	48
6.2. Planificación local	50
6.3. Componentes de las estrategias locales.....	51
VIII.MONITOREO, SUPERVISION y EVALUACION	52
REFERENCIAS	57
GLOSARIO.....	58

PRESENTACIÓN

El cáncer es actualmente la causa de 12% del total de defunciones en todo el mundo. Hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de cáncer y para el 2020, se estima que habrá más de 30 millones.¹

Es por esta razón, que para el control del cáncer, se requiere una gestión competente y la mejor utilización de los recursos disponibles para la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de estrategias de intervención. Se vuelve relevante la prevención y el control del cáncer como uno de los principales retos científicos y de salud pública. En Costa Rica la meta es reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer y mejorarla calidad de la vida de los pacientes y sus familias.

Un plan para la atención del cáncer bien concebido y adecuadamente administrado puede reducir la incidencia de la enfermedad y mejorar la calidad de la vida de los pacientes. Un plan integral contra el cáncer evalúa las diversas formas de controlar la enfermedad y aplica aquellas que son más económicas beneficiosas para la mayor parte de la población. El plan promueve el establecimiento de pautas de tratamiento, pone énfasis en prevenir o detectar tempranamente los casos para que puedan ser curados y proporcionar tanto consuelo como sea posible a los pacientes con enfermedad avanzada.

Les solicito su apoyo y colaboración para hacer una realidad las metas planteadas en este plan.

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla
Gerenta Médica



¹Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2002. Resumen de orientación programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. – 2ª ed.

MENSAJE DEL DIRECTOR EJECUTIVO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN LA RED DE LA CCSS

El cáncer es por excelencia un problema de salud pública; representa múltiples retos en cuanto a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Combina el reto de alcanzar metas en sobrevida y calidad de vida con el del uso de recursos escasos.

El presente Plan define el cáncer como problema de salud pública y propone introducir una nueva lógica para organizar las acciones que se realizan en la Caja Costarricense de Seguro Social para el abordaje de esta enfermedad. Tiene como finalidad impactar de una manera integral en un conjunto de indicadores de resultado como lo son: aumento de la detección temprana, incremento de la sobrevida, mejoramiento de la calidad de vida y la oportunidad de la atención, para llegaren algún momento a atenuar el incremento de la mortalidad precoz.

En la preparación de este Plan han participado una gran cantidad de profesionales de la CCSS involucrados en la elaboración de políticas y en la atención de este padecimiento.

La orientación clara de la Caja Costarricense de Seguro Social para hacer frente a esta problemática, es integrar en el PIAC acciones que consideren entre otros el acuerdo de Junta Directiva sobre la declaratoria de interés y prioridad institucional para el abordaje del cáncer; las acciones de mejora que dan cumplimiento a las disposiciones de la Contraloría General de la República en el Informe sobre el abordaje de cáncer en Costa Rica y el Plan de acción para la implementación del Proyecto de Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red de la Caja Costarricense de Seguro Social, todo concordante también con el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer.

Dr. Luis Bernardo Sáenz
Director, Proyecto
Fortalecimiento Atención Integral del Cáncer



INTRODUCCIÓN

El Plan Institucional para la Atención del Cáncer, está diseñado para contribuir en la reducción de la incidencia de los tumores malignos y la mortalidad, así como para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer mediante la aplicación de estrategias basadas en mejorar las condiciones encontradas en los diagnósticos y orientadas a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, rehabilitación, el control del dolor y cuidados paliativos, haciendo un mejor uso de los recursos disponibles.

La formulación se realizó en seis momentos: en el primero se trabajó con la metodología de consenso de grandes grupos cuyos participantes fueron mandos medios con poder de decisión, especialistas en la atención de pacientes con cáncer y representantes de la administración y gestión de servicios de salud. El producto consistió en la determinación de barreras, brechas y/o necesidades en la atención del cáncer de la CCSS. En el segundo momento se procesó y sistematizó la información en un pequeño comité constituido por personal de la Unidad Ejecutora del proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer y la Coordinación Técnica del Cáncer. En el tercer momento se construyeron las matrices del plan partiendo de la información previamente sistematizada. El cuarto momento se caracterizó por completar los diferentes capítulos del plan y discusión de los contenidos con diferentes representantes de la CCSS. En el quinto momento se empleó una dinámica diferente de las sesiones presenciales cuyo objetivo fue sentar las responsabilidades del cumplimiento de metas planteadas. Finalmente, se presenta ante las autoridades institucionales para su aprobación y consecuente publicación para así dar inicio a la implementación, aunque cabe señalar que se está ya trabajando en la implementación de varios de los objetivos.

I. MARCO INSTITUCIONAL

1.1. Marco jurídico

A continuación se enuncia la normativa y documentación relacionada con la atención del cáncer que ha servido de referencia para la elaboración de este plan:

- Reglamento del Sistema Nacional de Salud.
- Política Institucional CCSS. Período 2007-2012.
- Una CCSS Renovada hacia el año 2025.
- Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014.
- Perfil Funcional para la Atención del Cáncer.
- Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012.
- Reglamento General de Hospitales.
- Norma para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o especialidades Médicas y Quirúrgicas con internamiento con más de 20 camas.
- Normativa Institucional vigente en materia de Recursos Humanos.
- (Decreto 30694-S), noviembre 2001, Ministerio de Salud. La Gaceta del 23/09/2002
- CCSS. Normas de dotación de Recurso Humanos de Enfermería. Sección de Enfermería, Departamento de Enfermería Ministerio de Salud, Colegio de Enfermeras de CR, 1990.
- Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Terapia Física (Decreto 32328-S. La Gaceta del 14/02/2005
- Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento.
- CCSS. Plan Nacional de promoción de la Salud 2008-2012
- Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica de la CCSS. Art 12°, acuerdo segundo, sesión 7613 del 10 de enero, 2002
- Manual Descriptivo de Puestos de la CCSS, junio 2008
- Declaratoria de interés y prioridad institucional del cáncer. Artículo 9° de la sesión N° 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009
- Acuerdo de Junta Directiva sobre el nombramiento del Director Ejecutivo del Proyecto. Acuerdo tercero del artículo 3° de la sesión N° 8371, celebrada el 13 de agosto de 2009.

- Acuerdos de la Junta Directiva de la CCSS en relación con la creación de los Departamentos de Hemato-oncología y el Consejo Oncológico Institucional. Artículo 3° de la sesión N° 8371, celebrada el 13 de agosto de 2009.
- Plan de Acción para la Implementación del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la Caja Costarricense de Seguro Social. Artículo 3° de la sesión N° 8353, celebrada el 4 de junio del año 2009 para la aprobación del Plan de Acción.
- Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016. Agosto 2007.
- Plan Nacional para la prevención y control del cáncer 2012 – 2017. Febrero 2012.

1.2. Vinculación estratégica

1.2.1. Declaratoria del cáncer como interés y prioridad institucional

La Junta Directiva de la CCSS acordó en el artículo 9° de la sesión N° 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009, declarar el cáncer como de interés y prioridad institucional, para ello, se implementarán estrategias puntuales para cumplir los objetivos planteados, anotados en el Cuadro 1.

Los objetivos y las estrategias se abordan en el Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016 y se integran para fortalecer las acciones en el tema de cáncer.

Cuadro 1. Objetivos y estrategias en que se ampara la declaratoria de interés institucional de la atención del cáncer

Objetivos ¹	Estrategias
Declarar de interés y prioridad institucional la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer en todos los centros de atención de la CCSS, sean hospitales nacionales, regionales y periféricos, clínicas y áreas de salud.	1. Implementar una estrategia integral para cada uno de los tipos de cáncer prioritarios (mama, cérvix, próstata, gástrico, colon, piel, pulmón)
	2. Identificar limitaciones en la oportunidad de la atención en los distintos puntos del proceso de la atención para los tipos de cáncer prioritarios y elaborar planes de mejora.
	3. Implementar redes temáticas en los tipos de cáncer prioritarios con el fin de puntualizar intervenciones de detección temprana para mejorar oportunidad de atención y capacidad de respuesta.
	4. Estimar el costo de los servicios de atención a los pacientes con cáncer y de las diversas intervenciones en el campo de la prevención y la detección temprana.
Solicitar el alineamiento presupuestario con las políticas institucionales en materia de cáncer.	1. Estimar el costo de cada una de las intervenciones que se implementarán como parte del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer. Por ejemplo el programa de tamizaje de cáncer de mama.
	2. Implementar medidas para la gestión de pacientes con el fin de mejorar la oportunidad de atención en diversos puntos del proceso de la atención.
Impulsar cambios visibles y hechos significativos a nivel administrativo en la cadena de atención de pacientes con cáncer, para aumentar la incidencia en el diagnóstico temprano y el inicio de tratamientos.	1. Evaluar anualmente el avance de la implementación del Proyecto con el fin de identificar el cumplimiento de las metas y la necesidad de ajustes.
Orientar la asignación y el uso eficiente de los recursos asignados al Programa de Fortalecimiento de la Red Oncológica, así como el control y la evaluación e identificar los beneficiarios internos y externos.	1. Realizar estudios que permitan realizar la evaluación económica de las intervenciones en la atención del cáncer con el fin de implementar medidas de uso racional de los recursos.
Enfocar las estrategias y los planes institucionales en el incremento del conocimiento, de las	1. Implementar un plan de formación, capacitación y sensibilización del recurso humano a partir de

¹ Los objetivos son copia textual del acuerdo, las estrategias fueron planteadas por la Comisión Gerencial ad-hoc del DFOE-SOC-IF-01-2011.

Objetivos ¹	Estrategias
habilidades y destrezas de los funcionarios que operan en la red institucional de atención y manejo de pacientes con cáncer para tener una mayor incidencia en la calidad de vida de la población afectada y en la morbilidad asociada.	necesidades identificadas en la atención integral del cáncer.
Promover y maximizar la utilización de los recursos humanos, físicos, materiales, medicamentos, tecnológicos, financieros y logísticos que deben asignarse a los servicios oncológicos y a las redes de apoyo.”	1. Realizar estudios que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones en la atención del cáncer con el fin de implementar medidas de uso racional de los recursos.

2.2.2 Proyecto: Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red de la CCSS

La CCSS en cumplimiento al Transitorio III de la Ley 8718 denominada “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” publicado en el alcance 9 de La Gaceta N° 34 del 18 de febrero del 2009, elabora el Plan de acción para la implementación del Proyecto de fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red de la CCSS, con el objetivo principal de: 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.

Dentro de las metas estratégicas del Proyecto se contemplan dos áreas de intervención

1. Acciones para la gestión de la red de atención integral del cáncer, cuyo objetivo es mejorar la operación, la coordinación y la articulación de la red mediante la dotación de herramientas de gestión y coordinación para brindar servicios oportunos y de calidad a los usuarios. Los subproyectos de esta área de intervención se orientan a garantizar un mejor acceso y transcurso fluido del paciente en la red de servicios para que obtengan la atención requerida con mayor oportunidad y calidad respecto a las condiciones actuales.
2. Acciones para el fortalecimiento de la atención integral del cáncer, cuyo objetivo es 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.

El proyecto tiene la meta de potenciar, acelerar y mejorar las múltiples acciones que la CCSS brinda en la atención del cáncer. La inversión institucional se ha incrementado desde un monto cercano a los 35 mil millones de colones constantes durante el año 2003 hasta 62 mil millones de colones constantes al año 2010², para una tasa de variación anual media de 7.42% en dicho periodo.

El Proyecto por su parte, que dispone de cerca de \$63 millones, se incorpora 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.

El proyecto se compone de 22 sub-proyectos de corto y mediano plazo que permitirán 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 se implementará en un periodo de seis años. Los subproyectos identificados tienen como fin complementarse entre sí para lograr un mejoramiento sustancial en la atención integral.

El ámbito de ejecución contempla dentro de las dos áreas de intervención, cuatro campos de injerencia agrupados de la siguiente manera:

Formación, capacitación, sensibilización del recurso humano, con el fin de 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.

Red de servicios y procesos de atención, descrito como la articulación y la gestión de la oportuna atención, mediante una red de servicios 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.

Infraestructura equipamiento e insumos, definido como el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento en la red tanto para recuperar la pérdida de la capacidad instalada, como también aumentar la oferta de los servicios y la calidad de la atención a

² Sub Área de Costos Hospitalarios, CCSS, 2010.

través de la incorporación de tecnología basada en la mejor evidencia científica disponible, que permita mejores diagnósticos y tratamientos.

Información e investigación, para sistematizar la información y promover la generación del conocimiento para mejorar la atención del cáncer.

2.2.3. Informe sobre el abordaje del cáncer

La Contraloría General de la República elaboró el “Informe sobre el abordaje de cáncer en Costa Rica” según el DFOE-SOC-IF-01-2011 con el objetivo de: *“Evaluar los avances en la ejecución del Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016 (PNCC), del “Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS” y la atención brindada en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para la prevención, detección temprana y atención del cáncer.*

El informe busca mediante el cumplimiento de las disposiciones, robustecer los servicios de salud en aspectos como la oportunidad de la atención, aumento de cobertura, integrar y articular la red de atención, registrar y documentar la información relacionada al cáncer, establecimiento de roles para la atención, entre otras acciones operativas.

Se han elaborado las estrategias para el cumplimiento de las disposiciones en los aspectos antes mencionados, las cuales han sido avaladas por la Contraloría General de la República y se implementarán en el corto y el mediano plazo, simultáneamente al desarrollo de las acciones a nivel general para la atención del cáncer que se están realizando en la Institución y formarán parte de este Plan Institución para la Atención del Cáncer 2012-2016.

2.2.4. Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2012-2016

Como parte del Informe sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica DFOE-SOC-IF-01-2011, elaborado por la Contraloría General de la República se indica al Ministerio de Salud y a la Junta Directiva de la CCSS que se identifiquen e incorporen los ajustes que requiera el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016 y que se incluyan las variaciones en los planes estratégicos y operativos de ambas instituciones.

El trabajo conjunto entre las instituciones involucradas de la implementación del Plan dio como resultado que se publicara el nuevo Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer (PNPCC) 2011-2017 en junio 2012.

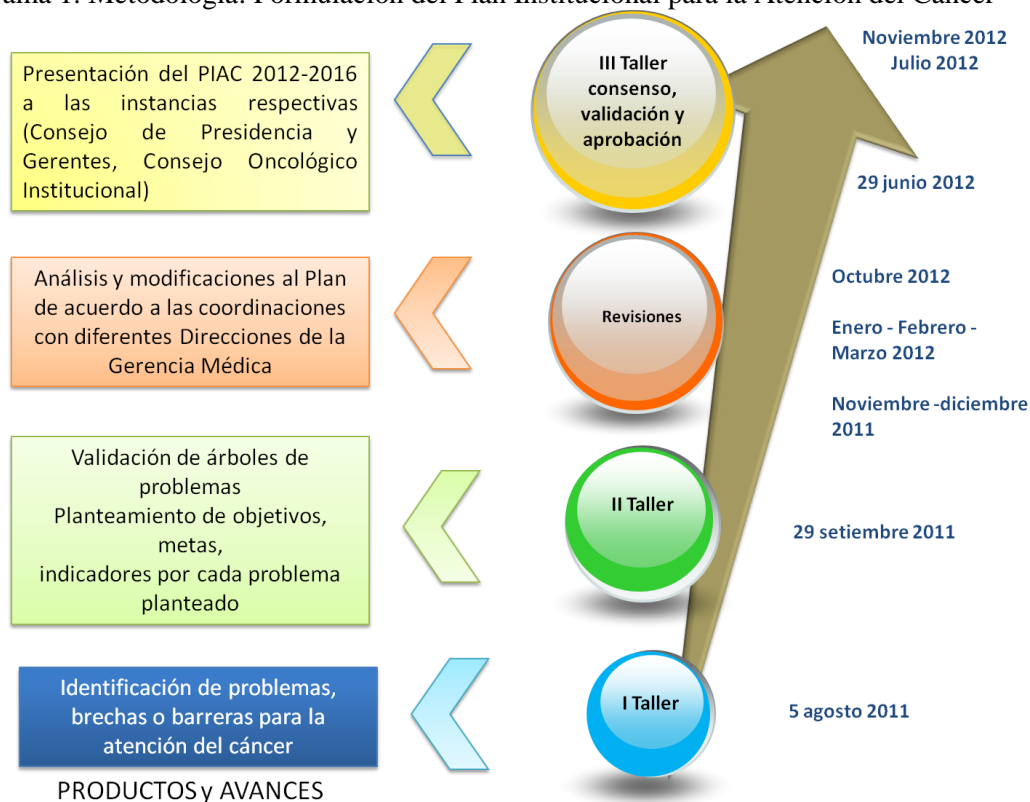
El PIAC 2012-2016 está vinculado con el PNPCC 2011-2017 desde la perspectiva de la prestación de los servicios y el logro de los objetivos y metas con el enfoque basado en el paciente.

Dada la vinculación entre Planes las acciones que se desarrollen por parte de la Institución tendrán un efecto directo en la implementación del PNPCC. (Ver cuadro 2 anexo 1)

II. METODOLOGÍA

La metodología consistió en seis momentos que se caracterizan por hacer participes a grupos de consenso de grandes grupos y procesos de análisis y consolidación de los productos obtenidos. Para la ejecución se contó con un grupo coordinador del proceso integrado por personal del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

Diagrama 1. Metodología: Formulación del Plan Institucional para la Atención del Cáncer



Primer momento: se realizó una convocatoria a través de la Gerencia Médica, la elección de los participantes tuvo como criterios: a) mandos medios con poder de decisión, b) expertos en cáncer y c) representantes de la administración y gestión de servicios de salud.

En la primera sesión de trabajo se agruparon a los participantes en seis grupos de forma aleatoria, para esta actividad se preparó material de referencia y formularios que permitieron el registro de los productos obtenidos de las discusiones de grupo. La tarea principal consistió en identificar barreras, brechas, problemas en el abordaje del cáncer según componentes de intervención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento,

rehabilitación y cuidados paliativos) y potenciales soluciones a las mismas. Los insumos que se utilizaron fueron: “Atlas de mortalidad por cáncer 2000-2005 para Costa Rica”, “Atlas de Incidencia por cáncer 2000-2004 para Costa Rica”, “Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016”, “Normas y procedimiento para el tratamiento del cáncer en Costa Rica”, “Declaratoria del cáncer como prioridad institucional”, “Perfil funcional para la atención del cáncer”, “Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas”, “Modelo funcional y organizacional del departamento de hemato-oncología en los hospitales nacionales generales y Hospital Nacional de Niños”, División de fiscalización operativa enero 2011.

Segundo momento: la información obtenida fue analizada implementando la Metodología del Marco Lógico mediante la técnica de árboles de problemas por engrupo de trabajo formado por personal de la Unidad Ejecutora del proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer y la Coordinación Técnica del Cáncer.

Tercer momento: se desarrolló un segundo taller con las mismas personas participantes del primer taller, complementado por un grupo ampliado de expertos en cáncer. El resultado obtenido fue la validación de los árboles de problemas y a partir de ellos se plantearon estrategias para abordar los problemas identificados.

Cuarto momento: se organizó, analizó y completó el conjunto de resultados obtenidos del segundo taller con el grupo de trabajo de la Unidad Ejecutora del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer el equipo institucional experto en planificación representado por la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y los profesionales que conforman la Coordinación Técnica del Cáncer.

Se llegó al consenso de que las metas relacionadas con los temas de investigación se incluirían en cada componente de intervención.

Quinto momento: se realizaron sesiones de trabajo con las diferentes Unidades institucionales involucradas para asignar responsabilidades de cumplimiento de las metas planteadas y para realizar el análisis de la viabilidad de plan.

Sexto momento: se validó y aprobó por parte de las autoridades institucionales.

III. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL CÁNCER EN LA CCSS

3.1. Demanda

Más del 70% de las muertes por cáncer en el mundo se producen en los países de ingresos bajos y medios, realidad a la que no escapa Costa Rica. No obstante, la Organización Mundial de la Salud refiere que es posible prevenir al menos un tercio de los casos de cáncer que ocurren anualmente en todo el mundo, y con recursos suficientes es posible también la detección temprana y tratamiento eficaz de otro tercio de estos casos³.

En el mundo, el cáncer causará 13,2 millones de muertes en el año 2030, 72% más que en el año 2008, y se diagnosticarán 21,4 millones de nuevos casos, según el informe Globocan de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, dependiente de la Organización Mundial de la Salud.⁴

En Costa Rica, según datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el cáncer ocupa el segundo lugar en la mortalidad por causas definidas, con 4244 defunciones en el año 2011, y suma cerca de 10 mil diagnósticos nuevos por año, sólo superado por las enfermedades del sistema circulatorio (que incluye isquemia cardiaca y eventos cerebro vasculares). Entre el año 2000 y 2011 la tasa de mortalidad por cáncer ha aumentado en un 24% (de 78,2 a 97,0 por cada 100 mil habitantes) en contraste con las enfermedades del sistema circulatorio que han mostrado una leve disminución (un 2%).

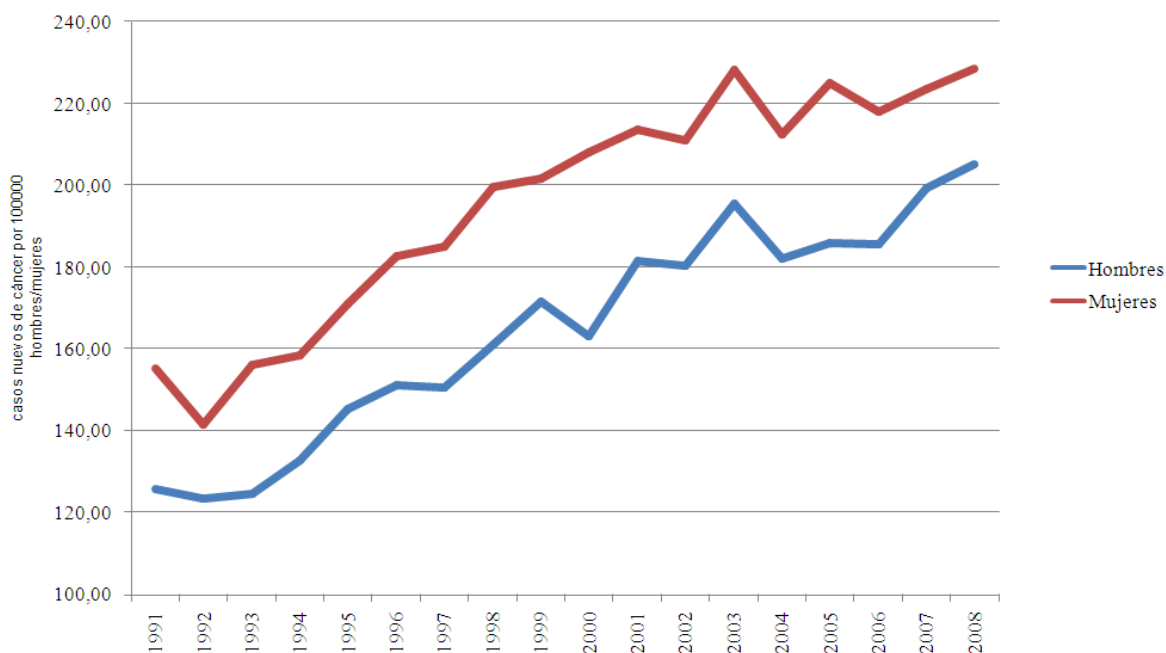
En Costa Rica se ha definido como cáncer prioritario a 7 sitios tumorales, dada su alta incidencia y mortalidad en los últimos años, estos son cáncer de piel, gástrico, mama, próstata, cérvix, pulmón y colon.

En el gráfico 1, se observa como desde la década de los noventa la incidencia de cáncer ha venido en aumento, tanto en hombres como en mujeres pasando de 126 a 205 nuevos casos por cien mil hombres (de 1991 al 2008) para un crecimiento de 63% y de 155 a 229 nuevos casos por cien mil mujeres en el 2008 para un crecimiento sostenido de 47%.

³OPS. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión Washington, D.C: OPS, 2004. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-NCCP.pdf>

⁴OMS. IARC. Informe GLOBOCAN 2008.

Gráfico 1
Tasa de incidencia por todos los tipos de cáncer según sexo
Costa Rica 1991-2008
 (Tasas crudas anuales por 100 000 hombres/mujeres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud, 2012

En el año 2008 se registraron un total de 9652 casos nuevos de cáncer, de los cuales el sexo femenino presenta el mayor porcentaje con un 51,95 %, y el cáncer de piel es el que registra el mayor porcentaje de casos nuevos (22,23%) del total de casos para ambos sexos.

En cuanto a muertes por cáncer en el año 2011, se registraron un total de 4244 donde el 55% le corresponde al sexo masculino. El grupo de edad más afectado es el de mayores de 50 años con un 85,9% del total de las defunciones por cáncer.

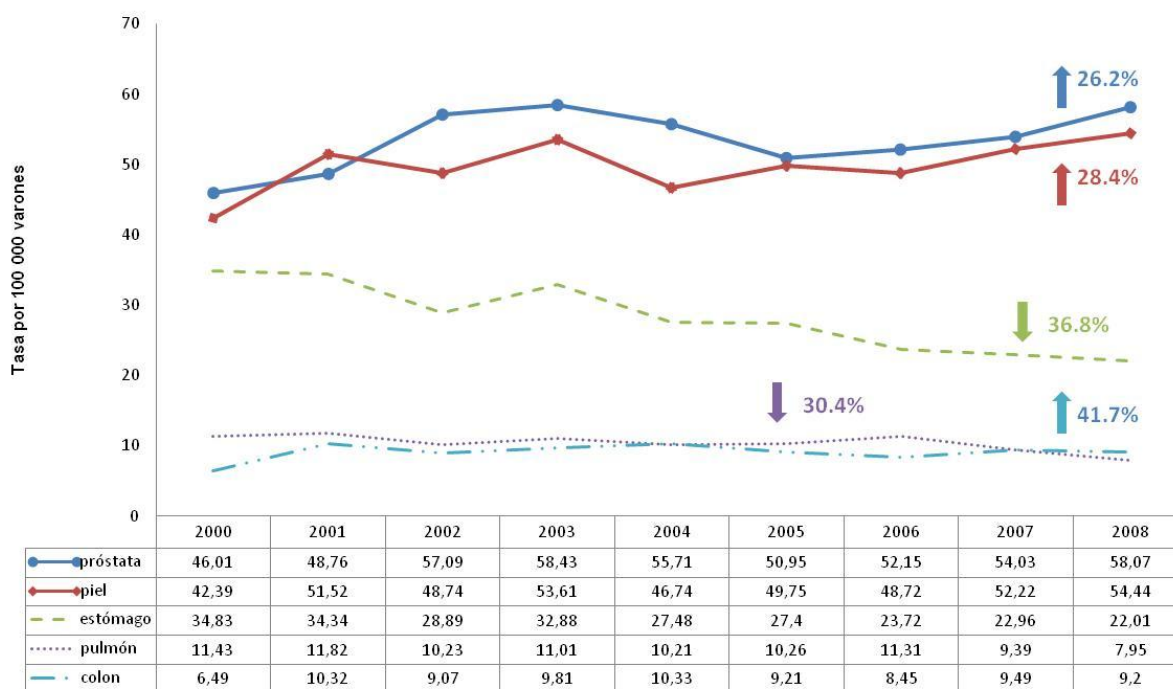
De acuerdo a la incidencia, el cáncer más diagnosticado entre los hombres durante la última década fue el cáncer de próstata, seguido por el de piel, estómago, colon y pulmón (Gráfico 2). Para el año 2008 la incidencia de cáncer de próstata fue de 58,07/100 000 hombres. Este tipo de cáncer ha tenido un comportamiento creciente en los últimos años, presentó un aumento de 26,2% en su tasa de incidencia entre el año 2000 y el 2008 y junto con el de piel suman cerca del 50% de casos de cáncer diagnosticados en hombres con la diferencia de que este último tiene un bajo impacto en lo que respecta a mortalidad.

Por otro lado, el cáncer gástrico ha mostrado un comportamiento decreciente en su incidencia, entre el año 2000 y 2008 su tasa ajustada disminuyó un 36,8% (de 34,83 a

22,01 por cada 100 mil hombres). De igual forma la incidencia del cáncer de pulmón ha disminuido en este lapso en un 30,4% (11,43 a 7,95 por cada 100 mil hombres).

El cáncer de colon es el que mayor crecimiento experimentó en este periodo, aunque sigue siendo la cuarta causa de incidencia dentro de los tipos de cáncer; sin embargo aumentó en un 41,7%, pues su tasa ajustada pasó de 6,49 a 9,2 por cada 100 mil hombres.

Gráfico 2
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres
Costa Rica 2000-2008
(tasa ajustadas por 100.000 varones)

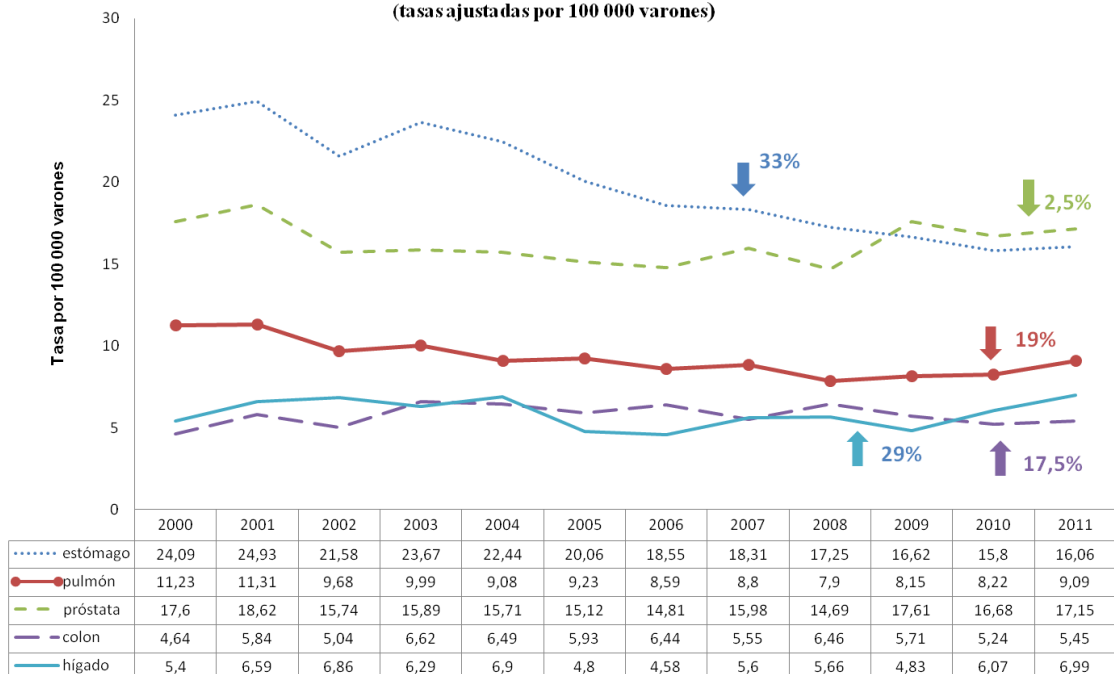


Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en hombres en el periodo 2000-2011 (gráfico 3) se observa que el cáncer de estómago, que ocupaba el primer lugar, presenta una tendencia descendente (33%) y a partir del 2009 pasa a ocupar el segundo puesto superado por el cáncer de próstata que presenta un comportamiento ascendente desde el 2008.

En el año 2011 el cáncer de estómago registró un total de 371 muertes en hombres, que corresponde al 16% del total de defunciones por cáncer en hombres, por su parte el cáncer de próstata presentó un total de 426 muertes que corresponde al 18,2 % del total de defunciones por cáncer en hombres. El grupo de edad más afectado por cáncer de próstata fue el de 50 años y más con 424 muertes para un 99,5% del total de muertes por esta causa.

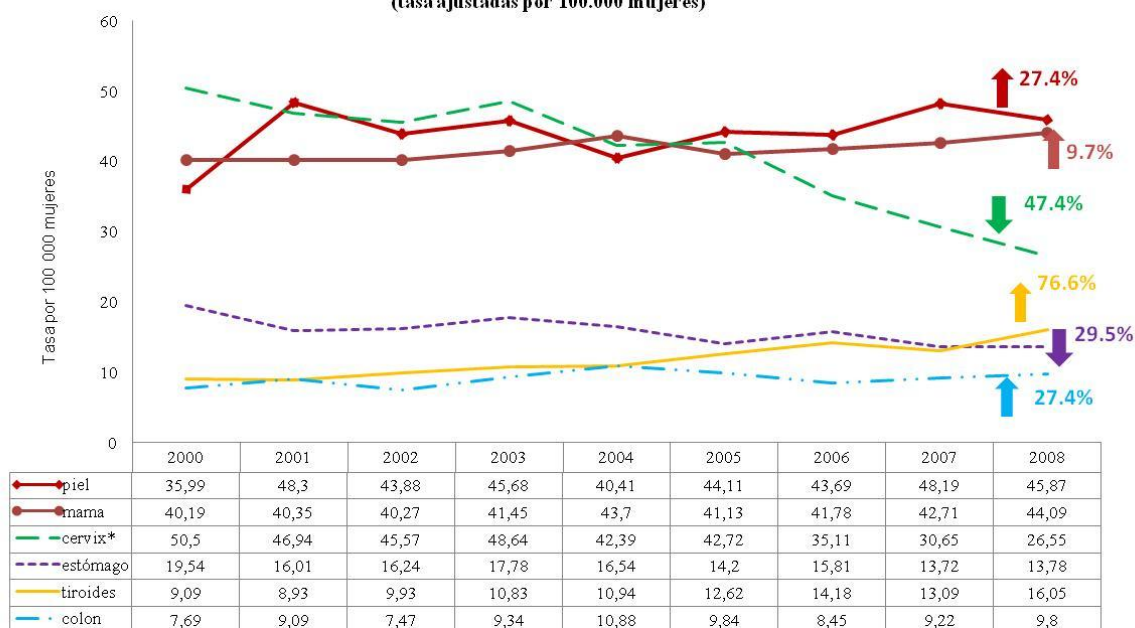
El cáncer de pulmón y el de hígado muestran una tendencia ascendente en los últimos 3 a 4 años.

Gráfico 3
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes
en hombres según año Costa Rica 2000-2011
(tasas ajustadas por 100 000 varones)



Cada año en Costa Rica, 5000 mujeres reciben el diagnóstico de cáncer y 1900 fallecen, convirtiéndose en la segunda causa de muerte entre ellas. La incidencia de cáncer de mama se ha incrementado durante los últimos veinte años; pasó de 26 casos nuevos por cada 100 mil mujeres en 1990 a 44 casos nuevos por cada 100 mil mujeres en 2008. Esto representa un aumento de 68% de nuevos casos en este periodo; su crecimiento ha sido tal que, a partir del año 2005, pasó a ser la segunda causa de cáncer entre las mujeres, sólo superado por el cáncer de piel, con la diferencia de que el de piel es de baja mortalidad. (Gráfico 4)

Gráfico 4
Incidencia de los tumores malignos más frecuentes en mujeres según año Costa Rica 2000-2008
(tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



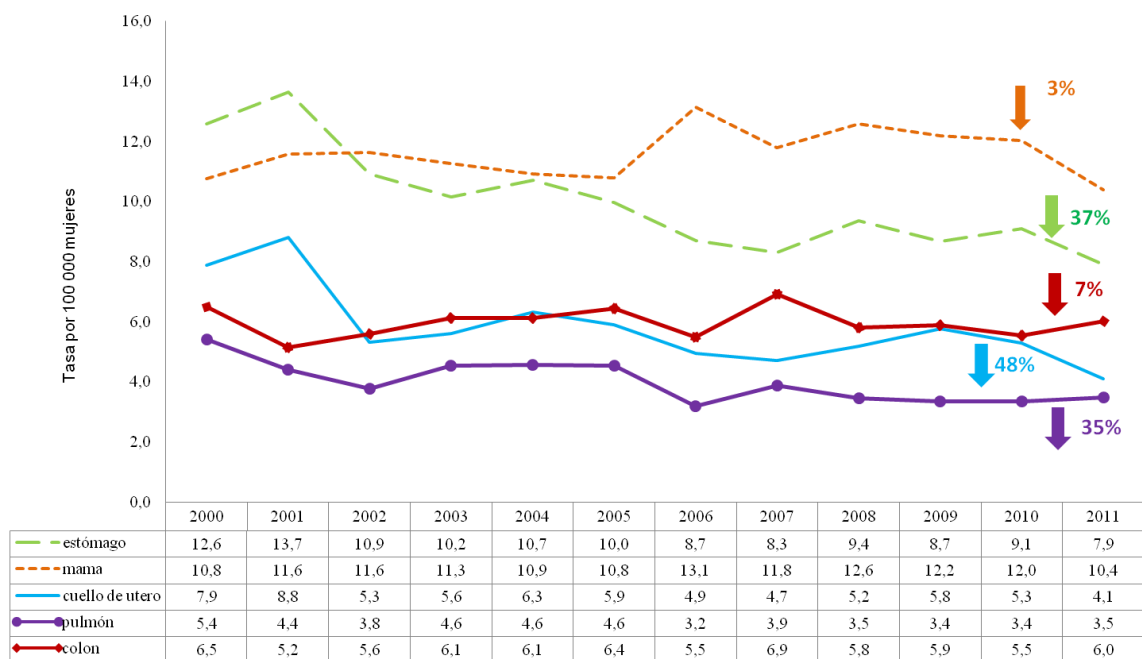
Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud, 2012

*Incluye in situ e invasor

De igual forma, la mortalidad por cáncer de mama muestra una tendencia al incremento en el periodo 2000-2011. El crecimiento de ese periodo es de 12% (pasó de una tasa de 10,76 a 12,04 por cada 100 mil mujeres). En el año 2011 hubo un total de 268 defunciones por cáncer de mama, lo que corresponde a un 14,1% del total de muertes por cáncer en mujeres. El grupo de edad con mayor porcentaje de defunciones por cáncer de mama es el de 50 años y más con 227 muertes para un 84,7% del total de fallecimientos por esta causa.

Al contrario del cáncer de mama, los tumores malignos de cérvix y estómago muestran un comportamiento decreciente, como se visualiza en el gráfico 4. La incidencia durante el año 2008, el primer lugar lo ocupa el cáncer de piel con una tasa ajustada de 45,9/100000 mujeres seguido por el de mama (44,09/100000 mujeres) y cérvix (26,55/100000 mujeres); estos suman el 53% de los casos nuevos de cáncer diagnosticados en el 2008. Importante rescatar que el cáncer de cérvix ha disminuido su incidencia en el periodo 2000-2008 en un 47% (gráfico 4) y su mortalidad en el periodo 2000-2011 en un 48% (gráfico 5). En el 2011 se registró un total de 109 muertes por cáncer de cuello de útero para un 5,7% del total de muertes por cáncer en mujeres. El grupo más afectado es el de 40 años y más con el 78% del total de muertes por esta causa.

Gráfico 5
Mortalidad de los tumores malignos más frecuentes
en mujeres según año Costa Rica 2000-2011
 (tasas ajustadas por 100 000 mujeres)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012

Por el contrario el cáncer de tiroides ha aumentado su incidencia en forma importante pasando del año 2000 al 2008 de una tasa de 9,09/100000 mujeres a una de 16,05/100 000 mujeres (aumento de 76%) aunque su mortalidad es baja (menos de 1 por cada 100 000 mujeres).

Cabe mencionar que el cáncer gástrico en mujeres ha presentado un descenso en sus tasas de incidencia y mortalidad en el último decenio (29% y 37% respectivamente), sin embargo continúa como la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. (Gráfico 5).

Al hacer un análisis de los Atlas de Incidencia por Cáncer en Costa Rica 2000-2004 y Atlas de Mortalidad por todas las causas Costa Rica 2000-2007 se definieron 15 áreas de mayor incidencia y mayor mortalidad en cáncer (en general) y a continuación se describen como áreas prioritarias, estas son:

- | | | |
|--------------------------|--------------------|-------------------|
| 1. Desamparados 1 | 6. Zapote Catedral | 11.Coto Brus |
| 2. Goicoechea 2 | 7. Coronado | 12.Ciudad Quesada |
| 3. Cartago | 8. Alajuela Norte | 13.Puntarenas |
| 4. Hatillo | 9. Santo Domingo | 14.Cañas |
| 5. Mata Redonda Hospital | 10.Pérez Zeledón | 15.Limón |

4.2.1. Organización de la atención del cáncer en la red de servicios

La Caja Costarricense de Seguro Social brinda atención a las personas mediante un esquema de aseguramiento que tiene cobertura universal.

Cuenta con tres redes de atención que cubren la totalidad del territorio nacional en un sistema de prestación de servicios de tres niveles de atención. Para el primer nivel se cuenta con cerca de mil equipos básicos de atención integral (EBAIS) que atienden pequeños conglomerados de población, entre 3000 – 7000 habitantes, agrupados en 103 áreas de salud. Cada red tiene un hospital nacional de referencia, así como hospitales regionales y periféricos, además de contar con varios hospitales especializados para las tres redes. Las acciones de prevención y detección temprana del cáncer se llevan a cabo en toda la red, sin embargo la confirmación diagnóstica y el tratamiento se realiza principalmente en los hospitales nacionales, aunque en algunos regionales y especializados también. En total se cuenta con cerca de 6000 camas hospitalarias.

En el año 2009, la Gerencia Médica, con la aprobación de la Junta Directiva, elaboró el Perfil Funcional para la Atención del Cáncer, para la institucionalización y el desarrollo de políticas, estrategias, planes, proyectos y programas relacionados con la atención del cáncer.

Este establece, entre otros aspectos, la formación de un Consejo Oncológico Institucional, de un equipo de trabajo multidisciplinario adscrito al despacho de la Gerencia Médica, que apoya la gestión en materia de cáncer, la formulación del proyecto “Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS” y se fortalece la gestión hospitalaria, mediante la creación de los Departamentos de Hemato-oncología (DHO).

Ese concepto de organización nació para que un problema de salud complejo, como el cáncer, tenga forma organizativa multidisciplinaria y obtenga los recursos suficientes para su ejecución. En los hospitales de la CCSS hay cuatro departamentos de este tipo para articular la atención del cáncer de manera más integrada: tres creados en los hospitales nacionales generales (Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital México) y otro en el Hospital Nacional de Niños, como centro especializado.

Además, los DHO orientan y dan asesoría técnica para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en la red de servicios y coordinan acciones necesarias con los servicios con el propósito de lograr mayor integralidad.

La institución cuenta con personal especializado en la atención del cáncer distribuido de manera heterogénea por todo el país, en las tres redes en que está dividido el país.

En el anexo 2 se pueden observar los cuadros que resumen los recursos con los que cuenta cada red en materia de cáncer.

Red Noroeste

La red Noroeste es la que le corresponde atender la mayor proporción de la población nacional (45%); está formada por un hospital nacional (Hospital México), el cual es el de mayor complejidad. Para la atención del cáncer cuenta con un departamento de hematología (DHO) que está compuesto por 6 médicos especialistas en oncología médica, 10 especialistas en radioterapia y 4 especialistas en cuidados paliativos; en este hospital la cirugía oncológica la realizan los cirujanos generales, ginecólogos y urólogos (según el tipo de cáncer).

Esta red cuenta con 4 hospitales regionales y 7 periféricos que colaboran en la atención del cáncer principalmente con 3 especialistas en cirugía oncológica que laboran en hospital San Vicente de Paul de Heredia, San Rafael de Alajuela y Monseñor Sanabria de Puntarenas, 1 especialista en hematología y 1 especialista en ginecología oncológica ambos del hospital San Vicente de Paul.

Importante mencionar que en el Hospital México está ubicado el mayor centro de radioterapia (y que atiende a pacientes de las otras redes) que cuenta con equipos de teleterapia (dos aceleradores lineales, dos cobaltos, un equipo de braquiterapia de alta tasa y un equipo de terapia superficial); se espera para mediados del 2013 estén en funcionamiento dos aceleradores lineales más.

Para la aplicación de quimioterapia el Hospital México cuenta con 2 profesionales en enfermería capacitados en la atención oncológica así como 2 técnicos de farmacia. Se cuenta con 36 espacios para la aplicación de la misma y se atiende en promedio 85 pacientes por día.

El personal de enfermería en la atención directa del paciente oncológico varía según el número de camas asignadas (que ronda el 6,5% del total de camas hospitalarias en el Hospital México), aunado a 12 enfermeras graduadas, 3 auxiliares de enfermería y 4 asistentes de pacientes que trabajan en los servicios de radioterapia, quimioterapia y hematología.

El DHO de Hospital México dispone además de la colaboración de 2 profesionales en psicología que trabajan directamente junto al paciente oncológico.

Red Este

La red Este, cuyo hospital de mayor complejidad es el Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, atiende el 31% de la población nacional y además de este hospital cuenta con 2 regionales y 2 periféricos. El DHO de esta red está compuesto por 8 especialistas en cirugía oncológica, 5 en oncología médica y 5 en hematología, además de contar en este hospital con 6 especialistas en gineco-oncología que atienden el cáncer ginecológico, y los especialistas en urología que atienden el cáncer prostático. Además esta red tiene el *Centro Nacional de Detección de Cáncer Gástrico*, ente que se formó, en colaboración con el Gobierno de Japón, en el hospital Max Peralta en la provincia de Cartago, por ser la zona geográfica de mayor incidencia de cáncer gástrico; este centro cuenta con 3 cirujanos oncólogos y 1 oncólogo médico aparte de cirujanos generales que atienden esta población. Esta red además cuenta con otro especialista en cirugía oncológica en el Hospital de Guápiles y otro en hematología en el hospital Max Peralta. Además un oncólogo médico del Hospital Calderón Guardia, labora tiempo extraordinario en el Hospital Max Peralta para atender y tratar a los pacientes que requieren quimioterapia en dicho centro.

En lo que respecta a los recursos disponibles para la aplicación de quimioterapia esta red dispone de 2 hospitales que aplican el tratamiento. El Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia cuenta 3 profesionales en farmacia especializados en farmacología oncológica y 5 técnicos de farmacia capacitados para este fin. Se cuenta con 19 espacios para la aplicación diaria de quimioterapia y se atiende diariamente un promedio de 92 pacientes. Por su parte el Hospital Max Peralta de Cartago cuenta con 1 profesional en farmacia junto con 1 técnico de farmacia para preparación de estos medicamentos; el espacio disponible para la aplicación es de 8 y atiende en promedio 30 pacientes diarios.

El personal de enfermería de Hospital Calderón Guardia que labora en la atención directa del paciente oncológico varía según el número de camas (alrededor de 5% es atendido por médicos de DHO) y se le suman 9 profesionales en enfermería, 3 auxiliares de enfermería y 4 asistentes de pacientes que laboran en hematología, curaciones y quimioterapia.

Esta red cuenta en su DHO con un profesional en trabajo social con capacitación en temas oncológicos y con 3 microbiólogos que están empezando a trabajar en biología molecular oncológica.

Red Sur

La red Sur atiende al 24% de la población nacional y su hospital de mayor complejidad es el Hospital San Juan de Dios que cuenta con un DHO compuesto por 12 cirujanos oncológicos, 7 especialistas en oncología médica, 5 en radioterapia, 5 en hematología y 2 en cuidados paliativos, además de 2 especialistas en ginecología oncológica. Cuenta con un hospital regional y cuatro periféricos que no disponen de especialistas en oncología médica ni quirúrgica.

Para la aplicación de tratamiento de quimioterapia en esta red se aplica en el Hospital San Juan de Dios que dispone de 3 profesionales de farmacia y 5 técnicos capacitados para la preparación de este tratamiento. Cuenta con 25 espacios para la aplicación de tratamiento, para un promedio de atención de 70 pacientes diarios. Además en lo que respecta a radioterapia este hospital cuenta con una bomba de cobalto y un equipo simulador para la atención de los pacientes de la red que requieran este tratamiento.

Se cuenta además con 1 profesional en psicología que trabaja en el Hospital San Juan de Dios que atiende a la población oncológica. Al igual que en las otras 2 redes, el personal de enfermería asignado a la atención de pacientes atendidos por médicos de DHO varía según el número de camas ocupadas (cerca de 12% del total de camas del hospital San Juan de Dios). En la atención de quimioterapia, hematología y radioterapia se cuenta con recurso humano de 9 enfermeras graduadas, 2 auxiliares de enfermería y 3 asistentes de paciente.

Hospital Nacional de Niños

En la institución todo paciente menor de 13 años con sospecha o diagnóstico de cáncer, es atendido en el Hospital Nacional de Niños que es parte de los hospitales especializados del sistema. Este hospital también cuenta con un departamento hemato-oncológico que dispone de 2 cirujanos oncólogos, 1 oncólogo médico y 5 hematólogos (esperable que sean más dado que el cáncer que más afecta a la población infantil es las leucemias). Aparte cuenta con 2 cirujanos pediatras, uno de los cuales iniciará sub especialidad oncológica en el 2013, 2 médicos pediatras y 1 médico general. El Hospital Nacional de Niños cuenta con 314 camas de las cuales el 9% es ocupado por pacientes atendidos por el DHO. Este departamento tiene asignado 13 profesionales en enfermería, 13 auxiliares de enfermería, 4 asistentes de pacientes en la atención hospitalaria y de 1 enfermera graduada, 2 auxiliares de enfermería y 2 asistentes de pacientes en la consulta externa oncológica.

Para la aplicación de quimioterapia cuenta con 10 espacios físicos que atienden un promedio de 42 pacientes diarios y cuyo tratamiento es preparado por 3 profesionales en farmacia y 1 técnico. En caso de requerir radioterapia se coordina con el Hospital México. Algo importante de rescatar es que este departamento cuenta en su ámbito socio psicológico con la colaboración de 2 trabajadoras sociales y 2 psicólogas capacitadas en el tema oncológico.

4.2.2. Estrategias implementadas

Vigilancia

Uno de los aspectos fundamentales para la gestión de los programas de atención a esta enfermedad es la disponibilidad de información oportuna y con calidad para el monitoreo y evaluación de las acciones implementadas.

Para efectos de la vigilancia epidemiológica del cáncer, en el país se han hecho esfuerzos por generar bases de datos de calidad, tales como: a) el Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud, brinda información sobre mortalidad, incidencia y prevalencia de los diferentes tipos de cáncer, b) el Área de Estadística en Salud de la CCSS, cuenta con un sistema de información (REDATAM) producto del registro de la atención directa que reciben los pacientes.

Sin embargo, estos son esfuerzos aislados, actualmente no existe en el país una instancia encargada de recopilar y analizar los datos sobre los diferentes componentes de la atención integral del cáncer, por lo que se hace necesario contar con un sitio o sistema de información unificado que responda a tal necesidad.

Como respuesta, la CCSS a través del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer gestiona el subproyecto denominado: “Observatorio del cáncer” el cual pretende crear un centro de información, a través de un portal web, que recopile, analice y genere información útil, veraz y oportuna, en lo que concierne a la atención del cáncer a nivel institucional y nacional, que sirva para la toma de decisiones y formulación de las políticas públicas.

Promoción de la Salud

En este componente de intervención la Caja Costarricense de Seguro Social es un actor más en la promoción ya que existen acciones que se desarrollan en otras Instituciones en función del tema.

A nivel de la CCSS se implementó el Plan Institucional de Promoción de la Salud 2008-2012, cuyo objetivo fue fortalecer, desarrollar y posicionar el componente de promoción de la salud en el modelo de atención integral a las personas en la CCSS, con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes del país mediante el desarrollo de estrategias de participación, educación y comunicación social.

En la actualidad el 64% de las Áreas de Salud están ejecutando la intervención en promoción de la salud en los siguientes rubros: alimentación saludable y actividad física.

Prevención primaria

La CCSS a través de la Dirección de Comunicación Organizacional ha realizado estrategias de comunicación colectiva en medios de comunicación masiva, concientizando a la población sobre algunos factores de riesgo tales como tabaquismo, sedentarismo, alimentación inadecuada, exposición prolongada al sol, consumo de alcohol, entre otros y la importancia de prevenirlos.

Prevención secundaria

Los dos componentes fundamentales de la detección temprana del cáncer son: a) el diagnóstico precoz, basado en el reconocimiento de los síntomas y signos tempranos de cáncer, y la necesidad de su rápido tratamiento cuando estos aparecen; b) el tamizaje, que consiste en identificar, dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas o cánceres asintomáticos, por medio de pruebas que se puedan aplicar con facilidad a toda la población.

La CCSS, actualmente cuenta con programa de tamizaje oportunista para el cáncer de cérvix; además se está avanzando en el establecimiento de un programa de atención de cáncer de mama, fortaleciendo la red de atención para mejorar la detección temprana y tratamiento oportuno de los casos diagnosticados, mediante las Clínicas de mama.

a) Tamizaje para detección temprana del Cáncer cérvico – uterino.

El tamizaje que se realiza a nivel institucional es oportunista, sin embargo, nuestro país es visto en el ámbito internacional, como exitoso con este tipo de tamizaje⁵. Históricamente por medio del Instrumento de Compromiso de Gestión se ha medido la cobertura de tamizaje por Papanicolaou con una periodicidad anual, en dos grupos, mujeres de 20 a 34 años y mujeres de 35 más años con el objeto de dar seguimiento especialmente al segundo grupo.

En la última evaluación, se midió la cobertura bienal (2009-2010)⁶ depurando los datos cuando la citología se hubiese realizado cada año, de ahí que este resultado es más certero.

⁵OMS. Estrategia y Plan de acción Regionales sobre la Prevención y el Control del cáncer cérvico-uterino. Washington D.C. 2008

⁶De acuerdo a la normativa nacional, la población blanco para el tamizaje es "Toda mujer de 20 años y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales, sin importar su condición de asegurada." La concentración definida es de cada dos años con una meta de cobertura del 85%. Decreto N° 33119-S publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 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 y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología

Cuadro 1 Cobertura institucional bienal de citología cérvico vaginal en el I nivel de atención, según región, CCSS-2010.

Región ¹	Población blanco		Cobertura total institucional			
			Personas atendidas		Porcentaje	
	< 35 años	≥35 años	< 35 años	≥35 años	< 35 años	≥35 años
Total	524.577	771.393	162.593	265.160	31%	35%
Brunca	34.237	55.477	15.990	29.315	47%	53%
Central Norte	138.643	199.727	33.297	45.310	24%	23%
Central Sur	205.513	294.305	61.202	110.749	30%	38%
Chorotega	36.838	65.917	13.485	26.324	37%	40%
Huetar Atlántica	55.359	74.363	17.225	21.740	31%	29%
Huetar Norte	25.536	35.212	9.260	13.873	36%	39%
Pacífico Central	28.451	46.392	12.780	19.033	45%	41%

¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Otros estudios realizados en la CCSS⁷ evidencian variaciones en el proceso del tamizaje según el área de salud. Esta variabilidad puede estar ocurriendo por diferentes factores: gran diversidad del personal que participa en el proceso, al carecer de códigos para enfermeras profesionales (la toma de la muestra recae sobre los médicos generales creando cuellos de botella) y el número de actividades que constituyen el proceso.

Además, existe controversia sobre la población blanco para el tamizaje. Esta controversia radica fundamentalmente en la edad y periodicidad en que se debe iniciar la toma de la citología. La pauta utilizada por la gran mayoría de las áreas de salud es toda mujer de 15 años de edad y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales⁸.

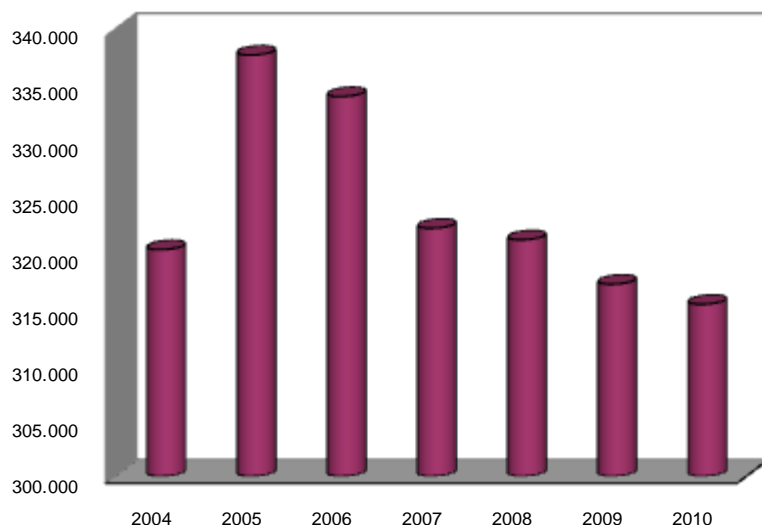
Otro factor crítico señalado es el tiempo que incurre el Laboratorio Nacional de Citologías (LNC) para la generación de los reportes citológicos. La mayoría de las áreas de salud describen que el tiempo de espera para los resultados variar de 3 meses a 6 meses y según la normativa vigente, *“Es un derecho de la usuaria que en un plazo no mayor de dos (2) meses obtenga el resultado de la citología realizada”*⁹.

⁷González M., Randolph. Estudio preliminar de identificación y documentación del proceso actual, tamizaje cáncer de cérvix, en las áreas de salud con sobre-mortalidad. Coordinación Técnica Cáncer. Proyecto Fortalecimiento de Red Atención Integral al Cáncer. Gerencia Médica. CCSS.

⁸ Ministerio de Salud, Instituto Costarricense Contra el Cáncer, CCSS, INAMU. Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello del útero para el I, II y III nivel de atención y Normas de Laboratorios de Citologías. Decreto Ejecutivo No. 33119S. 22 de Febrero del 2007.

⁹Op.Cit. Página 41.

Gráfico 6. Citologías recibidas y tamizadas. Laboratorio Nacional de Citologías 2004-2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de producción del LNC.

En el gráfico anterior se puede observar el número de citologías recibidas y tamizadas por el LNC en el período 2004-2010. Se observa un aumento considerable en el número de citologías tamizada en el año 2005, para posteriormente ir en disminución constante hasta el 2010, incluso a niveles inferiores a los obtenidos en el 2004. Esta situación no favorece los tiempo de espera, ya de por si prolongados.

a) Cáncer de mama

Para la detección temprana del cáncer de mama la prueba básica de detección es la mamografía. La mayoría de los programas desarrollados en los diferentes países coinciden en la periodicidad, cada dos años, independientemente de los factores de riesgo.

Factores que juegan un papel fundamental en un programa de tamizaje son: la disponibilidad de recursos, la adecuación de su uso, la aplicación de las guías de práctica clínica, así como en el grado de implantación y homogeneidad en los protocolos de derivación de pacientes y su movilidad en la red de atención.

Como un primer paso, previo al desarrollo de un programa de tamizaje de oportunidad o poblacional para el diagnóstico temprano de mama, la institución ha impulsado la estrategia de Clínicas de Mama. La clínica de mama es un componente de la estrategia de atención al cáncer de mama brindada por un equipo multidisciplinario en la red de

servicios de salud, que orienta a gestionar de manera ágil el diagnóstico oportuno y el seguimiento de las mujeres que han sido identificadas de riesgo aumentado, sospecha y pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Se han capacitado 36 médicos en la pasantía de Implementación de clínicas de mama: 14 corresponden a la Red Noroeste, 12 a la Red Este, 8 a la Red Sur, 2 en el Hospital de las Mujeres.

c) Cáncer de próstata

En el año 2011 se publicó la Guía de atención del cáncer de próstata para el primer nivel de atención. El objetivo general es definir el abordaje institucional del cáncer de próstata para contribuir a disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas, maximizando los recursos disponibles de la CCSS.

d) Cáncer gástrico

El Centro de detección de cáncer gástrico, ente que se formó, en colaboración con el Gobierno de Japón, en la provincia de Cartago, ha tenido como misión: *“Contribuir a la reducción de los niveles de incidencia y mortalidad ocasionados por el Cáncer Gástrico, en la cobertura, la promoción, la educación, el diagnóstico y el tratamiento, para mejorar la calidad de vida, la oportunidad y la curación de esta enfermedad.”*

Fortalecimiento de Recurso Humano

Actualmente la CCSS cuenta con un plan de formación, capacitación y sensibilización de recurso humano para la atención integral del cáncer con enfoque estratégico que finalizará en el año 2013. Hasta el momento se han capacitado más de 66 profesionales en el exterior y 70 dentro del país (técnicos en diferentes áreas, así como profesionales en radiología y oncología, entre otros).

Por otro lado el Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica del Sistema de Estudio de Posgrado y que se organiza en colaboración con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de la CCSS, cuenta actualmente con 63 médicos en formación en especialidades de atención directa al paciente oncológico y que se encuentran rotando en los departamentos hemato-oncológicos de los hospitales nacionales. Se cuenta con 14 médicos residentes en cirugía oncológica, 12 en oncología médica, 11 en radioterapia, 6 en hematología, 2 en hematología pediátrica, 11 en medicina paliativa y 7 en sub especialidad



de ginecología oncológica. Estos médicos tendrán su especialización finalizada en el transcurso de los próximos 4 años, según programa que cursan y año en que ingresaron y además todos los años se abren nuevos campos para formación de especialistas en estas áreas.

IV. ORGANIZACIÓN DEL PLAN

Misión

Los Servicios de Salud trabajan de manera articulada en las acciones de promoción, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para la atención integral del paciente con sospecha y/o con cáncer.

Visión

Ofrecer atención oportuna, integral, coordinada y de calidad al paciente con sospecha y/o con cáncer.

4.1. Principios Fundamentales del PIAC

Atención centrada en el individuo: En los servicios de salud centrados en el usuario, el usuario es lo primordial en todo momento de la planeación, implementación y evaluación de la prestación de servicios. El personal de salud reúne información sobre los usuarios para crear y ofrecer servicios adecuados. Las preferencias del usuario guían todo aspecto de la prestación de servicios, desde el horario de atención hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones.

Oportunidad de la atención en salud: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Continuidad de la atención: Consiste en ligar todos los eventos de atención a un problema de salud determinado, tanto en el tiempo (desde el inicio hasta el final) como en el espacio (en todos los niveles de atención, en todos los lugares). Con la continuidad se optimiza la atención, pues se evita la duplicidad de pruebas, se pueden coordinar los cuidados y se toman decisiones que mejoran la calidad de los servicios.

Mejoramiento continuo de la calidad: Todo miembro de la organización debe estar convencido de que no sólo es posible prestar atención de buena calidad sino que es una alta prioridad para ellos y su organización.

Sostenibilidad: Mantener las acciones y la participación, más allá de la vida de un proyecto, que siempre tiene una vida limitada en el tiempo.

Multidisciplinariedad: Facilitar y potenciar el trabajo entre las diferentes disciplinas que conforman el cuerpo de profesionales de la salud y administrativos, y que se sustenta en las capacidades de autogestión de las unidades, que requiere de los principios de complementariedad y subsidiariedad que para este caso son el aporte de los de dichos profesionales, interesados en el desarrollo de las actividades en salud.

Costo-Efectividad: Es la comparación del costo por unidad de resultado entre dos o más programas o intervenciones y con esto se identifica la manera más económica para alcanzar un determinado objetivo o meta.

4.2. OBJETIVOS, METAS, INDICADORES Y RESPONSABLES

En éste acápite se describen las acciones que responden al fortalecimiento de la atención del cáncer en cada componente de intervención, por lo que los objetivos y las metas tanto de periodo como las anuales propician mitigar o eliminar las causas identificadas como generadoras de los problemas principales abordados en el capítulo de diagnóstico.

La matriz del Plan Institucional está organizada por componentes de intervención: promoción de la salud, prevención primaria, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos y dos ejes transversales: red de atención e investigación.

4.2.1. Promoción de la Salud

Objetivo estratégico: Contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables especialmente en las Áreas de Salud de mayor incidencia y mayor mortalidad con cáncer.

La promoción de la salud es un eje transversal de intervención para un conjunto de enfermedades, entre ellas las de mayor mortalidad en el país como lo son las del aparato circulatorio y el cáncer. Las intervenciones irán dirigidas a los temas de alimentación saludable, actividad física, salud mental y salud sexual en las Áreas identificadas como de mayor incidencia y mayor mortalidad. El financiamiento de estos proyectos estará a cargo del Proyecto de fortalecimiento de la atención del cáncer.

Además se apoyarán las iniciativas que actualmente se han desarrollado por parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud sobre el tema de promoción de la salud.

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador de periodo</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
1. Contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables específicamente en alimentación, actividad física, salud sexual y salud mental especialmente en las Áreas de Salud de mayor incidencia y mayor mortalidad con cáncer.	1.1 5 Áreas de Salud con mayor incidencia y mayor mortalidad de cáncer ejecutando proyectos de promoción de la salud.	Número de Áreas de Salud con mayor incidencia y mayor mortalidad de cáncer con proyectos implementados y evaluados.	I Semestre 2013	5 proyectos diseñados e iniciando la implementación.	Coordinación de Promoción de la Salud Nivel Central de la DDSS
			II Semestre 2013	5 proyectos en proceso de implementación.	Áreas de salud
			2014	Seguimiento y monitoreo de los 5 proyectos	Dirección de red de servicios de salud.
			2015		
			2016	5 proyectos evaluados	Direcciones Regionales
	1.280 Áreas de salud no incluidas	Número de Áreas de salud con proyectos	2013	30 áreas de salud con proyectos	Coordinación de Promoción de la

Objetivo	Meta de periodo	Indicador de periodo	Periodo	Meta anual	Responsables
	en el grupo 1.1 ejecutando proyectos de promoción de la salud con intervenciones en actividad física y alimentación saludable.	implementados y evaluados		implementados	Salud Nivel Central de la DDSS
			2014	80 áreas de salud con proyectos implementados	Áreas de Salud
			2015	80 áreas de salud con seguimiento de proyectos	Dirección de red de servicios de salud.
			2016	80 áreas de salud con evaluación de los proyectos	Direcciones Regionales

4.2.2. Prevención Primaria

Objetivo estratégico: Implementar el uso de estrategias basadas en la evidencia y conocimiento científico para el abordaje de los factores de riesgo asociados al cáncer.

Se ha demostrado para algunos tipos de cáncer que su incidencia puede disminuir mediante la práctica de estilos de vida saludables y la no exposición a sustancias cancerígenas; hay un riesgo atribuible importante de algunas conductas con ciertos cánceres, tal es el caso del tabaquismo con el cáncer de pulmón, la infección por VPH (que aumenta el riesgo de infección con conductas sexuales de riesgo) para el cáncer de cérvix y la exposición solar prolongada con el cáncer de piel. Estos tres factores de riesgo, más el consumo de alcohol, sedentarismo y alimentación poco saludable son factores que al modificarlos o evitarlos tendrán un impacto importante en la incidencia del cáncer.

Para implementar este objetivo se cuenta con un instrumento de detección de factores de riesgo para incluir en el expediente clínico con el fin de contar con un medio para identificar a personas con riesgo de cáncer por factores hereditarios y/o personales.

Además se implementarán acciones de comunicación para educar acerca de conductas riesgosas en diversos tipos de cáncer.

Objetivo	Meta de periodo	Indicador de periodo	Periodo	Meta anual	Responsables
1. Implementarlos documentos de normalización técnica para la prevención del cáncer en población de	1.1 Todas las Áreas de salud implementan los documentos de normalización técnica en la prevención primaria	Número de Áreas de Salud implementando los documentos de normalización técnica en la prevención primaria de cáncer de piel,	I Semestre 2013	Elaborar y validar los documentos de normalización técnica.	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Coordinación Técnica del Cáncer

PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2012-2016

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador de periodo</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
riesgo para cáncer de piel, cáncer de cérvix y cáncer de pulmón.	decáncer de piel, cáncer de cérvix y cáncer de pulmón.	cáncer de cérvix y cáncer de pulmón	II Semestre 2013	58 Áreas de Salud (incluyendo las prioritarias) implementando los documentos de normalización técnica	Siete Direcciones Regionales
			2014	Todas las Áreas de Salud implementando documentos de normalización técnica en cáncer.	
			2015	58 Áreas de Salud evaluadas	
			2016	Todas las Áreas de Salud evaluadas	
2. Desarrollar procesos de comunicación colectiva que informen a la población sobre seis conductas riesgosas relacionadas al cáncer (Fumado, consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo, exposición prolongada a la luz solar, alimentación no saludable y sedentarismo).	2.1 Desarrollar un proceso de difusión masiva por cada una de las conductas riesgosas.	Número de procesos de difusión masiva por conducta riesgosa.	2012	Al menos un proceso de difusión masiva realizado.	Dirección de Comunicación Organizacional
			2013	Al menos un proceso de difusión masiva realizado.	Dirección de Comunicación Organizacional
			2014	Al menos un proceso de difusión masiva realizado.	Dirección de Comunicación Organizacional
			2015	Al menos un proceso de difusión masiva realizado.	Dirección de Comunicación Organizacional
			2016	Al menos un proceso de difusión masiva realizado.	Dirección de Comunicación Organizacional

4.2.3. Diagnóstico temprano

Objetivo estratégico: Mejorar la accesibilidad de las personas a los servicios de detección temprana del cáncer.

Con el fin de mejorar la accesibilidad se procederá a estudiar los recursos disponibles y el proceso de la atención en los tipos de cáncer definidos como prioritarios. A partir del análisis se establecerán lineamientos mediante diversos documentos de normalización técnica, por ejemplo instrucciones de gerencia, rutas de decisión clínica o guías clínicas.

A la fecha por medio del Consejo Oncológico Institucional se han enviado a la Gerencia Médica sugerencias para lo que corresponde al diagnóstico temprano de cáncer de mama y ya se llevaron a cabo talleres para analizar la problemática de la atención del cáncer de pulmón, piel, estómago, colon, próstata y cérvix; a partir de los cuales se derivarán recomendaciones para mejorar la detección temprana.

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
1. Implementarlos documentos de normalización	1.1 Total de áreas de salud y hospitales implementando los documentos de	Número de áreas de salud y hospitales implementando los documentos de	I semestre2013	Documentos de normalización técnica de diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios:	Coordinación Técnica del Cáncer

técnica que registrarán para mejorar la oportunidad de la atención de los pacientes sospechosos y/o de alto riesgo para los tipos de cáncer prioritarios.	normalización técnica para diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios.	normalización técnica de diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios		definidos, validados, aprobados, divulgados y personal de salud sensibilizado	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Dirección de Red de Servicios de Salud
			2013	Total de áreas de salud y hospitales, implementan los documentos de normalización técnica para diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios.	Directores de las Áreas de Salud y Hospitales
			2014	Total de áreas de salud y hospitales con seguimiento y evaluación de la implementación de los documentos de normalización técnica de diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios.	Direcciones Regionales Coordinación Técnica del Cáncer
			2015	Total de áreas de salud y hospitales con seguimiento y evaluación de la implementación de los documentos de normalización técnica de diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios.	
			2016	Total de áreas de salud y hospitales con seguimiento y evaluación de la implementación de los documentos de normalización técnica de diagnóstico temprano de los tipos de cáncer prioritarios.	
2. Implementar nuevas tecnologías basadas en la evidencia para la detección temprana del cáncer de las cuales se haya demostrado costo-efectividad.	2.1 Implementarlas nuevas opciones tecnológicas costo-efectivas para la detección temprana del cáncer.	Opciones tecnológicas costo efectivas para la detección temprana del cáncer implementadas.	2013	Evaluación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la detección temprana del cáncer. (por ejemplo detección de VPH por medio de ADN)	Equipo investigador de nuevas tecnologías.
			2014	Evaluación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la detección temprana del cáncer. Implementar el plan piloto en al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la detección temprana del cáncer.	

			2015	Evaluación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la detección temprana del cáncer. Implementar el plan piloto en al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la detección temprana del cáncer.	
			2016	Evaluación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la detección temprana del cáncer. Implementar el plan piloto en al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la detección temprana del cáncer.	Proyecto Fortalecimiento de la Atención del Cáncer

4.2.4. Red de atención: Confirmación Diagnóstica, Tratamiento y Rehabilitación

Objetivo estratégico: Facilitar el acceso y la continuidad a servicios de confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación con oportunidad, calidad y equidad, centrados en el paciente y utilizando la mejor evidencia disponible en la red de servicios de atención de la CCSS.

Se plantea la articulación de la red para que el paciente circule de una manera expedita y que se le ofrezca una atención integral y coordinada, que mejore la oportunidad de atención, así como maximizar la utilización de los recursos.

Objetivo	Meta de periodo	Indicador	Periodo	Meta anual	Responsables
1. Implementar documentos de normalización técnica para la confirmación diagnóstica, el tratamiento y la rehabilitación de los siete tipos de cáncer prioritarios.	1.1 Total de áreas de salud y hospitales implementando los documentos de normalización técnica para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación.	Número de áreas de salud y hospitales implementando los documentos de normalización técnica para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación.	I Semestre 2013	Documentos de normalización técnica de confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de los siete cánceres prioritarios: definidos, validados, aprobados, divulgados y personal de salud sensibilizado	Coordinación Técnica del Cáncer Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Dirección de Red de Servicios.
			II Semestre 2013	Total de áreas de salud y hospitales implementando los documentos de normalización técnica para confirmación diagnóstica, tratamiento y	Directores de áreas de salud y hospitales Dirección de Red de Servicios Direcciones Regionales

Objetivo	Meta de periodo	Indicador	Periodo	Meta anual	Responsables
				rehabilitación siete tipos de cáncer prioritarios.	
			2014	Total de áreas de salud y hospitales con seguimiento y evaluación de la implementación de los documentos de normalización técnica confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación siete tipos de cáncer prioritarios.	Dirección de Red de Servicios Direcciones Regionales
			2015	Total de áreas de salud y hospitales con seguimiento y evaluación de la implementación de los documentos de normalización técnica de confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación siete tipos de cáncer prioritarios.	
			2016	Total de áreas de salud y hospitales con seguimiento y evaluación de la implementación de los documentos de normalización técnica de confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación siete tipos de cáncer prioritarios.	
2. Fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención para dar respuesta oportuna a las necesidades del paciente.	2.1 Tres redes con el diagnóstico de puntos críticos del recorrido de una persona con sospecha y el diagnóstico de cáncer en los servicios de atención según documentos de normalización técnica y la implementación de estrategias para el abordaje.	Número de redes y acciones implementadas para el abordaje de cada punto crítico.	II Semestre 2013	Tres redes de servicios de atención con el diagnóstico de puntos críticos del recorrido de una persona con sospecha y diagnóstico de cáncer en los según documentos de normalización técnica.	Hospitales Nacionales Departamentos de Hemato-oncología Coordinación Técnica del Cáncer Dirección de Red de Servicios Direcciones Regionales
			I trimestre 2014	Diseñar las actividades estratégicas para el abordaje de los puntos críticos.	Hospitales Nacionales Departamentos

PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2012-2016

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
			II trimestre 2014	Tres redes implementando actividades estratégicas para abordar puntos críticos en el recorrido de una persona con sospecha y diagnóstico de cáncer en los servicios de atención según documentos de normalización técnica.	de Hemato-oncología Coordinación Técnica de Cáncer Dirección de Red de Servicios Direcciones Regionales
			2015	Tres redes implementando actividades estratégicas para abordar puntos críticos en el recorrido de una persona con sospecha y diagnóstico de cáncer en los servicios de atención según documentos de normalización técnica.	Hospitales Nacionales Departamentos de Hemato-oncología Coordinación Técnica de Cáncer Dirección de Red de Servicios Direcciones Regionales
			2016	Tres redes con seguimiento y evaluación de la implementación de las actividades estratégicas para abordar puntos críticos en el recorrido de una persona con sospecha y diagnóstico de cáncer en los servicios de atención según documentos de normalización técnica.	Hospitales Nacionales Departamentos de Hemato-oncología Coordinación Técnica de Cáncer Dirección de Red de Servicios Direcciones Regionales
	2.244 Establecimientos de Salud incorporadas a la modalidad de atención de Clínicas de Mama	Número de establecimientos de de Salud incorporadas a la modalidad de Clínica de mama	2012	32 Establecimientos de Salud incorporadas a la modalidad de clínica de mama.	Áreas de Salud y Hospitales Dirección de Red de Servicios de Salud Proyecto Fortalecimiento de la Atención del Cáncer
			2013	12 Establecimientos de Salud incorporadas a la modalidad de clínica de mama.	
			2014	Monitoreo y evaluación de los establecimientos incorporados a la modalidad de clínicas de mama	
			2015	Monitoreo y evaluación de las establecimientos incorporados a la modalidad de clínicas de mama	

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
			2016	Analizar la viabilidad de contar con más clínicas de mama	
3. Desarrollar un observatorio de cáncer que brinde información útil, veraz y oportuna, en lo que concierne a la atención del cáncer a nivel institucional y nacional.	3.1 100 % del observatorio de cáncer desarrollado	Porcentaje de avance en el desarrollo del observatorio.	2012	Contar con la base de datos de atención institucional e información disponible en cáncer, para el público en general, en la página web institucional. (20 %)	Proyecto Fortalecimiento de la Atención del Cáncer Coordinación con el Registro Nacional de Tumores.
			2013	Vincular y contar con la información de bases de datos de incidencia y mortalidad en cáncer (70 %)	
			2014	Contar con un espacio interactivo para el público en la página web institucional (100 %)	
			2015	Determinar la sostenibilidad del observatorio.	
			2016		
4. Fortalecer la planificación, distribución de la adquisición de equipo, infraestructura, formación y dotación del recurso humano para ampliar la oferta de la red de servicios de salud según necesidades.	4.1 Implementar un modelo de planificación que permita la distribución equitativa de los recursos en la red de atención, para el abordaje integral del cáncer	Un modelo de planificación implementado	I semestre 2013	Modelo planificador implementado	Dirección de Proyección de Servicios de Salud Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud CENDEISSS Dirección de Administración de Proyectos Especiales Dirección de Equipamiento Institucional Gerencia de Logística Proyecto Fortalecimiento de la Atención del Cáncer
			II semestre 2013	Diagnóstico de la situación a partir del modelo planificador en la asignación de recursos, para el abordaje integral del cáncer	Proyecto Fortalecimiento de la Atención del Cáncer con apoyo de una Comisión Institucional: Planificación Institucional
			A partir II semestre 2013 Al 2016	Distribuir los recursos según los resultados de la aplicación del modelo	Dirección de Proyección de Servicios de

PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2012-2016

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
					Salud CENDEISSS
5. Maximizar la utilización de los recursos de apoyo al diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación para mejorar la oportunidad de la atención integral del cáncer.	5.1 Tres redes (Este, Sur y Noroeste) de servicios de salud incorporando estrategias que mejoren la oportunidad de la atención en diagnóstico (imágenes médicas, laboratorio, patología), tratamiento (cirugía, quimioterapia y radioterapia) y rehabilitación (fisioterapia, prótesis, cirugía reconstructiva, atención psicológica), para los siete tipos de cáncer prioritarios	Número de redes incorporando estrategias que mejoren la oportunidad de la atención	I semestre 2013	Tres redes de servicios con estudios de tiempo de espera realizados para: 1. Diagnóstico temprano y confirmación diagnóstica 2. Reporte 3. Tratamiento y rehabilitación Y estudios de tiempos y movimientos según necesidad	Unidad Técnica de Listas de Espera Directores de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos
			A partir del II semestre 2013	Tres redes de servicios de salud implementando estrategias de mejora continua en la oportunidad de la atención.	Directores de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos
			2014	Tres redes de servicios de salud evaluadas	Direcciones Regionales y Direcciones de Área y Hospitales
			2015	Tres redes de servicios de salud evaluadas	
			2016	Tres redes de servicios de salud evaluadas	
6. Implementar nuevas opciones tecnológicas, para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del cáncer según medicina basada en la evidencia.	6.1 Implementarlas nuevas opciones tecnológicas para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del cáncer determinadas como costo-efectivas.	Nº de opciones tecnológicas implementadas / Nº de nuevas tecnologías evaluadas	2013	Evaluación e implementación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del cáncer. (Por ejemplo, RapidArc, IMRT, RIO, ICT).	Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer. Coordinación Técnica del Cáncer.
			2014	Evaluación e implementación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del cáncer	Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer. Coordinación Técnica del Cáncer.
			2015	Evaluación e implementación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del	

Objetivo	Meta de periodo	Indicador	Periodo	Meta anual	Responsables
				cáncer	
			2016	Evaluación e implementación de al menos una opción tecnológica costo-efectiva para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del cáncer	
7. Fortalecer la organización de los departamentos de hemato-oncología, de los hospitales Nacionales.	7.1 Cuatro departamentos de hemato-oncología organizados para auto gestionar su planificación y presupuesto.	Número de departamentos de hemato-oncología con PAO-Presupuesto	2013	Cuatro hospitales nacionales con departamentos de hemato-oncología organizados por medio del PAO-Presupuesto.	Jefes de departamento de hemato-oncología
	7.2 Implementar el Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños.	Cumplimiento de productos finales indicados en el Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología.	2014	Implementar las actividades sustantivas descritas en el Modelo Funcional y Organizacional de los Departamentos de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños.	Consejo Oncológico Institucional
			2015	Implementar las actividades sustantivas descritas en el Modelo Funcional y Organizacional de los Departamentos de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños.	Directores de Hospital
			2016	Implementar las actividades sustantivas descritas en el Modelo Funcional y Organizacional de los Departamentos de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños.	
8. Definir e implementar una estrategia para la sostenibilidad financiera de la atención integral del cáncer en red.	8.1 Estrategia de sostenibilidad financiera de la atención del cáncer en red implementada en tres etapas.	Número de etapas en la implementación de la estrategia.	I trimestre 2013	Etapas 1: Identificar fuentes de financiamiento	Gerencia Financiera
			2013	Etapas 2: Un marco legal que respalde el ingreso de fondos para la atención del cáncer	Gerencia Médica
			2014	Etapas 3: Un planteamiento para la distribución de los	Gerencia Administrativa
					Gerencia de Infraestructura y Tecnología

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
				recursos Implementar en las tres redes la distribución de los recursos	Gerencia de Logística.
			2015	Evaluar el uso de los recursos Planificación y distribución de nuevos recursos.	
			2016	Evaluar el uso de los recursos Planificación y distribución de nuevos recursos.	

4.2.5. Cuidados Paliativos y manejo del dolor para los pacientes oncológicos

Objetivos estratégicos: Asegurar el acceso a los servicios integrales de cuidados paliativos a las personas con cáncer y su familia; de forma oportuna, con calidad, universalidad, solidaridad y equidad.

Con la implementación de este objetivo se persigue contar con servicios de cuidados paliativos en los DHO según la propuesta del Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños. Además de maximizar el beneficio de la Clínica del Dolor que se construirá con los fondos de la Ley 8584 y coordinar los distintos esfuerzos en el tema, para alcanzar el mayor beneficio de los pacientes.

<i>Objetivo</i>	<i>Meta de periodo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Periodo</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Responsables</i>
1. Cumplir con los documentos de normalización técnica establecidos en el modelo de cuidados paliativos y manejo del dolor para la oportuna atención del paciente con cáncer en la red.	1.1 Tres redes brindando cuidados paliativos y manejo del dolor de pacientes con cáncer cumpliendo con los documentos de normalización técnica establecidos en el modelo de atención.	Un modelo de atención de cuidados paliativos y manejo del dolor en la red oficializado, implementado.	I semestre 2013	Modelo de cuidados paliativos y manejo del dolor (estructura y documentos de normalización técnica) en la red de atención oficializado.	Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados paliativos.
			A partir del II semestre 2013	Modelo de cuidados paliativos y manejo del dolor implementado en las 40 unidades de cuidados paliativos.	Consejo de Nacional de Cuidados Paliativos y Control del Dolor.
		Número de unidades de cuidados paliativos y manejo del dolor con modelo implementado	2014	Monitoreo y evaluación periódico.	
			2015	Monitoreo y evaluación periódico.	Dirección de Centros Especializados
			2016	Monitoreo y evaluación periódico.	

V. VIABILIDAD DEL PLAN

Se aplicó al PIAC la metodología de viabilidad de planes elaborada por esa Dirección de Planificación Institucional y a continuación se muestran los resultados de la aplicación de la herramienta para identificar la posibilidad que tiene el plan de lograr sus objetivos mediante la superación de las restricciones que le impone el entorno.

Ámbito de viabilidad	Valoración (alta, media, baja)	Justificación
Institucional	Media	<ul style="list-style-type: none"> El cáncer es la segunda causa de muerte en el país, sin embargo se proyecta que en los próximos años llegará a ser la primera causa de muerte. La Junta Directiva apoya el abordaje del cáncer mediante el acuerdo donde declara de interés y prioridad institucional la atención del cáncer.¹⁰ El plan mejorará la gestión de los servicios en función de los servicios de salud centrados en el paciente. Debido a las características de la enfermedad y complejidad del abordaje se deben ejecutar acciones concretas y de impacto en el menor plazo posible. No existe actualmente una instancia técnico administrativa que conduzca la implementación del plan a nivel central.
Técnica	Media	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con capacidad instalada en términos de recurso humano capacitado en el nivel local para implementar el Plan, a nivel central para elaborar las estrategias, pero hay limitaciones a nivel de la meso gestión para la implementación a nivel técnico medio de la definición de estrategias del abordaje del cáncer. Se promueve mejorar la gestión de la red utilizando los recursos humanos, materiales y de infraestructura existentes. Los objetivos planteados se enfocan en impactar los puntos críticos de los procesos de atención, por lo que los cambios se harán evidentes ante los pacientes.
Financiera	Media	<ul style="list-style-type: none"> Existen tres fuentes de financiamiento identificadas: Transitorio III de la Ley 8718 fondos para el Fortalecimiento de la atención integral del cáncer, Ley 9028 Ley antitabaco y el Gasto operativo Institucional. Las acciones específicas sobre la detección temprana y el tratamiento pueden tener efectos económicos positivos, que disminuyan intervenciones complejas sobre el paciente y los costos para la Institución.
Jurídica	Alta	<ul style="list-style-type: none"> No genera conflicto con la jurisprudencia Institucional ni Nacional.
Política	-	<ul style="list-style-type: none"> Hay una serie de políticas consistentes a lo interno de la CCSS. A lo externo de la CCSS hay intereses diversos.
Social	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento de la oportunidad de la atención. Impacto directo en la salud de la población.

¹⁰ Artículo 9° de la sesión N° 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009.

VI. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN EN RED

El proceso que se pone en marcha para la implementación local del Plan Institucional de Atención del Cáncer, exige la formación de equipos de trabajo que coordinen en red los pasos durante el proceso de diseño de operaciones, acciones, productos, metas, y presupuesto.

En grandes líneas se proponen los aspectos mínimos a complementar para llevar adelante el proceso de implementación, los cuales se pueden considerar expresados en forma secuencial:

1. Formación de un comité de planificación que estará integrado según la complejidad de la unidad:

En el I nivel: estará integrado por un representante del Equipo de Apoyo, de los EBAIS y del área de administración.

En II y III nivel: estará integrado por un representante de la Dirección, Jefes de Servicio en coordinación con el Jefe del Departamento de Hemato-oncología y un representante de los equipos de asistencia técnica y un representante del área de administración.

2. Este comité será el responsable de formularlas estrategias que permitirán ofrecer una promoción, prevención, atención oportuna y con calidad a las personas con sospecha y cáncer confirmado. Además identificarán los Resultados Esperados y Productos.
3. Una vez completada la estrategia, se someterá a consideración del Director de la unidad. Con el fin de que las actividades y productos esperados se incluyan en el Plan anual operativo.

6.1. Principios del funcionamiento de red

Los principios que a continuación se describen son las ideas fundamentales que regirán la formación 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 participan el nivel regional y central.

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.

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 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, colon, pulmón y piel.

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.

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

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.

En la formulación de la estrategia local, las unidades van a contar con la asesoría y acompañamiento del equipo multidisciplinario del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer.

6.2. Planificación local

La planeación es el primer momento de la gestión en el cual se identifican, ordenan y armonizan (de manera participativa y concertada) el conjunto de estrategias seleccionadas para alcanzar las metas, según corresponda al nivel administrativo (mandos estratégicos y mandos medios) y de complejidad de las unidades (I nivel, II y III nivel de atención a las personas), basado en la problemática identificada y los recursos disponibles.

Este es un instrumento guía para la acción de las diferentes instancias de la CCSS; en él se definen en forma clara los objetivos, las estrategias que se van a impulsar y las metas que se pretende alcanzar.

Dado que el Plan Institucional para la Atención del Cáncer, contempla los objetivos desde la perspectiva institucional, cada unidad debe analizar e identificar cuáles son las metas que desde sus ámbitos de acción debe adaptar a su quehacer.

6.3. Componentes de las estrategias locales

Las estrategias deben elaborarse de acuerdo con los lineamientos institucionales sobre la elaboración del PAO y PGL asimismo partir de los objetivos establecidos en el Plan Institucional de Atención del Cáncer y acompañarse de una serie de parámetros para el seguimiento periódico y su evaluación por medio del sistema establecido para el monitoreo del PAO y/o PGL.

Es importante respetar los plazos establecidos para la implementación de las metas, así como también la calidad de los alcances establecidos.

Componentes	Definición
Objetivos	Para garantizar que las estrategias de Atención del Cáncer de cada unidad, se oriente al cumplimiento del Plan Institucional de Atención del Cáncer y para facilitar la rendición de cuentas por parte de las redes de atención, la definición de las acciones de cada unidad debe precisar a cuál o a cuáles de los objetivos del Plan Institucional de Atención del Cáncer, se va a orientar la gestión.
Estrategias y Actividades	Es necesario que las acciones de cada unidad y cada red de atención se definan en pos de los objetivos y metas definidas en el Plan Institucional de Atención del Cáncer, para garantizar que la acción de la unidad se orienta al cumplimiento de éste.
Parámetros de Evaluación	<p>Objetivos definidos como Indicadores de Gestión. Cada unidad y cada red de atención define o enumera sus acciones en términos de la forma cómo se va a medir el cumplimiento de cada una de ellas. Dado que hay acciones más importantes que otras, usualmente cada una de ellas se pondera de acuerdo con su valor estratégico en el cumplimiento del Plan Institucional de Atención del Cáncer.</p> <p>Metas: Cada acción de la unidad y red de atención debe definirse en términos de indicadores de cumplimiento, ya que las metas representan las distintas valoraciones que puede tener cada indicador. La rendición de cuentas se facilita si para cada acción se definen los recursos que se deben emplear para su realización.</p> <p>Responsables: Aunque el Director de cada unidad es el responsable de la ejecución del Plan Institucional de Atención del Cáncer, al interior de ella es posible que se definan responsables por actividad.</p>

VIII.MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION

Permiten conocer el desarrollo del proceso, el desempeño, el grado de eficiencia de los recursos humanos, el avance de las actividades y los resultados que se esperan. El monitoreo y la supervisión se complementa mutuamente y contribuyen a mejorar la calidad de las actividades de promoción, prevención y atención en los establecimientos.

Monitoreo

Analiza el grado de avance alcanzado para lo cual se deberá realizar el seguimiento de las actividades programadas. Este proceso se llevará a cabo a nivel local, regional y nacional.

El monitoreo tiene como objetivo seguir a nivel nacional el cumplimiento de actividades mediante la recolección de la información para poder tomar decisiones.

Este objetivo deberá cumplirse a través de la selección de instrumentos de monitoreo, listas de chequeo, revisión de documentos y visitas a nivel local y regional de la manera que se programe realizar, la información recolectada deberá elevarse progresivamente a nivel regional y nacional a fin de poder tomar decisiones y realizar un monitoreo a nivel central.

Supervisión

Entendida mejor como una asistencia técnica, permite determinar el desempeño de las personas y así poder identificar las necesidades de apoyo y capacitación.

El objetivo de la supervisión es evaluar la gestión de las personas supervisadas a nivel regional y local.

Para lograr ese objetivo se deberá seleccionar instrumentos, fichas de trabajo, reuniones, talleres y cursos, así como visitas de asistencia técnica.

Evaluación

Tiene el propósito de analizar el proceso y los resultados en un determinado momento del desarrollo de las actividades. Este análisis se hace a través de los indicadores de proceso y de resultado previstos con anticipación. La evaluación permite mejorar los resultados de corto y mediano plazo para asegurar el cumplimiento de metas a largo plazo y la obtención

de impacto.

Cada una de las metas formuladas en el presente plan tiene un periodo en el que debe ser realizada, es este el que define el momento de la evaluación. Los instrumentos de levantado de la información pertinente y necesaria serán elaborados conjuntamente entre las partes (Equipo responsable del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer y los responsables de la ejecución de cada meta).

En los casos que se requieran y se consideren necesarios se solicitarán las pruebas del cumplimiento de las metas y acciones realizadas que se enuncian en el PIAC.

<i>Componente</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Responsables</i>
5.2.1 Promoción de la Salud	1. Contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables específicamente en alimentación, actividad física, salud sexual y salud mental en las Áreas de Salud de mayor incidencia y mayor mortalidad con cáncer.	Nº de Áreas de Salud prioritarias con proyectos ejecutados 5 Áreas de Salud prioritarias con proyectos diseñados Nº de Áreas de Salud con proyectos ejecutados 88 Áreas de Salud con proyectos diseñados	Instrumento de evaluación elaborado para tal fin, aplicado por el comité central de seguimiento a los proyectos	Anual	Coordinación de Promoción de la Salud Nivel Central Directores de las Áreas de salud
5.2.2 Prevención Primaria	1. Implementar los documentos de normalización técnica para la prevención del cáncer en población de riesgo para cáncer de piel, cáncer de cérvix y cáncer de pulmón.	<i>Indicador 1:</i> Nº de Áreas de Salud implementando documentos de normalización técnica en la prevención primaria de cáncer de piel, cáncer de cérvix y cáncer de pulmón. 103 Áreas de Salud	<i>Indicador 1:</i> Instrumentos utilizados en los monitoreo realizados por el equipo de las Direcciones Regionales	Anual	<i>Indicador 1:</i> CTC Direcciones Regionales Dirección de Red de Servicios de Salud
	2. Desarrollar procesos de comunicación colectiva que informen a la población sobre seis conductas riesgosas relacionadas al cáncer (Fumado, consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo, exposición prolongada a la luz solar, alimentación no saludable y sedentarismo)	<i>Indicador 2:</i> Número de procesos de difusión masiva por cada conducta riesgosa. Sumatoria de los procesos de difusión masiva por cada conducta riesgosa. (Mínimo un proceso por cada conducta de riesgo).	<i>Indicador 2:</i> La Dirección de Comunicación Organizacional elaborará el instrumento para evaluación.	Anual	<i>Indicador 2:</i> Dirección de Comunicación Organizacional

PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2012-2016

<i>Componente</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Responsables</i>
5.2.3 Diagnóstico temprano	1. Implementar los documentos de normalización técnica que regirán para mejorar la oportunidad de la atención de los pacientes sospechosos y/o de alto riesgo para los tipos de cáncer prioritarios.	N° de Áreas de Salud implementando documentos de normalización técnica 103 Áreas de Salud N° de Hospitales implementando documentos de normalización técnica 29 Hospitales	Instrumento estándar utilizado en el monitoreo realizado por el equipo de las Direcciones Regionales	Anual	CTC Direcciones Regionales Dirección de Red de Servicios de Salud
	2. Implementar nuevas tecnologías basadas en la evidencia para la detección temprana del cáncer de las cuales se haya demostrado costo-efectividad.	N° de opciones tecnologías evaluadas / N° de nuevas opciones tecnologías exploradas N° de opciones tecnologías implementadas / N° de nuevas tecnologías evaluadas	Informe sobre las tecnologías exploradas y evaluadas para implementar según costo-efectividad en la institución.	Anual	Coordinador institucional de estudios de nuevas tecnologías Proyecto Fortalecimiento de la Atención del Cáncer.
5.2.4 Red de atención: confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación	1. Implementar documentos de normalización técnica para la confirmación diagnóstica, el tratamiento y la rehabilitación de los siete tipos de cáncer prioritarios.	<i>Indicador 1:</i> N° de Áreas de Salud implementando documentos de normalización técnica 103 Áreas de Salud N° de Hospitales implementando documentos de normalización técnica 29 Hospitales <i>Indicador 2:</i> N° de Guías de práctica clínica elaboradas Siete guías de práctica clínica para los tipos de cáncer priorizados	<i>Indicador 1:</i> Instrumentos utilizados en los monitoreo realizados por el equipo de las Direcciones Regionales	Anual	<i>Indicador 1 y 2:</i> CTC DCSS Direcciones Regionales Dirección de Servicios de Salud Área de Atención a las personas DR DCSS
	2. Fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención para dar respuesta oportuna a las necesidades del paciente.	<i>Indicador 1:</i> N° de diagnóstico realizados Tres Redes <i>Indicador 2:</i> Días transcurridos desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica y tratamiento. <i>Indicador 3:</i> N° de establecimientos de salud incorporadas a la modalidad de Clínica de Mama 44 Establecimientos de Salud	<i>Indicador 1:</i> Documento final con diagnóstico <i>Indicador 2:</i> Instrumento de recolección de información <i>Indicador 3:</i> Revisión del avance de la implementación del Proyecto de Clínicas de Mama.	<i>Indicador 1:</i> Una única vez <i>Indicadores 2 y 3:</i> Anual	<i>Indicador 1:</i> Comisión Coordinadora UEP Dirección de Red Equipo ejecutor <i>Indicador 2:</i> Equipo Evaluador Institucional Direcciones Regionales Área de Estadística en Salud <i>Indicador 3:</i> Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.

<i>Componente</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Responsables</i>
	3. Desarrollar un observatorio de cáncer que brinde información útil, veraz y oportuna, en lo que concierne a la atención del cáncer a nivel institucional y nacional.	Observatorio implementado	Verificación del sitio activo y actualizado en la web.	Anual	Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer Área de Estadística en Salud
	4. Fortalecer la planificación, distribución de la adquisición de equipo, infraestructura, formación y dotación del recurso humano para ampliar la oferta de la red de servicios de salud según necesidades.	<i>Indicador 1:</i> Modelo de planificación diseñado. <i>Indicador 2:</i> N° de equipos distribuidos adquiridos <hr/> N° de equipos planificados <i>Indicador 3:</i> N° de centros construidos y remodelados <hr/> N° de construcciones y remodelaciones planificados <i>Indicador 4:</i> N° de recurso humano distribuido equitativamente <hr/> N° de recurso humano formado	<i>Indicador 1:</i> Herramienta de planificación. <i>Indicador 2:</i> Registro técnico de adquisición de tipo de equipos y su distribución por red <i>Indicador 3:</i> Registro técnico de construcción y remodelación de edificios <i>Indicador 4:</i> Registro del recurso humano capacitado y formado según sitio de trabajo	<i>Indicador 1:</i> Una única vez <i>Indicador 2,3,4:</i> Actualización de la información Anual <i>Indicador 4:</i> Anual	<i>Indicador 1:</i> Comisión institucional con representación de las Gerencias Médica, Administrativa, Logística, GIT y Financiera <i>Indicador 2,3,4:</i> Dirección de Planificación Institucional Gerencias Médica, Administrativa, Logística, GIT y Financiera.
	5. Maximizar la utilización de los recursos de apoyo al diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación para mejorar la oportunidad de la atención integral del cáncer.	<i>Indicador 1:</i> Disminución del tiempo de espera medido en días para realización de exámenes diagnóstico <i>Indicador 2:</i> Disminución del tiempo de espera medido en días para inicio de tratamiento <i>Indicador 3:</i> Disminución del tiempo de espera medido en días para inicio de rehabilitación	<i>Indicadores 1,2,3:</i> Boletín de listas de espera generado por la UTLE		UTLE
	6. Implementar nuevas opciones tecnológicas, para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del cáncer según medicina basada en la evidencia.	N° de nuevas opciones tecnológicas implementadas <hr/> N° de nuevas opciones identificadas	Informe sobre las tecnologías exploradas y evaluadas para implementar según costo-efectividad en la institución.	Anual	Equipo investigador ad hoc convocado por el Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer

PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2012-2016

<i>Componente</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Responsables</i>
	7. Fortalecer la organización de los departamentos de hemato-oncología, de los hospitales Nacionales.	<i>Indicador 1:</i> Cuatro departamentos de hemato-oncología con su propio PAO- Presupuesto <i>Indicador 2:</i> Avance en el cumplimiento de productos finales.	<i>Indicador 1:</i> Documento de parapro- Presupuesto elaborado para cada departamento de hemato-oncología <i>Indicador 2:</i> Documento de reporte del cumplimiento de los productos finales.	Anual	Jefes de departamento de hemato-oncología Consejo Oncológico Institucional
	8. Definir e implementar una estrategia para la sostenibilidad financiera de la atención integral del cáncer en red.	Cumplimiento de las 3 etapas de para la sostenibilidad financiera de la atención integral del cáncer en red.	Documento final que describa las etapas de la estrategia de sostenibilidad financiera	Anual	Gerencias Médica, Administrativa, Logística, GIT y Financiera.
5.2.5 Cuidados Paliativos y manejo del dolor para los pacientes oncológicos	1. Cumplir con los documentos de normalización técnica establecidos en el modelo de cuidados paliativos y manejo del dolor para la oportuna atención del paciente con cáncer en la red.	<i>Indicador 1:</i> Un modelo de atención de cuidados paliativos y manejo del dolor implementado. <i>Indicador 2:</i> Nº de unidades ejecutando el modelo <hr/> 40 unidades de Cuidados Paliativos	<i>Indicador 1:</i> Documento que describa el modelo de atención de cuidados paliativos y manejo del dolor en las tres redes de atención <i>Indicador 2:</i> Instrumento de verificación	<i>Indicador 1:</i> Una única vez <i>Indicador 2:</i> Anual	Comisión institucional de diseño del modelo de cuidados paliativos y manejo del dolor

REFERENCIAS

1. Withlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22:267-284.
2. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Planning Committee of the Addressing Multiple Behavioral Risk Factors in Primary Care Project. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27(2 Suppl):61-79.
3. Stokes J, Noren J, Shindell S. Definition of terms and concepts applicable to clinical Preventive Medicine. *J Comm Health* 1982;8:33-41.
4. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. 2.^a ed. New York: McGraw Hill, 1958.
5. Guía Salud. Guía práctica clínica sobre cuidados paliativos, noviembre 2008.
6. E. Ortegón; F. Pacheco; A. Prieto. 2005. Metodología de marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas.
7. A. Aparicio; M. Morera. 2009. Atlas de mortalidad por todas las causas 2000-2007 Costa Rica.
8. A. Aparicio; M. Morera. 2010. Atlas de Incidencia por cáncer 2000-2004 Costa Rica Patrones geográficos y variabilidad entre Áreas de Salud.
9. Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. 2012.
10. Normas y procedimiento para el tratamiento del cáncer en Costa Rica.
11. Modelo funcional y organizacional del departamento de hemato-oncología en los hospitales nacionales generales y hospital nacional de niños, División de fiscalización operativa enero 2011.
12. Plan de acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la red de la CCSS 2009-2017. 2009.
13. Perfil Funcional para la Atención del Cáncer. 2009.
14. Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012.
15. CCSS. Plan Nacional de promoción de la Salud 2008-2012.
16. González M., Randolph. Estudio preliminar de identificación y documentación del proceso actual, tamizaje cáncer de cérvix, en las áreas de salud con sobre-mortalidad. Coordinación Técnica Cáncer. Proyecto Fortalecimiento de Red Atención Integral al Cáncer. Gerencia Médica. CCSS.
17. Ministerio de Salud, Instituto Costarricense Contra el Cáncer, CCSS, INAMU. Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello del útero para el I, II y III nivel de atención y Normas de Laboratorios de Citologías. Decreto Ejecutivo No. 33119S. 22 de Febrero del 2007.

GLOSARIO

Barrera: Las barreras de acceso a los servicios de salud pueden ser potenciales o reales. Las primeras hacen referencia a la manera en que una organización facilita o no el acceso de las personas a sus servicios; este aspecto está relacionado con trabas a la entrada, tiempos de espera, trámites y dificultades a la salida, las cuales pueden incidir en la continuidad de la atención. Las barreras potenciales también están vinculadas a la predisposición de los usuarios, las variables demográficas, la estructura social y la cultura. De otro lado están las barreras reales, que se centran en la continuidad del tratamiento y la satisfacción de los usuarios con la atención prestada.

Cuidados paliativos: Es el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Los cuidados deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad, simultáneamente con los tratamientos curativos y en las fases finales de la enfermedad.

Detección temprana del cáncer: Se basa en que la detección de la enfermedad en una etapa inicial de su ciclo biológico, antes de la manifestación de síntomas, permite un tratamiento más eficaz que cuando la enfermedad ya ha alcanzado un estadio avanzado. El propósito de esta iniciativa es detectar el cáncer cuando está localizado en el órgano de origen y no hay invasión de los tejidos circundantes ni de órganos distantes.

Hay dos componentes principales de los programas de detección temprana del cáncer: la educación para promover el diagnóstico a tiempo y el tamizaje.

Diagnóstico temprano: Todo presunto caso de cáncer debe ser remitido con prontitud para el diagnóstico y es preciso contar con personal e instalaciones adecuadas –para proporcionar un diagnóstico oportuno y eficaz– a los que los pacientes puedan acceder.

Documento de normalización técnica: Conjunto de instrucciones con carácter técnico o administrativo para su ejecución que deben ser cumplidas por los implicados. Es emitido/declarado por una figura de autoridad institucional.

Prevención: La OMS estima que, el 30% de todos los cánceres podrían ser prevenidos si la población siguiera una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y dejara de fumar (1,2). Para la ejecución de esta medicina preventiva se considera el contexto sociocultural, el técnico y el económico del propio sistema de salud, así como las necesidades prioritarias de la población.

Prevención primaria: La prevención debe atender los 3 componentes del problema: el agente, el huésped y el entorno.

Prevención secundaria: Pretende establecer el diagnóstico temprano y la inmediata interrupción de la progresión y/o su cese temprano; está destinada a las personas que están en contacto con los factores de riesgo, pero que todavía no han desarrollado el cáncer asociado a estos. Este tipo de prevención se lleva a cabo mediante los llamados "tamizajes", y dentro de éstos con la búsqueda activa de casos en la población de riesgo, realizados durante cualquier aunque no tenga relación directa con la afección consultada.

Prevención terciaria: Consiste en el tratamiento de la enfermedad, e incluye el abordaje de los trastornos asociados al tipo de cáncer (informarle de la naturaleza de su proceso y motivarle para que inicie y participe activamente en el tratamiento), terapia psicológica intensiva y/o farmacológica y la rehabilitación-reinserción. La responsabilidad en este nivel preventivo, inicialmente, debe ser compartida entre el primer nivel de atención y el segundo nivel (especialista en el tema), para finalmente, si el caso lo precisa, ser remitido a las unidades especializadas dirigidas por personal altamente cualificado.

Promoción de la salud: Estrategia mediante la cual se generan los medios necesarios para lograr un empoderamiento, tanto individual como colectivo, a fin de que se produzca un impacto positivo en la salud, por medio de la modificación de las condiciones de vida de la población, mediante procesos de educación, comunicación y participación”.

Rehabilitación: Esta puede ser física, psicológica y social, debe incluir apoyo para la movilidad, el auto cuidado, el bienestar emocional, la espiritualidad, actividades vocacionales e interacciones sociales. La rehabilitación procura mejorar la calidad de vida de las personas con deficiencias debidas al cáncer, ayudándolas a recuperar su capacidad de realizar actividades cotidianas para vivir de la forma más independiente posible.

Tratamiento: Si bien los principios básicos del tratamiento son los mismos en todo el mundo, el énfasis dependerá de las características locales de la enfermedad, es decir, de los

tipos más comunes de tumores y de las proporciones relativas de los estadios tempranos y tardíos. Los principales objetivos del tratamiento del cáncer son: la curación; la prolongación de la vida útil; el mejoramiento de la calidad de vida. Los tipos de tratamientos usados y el orden en el que son usados son decisiones hechas por el médico y el paciente. Cirugía, Radiación y Quimioterapia.

Anexo 1. Concordancia entre los objetivos del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017 y los objetivos del Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016

PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER
<p>Determinante de la Salud / Ámbito: Cultura de cuidado Individual y colectivo</p> <p>1. Fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas de la población para favorecer la adopción de estilos de vida saludable, desde el enfoque de derechos humanos, género, auto cuidado y control de los factores protectores y de riesgo relacionados con el cáncer.</p>	<p>Componente 5.2.1. Promoción de la Salud. Objetivo 1. Contribuir al desarrollo de estilos de vida saludables específicamente en alimentación, actividad física, salud sexual y salud mental en las Áreas de Salud de mayor incidencia y mayor mortalidad con cáncer.</p> <p>Componente 5.2.2 Prevención primaria. Objetivo 2.Desarrollar procesos de comunicación colectiva que informen a la población sobre seis conductas riesgosas relacionadas al cáncer (Fumado, consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo, exposición prolongada a la luz solar, alimentación no saludable y sedentarismo).</p>
<p>Determinante de la Salud / Ámbito: Servicios de Salud</p> <p>1. Mejorar la accesibilidad de las personas a los servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna de los cánceres prioritarios</p>	<p>Componente 5.2.3 Diagnóstico Temprano Objetivo 1.Implementar los documentos de normalización técnica que regirán para mejorar la oportunidad de la atención de los pacientes sospechosos y/o de alto riesgo para los tipos de cáncer prioritarios.Objetivo 2.Implementar nuevas tecnologías basadas en la evidencia para la detección temprana del cáncer de las cuales se haya demostrado costo-efectividad</p> <p>Componente 5.2.4Red de atención: confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación. Objetivo 1. Implementar documentos de normalización técnica para la confirmación diagnóstica, el tratamiento y la rehabilitación de los siete tipos de cáncer prioritarios.</p>
<p>Determinante de la Salud / Ámbito: Servicios de Salud</p> <p>2. Fortalecer el trabajo en red interinstitucional y la red de servicios para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con los cánceres prioritarios</p>	<p>Componente 5.2.4Red de atención: confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación. Objetivo 2. Fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención para dar respuesta oportuna a las necesidades del paciente.Objetivo 4.Fortalecer la planificación, distribución de la adquisición de equipo, infraestructura, formación y dotación del recurso humano para ampliar la oferta de la red de servicios de salud según</p>

	necesidades. Objetivo 5. Maximizar la utilización de los recursos de apoyo al diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación para mejorar la oportunidad de la atención integral del cáncer. Objetivo 6. Implementar nuevas opciones tecnológicas, para la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del cáncer según medicina basada en la evidencia. Objetivo 7. Fortalecer la organización de los departamentos de hemato-oncología, de los Hospitales Nacionales. Objetivo 8. Definir e implementar una estrategia para la sostenibilidad financiera de la atención integral del cáncer en red.
Determinante de la Salud / Ámbito: Servicios de Salud 1. Promover, informar y sensibilizar a la población en general y al personal de salud sobre el uso de los servicios de cuidados paliativos en la atención de las personas en fase terminal de su enfermedad y/o con condiciones de vida limitada.	Componente 5.2.5. Cuidados Paliativos y manejo del dolor para los pacientes oncológicos. Objetivo 1. Cumplir con los documentos de normalización técnica establecidos en el modelo de cuidados paliativos y manejo del dolor para la oportuna atención del paciente con cáncer en la red.
Determinante de la Salud / Ámbito: Fuerza de Trabajo 1. Incorporar en la planificación nacional del recurso humano, las necesidades para el abordaje integral del tema cáncer	Componente 5.2.4Red de atención: confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación. Objetivo 4. Fortalecer la planificación, distribución de la adquisición de equipo, infraestructura, formación y dotación del recurso humano para ampliar la oferta de la red de servicios de salud según necesidades.
Determinante de la Salud / Ámbito: Fuerza de Trabajo 2. Desarrollar las competencias del recurso humano profesional y técnico) para el abordaje integral del tema cáncer	Componente 5.2.4 Red de atención: confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación. Objetivo 4. Fortalecer la planificación, distribución de la adquisición de equipo, infraestructura, formación y dotación del recurso humano para ampliar la oferta de la red de servicios de salud según necesidades. Objetivo 5. Maximizar la utilización de los recursos de apoyo al diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación para mejorar la oportunidad de la atención integral del cáncer.
Determinante de la Salud / Ámbito: Fuerza de Trabajo 3. Crear un sistema de información del RRHH que trabaja en el tema de Cáncer	Componente 5.2.4Red de atención: confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación. Objetivo 3. Desarrollar un observatorio de cáncer que brinde información útil, veraz y oportuna, en lo que concierne a la atención del cáncer a nivel institucional y nacional. Objetivo 4. Fortalecer la planificación, distribución de la adquisición de equipo, infraestructura, formación y dotación del recurso humano para ampliar la oferta de la red de servicios de salud según necesidades.

Anexo 2.

Cuadro 3
Número de camas hospitalarias total y en Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Departamento	Total Hospital	Oncología Quirúrgica	Oncología Médica	Hematología	Radioterapia	Total
HCG	326	17	0	0	NA	17
HSJD	654	36	12	28 ¹	5	81
HM	511	NA	10	23	0	33
HNN	314	28			NA	28

Fuente: Área de Estadística de Salud, CCSS/Departamentos Hemato-oncología

¹Cuatro camas son para uso de trasplantes.

Cuadro 4

Médicos Asistentes asignados en Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Departamento	Cirugía Oncológica	Oncología Médica	Radioterapia	Hematología	Medicina Paliativa	Otras Especialidades	Total
HCG	10 ¹	5	0	5	0	1 Médico General ²	20
HSJD	12	7 (6,5)	5	5	2	3 Médicos Generales (oncología médica, radioterapia y hematología) 1 Médico Internista (oncología médica) 1 Médico Medicina Familiar (Paliativos) 2 Gineco-oncólogos (en cirugía oncológica)	38
HM	0	6	10	5	4	2 Cirujanos Generales ³	27
HNN	2 (1,5)	1 (0,7)	0	5 (4,7)	0	2 Cirujano Pediatra ⁴ 2 Médicos Pediatras en Hematología 1 Médico General en oncología médica	13

Fuente: Departamentos Hemato-oncología

¹ Dos de estas plazas están prorratedas, una para médico general y otro para microbiólogo. ² Está en una plaza prorrateda de cirujano oncólogo. ³ Un cirujano general empieza subespecialidad en oncología quirúrgica este año. ⁴ Este año uno inicia sub especialidad en cirugía oncológica.

Cuadro 5
Médicos Residentes asignados a rotar en Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Departamento	Cirugía Oncológica	Oncología Médica	Radioterapia	Hematología	Medicina Paliativa	Gineco-oncología	Total
HCG	-	7	-	2	11	7	27
HSJD	14	2	1	2	-	-	19
HM	-	3	10	2	-	-	15
HNN	-	-	-	2	-	-	2

Fuente: CENDEISS

Cuadro 6
Personal de Enfermería asignado a la atención de pacientes hospitalizados en Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Departamento	Profesional Enfermería	Auxiliares Enfermería	Asistentes pacientes	Observaciones	Total
HCG	1	Varía según número de camas, asignadas por jefatura de enfermería, no son parte del equipo de DHO, personal alterna			
HSJD	Varía según número de camas, asignadas por jefatura de enfermería, no son parte del equipo de DHO, personal alterna				
HM	Varía según número de camas, asignadas por jefatura de enfermería, no son parte del equipo de DHO, personal alterna				
HNN	13	13	4		30

Fuente: Departamentos Hemato-oncología

Cuadro 7

Personal Profesional de Enfermería asignado a servicios ambulatorios en Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Departamento	Profesional Enfermería	Auxiliares Enfermería	Asistentes pacientes	Observaciones
HCG	9	3	4	Enfermeras, 3 en Hematología, 1 en curaciones y 7 en quimioterapia ¹
HSJD	9	2	3	
HM	12	3	4	Las enfermeras, 2 en Radioterapia, 4 en hematología y 6 en oncología
HNN	1	2	2	Se encuentran en Consulta Externa

Fuente: Departamentos Hemato-oncología

¹ Dos enfermeras de quimioterapia irán a especializarse este año a Argentina.

Cuadro 8
Datos de Producción en servicio ambulatorio de quimioterapia y hematología en Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Indicador	Hospital Calderón Guardia	Hospital San Juan de Dios	Hospital México	Hospital Nacional de Niños
Total de procedimientos de quimioterapia año 2011	14794	14228	16945	4224 ^c
Total de consultas de quimioterapia año 2011	7237	4222	2812	8331
Número Farmacéuticos P = permanente	3 (2,5)	3	2	3
Técnicos Farmacia	5	5	2	1
Cámaras flujo laminar	1 ^a	1 ^b	1	1
Espacios para la aplicación de quimioterapia	11	25	24	10
Espacios para la aplicación de tratamiento hematología	8		12	
Horario ordinario	L a V 7 a 4 pm (Oncología) L a V 7 a 3 pm (Hematología)	L a V 7 a 4 pm	L a V 7 a 4 pm	L a V 7 a 4 pm
Horario vespertino	L a V 4 a 9 pm	L a V 4 a 8 pm	L a J 4 a 8 pm	No
Promedio de pacientes diarios en quimioterapia	60	70	55	42
Promedio de pacientes diarios en hematología	32		30	

Fuente: Área de Estadística de Salud, CCSS/Departamentos Hemato-oncología

^a Está en proceso de compra la segunda cámara. ^b Están a la espera de revisión por la casa que lo vendió porque venía dañada.

^c Solo se cuenta con el dato de hematología

Cuadro 9

Datos de Producción en servicio ambulatorio de radioterapia en Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011.

Indicador	Hospital Calderón Guardia	Hospital San Juan de Dios	Hospital México	Hospital Nacional de Niños
Total de procedimientos de radioterapia año 2011	-	5588	40781	-
Total de campos de irradiación aplicados	-	14228	146394	-
Total de consultas de radioterapia año 2011	-	1029	16754	-
Médicos Radioterapeutas	-	5	10	-
Técnicos Radioterapia	-	7	27	-
Físicos Médicos	1	2	7	-
Ingenieros	-	1	1	-
Unidades de Cobalto	-	1	2	-
Acelerador lineal	-	0	1	-
Tomógrafo simulador	-	0	1	-
Equipo simulador	-	1 ^a	1	-
Equipo de planeación	-	0	2	-
Equipo terapia superficial	-	0	1	-
Equipo fluoroscopia	-	0	1	-

Fuente: Área de Estadística de Salud, CCSS/Departamentos Hemato-oncología/^aEn proceso de cambio, conversaciones con JPS

Cuadro 10

Cantidad de horas disponibles en sala de operaciones (SOP) para uso de Departamento de Hemato-oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños CCSS, año 2011

Indicador	Hospital Calderón Guardia	Hospital San Juan de Dios	Hospital México	Hospital Nacional de Niños
Número de horas semanales disponibles para uso de SOP	44	44	6 cada 15 días	8

Fuente: Departamentos Hemato-oncología

Cuadro 11

Recurso Humano de laboratorio de hematología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños para la atención de pacientes oncológicos, CCSS, año 2011

Indicador	Hospital Calderón Guardia	Hospital San Juan de Dios	Hospital México	Hospital Nacional de Niños
Microbiólogos	3 ^a	2	2	0
Técnicos de laboratorio	1 ^b	1	9	0
Auxiliares de laboratorio		1	2	0

Fuente: Departamentos Hemato-oncología

^aUno en hematología, y 2 en Biología Molecular (plaza de laboratorio clínico y prorrateada de cirujano oncólogo). ^bPlaza de patología

Cuadro 12

Personal profesional de apoyo asignado al Departamento de Hemato-Oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Indicador	Hospital Calderón Guardia	Hospital San Juan de Dios	Hospital México	Hospital Nacional de Niños
Psicólogos	0	1	2	2
Trabajadores sociales	1 ^a	0	0	2

Fuente: Departamentos Hemato-oncología

^aSe espera inicie labores al regresar de pasantía en México por 6 meses

Cuadro 13

Personal de apoyo administrativo asignado al Departamento de Hemato-Oncología de hospitales nacionales y Hospital Nacional de Niños, CCSS, año 2011

Indicador	Hospital Calderón Guardia	Hospital San Juan de Dios	Hospital México	Hospital Nacional de Niños
Administrador	1	1	1	0
Asistente Administrativo	0	1	0	1
Secretarias	4	6	6	1

Fuente: Departamentos Hemato-oncología