

Plan institucional para la atención del CÁNCER

2015-2018



WWW.CCSS.SA.CR



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN
Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

Coordinadores del Proceso de Diseño	Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director UEP Dr. Gonzalo Azúa Córdova, Coordinador CTC
Equipo de Diseño y Edición	Dra. Amada Aparicio Llanos, UEP Lic. Luis Diego Sandoval Salas, DPI Dra. Xenia Sancho Mora, CTC Dra. Ileana Quirós Rojas, CTC Ing. Randolph González Montero, CTC MBA. Yahaira Jiménez Arce, DPI Ing. Christopher Martínez Calvo, UEP Licda. Laura Villareal Fuentes, DPI Licda. Milka Vargas Masís, DPSS Licda. Eunice Gómez Cartín, DPSS
Grupo Consultivo	Lic. Marta Jiménez Vargas, DPSS Dr. Alejandro Calderón Céspedes, UEP Dr. Thomas Meoño Martín, CTC Dr. Mario Alberto Urcuyo Solorzano, CTC Dra. Hanna Diermissen Rodríguez, CTC Lic. Franklin Vargas Vargas, ALDJS Lic. José Luis Valverde Morales, DCO Lic. Xinia Fernández Delgado, DCO Dr. Raúl Sánchez Alfaro, DCSS MSc. Silvia Urrutia Rojas, DDSS Lic. José Mairena Morera, DCO Dr. Esteban Cantillo Quirós, CTC Lic. Eduardo Flores Castro, DCE Lic. Patricia León Rojas, DCO Dra. Gabriela Ramírez Amaya, HM
Validación	Dra. Marta Arguedas Arce, Región Chorotega Dr. Gabriel Ugalde Rojas, Región Pacífico Central Dr. Martín Zumbado Zumbado Región Huetar Norte Dra. Margarita Delgadillo Corrales, Región Central Norte Dr. Asdrúbal Hidalgo Coronado, Región Central Sur Dra. María Venegas Villalobos, Región Huetar Atlántico Dr. Fernando Salazar Alvarado, Región Brunca Dr. Denis Landaverde, Dep. Hemato-Oncología HM Dr. Horacio Solano Montero, Centro Diagnóstico Cáncer Gástrico HMP Dr. Roberto Aguilar Tassara, CENARE Dr. Juan Carrillo Henchoz, Dep. Hemato-Oncología HNN Dr. Luis Fernando Vásquez Castillo, Dep. Hemato-Oncología HSJD Dr. Jorge Fonseca Renauld, DRSS Dra. Hanna Diermissen, CTC Lic. Silvia Urrutia Rojas, ASC Franklin Vargas Vargas, AGLDJS Lic. Rebeca Alvarado Martín, DPI Dr. Juan Carlos Santos, ASC Dra. Geovanna Mora Mata, AAIP Lic. Eunice Gómez Garita, Dirección de Proyección de Servicios de Salud Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica.
Aprobado por	Consejo de Presidencia y Gerentes.
Acuerda su implementación	
Fecha de Emisión	
Fecha de modificación	Setiembre 2015
Fecha de Finalización	Diciembre 2018



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

 PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN
Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

Dirección electrónica para correspondencia con firma digital: pfaicancer@ccss.sa.cr
Teléfono: 2222-3353
Fax: 2221-3075
Oficina: Edificio Solera Bennett, Local 5F. Av. 3 y 5 Calle 5, San José

Para citar el documento utilice la siguiente descripción:
Caja Costarricense de Seguro Social (2015), *Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2015-2018*. 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
AGLDJS	Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud
AS	Área de Salud
ASC	Área de Salud Colectiva
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
DCO	Dirección de Comunicación Organizacional
DCE	Dirección de Coberturas Especiales
DCSS	Dirección 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
DPI	Dirección de Planificación Institucional
DPSS	Dirección de Proyección de Servicios de Salud
DRSS	Dirección de Red de Servicios de Salud
GM	Gerencia Médica
HCG	Hospital Calderón Guardia
HM	Hospital México
HSJD	Hospital San Juan de Dios
HMP	Hospital Max Peralta
PNPCC	Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer
PIAC	Plan Institucional para la Atención del Cáncer
PP	Plan-Presupuesto
RISS	Red Integrada de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
UEP	Unidad Ejecutora del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN
Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
1. MARCO INSTITUCIONAL	10
1.1. Marco jurídico	10
2. METODOLOGÍA.....	16
3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL DEL CÁNCER EN COSTA RICA.....	18
3.1. Respuesta institucional para la atención del cáncer	27
3.2. Identificación del Problema.....	35
4. ORGANIZACIÓN DEL PLAN.....	36
4.1. Misión	36
4.2. Visión	36
4.3. Propuesta de Valor.....	36
4.4. Propósito General.....	37
4.5. Principios Orientadores del PIAC	37
4.6. Resultados del PIAC	38
4.7. Objetivos, Productos, Metas.....	39
5. VIABILIDAD DEL PLAN	48
6. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN EN RED	49
6.1. Elementos Fundamentales para la Operación de las Redes.....	49
6.2. Planificación local.....	50
6.3. Componentes de las estrategias locales	50
7. Seguimiento y Evaluación	51
7.1. Seguimiento	52
7.2. Evaluación	53
REFERENCIAS.....	54
GLOSARIO	55
ANEXOS	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 Yillalta 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 sobrevivencia 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 sobrevivencia, 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 (en adelante PIAC), publicado en octubre 2012, e incluido en los Planes Operativos de la CCSS en el año 2013, presentó la necesidad de reemplazarse y formularse con metodología bajo el Enfoque de Gestión por Resultados conforme los lineamientos institucionales, por lo que se realiza una actualización a partir del plan anterior y se modifican las acciones para contar con un plan más integral.

El PIAC está diseñado para contribuir a la prevención y a 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 para mejorar las acciones de 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 implementación de este plan contribuye con el logro del objetivo establecido en el “Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 Alberto Cañas Escalante” relacionado con “Mejorar el estado de salud de la población y la calidad de vida”, cuya meta al 2018 es incrementar en 1 año la esperanza de vida saludable que en el 2013, actualmente está en 69 años. Asimismo contribuye a lograr objetivos del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2012-2017 (ver anexo 1).

Por tanto, la modificación se inició luego de una serie de oportunidades de mejora identificadas; en primera instancia se presentó a la Gerente Médica, Dra. María Eugenia Villalta, el diagnóstico y se instruyó para que iniciara la modificación con el acompañamiento de la Dirección de Planificación Institucional. Posteriormente un equipo de trabajo conformado para este fin, se ocupó de la metodología de Gestión por Resultados, y por último se realizó un consenso para elaborar las acciones y la programación indicadas en la matriz del PIAC del periodo 2015-2018; con los Directores de las Unidades responsables de la implementación de dicho Plan.



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

 PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN
Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

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 trabajando en la implementación de varios de los objetivos, de los cuales se ha entregado un informe por medio del Plan Presupuesto del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS.

1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1. Marco jurídico

Cuadro1: Marco Jurídico Institucional

Marco específico para cáncer	Descripción relacionada
– Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018.	Metas del periodo: - Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento en la cobertura del PAP de un 15% a nivel nacional. - Que al finalizar el año 2018 se logre 82.889 mamografías a nivel nacional con énfasis en mujeres de 49 a 65 años. - Que al finalizar el año 2018 se reporten las mamografías en 30 días promedio después de realizadas. - Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento de 10% en la proporción de casos de cáncer gástrico diagnosticados en etapa temprana a nivel nacional. - Que al finalizar el año 2018 se logre un incremento de 10% en la cobertura de tamizaje de cáncer de colon en personas de 45 años a 74 años. - Que al finalizar el año 2018 se logre una cobertura del 45% en la prueba del VPH en mujeres de 30 años a 64 años en la Región Chorotega. - Que al finalizar el 2018 se logre una cobertura del 10% en el proceso de rehabilitación en personas con secuelas por cáncer (5% anual a partir del 2017)
– Plan Estratégico Institucional Re-Ajustado 2013-2016.	3. Mejorar la oportunidad de la calidad de los servicios de salud. 3d. Implementación de un modelo integrado de atención de cáncer, que articule, integre y coordine esfuerzos de la red de servicios y otros proyectos institucionales, con el fin de atender las necesidades de la población que contemple u aborde a partir de la prevención y desarrollo de factores protectores.
– Perfil Funcional para la Atención del Cáncer.	Para lograr una prestación de servicios oportuna y de calidad en la prevención y atención del cáncer, es fundamental que los diversos componentes que interactúan en los ámbitos estratégicos, técnicos y operativos funcionen en forma articulada. Documento que contiene el perfil funcional para fortalecer la atención del cáncer a nivel institucional donde se describen las funciones de cada una de las instancias relacionadas con cáncer: UEP, CTC y COI.



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

<p>– Plan Nacional para la prevención y control del cáncer 2012 – 2017. Febrero 2012.</p>	<p>Propósito: “Lograr el control del cáncer, a través de un enfoque sistémico, de un abordaje integral, de una gestión coordinada y de la participación de los diversos actores sociales”.</p> <p>Documento vinculado con el PIAC. Ver tabla, Anexo 1 abajo.</p>
<p>– Declaratoria de interés y prioridad institucional del cáncer. Artículo 9° de la sesión N° 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● “Declarar de interés y prioridad institucional la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer en todos los centros de atención de la Caja, sean hospitales nacionales, regionales y periféricos, clínicas y áreas de salud. ● Solicitar el alineamiento presupuestario con las políticas institucionales en materia de cáncer. ● 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. ● 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. ● Enfocar las estrategias y los planes institucionales en el incremento del conocimiento, de las 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 morbimortalidad asociada. ● 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 ...”.
<p>– 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.</p>	<p>“ACUERDO TERCERO: el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora del Proyecto es el responsable de la ejecución del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Le corresponde la ejecución, la coordinación, el seguimiento, el control, la evaluación y la determinación de los riesgos, para lo cual debe apoyarse en los diversos componentes que participan en la implementación del Proyecto, incluidos en el Esquema N° 2 del documento “Perfil Funcional para la Atención del Cáncer”. General de la República. ACUERDO FIRME”.</p>
<p>– 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.</p>	<p>v) En las deliberaciones de la Junta Directiva consta que la creación del Departamento de Hemato-Oncología y la adscripción a él de los servicios que habían venido operando en otras unidades de los hospitales busca consolidar, lograr mayor efectividad y dar una sinergia a las distintas acciones en el área hemato-oncológica en los distintos centros hospitalarios.</p>



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

	<p>VI) Para fortalecer la atención del cáncer es necesario conformar un Consejo Oncológico Institucional, responsable de asesorar y proponer las estrategias, las políticas, las propuestas técnicas, los planes, los proyectos y los programas por desarrollar en materia de cáncer. Además, le corresponde asesorar en temas oncológicos a las instancias técnicas para el uso eficiente y efectivo de los recursos, a efecto de lograr una mayor oportunidad y calidad en la prestación de los servicios que se otorgan a la población con problemas de cáncer. Tal y como se plantea en los documentos que en esta ocasión se aprueban, para el desarrollo efectivo de la gestión en los Departamentos de Hemato-Oncología, debe existir una comunicación de doble vía y una interrelación eficaz con el Consejo Oncológico Institucional, el equipo de trabajo multidisciplinario adscrito a la Gerencia Médica, responsable de la Coordinación Técnica del Cáncer, la Unidad Ejecutora del Proyecto y las unidades de servicios de salud, que en su ámbito de acción integran la Red Oncológica.</p> <ul style="list-style-type: none">● ACUERDO PRIMERO: aprobar el Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y en el Hospital Nacional de Niños, y Perfil Funcional para la Atención del Cáncer, según los términos de los documentos que quedan constando en forma anexa al borrador original de esta acta.● ACUERDO SEGUNDO: para la implementación del Servicio de Atención Paliativa y Psicosocial en Oncología, debido a que requiere disponer de personal calificado y de la tecnología necesaria para el desarrollo de la gestión, entre otros aspectos, que la Gerencia Médica realice en forma paulatina las acciones necesarias para consolidar en el mediano plazo el funcionamiento, la estructura y su alcance.● ACUERDO CUARTO: en relación con el Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y en el Hospital Nacional de Niños, y Perfil Funcional para la Atención del Cáncer, que han sido aprobados en acuerdos precedentes, encargar a la Gerencia Médica que para todo el país establezca un sistema de información y de difusión periódica que sea muy amplio, para lo cual definirá el respectivo mecanismo que, entre otros, contemple la información escrita y reuniones en las que participen los diferentes actores. Además, se le pide que se realice trabajo en equipo con cada uno de los hospitales en los que se va a implementar, de tal forma que haya un proceso de apropiación de la propuesta que se ha aprobado.● ACUERDO QUINTO: encargar a la Gerencia Médica que presente, dentro de un mes y medio, el cronograma preliminar de implementación y la hoja de ruta para
--	---



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

	<p>hacer realidad los acuerdos que aquí se adoptados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ACUERDO SEXTO: para la implementación del Servicio de Atención Paliativa y Psicosocial en Oncología, debido a que requiere disponer de personal calificado y de la tecnología necesaria para el desarrollo de la gestión, entre otros aspectos, que la Gerencia Médica realice en forma paulatina las acciones necesarias para consolidar en el mediano plazo el funcionamiento, la estructura y su alcance.
– Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños.	Objetivo general: Suministrar a las personas con patologías oncológicas una atención ambulatoria y de hospitalización con calidad y efectividad, con un enfoque integral y en red de servicios que permita resolver los problemas de cáncer de la población.
– Plan de Acción para la Implementación del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS.	La Presidencia Ejecutiva, por medio del oficio N° P.E.23.817 del 5 de junio del 2009, comunica a la Contraloría, que la Junta Directiva, conoció y aprobó en el artículo 3 de la sesión N° 8353, celebrada el 4 de junio, en atención al Transitorio III de la Ley 8718, publicado en el Alcance número 9 a “La Gaceta” del 18 de febrero del año 2009. El objetivo es “Fortalecer la atención integral de los cánceres prioritarios en el país mediante el aumento de la capacidad resolutoria de la red oncológica de la CCSS, en promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos”.
– Ley 9028, Ley General de control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud.	<p>La presente ley es de orden público y su objeto es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.</p> <p>Los recursos que se recauden por esta ley se deberán manejar en una cuenta específica, en uno de los bancos estatales de la República, de conformidad con la Ley de Administración Financiera, con el fin de facilitar su manejo y para que la Tesorería Nacional pueda girarlos, directa y oportunamente, sea mensualmente, y se distribuirán de la siguiente manera:</p> <p>a) Un sesenta por ciento (60%) de los recursos se destinarán a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), para que sean utilizados en:</p> <p>i.- El diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo.</p> <p>ii.- El fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional, para que sea utilizado en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos del cáncer.</p> <p>b) Un veinte por ciento (20%) se destinará al Ministerio de Salud, para que cumpla las funciones encomendadas en la ley.</p> <p>c) Un 10% al IAFA</p>



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

	d) Un 10% para el ICODER
<ul style="list-style-type: none"> - Decreto ejecutivo n.º 38376-S, oficialización de la Norma para la Atención a Personas con Cáncer de Pulmón. - Directriz sobre la obligatoriedad de la aplicación del “Flujograma de atención para los pacientes sospechosos o diagnosticados con cáncer de pulmón” y cumplimiento de los estándares y tiempos de atención. - Código: L-GM-2529-2014. Criterios de referencia para los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón a los servicios de Neumología y Cirugía de Tórax. De especial importancia, ya que fortalece, la implementación del Flujograma: Proceso para la Detección, Diagnóstico y Manejo de Cáncer de Pulmón, publicado en oficio GMD-8081-14. - Código: L-GM-2528-2014 Intervención en los pacientes consumidores de tabaco atendidos en el primer nivel de atención. - Código: L-GM-2530-2014 Conformación y funcionamiento de equipos interdisciplinarios para el análisis y definición del abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con alta sospecha y/o diagnóstico por cáncer de pulmón. - Código: L-GM-2531-2014. Gestión Prioritaria para la realización de Tomografía Computarizada (CT) y reporte estandarizado en personas con sospecha de cáncer de pulmón. 	Documentos de normalización técnica de cáncer de pulmón.
<ul style="list-style-type: none"> - Guía de cáncer de próstata para el primer nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de normalización técnica de cáncer de próstata.
<ul style="list-style-type: none"> - Decreto ejecutivo n.º 38377-S, oficialización de la Norma para la Atención a Personas con Cáncer de Mama. - Guía de tratamiento de cáncer de mama; las instrucciones para la priorización de pacientes para estudios de mamografía y ultrasonido de mama. - Las instrucciones para la mejora de la atención de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de normalización técnica de cáncer de mama.



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

PROYECTO Fortalecimiento en la ATENCIÓN Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

<p>detección temprana del cáncer de mama, indicaciones para solicitar mamografía y ultrasonido;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La guía de detección y tratamiento de cáncer de mama. - Plan de Equidad de Género. 	
<ul style="list-style-type: none"> - La guía de detección de cáncer de cérvix. - Lineamiento técnico para la definición e implementación de estrategias en la Áreas de Salud con énfasis en las mujeres mayores de 30 años y las que nunca se han practicado una citología. - Actualización de las "Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del cáncer de cuello de útero, para el I, II y III nivel de Atención y Normas del Laboratorio de Citología". 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de normalización técnica de cáncer de cérvix.
<ul style="list-style-type: none"> - Plan Táctico de la Gerencia Médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avance del PIAC. Porcentaje de avance. • Número de informes sobre el avance del Proyecto y sus entregables.
<ul style="list-style-type: none"> - Informe sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica. DFOE-SOC-IF-01-2011 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> - Articulación de la Red 	<ul style="list-style-type: none"> • CCSS. Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud: Plan de Gestión; 2014. • CCSS. Perfil de Proyecto: Propuesta para la organización y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud en la C.C.S.S. Elaborado por Equipo Técnico Intergerencial; 2013.

2. METODOLOGÍA

Para el replanteamiento del PIAC se conformó un grupo de trabajo multidisciplinario que se caracterizó por hacer partícipes actores claves en los procesos de análisis y consolidación de los productos obtenidos. En la elaboración participó personal del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, la Coordinación Técnica del Cáncer y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, con la asesoría metodológica de la Dirección de Planificación Institucional. Posteriormente, durante el proceso de trabajo, se integraron a grupos técnicos y Directores de Sede de otras Unidades, según sus roles y competencias.

El replanteamiento del plan incorporó el Enfoque de Gestión por Resultados, el cual orienta los esfuerzos de los actores públicos, a dirigir todos los recursos humanos, financieros y tecnológicos, sean estos internos o externos, hacia la consecución del mayor valor público posible, incorporando un uso articulado de políticas, estrategias, recursos y procesos para mejorar la toma de decisiones, la transparencia y la rendición de cuentas¹ y generar mejoras sostenibles en la calidad de vida de la población.

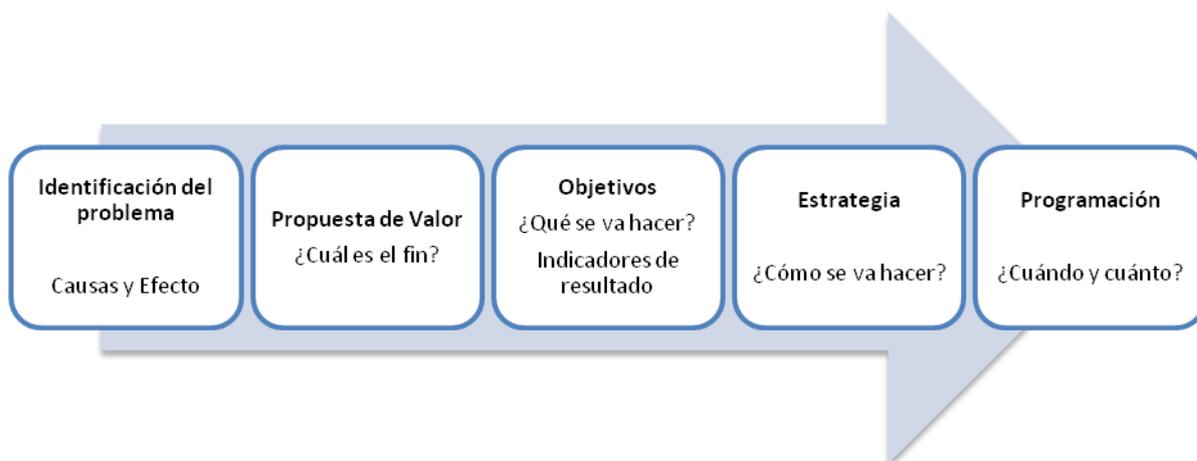
El nuevo planteamiento se sustentó sobre el desarrollo de cinco elementos fundamentales (ver diagrama 1):

- 1. Identificación del problema:** Es el proceso de determinación de la situación negativa (problema central), la cual es intervenida por medio del Plan, analizando relaciones de tipo causa-efecto que permiten establecer diferentes alternativas de solución.
- 2. Propuesta de valor:** Permite dar a conocer a la población los productos, efectos e impactos que se desean lograr con la ejecución del Plan. Es un enunciado, que refleja el valor creado por la Institución hacia los usuarios mediante la prestación de los servicios.
- 3. Objetivos:** Establecen lo que la Institución pretende realizar en función del problema identificado y la propuesta de valor. A partir de éstos se definen también los indicadores que permitirán su medición.

¹ Instrumentos para la aplicación de la Gestión por Resultados de Desarrollo en Guatemala, SEGEPLAN-MINIFIN, 2012, p. 4

4. **Estrategias:** Establece la secuencia coherente de las acciones a realizar, ayudando a poner en orden y asignar, con base, tanto en sus atributos como en sus deficiencias internas, los recursos de una organización. Una vez que fue identificado con claridad qué se pretende con el plan, se establecen los **cómo** se lograrán esos propósitos, es decir, las estrategias.
5. **Programación:** Selección y orden por categorías programáticas, de las actividades y proyectos necesarios para el logro de objetivos y cumplimiento de metas, mediante la asignación racional de los recursos disponibles y la especificación de los responsables. Durante este proceso, finalmente se realizó la definición de las acciones puntuales que permitirán la ejecución del plan.

Diagrama 1. Metodología: Replanteamiento del Plan Institucional para la Atención del Cáncer bajo un Enfoque de Gestión para Resultados.



El plan se desarrolló en cinco momentos, los cuales se describen a continuación:

Primer momento: Se efectuó el trabajo realizado en la formulación del Plan Integral para la Atención del Cáncer, revisando las pautas y efectos utilizados para la identificación del problema según la Metodología del Marco Lógico mediante la técnica de Árbol de Problemas. Obteniéndose como resultado un replanteamiento del problema.

Segundo momento: Se elaboró el propósito general y la propuesta de valor del plan basado en el problema identificado y su análisis.

Tercer momento: Se construyeron los objetivos, los resultados esperados y los indicadores.



Cuarto momento: Se realizaron sesiones de trabajo con las diferentes Unidades institucionales involucradas, en las cuales se revisaron los objetivos y estrategias planteadas en el Plan y se discutió sobre las acciones e indicadores correspondientes, así como la asignación de las responsabilidades en el cumplimiento de las metas programadas.

Quinto momento: Se organizaron, analizaron y completaron las estrategias y acciones para la implementación del PIAC, además se ratificaron las programaciones para el desarrollo del Plan, con las Direcciones de Desarrollo de Servicios de Salud, Proyección de Servicios de Salud, Comunicación Organizacional, Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud, Comisión Institucional del Programa de Cesación de Fumado.

Finalmente, se validó y aprobó por parte de las autoridades institucionales

3. SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA ACTUAL DEL CÁNCER EN COSTA RICA

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 casos².

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.³

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 4.486 muertes en el 2013, sólo superado por las

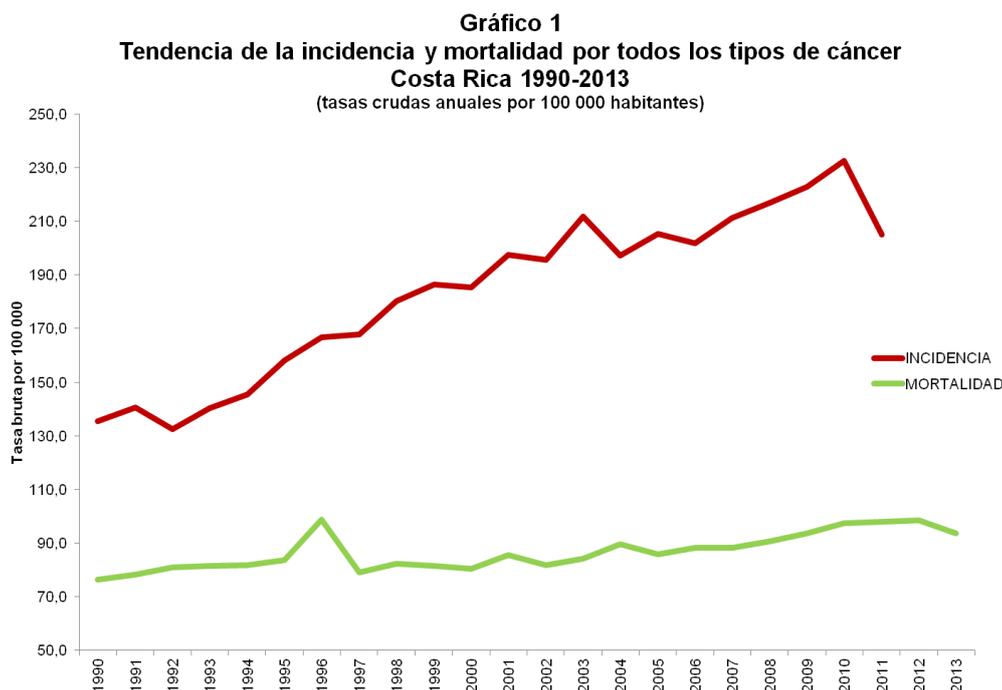
²OPS. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión Washington, D.C: OPS, 2004. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-NCCP.pdf>

³OMS. IARC. Informe GLOBOCAN 2008.

enfermedades del sistema circulatorio (que incluye isquemia cardiaca y eventos cerebro vasculares) y suma cerca de 10 mil diagnósticos nuevos por año.

En el gráfico 1, se observa como desde la década de los noventa la incidencia de cáncer ha venido en aumento, mientras en 1990 se diagnosticaron 135 casos nuevos por cada 100.000 personas, en el año 2011 eran 205 casos nuevos por cada 100.000 personas, presentando un crecimiento de 52% en el periodo. En cuanto a la mortalidad, en el mismo periodo ha tenido un aumento, a menor ritmo, de un 24%; mientras en 1990 fallecieron por cáncer 76 personas por cada 100.000, en el 2013 se presentaron 94 defunciones por cada 100.000.

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



Fuente: Proyecto de Fortalecimiento de la atención integral del cáncer con base en Registro Nacional de tumores/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014

En el año 2011, se registró un total de 9462 casos nuevos de cáncer, de los cuales el sexo femenino presenta el mayor porcentaje con un 54%, y el cáncer de piel es el que registra el mayor porcentaje de casos nuevos (25%) del total de casos para ambos sexos.

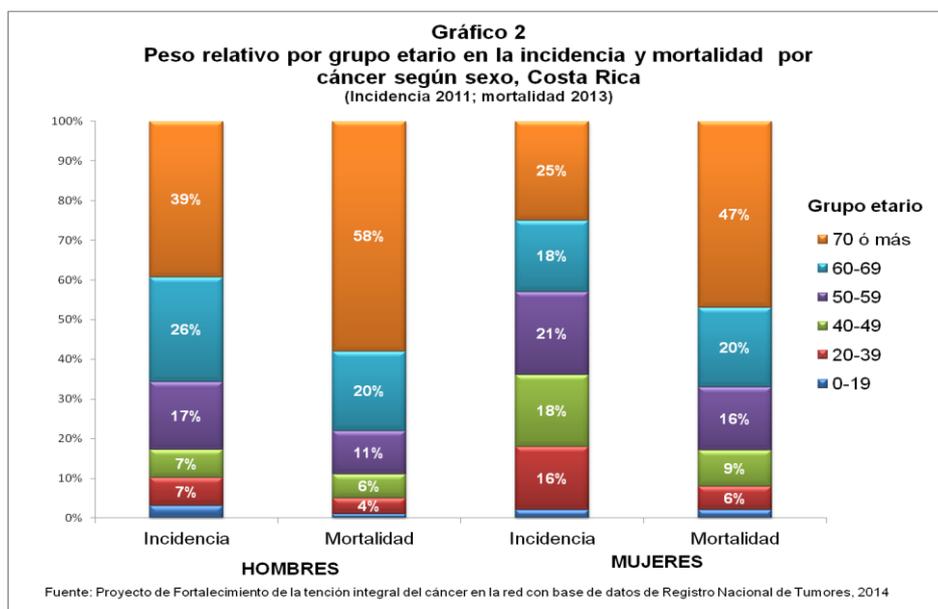


En cuanto a muertes, en el año 2013 hubo 4486 defunciones por cáncer donde el 54% fueron en personas de sexo masculino.

En cuanto a la edad en que se presentan más casos de cáncer se observa un comportamiento distinto según el sexo, dado que se presenta en edades más tempranas en la población femenina; esto probablemente asociado a algunos tipos específicos de cáncer que afectan a poblaciones más jóvenes, como tiroides y cérvix en tanto que en hombres un alto porcentaje de casos nuevos es en próstata y está relacionado directamente con la edad.

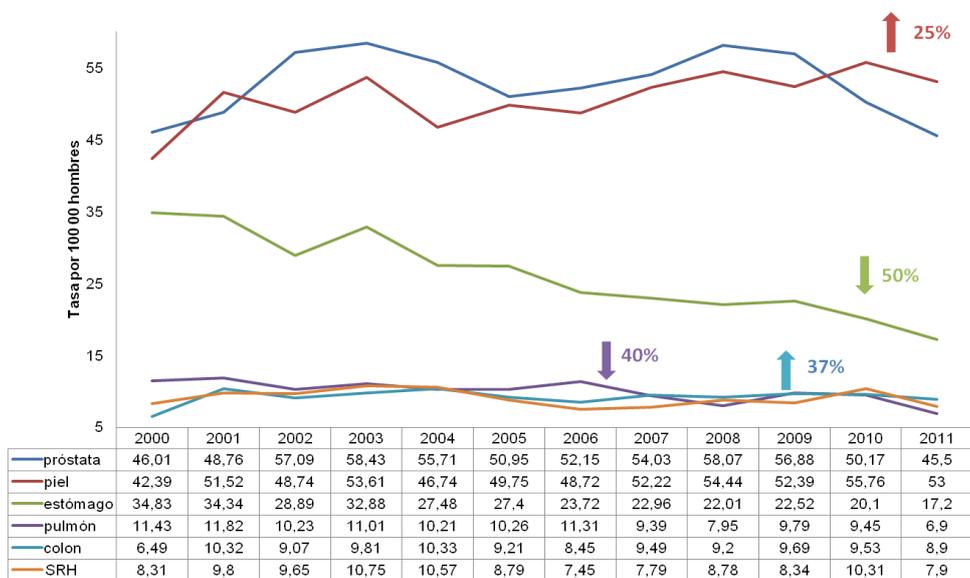
En el año 2011 un 36% de los casos nuevos diagnosticados en población femenina, fue en mujeres menores de 50 años mientras que en hombres sólo un 14% presentaba menos de 50 años. Lo que si es claro en ambos sexos es que la incidencia aumenta conforme la edad; cuatro de cada 10 hombres diagnosticados en el 2011 tenían 70 ó más años y uno de cada cuatro mujeres diagnosticadas en ese mismo año comprendían edades en ese mismo rango (ver gráfico 2).

También es importante mencionar que la mortalidad por cáncer es mayor entre los grupos de más edad en ambos sexos. El 58% de los hombres que fallecieron por cáncer en el 2013 tenían edades superiores a los 69 años al igual que el 47% de las mujeres. La muerte por causa del cáncer es mucho menor en personas menores de 50 años (11% de hombres y 16% de mujeres) para el año 2013.



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 3). Sin embargo para el año 2011 el cáncer de próstata es superado por el cáncer de piel en cuanto a incidencia; para el año 2011 la incidencia de cáncer de próstata fue de 45,5/100 000 hombres mientras que el de piel tiene una tasa de incidencia de 53 por cada 100 000 hombres. Estos tipos de cáncer han tenido un comportamiento creciente en los últimos años, principalmente el de piel que ha aumentado un 25% en 11 años mientras que el de próstata presentó un aumento de 26,2% en su tasa de incidencia entre el año 2000 y el 2008 y una leve disminución del 2008 al 2011. Ambos suman cerca del 50% de casos de cáncer diagnosticados en hombres con la diferencia de que el cáncer de piel tiene un bajo impacto en lo que respecta a mortalidad.

Gráfico 3
Incidencia de tumores malignos más frecuentes en hombres
según año, Costa Rica 2000-2011
(tasa ajustadas por 100.000 varones)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2014

Por otro lado, el cáncer gástrico ha mostrado un comportamiento decreciente en su incidencia, entre el año 2000 y 2011 su tasa ajustada disminuyó un 51% (de 34,83 a 17,2 por cada 100 mil hombres). De igual forma la incidencia del cáncer de pulmón ha disminuido en este lapso en un 40% (11,43 a 6,9 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 37%, pues su tasa ajustada pasó de 6,49 a 8,9 por cada 100 mil hombres.

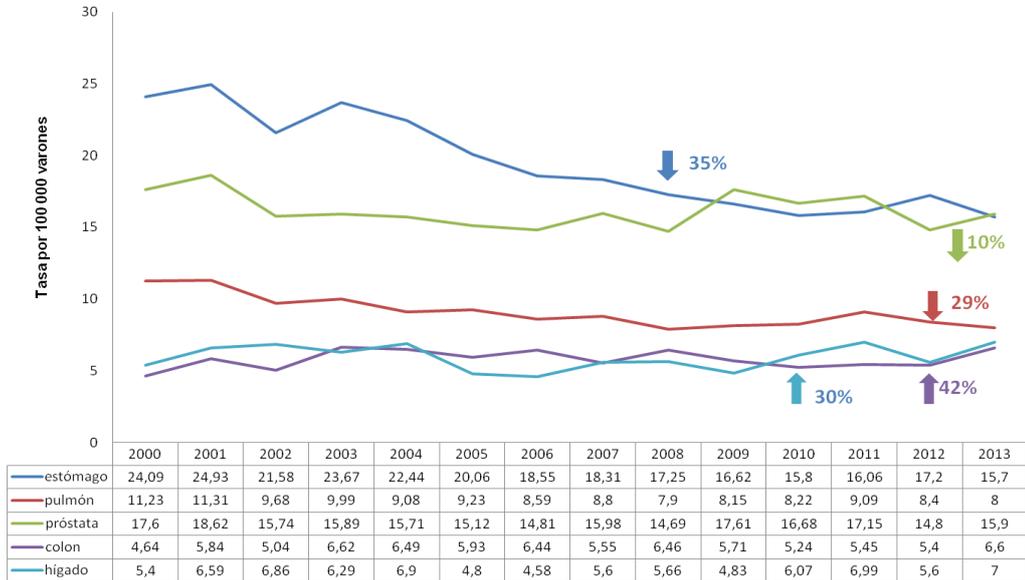
Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en hombres en el periodo 2000-2013 (gráfico 4) se observa que el cáncer de estómago, que ocupaba el primer lugar hasta el año 2008 presenta una tendencia descendente hasta el año 2010 (34%) por lo que ya no era la primer causa de muerte específica por cáncer en hombres, sin embargo a partir del año 2010 ha tenido un leve repunte y en el año 2012 vuelve a ser la primer causa de muerte por cáncer en hombres, esto asociado a una disminución en la mortalidad que es producida por el cáncer de próstata; en el año 2013 se presentaron un número similar de defunciones por ambos tipos de cáncer; sin embargo es importante recalcar que el cáncer gástrico sigue siendo el que mayor mortalidad produce en el país por cáncer (al considerar ambos sexos) a pesar de la disminución sostenida que ha presentado (un 35% en el caso de la población masculina y 31% en población femenina)

Por su parte el cáncer de próstata ha tenido un comportamiento variable en el periodo, en cuanto a mortalidad, en los años 2009 al 2011 fue la primer causa de muerte por cáncer en el sexo masculino al igual que en el año 2013.

En el año 2013 el cáncer de estómago registró un total de 381 muertes en hombres, que corresponde al 15,7% del total de defunciones por cáncer en hombres, por su parte el cáncer de próstata presentó un total de 412 muertes que corresponde al 17% del total de defunciones por cáncer en hombres. El grupo de edad más afectado por cáncer de próstata fue el de 75 o más años con 284 muertes para un 69% del total de muertes por esta causas, mientras que en cáncer gástrico el 50% de las muertes se dio en hombres entre los 50 y 74 años y un 39% en hombres de 75 o más años.

El cáncer de pulmón ha disminuido su tasa de mortalidad en un 29% desde el año 2000, en el año 2013 produjo 193 muertes en hombres donde el 80% eran mayores de 60 años.

Gráfico 4
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en hombres
según año Costa Rica 2000-2013
 (tasas ajustadas por 100 000 varones)



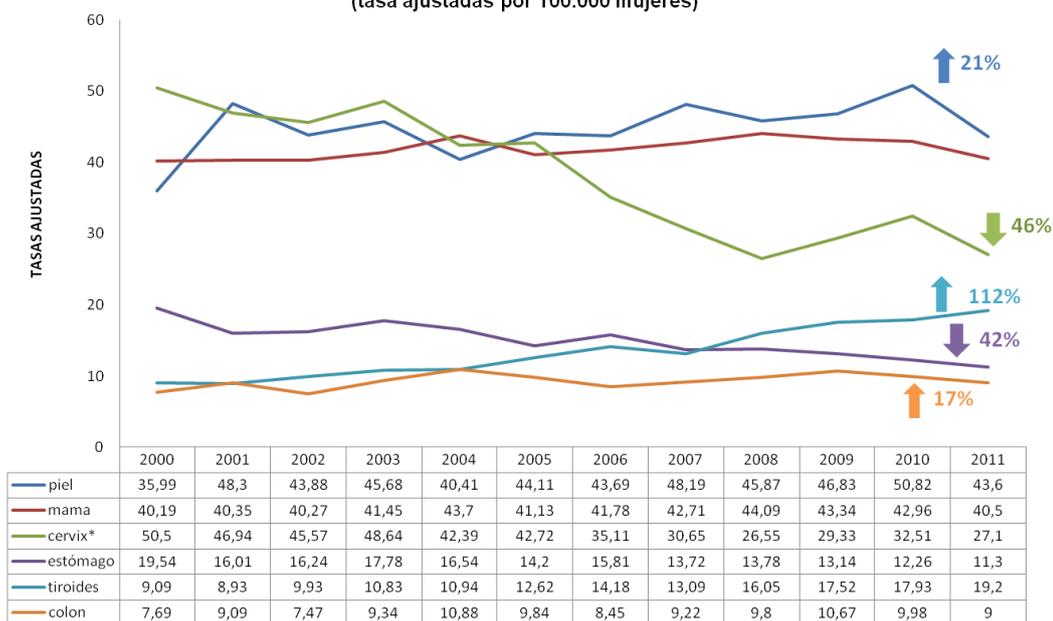
Cada año en Costa Rica, 5.000 mujeres reciben el diagnóstico de cáncer y 2.000 fallecen, convirtiéndose en la segunda causa de muerte entre ellas. El impacto del cáncer en la mujer ha ido en aumento conforme pasan los años. Del año 2000 al año 2011 la tasa de incidencia de cáncer en mujeres pasó de 211,2/100 mil mujeres a 222,8/100 mil mujeres (aumento de 5,5%) mientras la tasa de mortalidad aumentó de un 21%, entre los años 2000 al 2013.

Dentro de los sitios anatómicos más afectados en la población femenina se encuentra la mama; tanto en incidencia donde, desde el año 2005, es la segunda causa específica de cáncer en mujeres (19% de todos los casos de cáncer diagnosticados en el 2011), sólo superado por el cáncer de piel; como en mortalidad donde es la primer causa de muerte por cáncer en población femenina (el 17% del total de muertes por cáncer en mujeres en el año 2013). El grupo de edad con mayor porcentaje de defunciones por cáncer de mama es el de 50 años y más, siendo un 81% del total de fallecimientos por esta causa en el año 2013.

Según los datos de la International Agency for Research in Cancer (IARC), el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres a nivel mundial, con un estimado de 1,38 millones de casos nuevos diagnosticados en el 2008 (GLOBOCAN 2008), lo que representa el 23% de todos los casos de cáncer en este grupo poblacional. Actualmente es

el cáncer más común tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, con un estimado de 690.000 casos nuevos en cada uno de estos grupos de países. Sin embargo, en los países desarrollados, el cáncer de mama presenta una mayor incidencia con respecto a otros sitios anatómicos, mientras que, en los países menos desarrollados, la magnitud es variable.

Gráfico 5
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres
según año, Costa Rica 2000-2011
 (tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, 2014

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 41 casos nuevos por cada 100 mil mujeres en 2011. Esto representa un aumento de 58% de nuevos casos en este período. Sin embargo, del año 2000 al año 2011 la tasa de casos nuevos se ha mantenido con un crecimiento bajo con un leve aumento en el periodo de un 1% (gráfico 5).

De igual forma, la mortalidad por cáncer de mama presentó una tendencia de incremento muy leve en el periodo 2000-2012, de apenas un 5%, es decir mientras que en el año 2000 fallecían debido al cáncer de mama 10,8 mujeres por cada 100 mil, en el año 2012 se produjeron 11,3 muertes por 100 mil mujeres por esta patología, (Gráfico 6). Sin embargo, en el año 2013 hubo un aumento importante en las defunciones por este tipo de cáncer, lo



que hizo un aumento en la tasa ajustada en el periodo de un 25%, con una tasa de mortalidad de 13,4 mujeres por cien mil.

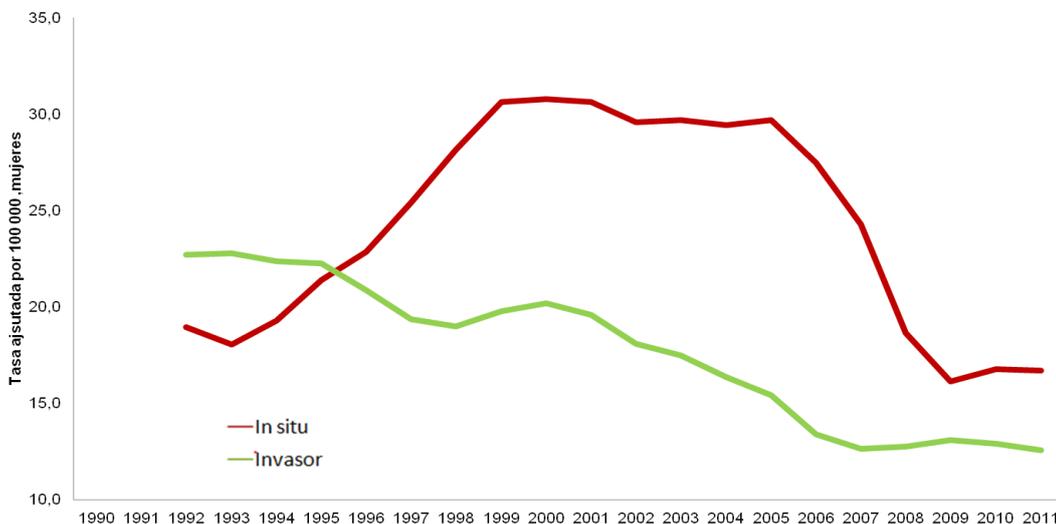
Al contrario del cáncer de mama, los tumores malignos de cérvix y estómago muestran un comportamiento decreciente, como se visualiza en el gráfico 5. La incidencia durante el año 2011, el primer lugar lo ocupa el cáncer de piel con una tasa ajustada de 43,6/100.000 mujeres seguido por el de mama (40,5/100.000 mujeres) y cérvix (27,1/100.000 mujeres); estos suman el 54% de los casos nuevos de cáncer diagnosticados en el 2011.

Con respecto al cáncer cervicouterino, en el año 2000, la tasa de incidencia estandarizada por edad fue de 50,5 /100.000 mujeres y la de mortalidad de 7,8/100.000. Para el 2011, la tasa de incidencia estandarizada fue de 27,1 /100.000 mujeres y en el año 2013, la mortalidad estandarizada fue de 5/100.000 (gráfico 5 y 7).

El cáncer de cérvix disminuyó su incidencia en el periodo 2000-2011 en un 46% (gráfico 6). En los años 2009-2010 vuelve a aumentar la incidencia del Ca in situ, lo que nos podría reflejar que se estén haciendo esfuerzos para una mejor cobertura a través del tamizaje con la citología. No obstante, la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino, muestra una disminución muy lenta, lo que implica que todavía se está fallando en la detección temprana de este cáncer.

Con respecto a la mortalidad por el cáncer de cérvix, ha disminuido su tasa en el periodo 2000-2013 en un 36%. En el 2013 se registró un total de 133 muertes por cáncer de cuello de útero para un 6% del total de muertes por cáncer en mujeres. El 38% de las muertes ocurrió en mujeres menores de 50 años, 39% entre los 50 y 75 años y el otro 23% en mujeres mayores de 75 años. En general, la mayoría de las muertes por esta causa ocurren en las mujeres de mediana edad (45 a 64 años), acumulando una mayor cantidad de años de vida perdidos, situación indicativa de un diagnóstico tardío.

Gráfico 6
Tendencia de la incidencia de cáncer de cérvix, in situ e invasor
Costa Rica, 1990-2011
 (Tasas ajustadas por 100 000 mujeres, media móvil 3 periodos)

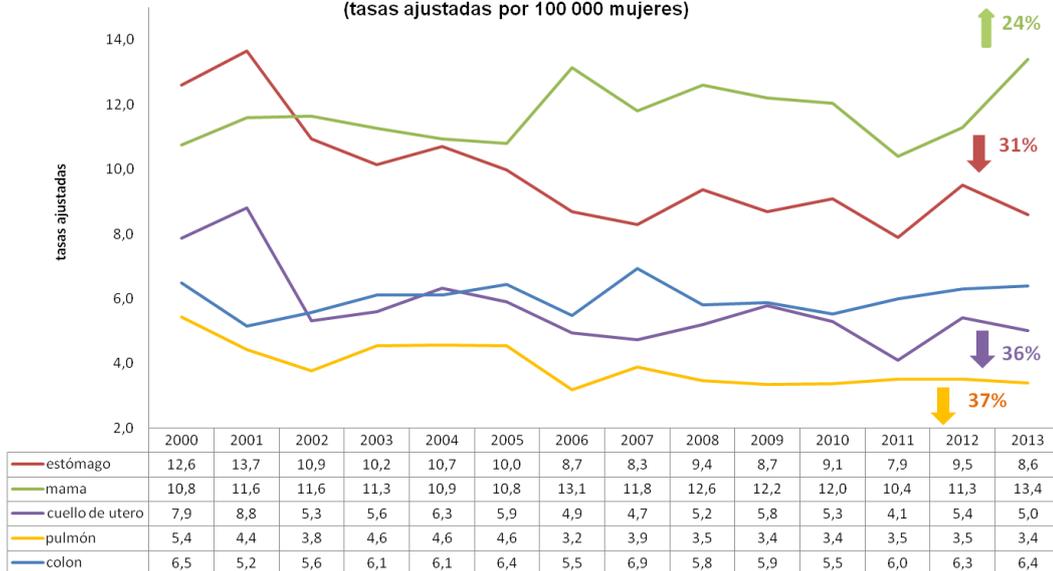


Fuente: Proyecto de Fortalecimiento de la atención integral del cáncer, CCSS elaborado con base de datos de RNT, 2014

El cáncer de tiroides ha aumentado su incidencia en forma importante pasando del año 2000 al 2011 de una tasa de 9,09/100000 mujeres a una de 19,2/100 000 mujeres, prácticamente duplicándose en un periodo de 10 años aunque su mortalidad es baja, en el 2013 fallecieron 11 mujeres por esta causa (tasa de mortalidad de 0,47 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 (42% y 31% respectivamente), pero, continúa como la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. (Gráfico 7). De igual forma el cáncer de pulmón ha disminuido su mortalidad en el sexo femenino en un 37%, mientras que la tasa de mortalidad por cáncer de colon se ha mantenido constante en los últimos años.

Gráfico 7
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres
según año Costa Rica 2000-2013
 (tasas ajustadas por 100 000 mujeres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, 2014

3.1. RESPUESTA INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER

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 diecinueve (1019)⁴ Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) que atienden pequeños conglomerados de población, entre 3.000-7.000 habitantes, agrupados en 104 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

⁴ CCSS. Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica (PVP) en el ámbito nacional. Trabajo de Actualización de Inventario con corte al 31 de diciembre 2014. Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud.



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 6.000 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 Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital México) y otro en el Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera (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.

Red Noroeste

Esta red atiende la mayor proporción de la población nacional (45%); está formada por un hospital nacional (Hospital México), el cual es el de mayor complejidad en dicha red. Para



la atención del cáncer cuenta con un departamento de hemato-oncología (DHO información actualizada a marzo 2014) que está compuesto por ocho médicos especialistas en oncología médica, 14 especialistas en radioterapia, cinco especialistas en hematología, cinco especialistas en cuidados paliativos; en este hospital la cirugía oncológica la realizan, según el sitio anatómico, los cirujanos generales (23 en total), se cuenta con tres cirujanos generales con especialidad en cirugía de mama, ginecólogos (26 especialistas) urólogos (siete profesionales) y dermatólogos (ocho especialistas), entre otros; se aclara que no están dedicados exclusivamente a cáncer y se desconoce el porcentaje que dedican a esta patología. Se cuenta además, con seis especialistas en neumología y siete en gastroenterología que brindan apoyo en la atención del cáncer.

Esta red cuenta con cuatro hospitales regionales y siete periféricos que colaboran en la atención del cáncer principalmente con tres especialistas en cirugía oncológica que laboran en Hospital San Vicente de Paul de Heredia, San Rafael de Alajuela y Monseñor Sanabria de Puntarenas, un especialista en hematología y un especialista en ginecología oncológica ambos del Hospital San Vicente de Paul. Además en la red se encuentran 65 especialistas en ginecología, 13 dermatólogos, cuatro especialistas en neumología, nueve gastroenterólogos, 14 especialistas en urología y 34 cirujanos generales.

Importante mencionar que en el Hospital México está ubicado el mayor centro de radioterapia (y que atiende a todos los pacientes a nivel nacional que requieren tratamiento por medio de acelerador lineal) que cuenta con equipos de tele terapia (cuatro aceleradores lineales, un cobalto, un equipo de braquiterapia de alta tasa y un equipo de terapia superficial); atendido por 14 médicos especialistas en radioterapia al año 2014, 55 técnicos en radioterapia, 14 físico médicos y siete enfermeras.

Para la aplicación de quimioterapia (DHO información actualizada a marzo 2014) el Hospital México cuenta con cuatro profesionales en enfermería capacitados en la atención oncológica así como 17 técnicos de farmacia y dos farmacéuticos. Se cuenta con 54 espacios para la aplicación de quimioterapia. Se atiende en promedio 114 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 18 enfermeras graduadas, tres auxiliares de enfermería y cinco asistentes de pacientes que trabajan en los servicios de radioterapia, quimioterapia y hematología.

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

Red Este

La Red Este, cuyo hospital de mayor complejidad es el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, atiende un 33% de la población nacional, además de este hospital la red cuenta con dos hospitales regionales y dos periféricos. El DHO (información actualizada a marzo 2014) esta red está compuesto por nueve especialistas en cirugía oncológica, un especialista en medicina paliativa, seis en oncología médica y seis en hematología, además de contar en este hospital con seis especialistas en gineco-oncología que atienden el cáncer ginecológico y los especialistas en urología (seis médicos) que atienden el cáncer prostático, otras especialidades quirúrgicas atienden cáncer en menor proporción (tórax, ORL, por ejemplo).

El HCG cuenta con siete especialistas en neumología y seis en gastroenterología que son importantes en el proceso diagnóstico del cáncer así como 29 ginecólogos. 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 tres cirujanos oncólogos y uno 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 la red se cuenta con tres dermatólogos, 25 ginecólogos, dos neumólogos, cinco urólogos, tres gastroenterólogos y 13 cirujanos generales que también colaboran en la atención del cáncer.

En lo que respecta a los recursos disponibles para la aplicación de quimioterapia esta red dispone de dos hospitales que aplican el tratamiento. El Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia cuenta con tres profesionales en farmacia especializados en farmacología oncológica y seis técnicos de farmacia capacitados para este fin (DHO información actualizada a marzo 2014). 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 un profesional en farmacia junto con un técnico de farmacia para preparación de estos medicamentos; el espacio disponible para la aplicación es de ocho 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 11 profesionales en enfermería, dos auxiliares de enfermería y tres 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, un psicólogo y con tres microbiólogos que están empezando a trabajar en biología molecular oncológica.

Los pacientes que requieren radioterapia son remitidos al Hospital México para recibirla, dado que no se cuenta con equipo ni infraestructura en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Red Sur

La Red Sur atiende al 22% de la población nacional y su hospital de mayor complejidad es el Hospital San Juan de Dios que cuenta con un DHO (información actualizada a marzo 2014) compuesto por 12 cirujanos oncológicos, siete especialistas en oncología médica, cinco radioterapeutas, seis en hematólogos, seis en cuidados paliativos, además de dos



especialistas en ginecología oncológica. Cuenta con un hospital regional y cuatro periféricos que no disponen de especialistas en oncología médica ni quirúrgica.

El hospital cuenta además con ocho especialistas en dermatología, siete en gastroenterología, 31 ginecólogos, seis neumólogos y siete urólogos y que colaboran en la atención del cáncer; en la red hospitalaria cuenta con un especialista en dermatología, 10 en ginecología, ocho cirujanos generales, tres urólogos y un gastroenterólogo.

Para la aplicación de tratamiento de quimioterapia en esta red se aplica en el Hospital San Juan de Dios que dispone de tres profesionales de farmacia y cinco 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 (se sustituyó en el 2014) para la atención de los pacientes de la red que requieran este tratamiento, atendido por cinco médicos radioterapeutas, siete técnicos y dos físico médicos.

Se cuenta además con uno profesional en psicología que trabaja en el Hospital San Juan de Dios que atiende a la población oncológica. Al igual que en las otras dos 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 14 enfermeras graduadas, dos auxiliares de enfermería y dos 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 dos cirujanos oncólogos, un oncólogo médico, un radioterapeuta y siete hematólogos (esperable que sean más dado que el cáncer que más afecta a la población infantil es las leucemias). Aparte cuenta con dos cirujanos pediatras, tres médicos pediatras. El Hospital Nacional de Niños cuenta con 314 camas de las cuales el 9% es



ocupado por pacientes atendidos por el DHO (información actualizada a marzo 2014). Este departamento tiene asignado 12 profesionales en enfermería, 14 auxiliares de enfermería, tres asistentes de pacientes en la atención hospitalaria y en consulta externa de cuatro enfermeras graduadas, dos auxiliares de enfermería y uno asistente de pacientes.

Para la aplicación de quimioterapia cuenta con 10 espacios físicos que atienden un promedio de 48 pacientes diarios y cuyo tratamiento es preparado por cinco profesionales en farmacia. En caso de requerir radioterapia se coordina con el Hospital México aunque cuenta con un radioterapeuta pediátrico. Algo importante de rescatar es que este departamento cuenta en su ámbito socio psicológico con la colaboración de dos trabajadoras sociales y tres psicólogas capacitadas en el tema oncológico.

Estrategias implementadas

Las estrategias que se han implementado han sido las siguientes:

Análisis de la situación

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.

La CCSS, por medio del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer gestiona el sub proyecto denominado: “Observatorio del Cáncer” el cual pretende crear un centro de información en 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.

Asimismo se ha realizado un análisis en torno a los diferentes aspectos epidemiológicos, los procesos asistenciales, los recursos disponibles y las principales intervenciones para el abordaje de los siete cánceres definidos como prioritarios.



Lo anterior con el fin de reorientar las acciones y la organización de la atención de las personas en riesgo o que padecen estas condiciones.

Enfoque sistémico

Se ha buscado la integración tanto horizontal como vertical de los diferentes aspectos relacionados a la atención del cáncer para mejorar la oportunidad y efectividad de las acciones. Esto tomando en consideración la historia natural de la enfermedad. Ha implicado el fortalecimiento de intervenciones de los tres niveles de prevención.

Participación

El fortalecimiento de la atención a las personas en riesgo o afectadas por el cáncer requiere de la coordinación y enlace de las diferentes instancias institucionales y extra institucionales para favorecer el consenso y la mejor utilización de los recursos existentes. Asimismo para determinar las necesidades y brechas en ese proceso.

Mejoría Continua de la Calidad

Se han determinado los puntos críticos de los procesos de atención de acuerdo con las características de los siete cánceres prioritarios, los cuales han permitido determinar las barreras de acceso a las diferentes etapas del proceso de atención, así como las intervenciones necesarias para mejorar la efectividad. El uso de la evidencia científica y la revisión de buenas prácticas, permitirán mejorar la calidad de la atención y de la gestión clínica de los centros de atención de la Institución.

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 finalizó 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).



El Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica del Sistema de Estudio de Posgrado, se organiza en colaboración con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de la CCSS, cuenta 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, seis en hematología, dos en hematología pediátrica, 11 en medicina paliativa y siete en sub especialidad de ginecología oncológica. Estos médicos tendrán su especialidad finalizada en el transcurso de los próximos cuatro 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.

Se han implementado una serie de cursos virtuales y pasantías para mejorar la competencia técnica del personal de salud fundamentalmente del primer nivel de atención.

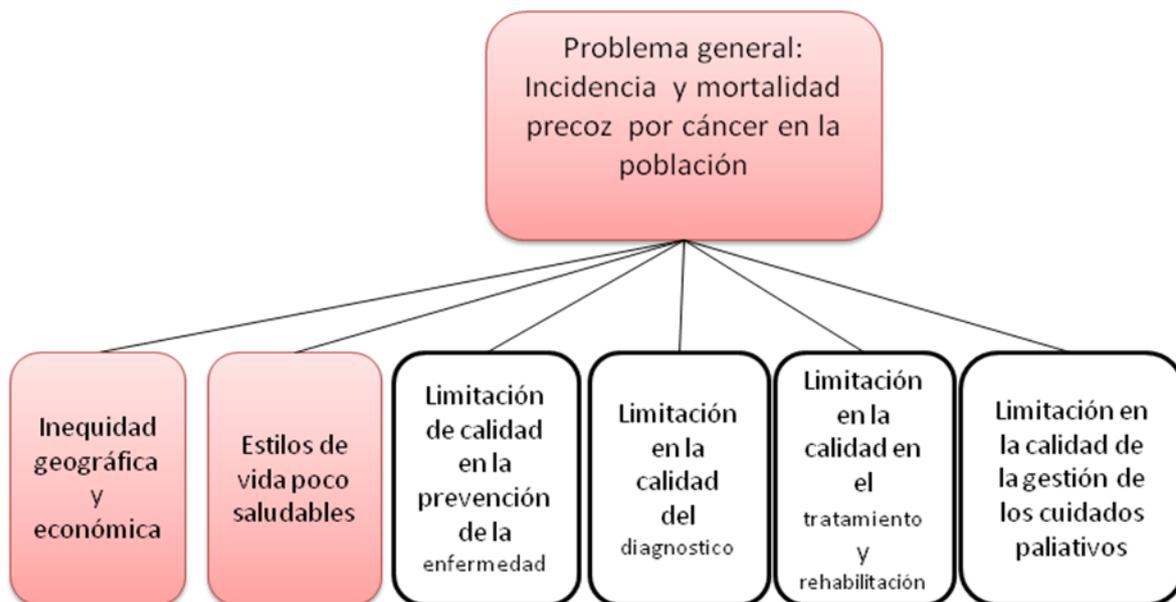
3.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Para la identificación del problema se realizó un árbol de problemas, el cual es una técnica participativa que ayuda a desarrollar ideas para identificar problemas a fin de generar un modelo de relaciones causales que lo expliquen.

Por lo tanto, como producto del análisis del perfil epidemiológico y la respuesta de la CCSS a la atención del cáncer, se muestra el siguiente esquema que presenta como problema la incidencia y mortalidad precoz por cáncer en la población, la cual tiene seis tipos de causas principales.

Tal problematización permite identificar los vacíos existentes en el actual PIAC 2012-2016 y se convierte en el insumo, para generar nuevos objetivos, productos y metas que se verán reflejados en la organización del PIAC 2015-2018.

Diagrama 2. Esquema de las causas principales de la incidencia y mortalidad por cáncer en Costa Rica.



Fuente: Equipo de diseño del Plan Institucional para la Atención del cáncer.

4. ORGANIZACIÓN DEL PLAN

4.1. 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 de riesgo, con sospecha y/o con cáncer.

4.2. VISIÓN

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

4.3. PROPUESTA DE VALOR

Fortalecer los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; aumentar la detección temprana de cáncer, ampliar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen cáncer, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional.



Lo anterior bajo un enfoque de atención en red, por medio de:

- La Promoción de la Salud para adoptar estilos de vida saludables
- La mejora en la accesibilidad y la continuidad en los servicios de atención de manera eficiente
- La maximización en el uso de los recursos
- La inclusión de nuevas tecnologías costo-efectiva
- Implementación de lineamientos técnicos para cada tipo cáncer especialmente los prioritario
- Fortalecimiento de la planificación para la atención del cáncer en la Institución

4.4. PROPÓSITO GENERAL

Promover factores protectores de la salud en las personas; tendientes a prevenir el cáncer e incrementar la sobrevivencia de las personas con cáncer, mediante la prevención de factores de riesgo, detección temprana, tratamiento oportuno, control y rehabilitación.

4.5. PRINCIPIOS ORIENTADORES 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 planificación, 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, por lo cual se esfuerzan para implementar las acciones requeridas con la rigurosidad necesarias.

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

Multidisciplinario: Un equipo multidisciplinar se concibe como un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo, es decir tienen un objetivo común. Cada individuo es consciente de su papel y del papel de los demás y trabajan en conjunto bajo la dirección de un coordinador.

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.

4.6. RESULTADOS DEL PIAC

Con la implementación de los objetivos y metas se pretende lograr los productos, a fin de cumplir en el corto y mediano con el propósito antes anotado, así como ir buscando en la población resultados de largo plazo:

Detección temprana: 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.

Sobrevida: Es una medida que permite determinar cuánto vive una persona una vez que ha sido diagnosticada con cáncer. De tal manera que hacer esfuerzos en una detección



temprana presupone que el individuo tendrá una mayor sobrevida, por esta razón la sobrevida (que generalmente se hace a cinco años) representa una medida indirecta que nos permitirá acercarnos a una mejor gestión en la atención del cáncer.

Finalmente, se espera mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer

Lograr más años de supervivencia para los pacientes con cáncer hoy ya no es suficiente. El PIAC, también persigue **Mejorar la Calidad de Vida** de la personas con cáncer. Muchos afectados ven la superación de esta enfermedad como el impulso para cambiar su estilo de vida y adoptar comportamientos saludables. Para ello, deben normalizar su vida y adaptarse a los límites que ha marcado esta dolencia.

4.7. OBJETIVOS, PRODUCTOS, METAS

En éste acápite se describen los objetivos, productos y metas que buscan el logro de la propuesta de valor y el propósito del plan, su contribución con el objetivo nacional incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, así como al fortalecimiento de la atención del cáncer a nivel nacional.

En este sentido las metas propuestas para el periodo 2015-2018 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 en tres objetivos:

1. Contribuir a la adopción de *estilos de vida saludables* en la población.
2. Facilitar el *acceso a los servicios* de salud.
3. Mejorar la *gestión de pacientes*.

Práctica de vida saludable

El término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como defiende Dellert S. Elliot. Según este autor, el estilo de vida saludable se entiende cada vez más



como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable⁵.

Las estrategias para abordar los estilos de vida relacionados con la salud se encuentran entre las intervenciones más eficaces y disponibles para reducir la incidencia y gravedad de las principales causas de enfermedad y discapacidad, sobre todo para el caso de los cuatro comportamientos clásicos: alcohol, tabaco, alimentación, actividad física y sexual⁶.

Acceso a los servicios

Vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios⁷. También se incluye en esta mirada, el hecho de que son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.

La naturaleza del acceso es un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente^{8,9}. En tal proceso están involucrados diversos momentos o etapas que pueden ser objeto de análisis o intervención, como la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final.

Gestión de pacientes

La organización de la atención debe ser diseñada para responder a las necesidades de las personas sospechosas, diagnosticadas y en tratamiento del cáncer. No se trata de resolver

⁵ Elliot DS. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century (pp. 119-150). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press; 1993.

⁶ Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. American Journal of Preventive Medicine, 2002; 22:267-284.

⁷ Stolkiner et al. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken; 2000.

⁸ Frenk, Julio. "El concepto y medición de la accesibilidad". Salud Pública de México. Septiembre-octubre; 1985

⁹ Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge. Mass. Harvard University Press; 1973



un episodio, sino que una vez el paciente es detectado en el "radar" del sistema es necesario que permanezca en la "pantalla" para poder intervenir sobre él¹⁰.

Para ello es necesario crear equipos de trabajo con perfiles multidisciplinarios y una clara atribución de responsabilidades, optimizando el trabajo de los profesionales.

Dos elementos claves en este proceso son: 1. reordenar los servicios para producir mejoras radicales en los resultados y 2. organizar los servicios para adecuarlos a las necesidades detectadas. Esta línea de trabajo pretende superar la lógica de los niveles de atención diseñando un campo de acción de diferentes profesionales de distintas especialidades; basándose en elementos simples de comunicación directa.

A diferencia de la atención hospitalaria, la atención primaria ha estado estructurada tradicionalmente con base en la continuidad. Por tanto, está más preparada para dar respuesta a la atención de las enfermedades crónicas. Sin embargo, la atención hospitalaria se ha organizado tradicionalmente con base en episodios. Es por ello que generalmente resulta más difícil a los hospitales y en el caso en particular de los pacientes con cáncer, a los departamentos de hemato-oncología, adecuar su sistema de atención a las necesidades de la continuidad de la atención.

¹⁰ Bengoa R. Problemas de salud emergentes e integración de servicios. Jano 2008; 16-18.



Cuadro 2. Objetivo 1, del Plan Institución de la Atención del Cáncer

Objetivo	Productos	Indicador	Línea Base	Meta Total	Riesgo	Unidad Responsable
1. Contribuir a la adopción de estilos de vida saludables en la población (alimentación saludable, actividad física, salud sexual y salud mental)	1.1 Personas informadas en estilos de vida saludable.	1.1 Porcentaje de personas de 20 a menos de 65 años de edad que han participado en un taller de al menos ocho sesiones educativa de promoción de estilos de vida saludable.	0,19%	1.1 Periodo: 1% 2015: Que el 0,25% de la población de 20 a menos de 65 años del Área de Salud participe en el proceso educativo cada año 2016: 0,50 % 2017: 0,75 % 2018: 1 %	1. falta de programación del curso 2. Convocatoria comunal inefectividad. 3. Falta de adherencia de grupos comunales y población meta.	Dirección de Compra Servicios de Salud Area Salud Colectiva - Promoción de la Salud Dirección de Red de Servicios de Salud
	1.2 Áreas de Salud ejecutando proyectos interventivos en Promoción de la Salud.	1.2 Número de Áreas de Salud ejecutando proyectos de promoción de la salud con intervenciones en actividad física, alimentación, salud mental y salud sexual.	67	1.2 Periodo: 70 2015: Fase 1: Diseño 2016: Fase 2: Ejecución y Seguimiento 2017: Fase 3: Ejecución y Seguimiento 2018: Fase 4: Evaluación	4. Metodología que no facilite adherencia a conocimientos, actitudes y prácticas saludables. 5. Herramientas inadecuadas para medir resultados en prácticas saludables. 6. Ejecución menor 2 años. 7. Equipo sin claridad conceptual de promoción de la salud. 8. Ejecución Sin equipo de trabajo.	Dirección de Comunicación Organizacional
	1.3 Personas que han cesado de fumar	1.3 Porcentaje de éxito del Programa de Cesación de Fumado.	50%	1.3 Periodo: 50% 2015: 50 % 2016: 50 % 2017: 50% 2018: 50%	9. Disponibilidad de recursos humano, espacio físico y medicamentos 10. Apoyo de las autoridades centrales y locales. 11. Capacidad del sistema de información.	Equipo coordinador del Programa de Cesación de Fumado
	1.4 Juntas de Salud actuando como enlace entre la comunidad y la CCSS para facilitar los procesos que fortalezcan estilos de vida saludable	1.4 Porcentaje de Juntas de Salud coordinando el desarrollo de las estrategias sobre estilos de vida saludable.	0	1.4 Periodo 100% 2016: 100% de las JS de las regiones Huetar Atlántica, Pacífico Central y Chorotega Año 2017: 100% de las JS de las regiones Brunca, Huetar Norte, Hospitales y Centros Especializados 2018: 100% de las JS de las regiones Central Sur y Central Norte.	12. Periodos cortos de permanencia de los miembros de las Juntas de Salud. 13. Falta de interés de los miembros de las Junta de Salud.	Directores Regionales (Hospitales y Áreas de Salud) Directores de Hospitales Nacionales



Cuadro 3. Matriz de actividades a ejecutar del Objetivo 1.

Objetivo	Estrategia	Actividades	Meta periodo 2015-2018	Responsable	
1. Contribuir a la adopción de estilo de vida saludable en la población: alimentación saludable, actividad física, salud sexual, salud mental	1.1. Sensibilización de la población por medio de diversos medios de comunicación colectiva e individual.	1.1.1. Reclutar personas de 20 a menos de 65 años y realizar sesiones educativas.	1.1.1. Que al segundo semestre del 2015 y segundo semestre de cada año hasta el 2018 , se realice al menos un taller de mínimo ocho sesiones educativas de promoción de estilo de vida saludable en las 104 Área de Salud.	Directores de Áreas de Salud	
		1.2.1. Setenta Áreas de Salud ejecutando proyectos de Promoción de la Salud en alimentación saludable, actividad física, salud sexual y salud mental.	1.2.1. Que a partir del primer semestre del 2016 y hasta el 2018 , al menos 70 Áreas de Salud estén desarrollando proyectos de promoción de la salud en actividad física, alimentación, salud mental y salud sexual.	Area Salud Colectiva: Promoción de la Salud Directores Regionales Direcciones Áreas de Salud	
		1.3.1. Realizar talleres de cesación de fumado.	1.3.1. Que al cuarto trimestre de cada año a partir del 2015 y hasta el 2018 , cesen de fumar el 50% de los participantes de los talleres de cesación de fumado.	Equipo coordinador de las Clínicas de Cesación de Fumado ubicadas en hospitales	
	1.2. Articulación de acciones de los actores sociales: gubernamentales y ONGs.	1.4.1. Capacitación y promoción en los Consejos Regionales de las Juntas de Salud.	1.4.1a. Que al cuarto trimestre del 2016 estén capacitadas las Juntas de Salud de las regiones Huetar Atlántica, Pacífico Central y Chorotega.	1.4.1a. Que al cuarto trimestre del 2016 estén capacitadas las Juntas de Salud de las regiones Huetar Atlántica, Pacífico Central y Chorotega.	Directores Regionales Directores de Hospitales Directores de Áreas de Salud
			1.4.1b. Que al segundo semestre del 2017 estén capacitadas las Juntas de Salud de las regiones Brunca, Huetar Norte, Hospitales y Centros Especializados.	1.4.1b. Que al segundo semestre del 2017 estén capacitadas las Juntas de Salud de las regiones Brunca, Huetar Norte, Hospitales y Centros Especializados.	Miembros de las Juntas de Salud
			1.4.1c. Que al segundo semestre del 2018 estén capacitadas las Juntas de Salud de las regiones Central Sur y Central Norte.	1.4.1c. Que al segundo semestre del 2018 estén capacitadas las Juntas de Salud de las regiones Central Sur y Central Norte.	



Cuadro 4. Objetivo 2, del Plan Institución de la Atención del Cáncer

Objetivo	Producto	Indicador	Línea Base	Meta Total	Riesgo	Unidad Responsable
2. Facilitar el acceso a los servicios de salud	2.1. Áreas de Salud y Hospitales que brindan acceso oportuno a las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de los cáncer prioritarios establecidos en documentos normativos institucionales.	2.1. Porcentaje de Áreas de Salud y Hospitales que brindan acceso oportuno a las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento de los cáncer prioritarios según documentos de normalización técnica.	0	2.1 Periodo: 30% 2016: Diseño metodológico 100% 2017: Línea base 2018: 30%	1. No contar con criterios establecidos para la referencia y tiempos de gestión de citas. 2. Disponibilidad escasa de recurso humano, equipo e infraestructura. 3. Sistema de información inflexible, y sin capacidad para generar instrumentos de registro 4. Escasos recursos para el diseño, ejecución y análisis de la encuesta 5. Escasa participación de los usuarios	Diseño: CTC Equipo consultivo: UEP DRSS Ejecutores: DRSS Directores de Hospitales Nacionales
	2.2. Población informada respecto a su condición específica en el proceso de atención.	2.2 Porcentaje de personas que reciben información de los diferentes momentos del proceso de su atención en hospitales seleccionados.	0	2.2 Periodo: 5% 2016: Diseño metodológico 100% 2017: Línea base 2018: Aumenta 5%		
		2.3 Porcentaje de personas con conocimiento del manejo que deben recibir de acuerdo a su condición específica en hospitales seleccionados y facilitado mediante el consentimiento informado.	0	2.3 Periodo: 100% 2016: Línea base 2017: 50% 2018: 100%		



Cuadro 5. Matriz de actividades a ejecutar del Objetivo 2.

Objetivo	Estrategia	Actividades	Meta periodo 2015-2018	Responsable	
2. Facilitar el acceso a los servicios de salud	2.1. Desarrollo de estrategias de seguimiento que garanticen la oportunidad de atención establecido en documentos de normalización técnica.	2.1.1. Realizar coordinación entre redes de atención para establecer vías de comunicación efectiva.	2.1.1. Que en cada uno de los semestres a partir del 2016 y hasta el 2018, cada región evidencie que se ha realizado al menos una estrategia de coordinación entre sus niveles de atención.	DRSS Directores de Áreas de Salud	
		2.1.2. Gestionar la lista de espera con criterios de priorización de casos que garantice la oportunidad de la atención según se establece en los documentos de normalización técnica.	2.1.2. Que en cada uno de los semestres a partir del 2016 y hasta el 2018, cada Hospital Nacional, Regional y Periférico presente un informe de la listas de espera para diagnóstico y tratamiento de cáncer según criterios establecidos en los documentos de normalización técnica y el respectivo plan de mejora.	Directores Generales de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos Jefe de departamento de Hemato-oncología	
	2.2. Mejoramiento de la gestión de la información que se brinda a los usuarios sobre los procesos que facilitan el acceso al diagnóstico y tratamiento del cáncer en los hospitales seleccionados.	2.2.1 Diseño e implementación de la metodología para el monitoreo de la información que se le brinda al usuario, acerca de su proceso de atención.	2.2.1a. Que al primer semestre del 2016 se tenga realizado el diseño de la metodología para el monitoreo de la información que se le brinda al usuario, durante el proceso de atención.	2.2.1b. Que al segundo semestre del 2016, se implemente la metodología se construya la línea base y se de seguimiento al proceso de informar al usuario, acerca de su proceso de atención.	Diseño Metodológico: Coordinación Técnica del Cáncer
			2.2.2a. Que al segundo semestre del 2016, se presente un informe donde estén identificadas las necesidades y puntos de mejora con énfasis en capacitación al personal de atención directa sobre consentimiento informado en los hospitales seleccionados		Construcción Línea Base: DRSS Directores de los Hospitales seleccionados
		2.2.2. Diseño, ejecución y seguimiento de un plan de mejora que incluya capacitación al personal sobre la información que se le brinda al usuario, acerca de su proceso de atención.	2.2.2a. Que al segundo semestre del 2016, se presente un informe donde estén identificadas las necesidades y puntos de mejora con énfasis en capacitación al personal de atención directa sobre consentimiento informado en los hospitales seleccionados	2.2.2b. Que al segundo semestre del 2017 y 2018, se presente un informe de los avances en el cumplimiento del plan de mejora.	DRSS Directores de Hospitales seleccionados
			2.2.2b. Que al segundo semestre del 2017 y 2018, se presente un informe de los avances en el cumplimiento del plan de mejora.		Jefaturas de Servicios involucrados



Cuadro 6. Objetivo 3, del Plan Institución de la Atención del Cáncer

Objetivo	Producto	Indicador	Línea Base	Meta Total	Riesgo	Unidad Responsable
3. Mejorar la gestión del paciente (clínica-administrativa - logística)	3.1 Personas con sospecha y/o con cáncer atendidas según los documentos de normalización técnica.	3.1 Número de redes evaluando la aplicación de los documentos de normalización técnica.	0	3.1 Periodo: Tres Redes 2015: Diseño metodológico 2016: Una Red 2017: Dos Redes 2018: Tres Redes	1. Limitación de recursos financieros. 2. Resistencia al cambio por parte de los funcionarios. Limitación en la disponibilidad de tecnologías. 3. Falta de trabajo en red entre los diferentes niveles de atención.	UEP CTC DRSS Jefatura de todos los centros de atención en rehabilitación
	3.2 Mecanismo de monitoreo y seguimiento de la gestión clínica y administrativa establecidos.	3.2 Cobertura de personas con secuelas de cáncer en rehabilitación	0	3.2 Periodo: 10% 2015: 0% (Construir línea base y diseño de programa) 2016: 0% Operacionalización del programa 2017: 5% 2018: 5%		



Cuadro 7. Matriz de actividades a ejecutar del Objetivo 3.

	Estrategia	Actividades	Meta periodo 2015-2018	Responsable
3. Mejorar la gestión del paciente (clínica-administrativa - logística)	3.1. Mejorar la detección temprana de los diferentes cánceres en las personas.	3.1.1. Diseño de una metodología de seguimiento a la aplicación de los documentos de normalización técnica.	3.1.1. Que al primer semestre 2016 , se cuente con el diseño de la metodología de seguimiento de aplicación de los documentos de normalización técnica.	Diseño Metodológico: Coordinación Técnica del Cáncer Equipo de trabajo: DRSS Directores de los Hospitales seleccionados
		3.1.2. Seguimiento semestral del cumplimiento de aplicación de los documentos de normalización técnica.	3.1.2a. Que durante el primer semestre 2016 , se presente un informe con evidencia de la ejecución del proceso de socialización e implementación de la metodología de seguimiento de aplicación de los documentos de normalización técnica de los tipos de cáncer prioritarios al personal de Áreas de Salud y Hospitales.	DRSS Direcciones Regionales Áreas de Salud Hospitales Regionales y Periféricos Hospitales Nacionales
			3.1.2b. Que a partir del segundo semestre 2016 y hasta el 2018 , se presente un informe de la aplicación del proceso de seguimiento semestral de aplicación de los documentos de normalización técnica en Áreas de Salud y Hospitales.	Directores Regionales Hospitales Nacionales
	3.2. Fortalecimiento de los procesos que garantizan la continuidad de la atención en los servicios.	3.2.1. Establecer línea base de los servicios de rehabilitación nacional.	3.2.1. Que al segundo semestre del 2015 , se presente la línea base en recurso humano y técnicos, gestión de pacientes, otros; de los servicios de rehabilitación nacional.	D.R.S.S CTC Servicios de Fisiatría y Rehabilitación o Unidades que tengan especialista en fisiatría o terapeuta
		3.2.2. Conformación de grupo técnico asesor para fortalecer la red en rehabilitación oncológica.	3.2.2. Que al primer semestre del 2016 , este conformado el grupo técnico asesor en rehabilitación oncológica.	
		3.2.3. Elaboración, de documentos normativos que faciliten la gestión del paciente.	3.2.3. Que al segundo semestre del 2017 , se presenten los documentos normativos de rehabilitación oncológica.	Grupo Técnico Asesor en Fisiatría y Rehabilitación Coordinación Técnica de Cáncer
		3.2.4. Aplicación de documentos normativos.	3.2.4. Que al primer semestre del 2018 , se presente un informe del seguimiento a la aplicación de los documentos normativos de rehabilitación oncológica en los servicios de rehabilitación de la institución.	DRSS Director de Hospital Servicios de Fisiatría y Rehabilitación o Unidades que tengan especialista en fisiatría o terapeuta
		3.2.5. Llevar registro de los pacientes con secuelas de cáncer en rehabilitación.	3.2.5. Que al segundo semestre del 2018 , se presente el registro de los pacientes con secuelas de cáncer en rehabilitación oncológica, en los servicios de rehabilitación de la institución.	

5. VIABILIDAD DEL PLAN

Se aplicó al PIAC la metodología de viabilidad de planes elaborada por la Dirección de Planificación Institucional. 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.

Cuadro 8. Viabilidad del Plan Institucional para la Atención del Cáncer.

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 (Artículo 9º de la sesión N° 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009). • 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.
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.



6. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN EN RED

El proceso de implementación del Plan Institucional para la Atención del Cáncer, requiere la articulación e integración de la red, para lo cual es esencial integrar un equipo de enlace en la red responsable de organizar, coordinar, evaluar y controlar las acciones, productos y metas, así como favorecer la articulación con el Plan-Presupuesto de las diferentes unidades de la Red.

El equipo de enlace de la red deberá estar constituido por un representante de las Direcciones Regionales (idealmente el encargado de cáncer), un representante designado por cada director de Hospital Nacional (idealmente del Departamento de Hemato-Oncología) y el enlace de red designado por la Dirección de Red de Servicios con el asesoramiento de la Dirección Institucional de Planificación.

Es fundamental que este equipo establezca espacios de discusión con las unidades que conforman su red para favorecer la comprensión de las directrices y su ejecución, promoviendo la eficiencia y oportunidad en la toma de decisiones.

Para realizar el proceso de implementación, se espera que el equipo de enlace de red, desarrolle el concepto de trabajo en red en los diferentes niveles de toda la organización y, establezca mecanismos para optimizar el uso de los recursos, en sentido horizontal y vertical, tanto en su red como con otras redes e instancias externas, por medio de la complementariedad de sus capacidades.

6.1. ELEMENTOS FUNDAMENTALES PARA LA OPERACION DE LAS REDES

- Fortalecimiento del primer nivel de atención, de manera que sea la puerta de entrada al sistema, mejorando la accesibilidad y la capacidad resolutive.
- Fortalecimiento del Segundo Nivel propiciando el mejoramiento de la capacidad resolutive del segundo nivel para la detección y diagnóstico de cáncer.



- Mejoramiento en la definición de los roles y competencias de los diferentes establecimientos de la red, incluyendo hospitales nacionales y diferenciando las intervenciones según nivel de complejidad.
- Favorecimiento de mecanismos de articulación de los establecimientos que conforman la red, que permitan gestionar las funciones y competencias clínica, administrativa, logística y financiera, en busca del cumplimiento de los objetivos comunes de la Red.

6.2. PLANIFICACIÓN LOCAL

La planificación 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 Direcciones Regionales, Hospitales y Áreas de Salud; 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 Plan-Presupuesto (PP) 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 seguimiento del PP.



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

Cuadro 9. Componentes de la Estrategia Local de implementación del Plan institucional de la Atención del Cáncer.

Componentes	Definición
Objetivos	Para garantizar que las estrategias de Atención del Cáncer de cada unidad, se orienten 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 Acciones	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>

7. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

El seguimiento y evaluación, 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.

En el primer semestre del 2016 se diseñará la metodología de seguimiento y evaluación del plan que estará liderada por la Dirección de Planificación Institucional y el equipo de trabajo estará conformado por la Unidad Ejecutora del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer, la Coordinación Técnica del Cáncer, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y la Dirección de Red de Servicios de Salud, representantes de las Áreas de Salud y representantes de Hospitales.



7.1. SEGUIMIENTO

Proceso sistemático y periódico de una acción, para conocer el avance en la utilización de los recursos asignados y en el logro de los objetivos, con el fin de detectar oportunamente, deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste¹¹.

En el caso particular del seguimiento del Plan Institucional para la Atención del Cáncer, este proceso se llevará a cabo a nivel local, regional y nacional y además se realiza de forma continua durante todo el período de implementación del plan.

Este objetivo deberá cumplirse a través de la selección de instrumentos de seguimiento, 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 a fin de poder tomar decisiones y realizar un seguimiento a nivel central.

El seguimiento al PIAC se hará cada semestre con corte al 30 de junio y al 31 de diciembre de cada año, su rendición de cuentas se realizará a la Gerencia Médica y a las Autoridades Superiores de la Institución, para lo cual se hará un informe indicando los logros de cada meta, las acciones realizadas, aportando evidencia, y el avance del año de ejecución y del cumplimiento general del Plan, para lo cual se diseñará una matrices donde se especificaran las acciones que deben realizarse para la consecución de los productos esperados.

Los puntos focales de las direcciones regionales (los cuales tienen la función de brindar asesoría y dar seguimiento a las acciones del PIAC que ejecutan los hospitales y Áreas de Salud a su cargo), recibirán apoyo del equipo de trabajo de la Coordinación Técnica del Cáncer, y de la persona responsable del PIAC en el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer.

En el marco de lo anterior, cabe señalar que las metas contenidas en el PIAC, deben ser incluidas dentro de la planificación de las unidades en la modificación del mes de agosto

¹¹ Ministerio de Planificación y Política Económica. Curso Introducción a los elementos básicos para el seguimiento y evaluación de intervenciones públicas. MIDEPLAN; 2014.



2015, en los distintos niveles de gestión (central, regional y local), según corresponda, ya que se les dará seguimiento por medio del Plan-Presupuesto.

7.2. EVALUACIÓN

Evaluación es una valoración, un análisis sistemático y objetivo de un conjunto de criterios de valor que permiten emitir juicios y/o medir algo. En este sentido, la evaluación de políticas, planes, programas y proyectos (intervenciones) requieren de formas de evaluación sistemática, con procedimientos e información que garanticen su solidez, validez y fiabilidad para ser usadas como insumos en la toma de decisiones y en el mejoramiento de la gestión pública costarricense¹².

Para abarcar la calidad del diseño (teoría de la intervención/cadenas de resultados) se valorará la evaluabilidad (calidad del diseño, accesibilidad y recursos disponibles)¹⁵. Entendida la evaluabilidad como la posibilidad que tiene una intervención pública para ser evaluada. Este análisis de evaluabilidad va dirigido a mejorar y reducir la incertidumbre sobre la decisión de evaluar y es la fase inicial de este proceso evaluativo que será de mayor alcance. Por tanto, valora la existencia de las condiciones óptimas para que la evaluación pueda llevarse a cabo y responde a interrogantes que dan espacio para preparar el plan para la evaluación, aportando así legitimación a la misma ya que es un medio que sirve para asegurar que la evaluación sea técnicamente más factible y, que logre sus objetivos con mayor probabilidad.

Otro elemento de la evaluación que está por definir, es el momento en que se pretende evaluar, ya sea durante la fase del diseño (evaluación ex ante), durante el proceso de implementación (evaluación intermedia), en el momento del cierre (evaluación final) o un tiempo considerable después de terminado el proyecto (evaluación ex post).

Es por esta razón, que la metodología de evaluación (programación, diseño, ejecución, seguimiento a las recomendaciones, identificación de actores, delimitación del alcance,

¹² Ministerio de Planificación y Política Económica. Manual Gerencial para el Diseño y Ejecución de Evaluaciones Estratégicas de Gobierno. MIDEPLAN; 2012



plan de trabajo, así como el uso de enfoques metodológicos cuantitativo, cualitativo y mixto y la aplicación de diversas técnicas para recolectar la información requerida); será elaborada durante el primer año de aprobación de dicho plan, en conjunto entre las partes (Equipo responsable de dar seguimiento al plan y los responsables de la ejecución de cada meta).

REFERENCIAS

1. Instrumentos para la aplicación de la Gestión por Resultados de Desarrollo en Guatemala, SEGEPLAN-MINIFIN, 2012, p. 4
2. Organización Panamericana de la Salud. 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>
3. Organización Mundial de la Salud. IARC. Informe GLOBOCAN 2008.
4. Caja Costarricense de Seguro Social. Inventario de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica (PVP) en el ámbito nacional. Trabajo de Actualización de Inventario con corte al 31 de diciembre 2014. Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud. CCSS.
5. Elliot DS. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century (pp. 119-150). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press; 1993.
6. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. American Journal of Preventive Medicine, 2002; 22:267-284.
7. Stolkiner et al. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken; 2000.
8. Frenk, Julio. "El concepto y medición de la accesibilidad". Salud Pública de México. Septiembre-octubre; 1985
9. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge. Mass. Harvard University Press; 1973
10. Bengoa R. Problemas de salud emergentes e integración de servicios. Jano 2008; 16-18
11. Caja Costarricense de Seguro Social. Programa de Fortalecimiento Integral del Seguro de Salud: Plan de Gestión. CCSS; Abril; 2014.
12. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Redes Integradas de Servicios de salud. Conceptos, opciones de Política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS/OMS; 2010.
13. Caja Costarricense de Seguro Social. Perfil de Proyecto: Propuesta para la organización y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud en la C.C.S.S. Elaborado por Equipo Técnico Intergerencial. CCSS; 2013.
14. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Curso Introducción a los elementos básicos para el seguimiento y evaluación de intervenciones públicas, MIDEPLAN; 2014.



15. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Manual Gerencial para el Diseño y Ejecución de Evaluaciones Estratégicas de Gobierno. MIDEPLAN; 2012

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 tres 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 éstos. 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.

Cobertura de salud: se considera como cobertura el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. En el marco de esta definición el riesgo que se corre es el de solamente mencionar estadísticamente el número de habitantes que están en contacto potencial con el servicio de salud, pero queda la interrogante si en verdad se está dando solución a los problemas de salud, por lo que se hace necesario considerar otros elementos que van más allá del simple número de habitantes que tienen acceso al servicio.

V.P.H: El virus del papiloma humano (VPH) se constituye en una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Se dividen en 2 grandes grupos:

- Los VPH denominados “de bajo riesgo oncogénico”, que generalmente se asocian a las lesiones benignas, como las verrugas y las lesiones de bajo grado.
- Los VPH denominados “de alto riesgo oncogénico”. Son alrededor de 15, y los más comunes son el 16 y el 18.

ANEXOS

Anexo 1. Concordancia entre los objetivos del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2012-2017 y los objetivos del Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2015-2018

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>Objetivo</p> <p>1. Contribuir a la adopción de estilos de vida saludables en la población en general</p> <p>Estrategias:</p> <p>1.1 Sensibilización de la población por medio de diversos medios de comunicación colectiva e individual.</p> <p>1.2 Articulación de acciones de los actores sociales (gubernamentales y no gubernamentales).</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>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>Objetivo</p> <p>2. Facilitar el acceso a los servicios de salud</p> <p>Estrategias:</p> <p>2.1 Desarrollo de mecanismos que garanticen el aseguramiento de personas con riesgos específicos.</p> <p>2.2 Mejoramiento de la gestión de la información para educar a las personas sobre el acceso a los servicios.</p>
<p>Determinante de la Salud / Ámbito: Servicios de Salud</p> <p>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.</p>	



PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER 2015-2018

 **PROYECTO** Fortalecimiento en la ATENCIÓN
Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

<p>Determinante de la Salud / Ámbito: Fuerza de Trabajo</p> <ol style="list-style-type: none">1. Incorporar en la planificación nacional del recurso humano, las necesidades para el abordaje integral del tema cáncer.2. Desarrollar las competencias del recurso humano profesional y técnico) para el abordaje integral del tema cáncer.3. Crear un sistema de información del RRHH que trabaja en el tema de Cáncer.	<p>Objetivo</p> <p>3. Mejorar la gestión del paciente (clínica- administrativas - logísticas)</p> <p>Estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none">3.1 Mejoramiento de los procesos para la identificación del riesgo en las personas3.2 Mejorar la detección temprana de los diferentes cánceres en las personas3.3 Fortalecimiento de los procesos que garantizan la continuidad de la atención en los servicios3.4 Fortalecimiento del registro y análisis de la información de la gestión clínica y administrativa.
---	---

