



Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer

2011 – 2017



Plan Nacional
para la Prevención y
Control del Cáncer
2011 – 2017

616.994

C215c Costa Rica. Ministerio de Salud

**Plan Nacional para la Prevención y Control del
Cáncer 2011-2017.**-1ª. ed. --San José, Costa Rica:
El Ministerio, 2012.

118 p.; 27x21 cm.

ISBN: 978-9977-62-115-9

1. Salud Pública. 2. Cáncer. 3. Costa Rica. I. Título

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

Diseño, diagramación e impresión en Producción Documental,
Unidad de Mercadotecnia Institucional, Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional.
Ministerio de Salud, 2012.

CRÉDITOS

Dra. Daisy Corrales Díaz, MSC
Ministra de Salud

Dra. Ileana Balmaceda, MSC
Presidenta Ejecutiva CCSS

Equipo Técnico del Ministerio de Salud:

División Técnica de Rectoría

Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación
de las Acciones en Salud

Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud

Dirección de Regulación de la Salud

Dirección de Mercadotecnia de la Salud

Dirección de Vigilancia de la Salud

Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Salud

Equipo Técnico de la Caja Costarricense de Seguro Social:

Gerencia Médica

Proyecto de Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Dirección de Proyección de Servicios de Salud

Area de Soporte Estratégico

CONTENIDO

PRESENTACION	9
INTRODUCCIÓN	11
METODOLOGÍA	13
1. ANÁLISIS DE CONTEXTO	14
1.1 Declaratoria y compromisos internacionales	14
1.2 Antecedentes	16
1.3 Marco legal y disposiciones de la Contraloría	18
2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN COSTA RICA ...	20
2.1 Morbi-mortalidad	20
3. MODELO DE ABORDAJE PARA LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN CÁNCER ..	25
4. DETERMINANTES DEL CÁNCER	28
4.1 Estilos de vida	28
4.2 Factores ambientales	32
4.3 Impacto psicológico y social	34
5. ATENCIÓN DEL CÁNCER EN LOS SERVICIOS DE SALUD	36
5.1 Normativa nacional	36
5.2 Diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos	36
5.3 Respuesta institucional	38
5.4 Formación de Recurso Humano para la atención del cáncer	44
6. INVESTIGACIÓN NACIONAL EN EL TEMA DE CÁNCER	46

7. PROPÓSITO	47
8. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES	48
9 . PLANTILLA CON ACTIVIDADES	50
10. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN BASADO EN RESULTADOS	65
10.1 Objetivos del Sistema de Monitoreo y Evaluación	65
10.2 Ámbito de aplicación de Sistema de Monitoreo y Evaluación	65
10.3 Vinculación entre el sistema de Monitoreo y Evaluación y el Sistema de Vigilancia	67
10.4 Componentes del Sistema de Monitoreo y Evaluación....	67
SECCION A: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	71
A.1 Niveles de la Estructura Organizacional del Sistema de Monitoreo y Evaluación.....	71
A.2 Funciones de los Responsables de la Gestión del Sistema de Monitoreo y Evaluación.....	71
A.3 Mecanismos para la operación del Sistema de Monitoreo y Evaluación.....	74
SECCION B: RECURSO HUMANO DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	79
B.1 Competencias y Habilidades de los responsables de Monitoreo y Evaluación	79
B.2 Equipo Humano para la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación	80

B.3 Plan de Capacitación para Responsables de Monitoreo y Evaluación	80
SECCION C: MONITOREO DEL PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER ..	85
C.1 Tablero de indicadores	85
C.2 Fichas técnicas de indicadores	88
C.3 Instrumentos de Monitoreo	102
C.3.1 Instrumento monitoreo de indicadores de resultado	102
C.3.2 Instrumento monitoreo de indicadores de gasto y financiamiento.....	102
C.3.3 Reportes de monitoreo del plan	103
SECCION D: GESTION DE DATOS	107
D.1 Niveles de gestión de datos	107
D.2 Flujo de datos	107
D.3 Registro nacional de tumores	108
D.4 Procesamiento y análisis de datos	109
D.5 Calidad de datos	110
SECCION E: EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER ..	115
E.1 Evaluación del plan	115
SECCION F: USO Y DIVULGACION DE INFORMACION ..	121
F.1 Plan de divulgación	122
SECCION G: PLAN DE TRABAJO Y PRESUPUESTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	127
G.1 Plan de Trabajo del Sistema de Monitoreo y Evaluación ..	127

G.2 Presupuesto para funcionamiento del sistema de monitoreo y evaluación	129
IV BIBLIOGRAFIA	131
V ANEXO	133
Responsables Técnicos	135
Lista de participantes Taller Elaboración Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer	136

PRESENTACION

Al inicio de la década de los 70 el cáncer ocupaba el cuarto lugar entre las causas de muerte que presentaba Costa Rica en ese entonces, superada por las enfermedades del sistema circulatorio, las infecciones y las enfermedades respiratorias.

Esta situación era un reflejo directo de una situación demográfica y epidemiológica propia de una población joven y de la cual una gran parte vivía en zonas rurales con deficiente acceso a servicios básicos y en un país en el que se estaban empezando a gestar los cambios que permitirían la cobertura universal del seguro de salud.

Los cambios que han ocurrido durante las décadas siguientes han llevado a que las muertes por cáncer ocupen el segundo lugar entre las causas de mortalidad general, superadas solamente por las enfermedades cardiovasculares.

Esta situación, aunado a todos los factores que influyen en el causalidad del cáncer, representan uno de los retos más importantes en materia de salud que la sociedad costarricense debe afrontar hoy.

Una población en un franco proceso de envejecimiento, la complejidad de la vida actual que tiende en ocasiones a favorecer factores que aumentan el riesgo de desarrollar un tumor, el impacto económico del cáncer en la sociedad, tanto por los costos de la atención directa de la enfermedad como por la pérdida de la capacidad productiva de la sociedad, entre otros factores, representan desafíos que solo el compromiso decidido y el trabajo coordinado de los diversos actores de la sociedad pueden llegar a enfrentar y en muchos casos a controlar.

El documento que exponemos a continuación es un ajuste del Plan Nacional de Cáncer, con un enfoque de determinantes de la salud de manera que se aborden las causas relacionadas con el cáncer de manera preventiva y se establezcan acciones en forma articulada para la atención integral.

Es así que presentamos el día de hoy este documento como una herramienta que establece una línea de trabajo clara que permitirá a los distintos actores sociales coordinar y fortalecer los grandes esfuerzos que ya se han hecho en el control del cáncer y sobre todo potenciar los logros ya obtenidos.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que cada vez toma mayor relevancia a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que en el 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones (OMS, 2010). La OMS (2004) también ha estimado que la carga del cáncer es de casi un 47% para los países desarrollados y un 53% para los países en desarrollo.

Dado este contexto internacional, muchas naciones se han avocado al desarrollo e implementación de Planes o Programas Nacionales para el control del Cáncer. La OMS ha hecho varias publicaciones en este sentido, haciendo un llamado a la comunidad internacional para orientar de la mejor forma sus recursos y así poder hacerle frente a esta enfermedad.

Se ha demostrado que el cáncer es en gran medida evitable. Muchos de los cánceres se pueden prevenir; otros se pueden detectar en las primeras fases del desarrollo y ser tratados y curados. Además en etapas avanzadas el cáncer, se puede: enlentecer su progreso, controlar o reducir el dolor y ayudar a las familias a sobrellevar la carga (OMS, 2010).

En concordancia con lo anterior se indica que un tercio de los casos de cáncer se pueden prevenir, al otro tercio se puede detectar tempranamente y tratar eficazmente, y al tercio restante se le debe proporcionar cuidados paliativos.

Por tanto es necesario lograr un balance adecuado entre las acciones realizadas entorno a la promoción de la salud, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; utilizándolos eficaz y equitativamente. A fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, reducir la carga de esta enfermedad, enfrentar la tendencia ascendente de algunos factores de riesgo y mejorar el control de la misma.

En Costa Rica, la situación epidemiológica es muy similar a la de los países desarrollados. El cáncer es la segunda causa de muerte en el país, lo que ha llevado a que desde hace varios años se haya intentado poner en marcha un Plan Nacional para la Prevención y el Control de Cáncer, en cumplimiento con las políticas nacionales, que han señalado la importancia de este tema.

También en Costa Rica prevalecen obstáculos y problemas relacionados con la atención del cáncer. Entre los cuales se pueden citar: recursos humanos y económicos insuficientes y un trabajo poco coordinado y separado entre las instituciones del sector salud que no ha permitido la operativización del plan definido en el año 2006, razón por la cual se planteó la necesidad de revisar y adecuar el Plan Nacional para el Control del Cáncer (PNCC), como un medio para fortalecer y dirigir los esfuerzos que se realizan en el abordaje integral de la problemática relacionada con esta patología.

En el proceso de actualización del plan se establecen los siguientes ámbitos:

- Cultura de cuidado individual y responsabilidad colectiva
- Hábitat humano
- Servicios de salud: Con 2 Áreas de intervención :
 - Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación
 - Cuidados Paliativos para las personas con cáncer.
- Vigilancia y Sistemas de Información
- Investigación y Desarrollo Tecnológico en cáncer
- Fuerza de trabajo laboral

En cada uno de los ámbitos se definieron el objetivo general y los específicos, las metas, los indicadores de gestión, los recursos, los responsables y el plazo.

Este documento se constituye en la estrategia global que dirige y coordina las acciones prioritarias que se deben realizar en materia de cáncer en el país.

Con base en este plan cada institución relacionada con el tema de cáncer elaborará sus planes y programas específicos.

METODOLOGÍA

El proceso de actualización del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer nace de la necesidad de contar con un Plan que incluya indicadores y metas medibles en el marco de un enfoque de determinantes de la salud, que permita a la vez implementar un proceso de monitoreo y evaluación.

Dicha responsabilidad recae en la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, en coordinación con otras direcciones de rectoría del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La actualización del Plan se realizó por etapas que fueron generando resultados para la reflexión, análisis y validación de la información que se incorporaría dentro del mismo.

En la primera etapa se analizó el avance del Plan de Cáncer formulado en el año 2006 y la información existente, a fin de actualizar el diagnóstico de situación.

Posteriormente, se desarrolló un taller con actores sociales intersectoriales para el ajuste del plan con la revisión e incorporación de objetivos generales, con sus respectivas actividades, indicadores, metas, recursos y plazos.

En una siguiente etapa se realizaron talleres y sesiones de trabajo, consultas directas por internet, a diversos actores para completar el trabajo desarrollado.

La última etapa fue la compilación, sistematización, análisis y ajuste del documento con los aportes obtenidos en la etapa anterior y se procedió a la validación final para su aprobación por parte de las autoridades de las instituciones con mayor responsabilidad en la ejecución del plan.

1. ANÁLISIS DE CONTEXTO

1.1 Declaratoria y compromisos internacionales

En reconocimiento a la carga de morbi-mortalidad y a la amenaza mundial que constituyen las enfermedades no transmisibles para las economías de muchos países y su repercusión en el aumento de las desigualdades entre poblaciones; en la última década han surgido diversas declaraciones, resoluciones, estrategias, políticas y planes mundiales y regionales, dirigidos a la prevención y reducción de las enfermedades crónicas no transmisibles, lideradas en su mayoría por la OMS.

De esta manera, a nivel subregional, en el marco de la XXXIV Reunión ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, celebrada el 17 de junio de 2011, surge la Declaración de Guatemala, *“Unidos para detener la epidemia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)”* en la cual los ministros se comprometen a incorporar este hecho como prioridad en la agenda nacional e incidir al más alto nivel político para la adopción de políticas públicas intersectoriales, así como a ejercer un liderazgo activo para asegurar el involucramiento del sector público y privado y de la sociedad civil para el desarrollo y cumplimiento de políticas públicas en ECNT, encaminadas a reducir o modificar los riesgos sociales y ambientales, los determinantes y la carga de las enfermedades no transmisibles.

La ONU, mediante la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, celebrada el 19 y 20 de septiembre del 2011, destaca con preocupación que 57 millones de muertes en el mundo, registradas en el 2008, según la OMS, se deben a las ECNT, dentro las cuales se encuentra el cáncer junto con las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y diabetes.

En esta Declaración se reconoce la responsabilidad y los enfoques rectores multisectoriales del gobierno para atender el reto que representan las ECNT, así como la necesaria participación y compromiso de todos los sectores de la sociedad en la prevención y control de las mismas. Se resalta que las enfermedades no trasmisibles más destacadas están relacionadas con factores de riesgo comunes como son: el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, la obesidad, una dieta malsana y la inactividad

física. A la vez en estas enfermedades inciden fuertemente determinantes de tipo socioeconómicos, ambientales y de comportamientos, donde las inequidades se manifiestan. Por lo que los Ministros se comprometen a incorporar estos determinantes en el abordaje de las ECNT.

Se hace reconocimiento que la prevención debe ser la piedra angular de la respuesta mundial a las enfermedades no transmisibles.

Entre las medidas que establece esta Declaración se cita:

- Promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la OMS sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.
- Formular, reforzar y aplicar, según proceda, políticas y planes de acción públicos multisectoriales que promuevan la educación para la salud y los conocimientos sobre la salud.
- Reforzar las políticas y los sistemas de Salud, la investigación y desarrollo, así como la supervisión, el seguimiento y la evaluación.

En el marco de la reunión de jefes de Estado y Gobierno XXVII de la RESSCAD, celebrada el 6 de octubre de 2011 en Panamá, la Dra. Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, destaca los compromisos de la Reunión de Alto Nivel de la ONU para las Enfermedades No Transmisibles y recalca que el Sistema de Integración Centroamericano (SICA), cuenta con plataformas y órganos que representan oportunidades para articular acciones multisectoriales.

En este sentido el Secretario de la Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), reafirma que la Declaración de Antigua Guatemala, es el marco de referencia de la región en este tema dado que cuenta con el apoyo Político de los ministros y presidentes, quienes lo han definido como un gran reto para la Región.

Entre los acuerdos de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), relacionados con las ECNT, se cita:

- Dar seguimiento a los compromisos de la Declaración de Antigua Guatemala.
- Instar a la secretaría de la COMISCA para liderar el proceso de articulación entre los subsistemas social y ambiental del Sistema de Integración Centroamérica (SICA) para acelerar la implementación de estrategias y planes existentes en sectores relevantes en el abordaje integral de las ECNT.

- En el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, la elaboración de planes nacionales que reflejen la multisectorialidad e integración de las estrategias encaminadas al abordaje de la prevención de las ECNT.

- El fortalecimiento técnico y político de las comisiones de ECNT y cáncer en cada país.

- Promover entre los órganos legislativos y gubernamentales la elaboración de políticas poblacionales e individuales tales como: el fortalecimiento de la vigilancia, del sistema de información, del acceso a los servicios de salud, de la promoción de los factores protectores de la salud.

1.2 Antecedentes

En noviembre de 1995, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró un informe titulado *“Recomendaciones sobre el Programa Nacional de Control de Cáncer para Costa Rica”*, dirigido por el Dr. Martin Jerry, donde se concluye que existen problemas de coordinación, organización, implementación y evaluación de la situación del cáncer en Costa Rica; además presenta las estrategias, consideraciones generales y recomendaciones para el desarrollo de un Programa Nacional de Control del Cáncer para Costa Rica. De las recomendaciones destaca principalmente la elaboración de un *“Plan Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer”*.

Dicho plan propondría la estructura organizacional y la coordinación necesaria entre las instancias involucradas para la implementación de las acciones propuestas; además de la creación de un Consejo de Cáncer como órgano asesor a nivel nacional en la materia.

En junio de 1998, el Ministerio de Salud (MS) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), analizaron y aprobaron el *“Plan Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer”* y acordaron darle el contenido presupuestario para su implementación. El mismo estableció los siguientes objetivos:

- Disminuir la incidencia del cáncer en el ámbito nacional.
- Reducir la mortalidad por cáncer en el país.
- Aumentar la cobertura en la atención integral del cáncer.
- Mejorar la calidad de los servicios de atención del cáncer.

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

El Plan aprobado visualizó darle énfasis o prioridad a los cinco tipos de cáncer con mayor incidencia epidemiológica o frecuencia en la población costarricense, los cuales eran: piel, estómago, mama, próstata y cuello uterino.

Al producirse el cambio de administración del gobierno, en 1998, el Plan es redirigido al problema del cáncer de cérvix, mediante un programa establecido por la oficina de la Primera Dama que se extendió desde 1998 hasta el 2002.

Un paso importante en la lucha contra el cáncer se dio mediante la promulgación de la Ley 7765, publicada en la gaceta 107, del 4 de junio de 1998, con la creación del Instituto Costarricense Contra el Cáncer. El artículo 1º de dicha Ley dice:

“Crease el Instituto Contra el Cáncer, en adelante, el Instituto, como entidad especializada para la docencia, la investigación y la prevención del cáncer, así como para el tratamiento de quienes lo padecen. Tendrán a su cargo la definición de las políticas, los planes y programas nacionales, relacionados con las materias de su competencia; para tal efecto deberá coordinar sus actividades con las instituciones y los organismos públicos con atribuciones concurrentes o similares a las del Instituto”.

Posteriormente, el 4 de agosto de 1998, se promulgó el Decreto Ejecutivo N° 27217-S-MP, que en su artículo 1º dice:

“Crease el Consejo Nacional para la Lucha contra el Cáncer Uterino y de Mama, el cual será un órgano asesor del Estado, coadyuvante en el dictado de las políticas y directrices que deben observarse para la prevención, detección y tratamiento del cáncer uterino y de mama.”

Otro esfuerzo, en la misma línea, se materializó cuando la Junta Directiva de la CCSS resolvió, en septiembre del 2000, crear la Dirección de Cáncer que tenía a cargo la coordinación, conducción y evaluación de los programas de cáncer y de los recursos disponibles, los cuales se orientaban a la disminución de la incidencia de esa enfermedad y a propiciar una mayor oportunidad y calidad en la prestación de los servicios en esa área, como contraparte del Instituto Costarricense Contra el Cáncer dentro de la CCSS. Esta Dirección funcionó hasta marzo del año 2005 y a partir de ese momento, los trabajos los asumió la Unidad de Salud Colectiva.

1.3 Marco legal y disposiciones de la Contraloría

Marco legal del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer

El Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer (PNPCC) tiene sustento legal en una serie de leyes, decretos, convenios, que se detallan a continuación:

Leyes

- Ley General de Salud, N° 5395, del 30 de octubre de 1973.
- Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, del 8 de noviembre de 1975.
- Ley de Regulación del Fumado, N° 7501, del 5 de mayo de 1995.
- Ley 7554, del 4 de octubre de 1995, Ley Orgánica del Ambiente.
- Ley 7765, del 4 de junio de 1998, de creación del Instituto Costarricense Contra el Cáncer, entidad especializada en la docencia, la investigación y la prevención del cáncer, así como el tratamiento de quienes lo padecen.
- Ley Reguladora de exoneraciones vigentes y excepciones (capítulo sobre agroquímicos).

Decretos Ejecutivos y Marco Normativo

- Creación del Departamento de Lucha Contra el Cáncer, en el Ministerio de Salubridad Pública, para la prevención del cáncer, noviembre de 1949.
- Decreto 11148-SPPS de creación de la Comisión Nacional de Cáncer Gástrico, encargada de estudiar, investigar, coordinar y sugerir al Ministerio de Salud, acciones relacionadas con la promoción de la detección del cáncer gástrico a nivel nacional.
- Decreto 14641, del 11 de julio de 1983, Lucha Contra el Cáncer Infantil.
- Decreto de Emergencia Nacional para la Detección Precoz y Control del Cáncer de Cuello Uterino y de Mama, 1994.
- Decreto 30206-S-MP, del 20 de marzo de 2002, de creación Comisión del Programa de Prevención y Atención Integral del Cáncer Cérvico-Uterino y Mama.
- Decreto 28851-S, del 14 de septiembre del 2000, Manual “Guía de Atención Integral para el Cáncer de Mama”.

- Decreto 29561-S, del 1 de junio del 2001, Manual de Normas de Atención del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Decreto 33271-SPPS, del 20 de junio de 2006, de creación del Consejo Nacional de Cáncer, órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud, y que declara de interés público y nacional el problema que representa el cáncer.
- Normas y Procedimientos del Cáncer, Consejo Nacional de Cáncer-Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social-Instituto Costarricense Contra el Cáncer, 2005.
- Reglamento para la Asignación de Recursos Económicos Públicos a Organizaciones de Cuidado Paliativo, Instituto Costarricense Contra el Cáncer.
- Decreto de las Normas para la Habilitación y Acreditación de Servicios de Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud.
- Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero para el I y II Nivel de Atención, 2006.
- Normas de Atención Integral en Salud a las personas.

Convenios

Convenio Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social para la Construcción del Laboratorio Nacional de Citologías, Alcance N° 18 de La Gaceta N° 98, del 28 de mayo de 1998.

Marco político y estratégico

Como parte de una de las estrategias propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 se encuentra el fortalecimiento del 70% de los establecimientos de salud de mediana y alta complejidad con recursos tecnológicos en oncología y la ejecución de al menos el 70% del PNCC, con acciones en los ámbitos de promoción de estilos de vida saludable, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas que padecen cáncer; fortalecimiento de los recursos humanos necesarios; y mejoramiento de los sistemas de información e investigación en los cánceres de relevancia epidemiológica (cáncer de mama, cervix, próstata, gástrico, pulmón, piel, colón).

Disposiciones de la Contraloría

De acuerdo al Informe N° DFOE-SOC-IF-01-2011 sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica, emitido por la División de Fiscalización Operativa y Evaluativa de la Contraloría General de la República, en el cual se hace referencia al Plan Nacional de Cáncer 2007-2016 y se establecen las disposiciones a acatar por parte del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN COSTA RICA

2.1 Morbi-mortalidad

Mortalidad en hombres:

En Costa Rica la mortalidad por cáncer ocupa el segundo lugar después de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en varones, en el período 2000 al 2010, en el gráfico No.1 se observa que el cáncer de estómago que venía ocupando el primer lugar, presenta una tendencia descendente pasando a partir del 2009 a ocupar el segundo puesto y que el primer lugar lo pasa a ocupar el cáncer de próstata.

Otro hallazgo llamativo es que el cáncer de hígado que ocupaba el quinto lugar en los dos últimos años, vuelve a posicionarse en el cuarto lugar.

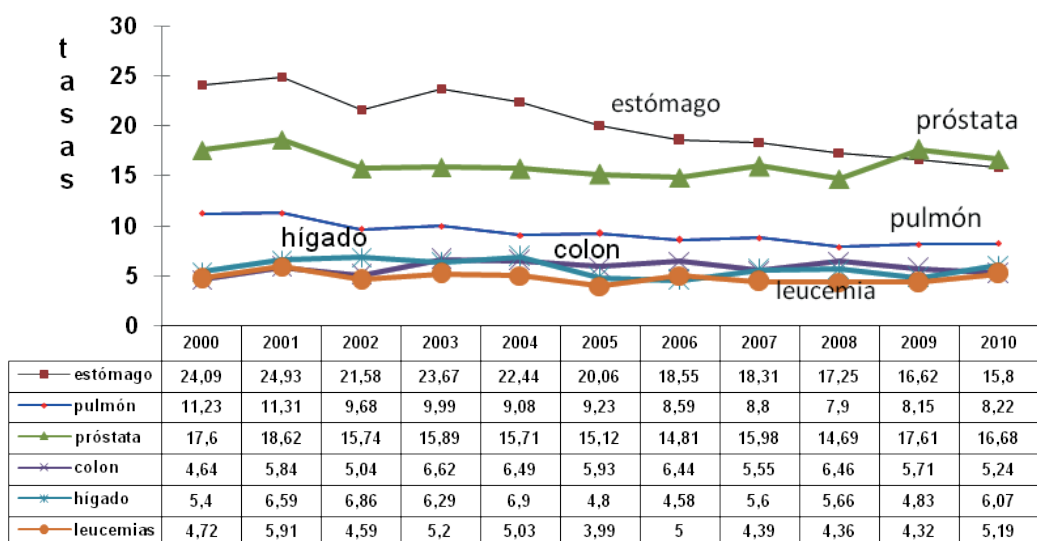
Gráfico No.1

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes

en hombres según año.

Costa Rica 2000 - 2010*.

(tasa ajustada por 100.000 hombres)



*cifras preliminares

Fuente: INEC-Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud-Ministerio de Salud

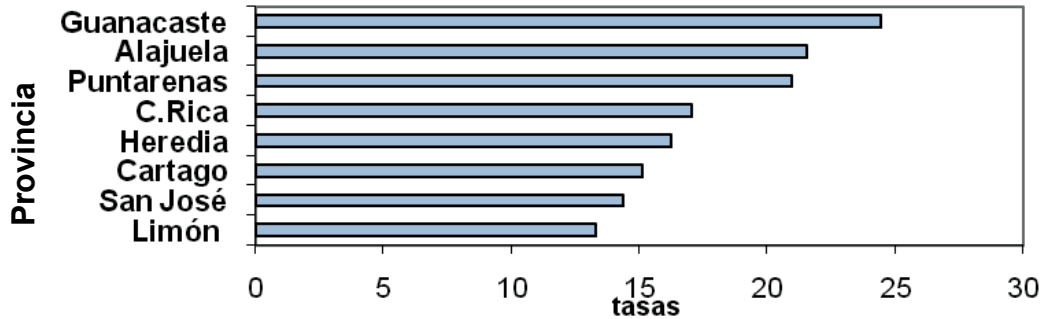
A continuación se presenta el gráfico No. 2 donde se registra la mortalidad por cáncer de próstata en el año 2010, en Costa Rica según provincias.

Gráfico No.2

Mortalidad por cáncer de próstata según provincia.

Costa Rica 2010*

(tasa por 100.000 hombres)



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud, 2011.

Incidencia en hombres:

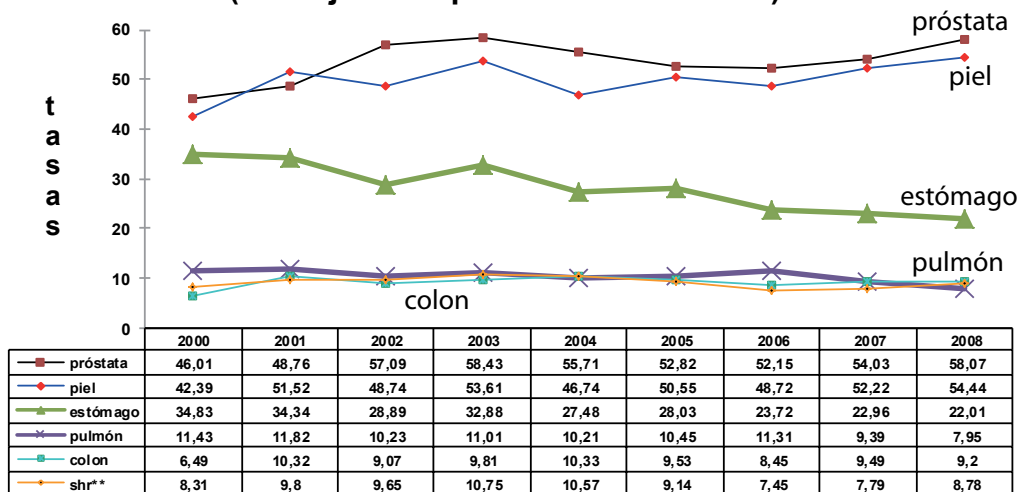
De acuerdo a la incidencia, el cáncer más diagnosticado entre los hombres durante la última década fue el cáncer de próstata, seguido por el de piel, estómago, pulmón y colon, tal como se observa en el gráfico No.3.

Gráfico No.3

Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres

según año. Costa Rica 2000 - 2008*

(tasa ajustada por 100.000 hombres)



*cifras preliminares

SHR= sistema hematopoyético y reticuloendotelial

Fuente: M.Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores

Al analizar el gráfico No. 4, la distribución geográfica de la incidencia del **cáncer de próstata** en el año 2008, en Costa Rica se observa que la provincia de Alajuela es la que tiene la mayor incidencia, con una tasa ajustada de 71,28 por 100.000 hombres, seguida de la provincia de Heredia, con 65,46 por 100.000 hombres.

La provincia con la menor incidencia es Puntarenas con 35,96 por 100.000 hombres.

El incremento de esta incidencia de hombres con cáncer de próstata en Costa Rica puede estar relacionado a diversos factores como: envejecimiento de la población, mejoras en las técnicas diagnósticas, programas de detección precoz y una mayor información a la población. Sin embargo aún se está incrementando la necesidad de parte de la población masculina a realizarse tacto rectal por ejemplo.

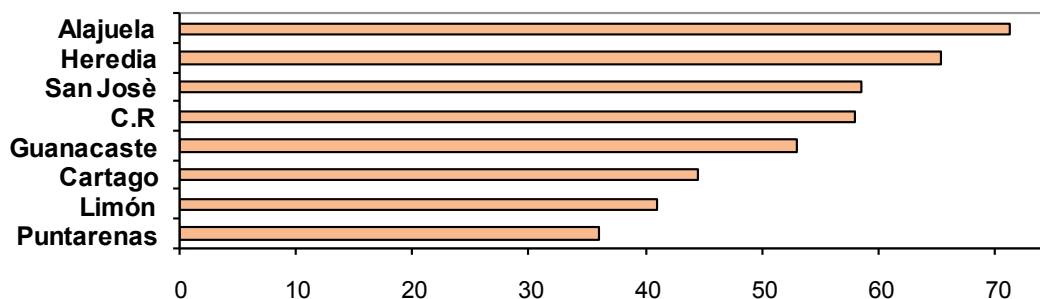
Además al observar el gráfico No. 4 y analizar la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer de próstata, llama la atención que Guanacaste y Puntarenas que presentan incidencias por debajo de la tasa ajustada nacional, presenten las tasas más altas de mortalidad.

Lo anterior podría estar indicando una brecha en la accesibilidad oportuna a los servicios de salud, a fin de identificar los pacientes con este cáncer en fase temprana, así como en la oportunidad de tratamiento, por lo cual se hace necesario hacer un análisis sobre posibles barreras existentes.

Gráfico No.4

Incidencia de cáncer de próstata según provincia. Costa Rica 2008*

(tasa ajustada por 100.000 hombres)



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud, 2011.

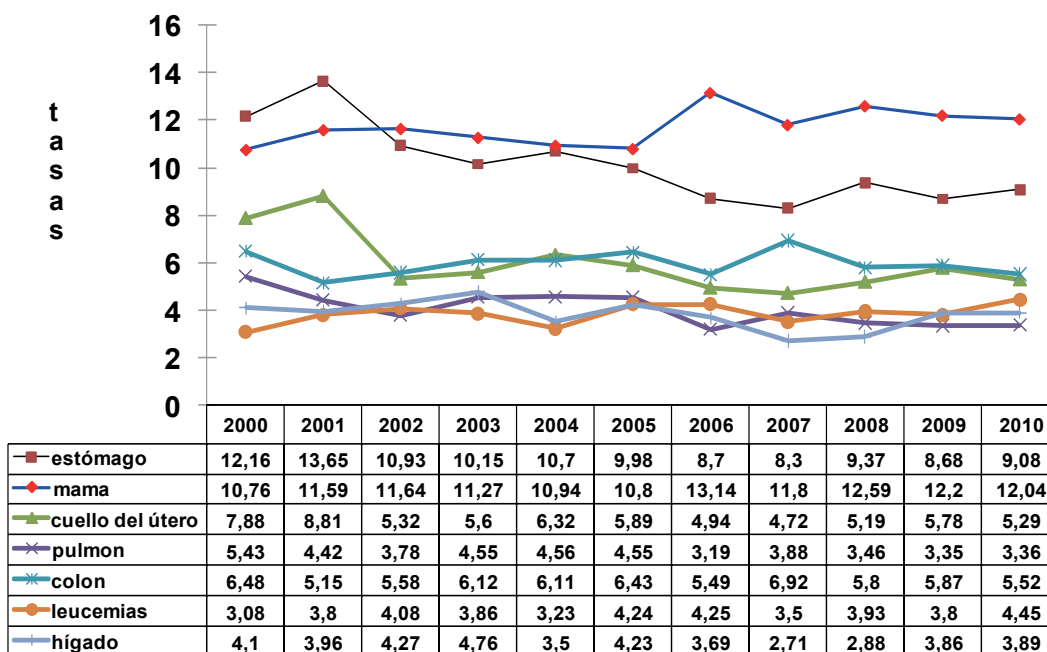
Mortalidad en Mujeres:

En gráfico No. 5 se puede observar que en el año 2010, el cáncer de mama ocupó el primer lugar en mortalidad por cáncer en las mujeres, con una tasa ajustada de 12,04, seguido por el de estómago con 9,08 el cual tuvo un ligero ascenso con respecto al año anterior, de tercero el de colon con 5,52, seguido por el de cuello del útero con 5,29. En quinto lugar se encuentran las leucemias con 4,45, las cuales presentan un ligero aumento, seguido por el de hígado con 3,89 y el de pulmón con 3,36. Cabe hacer notar que el cáncer de hígado presenta en los últimos tres años una tendencia ascendente pasando del séptimo al sexto lugar en el año 2010.

Gráfico No.5

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica 2000 - 2010*

(tasa ajustada por 100.000 mujeres)

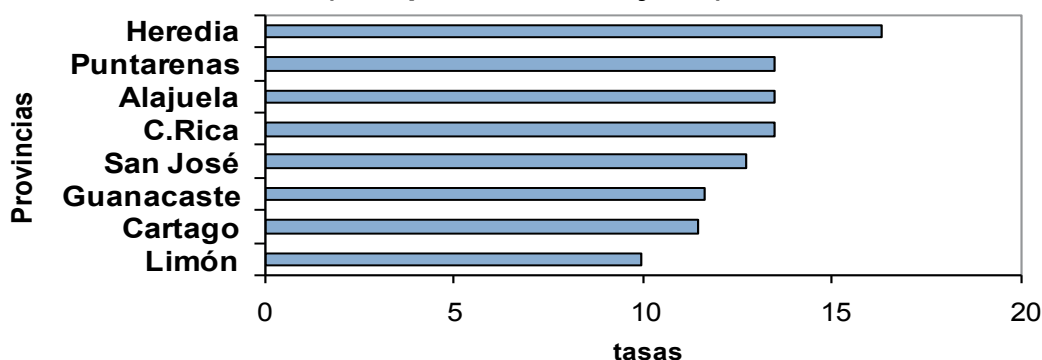


Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud, 2011.

Al analizar la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer de mama, visualizada en el gráfico No. 6, llama la atención que Alajuela que tiene una incidencia baja, frente a la tasa de mortalidad ajustada elevada. Esto hace necesario investigar cuales son los posibles factores que influyen en este comportamiento. La provincia con menor tasa de mortalidad fue la de Limón con 9,93.

Gráfico No.6

**Mortalidad por cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2010*
(tasa por 100.000 mujeres)**



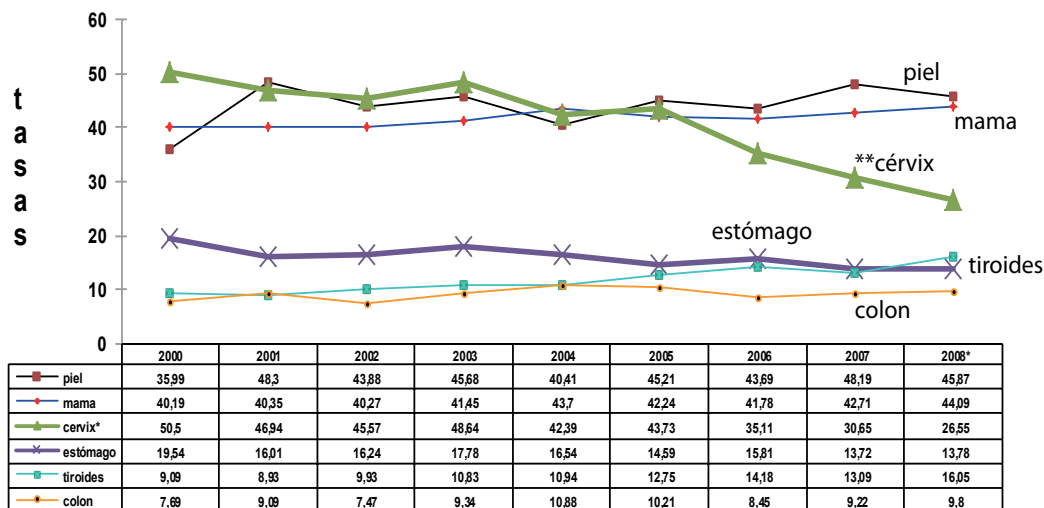
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud, 2011.

Incidencia en mujeres:

Al analizar la tendencia de los tumores malignos en las mujeres en el período 2000 – 2008, se observa que el cáncer de cérvix y el de estómago muestran un comportamiento decreciente. Por el contrario, el cáncer de mama muestra una tendencia creciente en los dos últimos años, así como el de tiroides donde hubo un aumento. (Ver gráfico No. 7). De acuerdo a la incidencia durante el año 2008, el primer lugar lo ocupa el cáncer de piel con una tasa ajustada de 45,87 por 100.000 mujeres, seguido por el de mama con una tasa ajustada de 44,09, en tercer lugar el de cérvix (incluye in situ e invasor) con 26,55. Cabe destacar el incremento que ha tenido el cáncer de tiroides en los últimos tres años, destacando el cuarto lugar en el 2008 con una tasa ajustada de 16,05 y en quinto lugar el de estómago con 13,78, seguido por el cáncer de colon con 9,8 por 100.000 mujeres.

Gráfico No.7

Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica, 2000 - 2008* (tasa ajustada por 100.000 mujeres)



Con respecto a la distribución geográfica en el año 2008 del cáncer de mama, la provincia de San José tiene la tasa ajustada más alta, un 48,26 por 100.000 mujeres, le sigue Heredia con 46,51 y en tercer lugar Cartago con 43,47. La provincia con la tasa menor es Guanacaste con 34,40 por 100.000 mujeres. Ver gráfico N 8.

Gráfico No.8

Incidencia de cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2008*



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud, 2011.

3. MODELO DE ABORDAJE PARA LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN CÁNCER

El modelo de abordaje para la producción social de la salud en cáncer parte de los cuatro enfoques y principios orientadores de la Política y el Plan Nacional de Salud 2010- 2021, a saber: Derechos Humanos, Equidad de género, cohesión social y diversidad; enfoques que sustentan las acciones estratégicas para la reducción de brechas e inequidades en salud, mediante la intervención en cuatro determinantes claves: biológicos, ambientales, servicios de salud y socioeconómicos, que se operativizan en los siguientes ámbitos de acción del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer:

- Cultura de cuidado individual y colectivo
- Hábitat humano
- Servicios de salud

- Vigilancia y sistemas de información
- Investigación y desarrollo tecnológico
- Fuerza de trabajo

Las acciones estratégicas identificadas en los diferentes ámbitos se ejecutan en los escenarios, que de acuerdo a la OMS, “ un escenario es el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa”.

Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros educativos, los lugares de trabajo, los servicios de salud , las comunidades. (OMS, 1998, p 33).

Comunitario: Es el espacio en que interaccionan las familias, personas y organizaciones, donde se comparten factores ambientales, físicos, sociales, geográficos y donde pueden surgir diferentes formas de organización, que permite desarrollar una identidad común y comportamientos que son compartidos y elaborados socialmente.

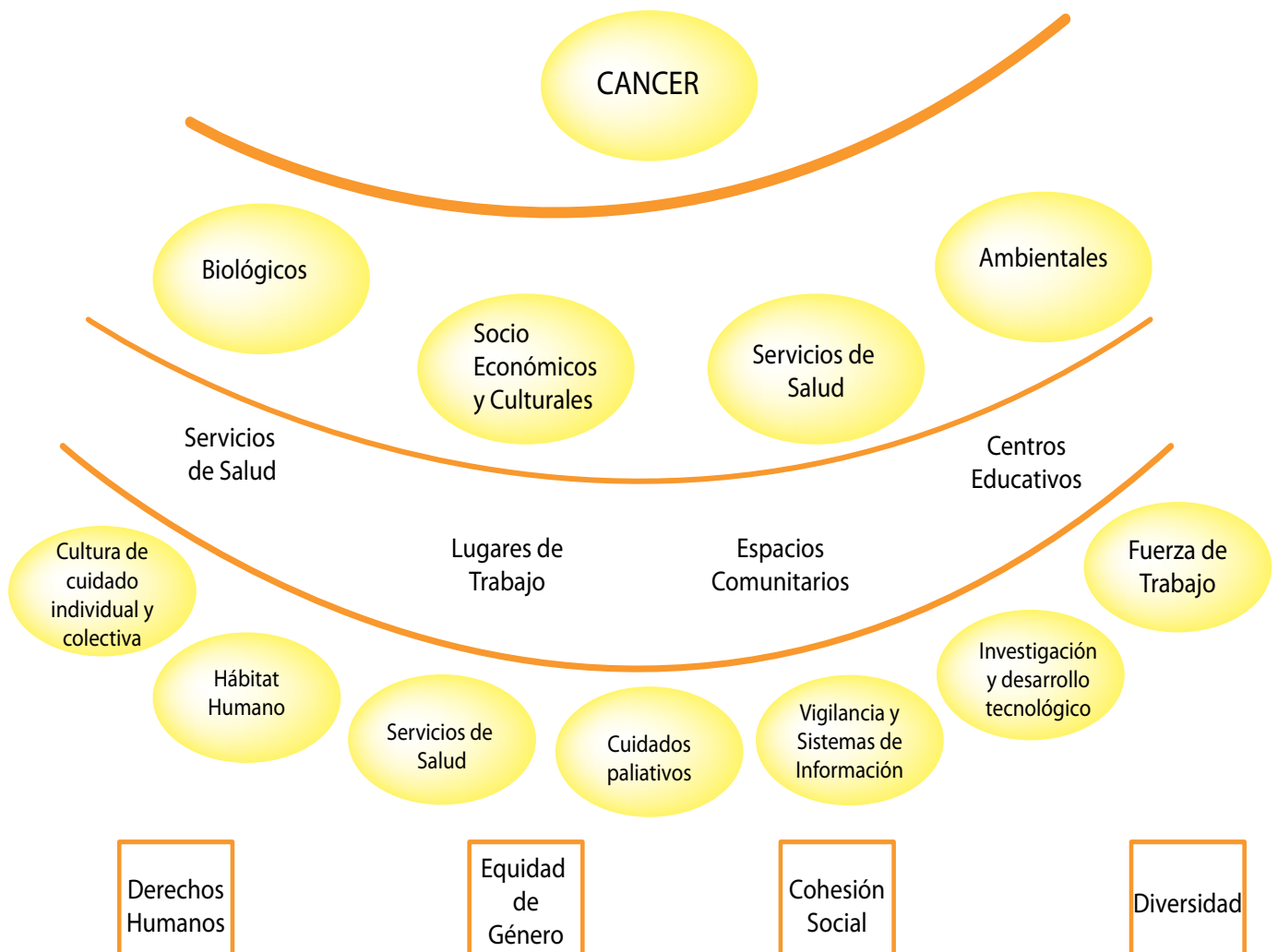
Educativo: Este escenario se refiere tanto a los centros educativos infantiles, escolares, colegiales, para universitarios y universitarios, de naturaleza pública o privada.

Lugares de trabajo: Se refiere a aquellos factores del ambiente de trabajo fuera del control inmediato del individuo que moldean la salud y las conductas saludables y de riesgo.(Nutbeam, Promoción de la Salud, OPS)

Servicios de salud: Contempla el conjunto de servicios que se provee a las personas ya sea en forma individual o colectiva ,incluye a

los servicios de salud intramuros de los diferentes niveles de gestión: atención primaria, brindado por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), clínicas y hospitales , así como servicios de salud integrados en otros escenarios como el laboral o el educativo, además de los relacionados con la mejoramiento de la salud como centros de acondicionamiento físico.

MODELO DE ABORDAJE PARA LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN CÁNCER



4. DETERMINANTES DEL CÁNCER

4.1 Estilos de vida

La prevención en la lucha contra el cáncer implica eliminar o disminuir al máximo la exposición a los factores de riesgo individuales y ambientales. Este enfoque ofrece el mayor potencial para la salud pública a menor costo y debe ser el elemento clave de un Plan Nacional contra el Cáncer.

Debe concentrarse tanto en los riesgos asociados a la enfermedad como en los factores protectores. Entre las actividades de prevención, se debe hacer hincapié en:

- Evitar la obesidad
- Un régimen alimentario saludable
- La práctica regular de actividad física
- El control del tabaco
- La reducción del consumo de alcohol
- La educación en salud

La Organización Panamericana de la Salud, en su Informe del 2011, señala que llevar un estilo de vida más saludable, podría prevenir cada año hasta 2,8 millones de casos nuevos de cáncer, donde se menciona entre los aspectos más relevantes una alimentación saludable, el no fumado, la actividad física y el no abuso del alcohol. El dato lo recoge un informe publicado sobre enfermedades no transmisibles (ENT), elaborado por el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer (WCRF).

El informe revela que la cantidad de casos de cáncer se ha incrementado en un 20% en menos de una década, lo que supone cerca de 12 millones de nuevos casos de cáncer al año. Esta enfermedad, junto con otras de carácter crónico como las cardiopatías, la enfermedad pulmonar y la diabetes, contabilizan 36 millones de muertes según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y apunta a un aumento de las muertes hasta los 52 millones de personas en 2030. Un dato que según los expertos en salud global podría reducirse si los líderes políticos intervinieran.

En opinión de los expertos, muchas muertes por ENT se pueden prevenir si se reduce el consumo de alcohol, se evita el tabaco, se promueve la actividad física y se lleva una dieta más sana y equilibrada. Para ello, es necesario que los gobiernos pongan en marcha medidas gubernamentales, tales como impuestos o límites en la publicidad.

En Costa Rica las estrategias para la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles se han venido realizando por medio de encuestas como fue la Encuesta Basal de Factores de Riesgo para Enfermedades No transmisibles realizada en Cartago durante el año 2011. También en el año 2004 se realizó la Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas realizada en el área metropolitana de San José.

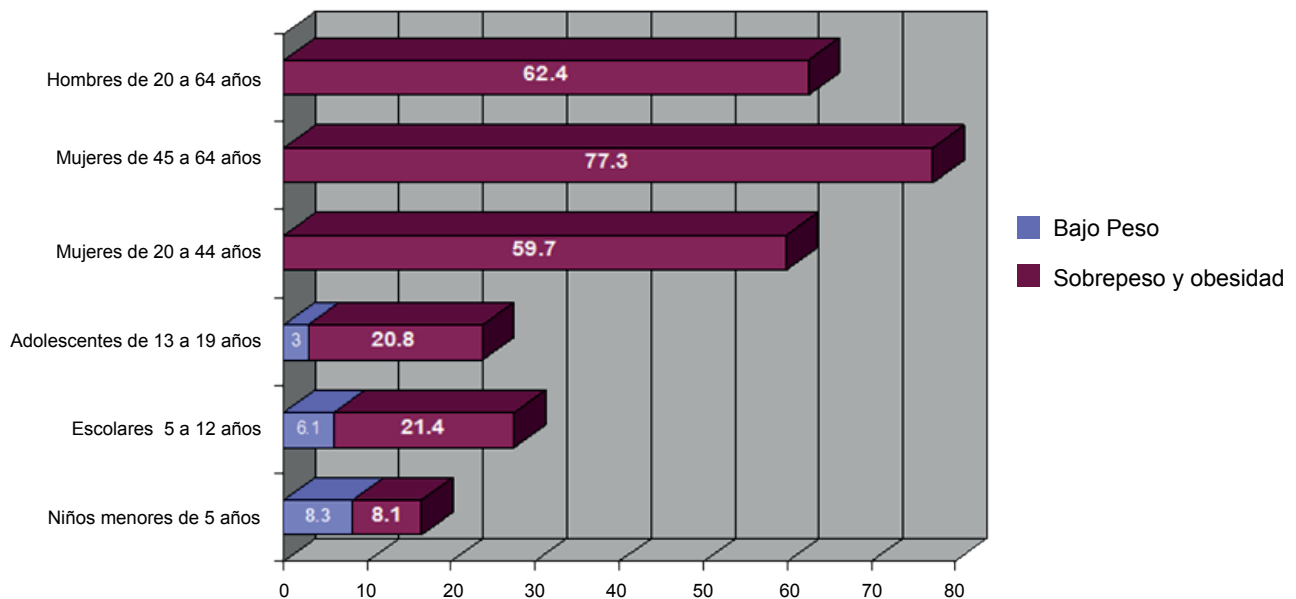
▪ **Sobrepeso y Obesidad**

Según la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 se evidencia que el sobrepeso y la obesidad en nuestro país es un problema serio de salud pública. Como se demuestra en el gráfico N° 9, un 62,4% de los hombres de 20 a 64 años de edad presentaron sobrepeso y obesidad; un 77,3% de las mujeres de 45 a 64 años tuvieron sobrepeso y obesidad y un 59,7% de las mujeres de 20 a 44 años presentaron el mismo problema. Es preocupante que esta problemática se manifiesta también en los grupos de jóvenes adolescentes, escolares y niños menores de 5 años como se observa en el gráfico N° 9.

Gráfico No.9

Estado nutricional de la población nacional, según grupo edad, en porcentajes.

Estado Nutricional Población Nacional, según Encuesta Nacional de Nutrición 2008 - 2009



Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, MS

- Consumo de frutas y vegetales

En un estudio sobre la Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular realizado en una población de 20 años y más, por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el año 2010, se valoró el consumo de frutas y verduras como condición asociada a las enfermedades crónicas. Se evidenció que el promedio de días por semana en que la población mayor de 20 años consumió frutas y verduras fue de 2.8 y 3.5 días, respectivamente, cuando lo recomendado es consumir 5 porciones diarias de frutas y verduras, según la Organización Mundial de la Salud. La encuesta evidenció que para ambos sexos, solo un 22,3% de la población tuvo un consumo adecuado de frutas y verduras. El consumo adecuado de frutas y verduras fue de 24,2% para los hombres y 20,4% para las mujeres. Tanto en el sexo masculino como en el femenino, este consumo adecuado fue más evidente en el grupo de edad de 40 a 64 años.

- Actividad Física

Otro factor de riesgo que se contempló en este estudio, fue la actividad física que se valoró por medio del *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)*. Se evalúa la actividad física durante una semana habitual en los dominios del trabajo, el desplazamiento y la recreación, el cual siguiendo la guía de análisis en su versión en inglés, clasifica a la misma según actividad física alta, moderada o baja y nula.

La encuesta demostró que la mitad de la población de 20 años y más estudiada, realiza un nivel bajo o nulo de actividad física, condición que fue más evidente en el sexo femenino. El 34.3% de la población alcanzó niveles de actividad física considerados como de alto nivel, condición que fue más prevalente en el sexo masculino.

- Tabaco

También en esta encuesta se valoró el tabaco como otro factor de riesgo. Se encontró que el porcentaje de la población mayor de 20 años, que en la actualidad fuma es de 14,2% evidenciándose que la condición de fumado fue mayor en el sexo masculino, con una prevalencia de 21,7%. En el caso de las mujeres, el porcentaje de personas que fuma en la actualidad es de 6,6% siendo el grupo de 20 a 39 años el más afectado, al igual que en los hombres.

- Alcohol

El alcohol fue otro de los factores de riesgo evaluado en la encuesta por

medio de la frecuencia y cantidad de consumo de bebidas alcohólicas. Se evidenció que el 39,2% de la población ha ingerido alguna bebida alcohólica en el último año. El sexo masculino consume alcohol en mayor proporción que el sexo femenino, con 50,2% y 27,9%, respectivamente y el grupo de edad en ambos sexos que más consume fue el de 20 a 39 años.

- **Educación en Salud**

La actividad educativa se orienta a ampliar el conocimiento de la población en estilos de vida saludables y factores de riesgo de la enfermedad y el desarrollo de habilidades personales que promuevan la salud y prevengan el cáncer.

La educación para la salud no debe sólo preocuparse de los individuos sino también de grupos, organizaciones y comunidades. De este modo, la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente vinculadas.

A pesar que desde el año 1986, con la firma de la Carta de Ottawa sobre promoción de la salud, el país asume su compromiso para el desarrollo de esta estrategia, las acciones institucionales se siguen enfocando prioritariamente a la atención de la enfermedad y no a la promoción de la salud y prevención de patologías, lo cual incide directamente en la asignación y distribución de recursos para el desarrollo de estas estrategias y su incorporación en los planes programas y proyectos en salud.

Sin embargo, es importante destacar que en los últimos años, tanto en la Política Nacional de Salud como en el Plan Nacional de Desarrollo se han incluido acciones para la promoción de estilos de vida saludables en la población, especialmente relacionadas con alimentación saludable, actividad física, habilidades para la vida, salud mental, antitabaco y la creación de espacios libres de humo de tabaco.

El Ministerio de Salud ha desarrollado las guías alimentarias, ha gestionado la incorporación de estilos de vida saludables en los planes de estudio de la educación primaria y distribuido material educativo. Coordina y conduce la implementación de estrategias de comunicación sobre estilos de vida saludables, y el desarrollo de actividades informativas en fechas especiales y conmemorativas. También el Ministerio de Salud coordina la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud (RECAFIS).

La CCSS incluye proyectos de promoción de estilos saludables de vida en los diferentes niveles, como sexualidad sana, clínicas de lactancia materna

y trabajo escolar en la construcción de factores protectores, clínicas de cese de fumado y detección de factores de riesgo de cáncer cérvico-uterino.

4.2 Factores ambientales

Existen variados factores en el medio ambiente, capaces de provocar o de facilitar la carcinogénesis (desarrollo del cáncer). Algunos de ellos existen naturalmente en el ambiente, tales como algunas radiaciones, microorganismos, sustancias químicas naturales producidas por organismos vivos, minerales como el asbesto, radioactividad natural. Otros han sido producidos o incrementados directa o indirectamente por el impacto de las actividades del hombre sobre el ambiente; como los subproductos de la combustión del petróleo, sustancias químicas artificiales, aditivos o pesticidas residuales en las comidas, algunas drogas y medicamentos, modificaciones atmosféricas, etc.

En este aspecto, los factores ambientales pueden ser divididos en diversas categorías:

- *Agentes infecciosos*: virus o bacterias que provocan el cáncer. Los más comunes son virus tales como virus papiloma (relacionado con el cáncer de cuello de útero), los virus de la hepatitis B y C (relacionados con los hepatomas) y en menor medida el virus Epstein Barr, agente etiológico de la mononucleosis. La única bacteria a la que se le ha encontrado hasta ahora una relación con el cáncer es el *Helicobacter pylori*, que puede dar origen a cáncer gástrico en parte por causar úlceras gástricas.

- *Radiaciones*: Todas las radiaciones ionizantes de intensidad suficiente son capaces de causar daños en el material genético, lo que a su vez puede desencadenar un cáncer con el tiempo. Así se han asociado aumentos en la incidencia de cánceres en personas expuestas a radioactividad, tanto provocada por el hombre (las víctimas de los bombardeos de Hiroshima y Nagasaki y las de Chernobyl), como por las radiaciones provenientes del gas radón (que se acumula en las casas poco ventiladas de aquellas partes del mundo donde este gas abunda en el suelo), por radiación electromagnética proveniente de líneas de alta tensión o de electrodomésticos. Sin embargo, a excepción de los casos de cáncer de tiroides provocados por absorción de I131 (Iodo 131) emitido luego de accidentes o bombardeos nucleares, todos estos factores tienen un peso muy bajo en la incidencia general de cáncer.

La mayoría de los casos de cáncer provocados por las radiaciones son causados por la exposición excesiva a los rayos ultravioletas tipo B del sol, causantes en su mayor parte de melanoma y responsables quizás de hasta un 2% de las muertes por cáncer.

Muchos investigadores creen que la frecuencia de quemaduras solares durante la niñez es más importante para la generación de melanomas en la vida adulta que la exposición acumulativa a la luz solar. Así las personas que se broncean sin quemarse tienen un riesgo mucho menor.

El 5% de la radiación solar recibida en la superficie de la tierra es ultravioleta y la radiación ultravioleta causa cáncer de piel. Se estima que el 80% de los melanomas son producidos por exposición a la luz solar.

Actualmente no se cuenta con ningún estudio sobre el impacto de este factor de riesgo en la población de Costa Rica. Sin embargo, al ser el cáncer de piel el de mayor incidencia en el país, se podría suponer que un importante porcentaje de la población está expuesta a este factor de riesgo

- *Minerales y compuestos químicos:* Algunos minerales tales como el asbesto, han sido relacionados con el cáncer de pulmón. Otras sustancias químicas como las emisiones de la combustión del petróleo y sus derivados, los pesticidas arsenicales y no arsenicales, las pinturas, el hollín, los aceites minerales, etc. han sido asociados al cáncer de pulmón y de piel. Medicamentos como todas las sustancias con actividad estrogénica (entre ellas ciertos anticonceptivos orales) y compuestos capaces de convertirse en estrógenos en el organismo, como algunos pesticidas (DDT) y en general hidrocarburos clorados han sido relacionados en mayor o menor medida con el riesgo de cáncer en el tracto genital femenino y en mama. Sin embargo la evidencia no indica una participación importante de estos productos en la incidencia general de cáncer y la formulación de los medicamentos que contienen estrógenos se ha modificado de manera tal que los riesgos de contraer cáncer por un tratamiento prolongado con los mismos, ha disminuido también.

Es interesante el caso de los anticonceptivos orales (y otros tratamientos con combinaciones de estrógenos y progestágenos), que pueden aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama y de hígado, pero por otro lado reducen el riesgo de cáncer de ovario y endometrio, y posiblemente cáncer de colon y recto.

El Ministerio de Salud realiza la vigilancia y control de la emisión de contaminantes ambientales y desechos peligrosos y promueve su adecuado

manejo y reutilización. Otra de sus actividades son: la vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano y la adaptación de las normativas nacionales para la implementación de convenios internacionales en relación con sustancias peligrosas.

También se encarga de la reglamentación, autorización, control y seguimiento de instalaciones en donde se utilizan materiales radiactivos (radiodiagnóstico convencional y medicina nuclear). Es el encargado de autorizar y controlar el funcionamiento del sistema de aplicación de las radiaciones ionizantes. Además coordinó el Reglamento para el Otorgamiento de Autorización para el Funcionamiento de Equipos de Teleterapia y de Braquiterapia (DE N° 32151).

Por su parte la CCSS cuenta con el Departamento de Control de Calidad y Protección Radiológica y ha aprobado el Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica **Institucional**. **Además** participó en la emisión de normativas nacionales en materia de seguridad radiológica.

El Ministerio de Salud realiza evaluación periódica de la seguridad radiológica de los servicios de radioterapia, medicina nuclear y radiodiagnóstico. Brinda capacitación al personal ocupacionalmente expuesto a las radiaciones ionizantes y a otros funcionarios vinculados con la radiación. Además, emite criterios técnicos y evalúa la seguridad radiológica de las nuevas instalaciones de la institución para uso de radiaciones ionizantes en aspectos como seguridad, blindajes necesarios, diseños, etc.

4.3 Impacto psicológico y social

El impacto psicológico del diagnóstico de cáncer puede variar dependiendo de la etapa en la que se encuentre la enfermedad, de la situación particular y personalidad de cada individuo y su entorno.

Vivir con cáncer y recibir tratamiento afecta la capacidad que tienen las personas para dirigir su vida, puede provocar cambios en los roles familiares, reducción de los recursos económicos y disminución de la autoestima entre otros.

Es indudable que el diagnóstico de cáncer para cualquier persona representa un acontecimiento trascendente en su vida independiente del pronóstico de éste. Según investigaciones, más de un tercio de los pacientes van a manifestar ansiedad y depresión clínicas durante el transcurso de la enfermedad (Mayo Clinic, 2005).

Esta problemática también se puede extender a la familia y amigos del paciente con pérdida de ingresos, aislamiento, tensiones y la disfunción de la familia. El personal de salud encargado de la atención de estas personas también puede llegar a padecer de “agotamiento laboral” por la carga de atender al paciente.

Existen varios factores que aparecen durante el tratamiento de cáncer que pueden provocar estrés y tensión en la persona y su familia. Entre ellos están:

- La toma de decisión ante varias opciones de tratamiento,
- La preocupación por las sesiones de tratamiento y las visitas al médico,
- La preocupación por el bienestar de la familia,
- La aparición de efectos secundarios físicos,
- El tener que retrasar el tratamiento por razones médicas, económicas o emocionales,
- Las preocupaciones sobre la muerte.

A los efectos secundarios del tratamiento del cáncer se pueden añadir la angustia emocional que el paciente y sus familiares puedan experimentar a raíz de las intervenciones. Por ejemplo, en el cáncer de mama, se ha observado que el 33% de las mujeres sometidas a mastectomía presenta sentimientos negativos hacia su aspecto corporal; el 26% de las mismas siente una pérdida del sentido de su feminidad; el 23% desarrolla sentimientos negativos hacia las relaciones sexuales. (Mayo Clinic, 2005).

La angustia emocional puede variar desde sentimientos comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor, a problemas que son más incapacitantes, como la depresión clínica, la ansiedad intensa o el pánico. La angustia emocional puede afectar su capacidad para realizar actividades diarias y para participar activamente en su tratamiento y también puede hacer que los síntomas físicos se intensifiquen. Hasta puede tener un impacto sobre el resultado del tratamiento.

Otro aspecto de gran relevancia es el dolor, que puede ser físico o psicológico. En muchas personas diagnosticadas de cáncer, estos dos tipos de dolores se combinan y asocian contribuyendo al deterioro de la calidad de vida.

Debido a su efecto sobre el bienestar psicosocial de las personas, se puede considerar al cáncer como una enfermedad en muchos casos

incapacitante, de ahí la importancia para la sociedad de su prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la integración del tratamiento físico, psicológico y espiritual.

5. ATENCIÓN DEL CÁNCER EN LOS SERVICIOS DE SALUD

5.1 Normativa nacional.

El Ministerio de Salud al ser el ente rector del Sistema de Producción Social de la Salud, y como tal, es garante de la protección y el mejoramiento del estado de la salud de la población.

Razón por la cual el Ministerio de Salud debe formular, oficializar y evaluar periódicamente el modelo de prestación de servicios de salud de atención a las personas de protección y mejoramiento del hábitat humano del país, de manera que guíe la provisión tanto del sector público como privado. Estos incluyen construir y aplicar las metodologías necesarias para evaluar el funcionamiento de las redes de servicios y asegurar que funcionen de manera eficiente, eficaz y efectiva.

La calidad de los servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano debe ser garantizada, por lo que el Ministerio de Salud continuará con los esfuerzos realizados hasta el momento en ese sentido, mejorándolos continuamente. Además incorporar mecanismos de evaluación de los servicios de salud de atención a las personas tanto público como privado.

Actualmente está vigente el Manual de Normas para el tratamiento de cáncer en Costa Rica publicado en la gaceta el 14 de octubre del 2005, el cual está en proceso de actualización.

5.2 Diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos

Caja Costarricense de Seguridad Social

La institución cuenta, desde hace varios años, con mandatos claros para el abordaje prioritario del cáncer desde una visión integral. El objetivo principal que se ha planteado la institución es el fortalecimiento de la atención de los cánceres prioritarios en el país mediante el aumento de la capacidad resolutive de la red en las áreas de promoción, prevención, detección

temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos oncológicos.

En este sentido, se han planteado diferentes estrategias para lograr este fin:

A- Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer

El Proyecto¹ tiene la meta de potenciar, acelerar y mejorar las múltiples acciones que la CCSS brinda en la atención integral del cáncer. El proyecto se incorpora como un aporte incremental a la capacidad instalada que dispone la Institución buscando incidir en los puntos más sensibles para mejorar la atención integral, que ha venido brindando la institución al paciente oncológico mediante la red de establecimientos con cobertura nacional.

El proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer está compuesto por subproyectos de corto y mediano plazo que permitirán en forma gradual, mejorar la gestión en red e incrementar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención. Lo anterior desde un enfoque multidisciplinario donde el paciente es el centro de la red oncológica y los esfuerzos se dirigen a brindar un servicio oportuno, de calidad y sensible al usuario y su familia. Con la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud en los tres niveles de atención y con acceso a tecnología de punta en los centros de referencia nacional. Focaliza los esfuerzos en mejorar la atención de los tumores malignos más comunes y en las zonas del país con mayor incidencia y mortalidad.

Este proyecto se desarrollará durante seis años (2009-2016), y cuenta con 4 campos de injerencia: a) Formación, capacitación, sensibilización del recurso humano, b) Gestión de la oportunidad de la atención, mediante articulación una red de servicios estructurada por niveles con relaciones de mutua colaboración asegurando la continuidad de la atención de los usuarios y el mejor uso de los recursos, c) Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento en la red tanto para recuperar la pérdida de la capacidad instalada, como también aumentar la oferta de servicios y la calidad de la atención, así como la incorporación de tecnologías que permitan mejores diagnósticos y tratamientos, d) Generación de información y conocimiento necesarios para la mejora de la calidad en la atención del cáncer.

¹ Transitorio III de la Ley 8718, publicado en el Alcance 9 de La Gaceta del 18 de febrero del 2009

B- Declaratoria del cáncer como prioridad e interés institucional

La Junta Directiva² acordó declarar de interés y prioridad Institucional la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer en todos los centros de atención de la Caja. Esto involucra el alineamiento *presupuestario con las políticas institucionales en materia de cáncer, así como impulsar aumentar la incidencia en el diagnóstico temprano y el inicio de tratamientos.*

En este sentido y para lograr los objetivos es que se crean los Departamentos de Hemato-Oncología con el fin de obtener mayor efectividad y dar una sinergia a las distintas acciones en el área hemato-oncológica en los distintos centros hospitalarios.

También se creó un Consejo Oncológico Institucional y una Coordinación Técnica del Cáncer, 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. Quedando en manos del *Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la Caja Costarricense de Seguro Social* la responsabilidad de la ejecución, coordinación, seguimiento, control, evaluación.

5.3 Respuesta Institucional

Vigilancia

Para efectos de la vigilancia epidemiológica del cáncer en el país existen varias fuentes de información que reflejan su situación y tendencias: a) el Registro Nacional de Tumores que brinda información sobre mortalidad, incidencia y prevalencia de los diferentes tipos de cáncer. b) Sistemas de información producto del registro de la atención directa que reciben sus pacientes: egresos, reingresos, procedimientos, incapacidades, medicamentos.

Aún así, existe fragmentación de la información y por ende no se cuenta con un sistema que permita acceder esta de forma oportuna y de calidad en todos los ámbitos de tal manera que facilite el seguimiento y cumplimiento de los objetivos propuestos en las estrategias anteriormente mencionadas.

2 Artículo 3º de la sesión N° 8317, celebrada el 22 de enero del año 2009

Para suplir esta necesidad se planteó un subproyecto (Observatorio de la Red Oncológica) el cual pretende integrar la información que respecto al cáncer se genere que estaría a la disposición de los funcionarios en sus diferentes redes, del Ministerio de Salud como ente Rector, de las comunidades académicas y de investigación, así como de la población general, los medios de comunicación y las redes sociales.

Prevención primaria

El cáncer es una enfermedad evitable en alguna medida y susceptible de prevención con la aplicación de medidas técnicas, médicas y de otras disciplinas, que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad. Es conocido que hasta 5-7 de cada 10 tipos de cánceres tienen como factor de riesgo el sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, conductas sexuales riesgosas, tratamiento de reemplazo hormonal, dieta con bajo contenido de fibra que son abordados en el primer nivel de atención., entre otros.

En Costa Rica, de los 7 sitios tumorales definidos como prioritarios³ solamente el cáncer de cérvix cuenta con medidas efectivas ampliamente reconocidas para su prevención primaria como lo es la vacuna contra el virus papiloma humano (VPH), ya que no se han realizado los estudios necesarios para que sea introducida como parte del esquema de vacunación nacional. Además están todas aquellas otras medidas generales, que buscan promover estilos de vida más saludables, individuales y colectivos especialmente en el primer nivel de atención, como el cese del fumado, disminución del consumo de alcohol, de la obesidad, de la exposición al sol y la promoción de la actividad física, entre otras.

Prevención secundaria: detección temprana

Los dos componentes fundamentales de la detección temprana del cáncer son: a) el diagnóstico precoz, basado en el reconocimiento de los síntomas y signos tempranos de cáncer, y la necesidad de su rápido tratamiento cuando estos aparecen; b) el tamizaje, que consiste en identificar, dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas o cánceres no reconocidos, por medio de pruebas que se puedan aplicar con facilidad a toda la población.

³ Ministerio de Salud, CCSS, ICCS, UCR, OPS. Plan Nacional para el Control del Cáncer. 2007-2016. Estado de situación de la atención del cáncer en Costa Rica. Agosto, 2007. San José, Costa Rica.

Cuadro No.1

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE PERSONAS CON CITOLOGIA CERVICO VAGINAL EN DOS AÑOS, SEGÚN REGION PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

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

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

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

La CCSS, actualmente cuenta con programa de tamizaje para el cáncer cérvix y está avanzando en el establecimiento de un programa de búsqueda activa de casos de cáncer de mama; y también está fortaleciendo la red de atención para mejorar la detección temprana y tratamiento oportuno de los casos diagnosticados. Este fortalecimiento de la red se está realizando con mejoras en la infraestructura, sustitución y dotación de equipo para el diagnóstico y tratamiento así como formación de recurso humano.

A- Tamizaje para detección temprana del Cáncer cérvico-uterino

El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo y, aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la Región de las Américas⁴. A nivel nacional este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar entre los cánceres en mujeres⁵ y es la cuarta causa de muerte⁶. El Registro Nacional de Tumores, (Ministerio de Salud) informa de una reducción de la tasa de incidencia ajustada por 100.000 mujeres, del 2001 al 2006 de 17.8 a 10.9. Igualmente indica una reducción en la tasa de mortalidad ajustada por 100.000 mujeres del 2001 al 2009 de 8.8 a 5.9.

4 Lewis, Merle J. Análisis de la Situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS: 2004

5 Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores. 2006

6 Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores. 2009

El tamizaje que se realiza a nivel institucional es oportuno, sin embargo, nuestro país es visto en el ámbito internacional, como exitoso con este tipo de tamizaje⁷. Históricamente por medio del Compromiso de Gestión se ha medido la cobertura de tamizaje por Papaniculao con una periodicidad anual, en dos grupos, mujeres de 20 a 34 años y mujeres de 35 años ó más con el objeto de dar seguimiento especialmente al segundo grupo.

En la última evaluación, se varió la forma de medir esta intervención ya que se midió la cobertura cada dos años (2009-2010)⁸ después de depurar los datos por parte de los evaluadores cuando la citología se hubiese realizado cada año, de ahí que este resultado debería ser mas certero.

Otros estudios realizados en la CCSS⁹ evidencian variaciones en el proceso del tamizaje según el área de salud. Esta variabilidad puede estar ocurriendo por diferentes factores: gran diversidad del personal que participa en el proceso, al carecer de códigos para enfermeras profesionales la toma de la muestra recae sobre los médicos generales creando cuellos de botella y la alta variabilidad del número de actividades que constituyen el proceso.

Además, existe controversia sobre la población blanco para el tamizaje. Esta controversia radica fundamentalmente en la edad y periodicidad en que se debe iniciar la toma de la citología. La pauta utilizada por la gran mayoría de las áreas de salud es toda mujer de 15 años de edad y más que haya iniciado relaciones sexuales cóitales¹⁰.

Otro factor crítico señalado es el tiempo que incurre el Laboratorio Nacional

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

8 De acuerdo a la normativa nacional, la población blanco para el tamizaje es "Toda mujer de 20 años y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales, sin importar su condición de asegurada." La concentración definida es de cada dos años con una meta de cobertura del 85%. Decreto N° 33119-S publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 del 7 de Julio 2006. Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero, para el I y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología

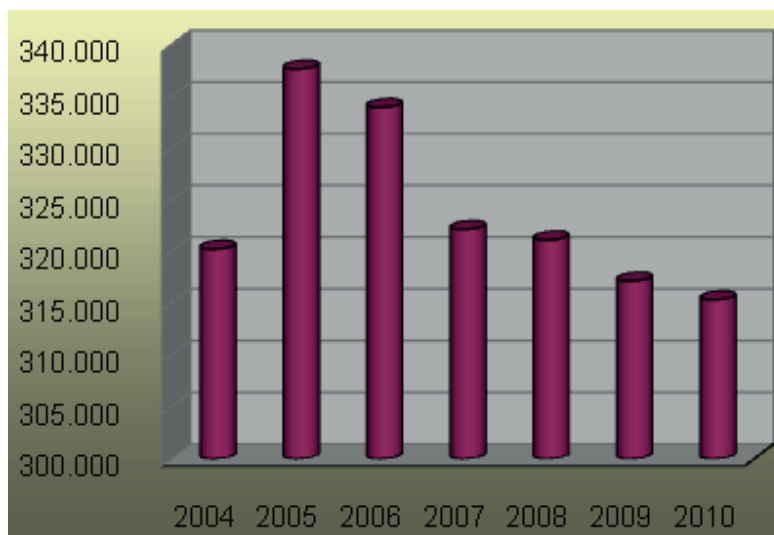
9 González M., Randolph. Estudio preliminar de identificación y documentación del proceso actual, tamizaje cáncer de cérvix, en las áreas de salud con sobre-mortalidad. Coordinación Técnica Cáncer. Proyecto Fortalecimiento de Red Atención Integral al Cáncer. Gerencia Médica. CCSS. 2011

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

de Citologías (LNC) para la generación de los reportes citológicos. La mayoría de las áreas de salud contempladas en el estudio, describen que el tiempo de espera para los resultados varia de 3 meses a 6 meses y según la normativa vigente, “Es un derecho de la usuaria que en un plazo no mayor de dos (2) meses obtenga el resultado de la citología realizada.”¹¹

Aún así, en el gráfico N° 10 se puede observar el número de citologías recibidas y tamizadas por el LNC en el período 2004-2010. Se observa un aumento considerable en el número de citologías tamizada en el año 2005, para posteriormente ir en disminución constante hasta el 2010, incluso a niveles inferiores a los obtenidos en el 2004. Esta situación no favorece la disminución de los tiempo de espera, ya de por si prolongados.

Gráfico No ° 10
Citologías Recibidas y Tamizadas
LNC 2004 - 2010



Fuente: Laboratorio Nacional de Citologías. Caja Costarricense de Seguro Social.

B- Cáncer de mama

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

11 Op.Cit. Página 41.

La mayoría de los países incluyen como población objetivo el grupo de edad de 50 a 64 años. Algunos atienden a las mujeres a partir de los 45 años y la edad máxima objetivo es de 64/65 años, excepto algunos que incluyen hasta los 69 años. Lo idóneo es alcanzar un cobertura del 100% en las mujeres de 50-65 años. Establecer un programa de tamizaje requiere el involucramiento de los profesionales del primer nivel de atención de las redes de atención, así como el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles de atención, contar con el recurso humano y el equipo para dar una respuesta oportuna, así como una constante evaluación del funcionamiento y de resultados del programa.

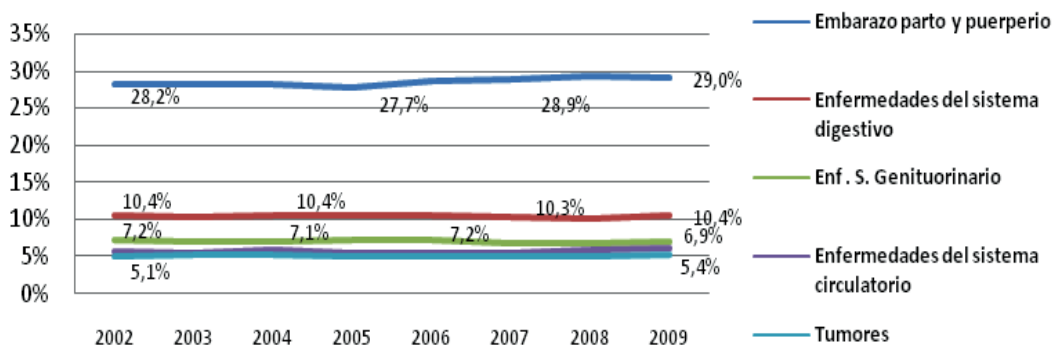
Factores que juegan un papel fundamental en un programa de tamizaje son: la disponibilidad de recursos, la adecuación de su uso, la aplicación de las guías de práctica clínica, así como en el grado de implantación y homogeneidad en los protocolos de derivación de pacientes o la casi ausencia de los mismos.

Como un primer paso, previo al desarrollo de un programa de tamizaje oportuno o poblacional para el diagnóstico temprano de mama, la institución ha impulsado la estrategia de Clínicas de Mama. La clínica de mama es un componente de la estrategia de atención al cáncer de mama brindada por un equipo multidisciplinario en la red de servicios de salud, que orienta a gestionar de manera ágil el diagnóstico oportuno y el seguimiento de las mujeres que han sido identificadas de riesgo aumentado, sospecha y pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Se han capacitado 36 médicos en la pasantía de Implementación de clínicas de mama: 14 corresponden a la Red Noroeste, 12 a la Red Este, 8 a la Red Sur, 2 en el Hospital de las Mujeres.

Gráfico No.11

Tratamiento: Egresos hospitalarios por cáncer

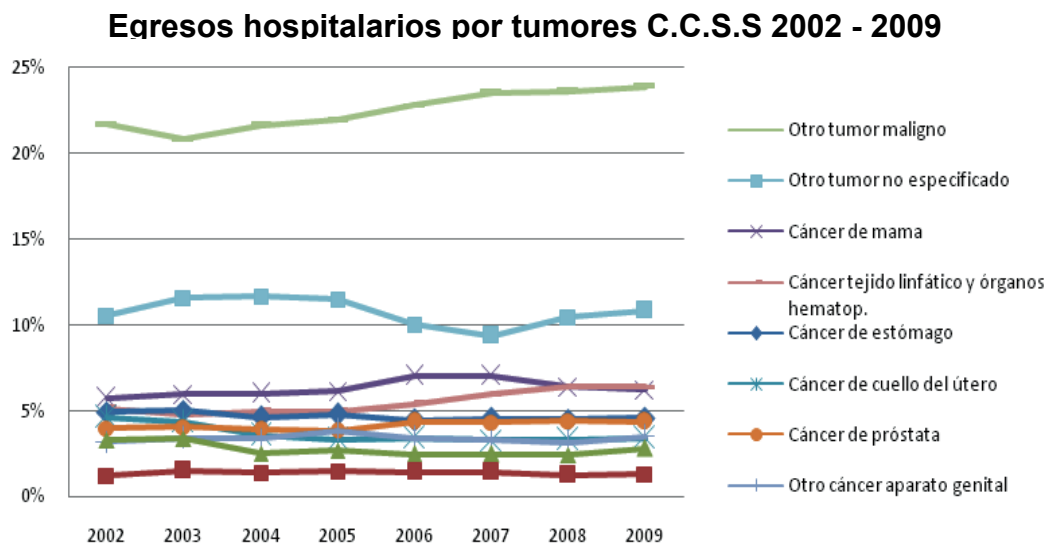
Egresos Hospitalarios según DX principal C.C.S.S 2001 - 2009



Fuente: Base de datos de egresos hospitalarios. Departamento de Estadística en Salud. CCSS.

La tendencia de los egresos hospitalarios de la CCSS es hacia la disminución. En 1997, en los hospitales de la CCSS se produjeron 316.452 egresos. Estos fueron aumentando progresivamente hasta llegar a un máximo de 338.868 en el año 2003, pasando a una disminución paulatina hasta llegar a 329.202 en el 2010¹². En el gráfico se visualizan cinco de las principales causas de los egresos hospitalarios. Tradicionalmente, la principal causa de egreso está relacionada con el embarazo, parto y puerperio con cifras que giran alrededor de un 30%. Las cinco causas juntas suman cerca del 60% de los egresos hospitalarios. Los egresos hospitalarios que tienen en su diagnóstico principal “tumores” ocupa el noveno lugar de los egresos en el 2002 (5,1%), ligeramente inferior al los egresos por enfermedad del sistema circulatorio.

Gráfico No.12



Fuente: Base de datos de egresos hospitalarios. Departamento de Estadística en Salud. CCSS

Al analizar los egresos por tipo de tumor, encontramos que las dos primeras causas de egreso son “Otros tumores malignos” (20 a 25%) y “otro tumor no especificado” (10%). En tercer se encuentra el cáncer de mama (6-7%), cuarto lugar el de tejido linfático y órganos hematopoyéticos (6-7%) y en quinto lugar el de estómago (4-5%)

5.4 Formación de Recurso Humano para la atención del cáncer

A lo largo de todos los años, la formación del recurso humano para la atención del cáncer en la CCSS ha estado condicionada por los requerimientos de los servicios y las regulaciones gremiales más que por una visión prospectiva,

¹² Estadísticas en Salud, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Gerencia Médica, CCSS.

Cuadro No 2.

Comparación de requerimientos de formación de algunos tipos de recursos humanos profesionales para la atención del cáncer en la CCSS en cuatro estudios (cantidad de recursos)

Área de formación	Plan Nacional para el control del cáncer 2007 (2007-2016)	Plan Estratégico RRHH oncología 2004 (2007-2014)	Necesidad de especialistas médicos 2006 (2006-2017)	Plan Contingencial RRHH oncología 2007 (2007-2011)
Enfermería oncológica	47	66	-	23
Cirugía oncológica	31	18	28	23
Oncología médica	14	18	28	10
Radioterapia	21	8	16	6
Medicina nuclear	18	13	14	5
Radiología e imágenes	33	12	70	9
Física médica	21	10	10	3
Ginecología oncológica	14	9	18	10
Psicología oncológica	3	9	-	59
Hematología oncológica	9	9	18	6
Gastroenterología	0	5	37	0
Nutricionistas	3	5	-	15
Urología	5	1	38	0
Patología	0	1	0	9

Fuente: Elaboración propia a partir de los documentos mencionados

basada en la necesidad y demanda. Esto ha generado asimetrías en la dotación y regulaciones en la formación que más tienen que ver con el control de la oferta que con las necesidades presentes y futuras, lo que se observa claramente en el siguiente cuadro.¹³

Este estudio utiliza el indicador de concentración de especialistas (proporción de centralización de especialistas) e identifica que es en la zona Sur de la Red de servicios (HSJD), donde hay una mayor concentración de especialistas para la totalidad de las especialidades, a excepción de dermatología donde la mayor concentración corresponde al Hospital México (zona Noroeste de la red de servicios). Las especialidades de mayor concentración para la zona Sur de la red son urología y patología, con un 90% de los especialistas de la red ubicados en el hospital nacional, seguido de cirugía general y ginecología. Las especialidades de mayor distribución son ginecología, cirugía general y urología para la zona Noroeste de la red.

13 Sáenz, L.B. Consultor. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER A SER FINANCIADOS POR LA JUNA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL 2009-2012. Contrato OPS/CR/0900026.001. Abril, 2009. San José, Costa Rica

En la zona Este de la red de servicios, la especialidad menos concentrada es ginecología, sin embargo hay que hacer la aclaración de que para el Hospital Calderón Guardia solo se tomó en cuenta el número de médicos especializados en ginecología oncológica.

Estos hallazgos fundamentan una vez más la necesidad de parámetros de uniformidad en la formación y distribución de los recursos de manera que responda a criterios de necesidad y equidad. Actualmente la CCSS cuenta con un Plan de formación, capacitación y sensibilización de recurso humano para la atención integral del cáncer con enfoque estratégico que finalizará en el año 2013. Hasta el momento se han capacitado más de 66 profesionales en el exterior y 70 dentro del país (técnicos en diferentes áreas, así como profesionales en radiología y oncología, entre otros).

El reto institucional consiste en la definición de un modelo de atención del cáncer que permita identificar los requerimientos de RRHH según la demanda y necesidades de servicios de cada una de las zonas de la red de atención (zona sur, este y noroeste), considerando las características particulares de cada una de éstas, y generando estrategias que promuevan la dotación equilibrada de recursos para las tres zonas de la red

6. INVESTIGACIÓN NACIONAL EN EL TEMA DE CÁNCER

En el periodo 2010-2011, la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico del Ministerio de Salud desarrolló el Análisis de la Situación en Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.

Para esta investigación se realizó la encuesta de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud cuyo objetivo principal era disponer de información veraz, confiable y oportuna sobre la situación de investigación y el desarrollo tecnológico en salud, que permita priorizar la toma de decisiones para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en este ámbito.

Para aplicar esta encuesta, se recibió información de 17 empresas de las cuales 3 fueron universidades públicas, 2 universidades privadas, 6 compañías farmacéuticas, 3 hospitales privados y 3 instituciones públicas.

Con los resultados obtenidos se determinó que durante el año 2009 en estas instituciones se realizaron 374 investigaciones de las cuales 231

estaban en proceso y 143 finalizadas.

En el área de morbilidad, en estas 17 instituciones, se realizaron un total de 93 investigaciones de las cuales, 11 fueron en el tema de Cáncer.

Del 100% del gasto institucional solamente el 4.4% se dedicó a la investigación en salud, lo cual demuestra la necesidad de destinar presupuestos mayores a la investigación sobre todo en temas tan prioritarios como el Cáncer, ya que según el 21% de las instituciones consultadas uno de los principales obstáculos para investigar es la falta de recursos financieros.

La situación de salud y los logros que se presentan en el resumen del Análisis de la Situación en Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud evidencian que las estrategias implementadas han sido altamente efectivas, pero también indican que enfrentamos desafíos como los que a continuación se plantean:

El avance científico, cuya meta final es el aumento de la capacidad de acción de la sociedad, creando las condiciones para que el medio natural y social se ponga al servicio del hombre en la sociedad, constituye el componente fundamental para la identificación y priorización de los problemas y la búsqueda de soluciones adecuadas.

La investigación de los problemas y situaciones de salud, los cuales constituyen la base de la producción del conocimiento científico y tecnológico de la salud. Los métodos y técnicas epidemiológicas aplicadas a los problemas y eventos relacionados con la salud, generando el conocimiento científico necesario para abordar estas situaciones. A su vez, se plantea la aplicación de este conocimiento para mejorar las condiciones de salud, lo que viene a constituir la tecnología en salud.

7. 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”.

Indicador de Impacto

Disminuir los índices de morbi-mortalidad de los tres tipos de cáncer que

afectan más frecuentemente a la población costarricense, a Diciembre del 2016.

Periodo de ejecución

Este Plan se ejecutará del 2012 al 2017, con evaluaciones periódicas cada 2 años.

8. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES

Son aspectos generales que fueron tomados en cuenta para la elaboración de todos los apartados del presente plan, sin embargo no se encuentran mencionados en forma explícita dentro de los capítulos. Los ejes transversales se definen a continuación (Plan Nacional de Salud, 2012-2017):

Derechos humanos: son derechos inherentes a la persona humana y a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer y tienen como fin la igualdad, dignidad, justicia social y libertad para todas las personas sin discriminación alguna.

Diversidad: se refiere a la multiplicidad e interacción de las diferentes capacidades y características que tienen las personas y pone en evidencia la complejidad de los múltiples factores y elementos que configuran una sociedad.

Igualdad y equidad de género: situación en la que mujeres y hombres tienen iguales derechos y oportunidades, participando por igual en todas las esferas de la vida pública y privada, libres para desarrollar sus capacidades y de tomar decisiones, y ésta es necesaria para la consecución de la igualdad, ya que propone un tratamiento diferenciado a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan.

Cohesión social, es el conjunto de mecanismos de integración social, concertación y no exclusión que existen en una sociedad, cuyo propósito y aspiración es construir sociedades sin discriminación, exclusión o segregación.

Incluye la Participación social, que es el ejercicio pleno de la ciudadanía de su derecho a participar en forma consciente, corresponsable, activa e informada en la identificación, análisis y priorización de necesidades de salud, la formulación de planes y programas, así como en las decisiones relacionadas con su ejecución, rendición de cuentas y evaluación, para garantizar su calidad, eficiencia y efectividad (Política Nacional de Salud de Costa Rica, 2002).

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 (Plan de Cáncer, 2007).

Sostenibilidad : Es un proceso que puede mantenerse en el tiempo a pesar de los cambios económicos, políticos, sociales y otros, que se presenten (Plan de Cáncer, 2007).

Transdisciplinaridad: Es un proceso de intercambios entre diversos campos y ramas del conocimiento científico, en los que unos transfieren métodos, conceptos, términos e incluso teorías (adaptado de Ver Leff, 1992).

Intersectorialidad: Es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas a tratar problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales y locales debidamente concertadas se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.

Integralidad: Es el abordaje de cualquier tipo de problema en cualquier momento del ciclo vital de la persona, con una atención que incluya: i) promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención curativa, rehabilitación, ii) la perspectiva física, psicológica, social, cultural y espiritual, iii) aspectos clínicos, humanísticos y éticos de la relación médico-paciente y iv) la continuidad de la atención, la coordinación y ordenamiento racional de los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad (Organización

Mundial de Medicina Familiar. Congreso, WONCA 2002)

Agilización de trámites: La agilización de los trámites ha sido un tema prioritario para la actual administración dada la importancia de este tema para el desarrollo del país, particularmente en el sector salud y en un abordaje eficiente y eficaz del cáncer a fin de lograr reducir sus índices de morbi-mortalidad.

Por ello, es esencial que exista claridad sobre la responsabilidad de las entidades públicas, sus mecanismos de coordinación interinstitucional y las herramientas que requieran en el futuro para mejorar su gestión.

Prácticas anticorrupción: Uno de los retos más importantes que enfrentan las Organizaciones o Instituciones públicas, es el incremento en la responsabilidad para afrontar la corrupción, el fraude o cualquier otra conducta no ética, pues ésta genera una crisis de confianza en la administración pública por parte de la población, con detrimento además de los recursos ya limitados para su gestión.

Por lo anterior es necesario definir acciones y políticas, a fin de prevenir cualquier nivel de corrupción y dar absoluta transparencia a la gestión y al desempeño de la administración pública, específicamente en el sector salud, de manera que se logre conjuntamente actuar bajo los demás principios de equidad, igualdad y no exclusión.

Transparencia: Es el conjunto de normas, procedimientos y conductas que definen y reconocen como un bien público toda la información generada o en posesión de las entidades gubernamentales o por aquellas del ámbito privado que utilicen recursos, ejerzan funciones o sean de interés público.

9 . PLANTILLA CON ACTIVIDADES

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito						
Objetivo General			Cultura de Cuidado Individual y Colectivo			
Objetivo específico			Cultura de Cuidado Individual y Colectivo			
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
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, autocuidado y control de los factores protectores y de riesgo relacionados con el cáncer.	1.1 Diseño e implementación de un plan de mercadeo social*, para el fortalecimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, a nivel individual y colectivo, aplicando el enfoque de autocuidado de la salud y La prevención del cáncer, de acuerdo a los tipos de cáncer con mayor morbilidad y mortalidad. * Incluye la investigación preliminar de la situación y de los diferentes públicos meta, definición de la estrategia creativa y de medios, y evaluación del posicionamiento logrado y de la ejecución del plan.	20% de la población con conocimientos, actitudes y prácticas que promuevan la salud y prevengan el cáncer al 2017 (De acuerdo a los criterios de segmentación que se determinarán en el desarrollo del plan de mercadeo social). Plan de mercadeo social elaborado al 2012 e implementado al 2017 Plan de mercadeo social con evaluación al 2015 y 2017 y con seguimiento anual.	Plan de mercadeo social elaborado e implementado	\$38000	MS CCSS ICODER INAMU PANI MEP IAFA AYA MAG UNIVERSIDADES	Diseño: 2012 Implementación 2013- 2017 Evaluación 2015-2017
	1.2 Revisión y ajuste de las políticas, normas, reglamentos, planes, programas y otras regulaciones tendientes a la promoción de estilos de vida saludables y la prevención del cáncer	100% de políticas, normas, reglamentos, planes, programas y otras regulaciones tendientes a la promoción de estilos de vida saludables y la prevención del cáncer al 2017	Políticas, normas, reglamentos, planes, programas y otras revisadas y ajustadas.	\$4000	MS CCSS ICODER INAMU PANI MEP IAFA AYA MAG	Revisiones periódicas cada 3 años a partir del 2012 (2012, 2015, 2017)

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito		Hábitat Humano				
Objetivo General		Fortalecer la regulación, el control y el conocimiento de los determinantes ambientales vinculados a la incidencia y mortalidad del cáncer en la población nacional				
Área de Intervención						
Hábitat Humano						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
1. Identificar e implementar directrices y estrategias para reducir los principales factores de riesgo ambiental, asociado a (la disminuir) la incidencia y mortalidad por cáncer en la población costarricense.	1.1 Identificación de elementos carcinogénicos de mayor relevancia, señalados como elementos Precipitantes de Ca, en la población costarricense.	Determinación del 100% de los productos químicos considerados como cancerígenos y ubicarlos en las diferentes zonas de aplicación (plaguicidas, abonos agrícolas), emisiones (dioxinas furanos, 3,4 benzopireno nitropireno, aditivos en gasolinás, bifenilos policlorinados), construcciones (demoliciones de construcciones	Porcentaje de elementos cancerígenos identificados	\$6258	DRS/ DGASS/DVS	2012-2013
	1.2 Jerarquización de los factores precipitantes potenciales y precursores por cada determinante ambiental según su importancia en la incidencia de cáncer	Estudio y cuantificación de zonas vulnerables mediante los informes de incidencia (Cartago Pérez Zeledón y otras en donde los niveles de cáncer son elevados.	N° de zonas vulnerables encontradas	\$1483	DRS/ DGASS/DVS	2013

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito		Hábitat Humano				
Objetivo General		Fortalecer la regulación, el control y el conocimiento de los determinantes ambientales vinculados a la incidencia y mortalidad del cáncer en la población nacional				
Área de Intervención						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
2. Fortalecimiento de los lineamientos de carácter regulatorios dirigidos al control efectivo de los productos de interés sanitario (sustancias químicas peligrosas)	2.1 Establecer estrategias intersectoriales para el monitoreo y evaluación de las acciones regulatorias en el abordaje de los determinantes del hábitat humano.	Diseño e implementación de instrumentos de política regulatoria que permitan incidir en la reducción de los determinantes	No. de Estrategias implementadas.	\$1483	DRS/ DGASS/DVS	2017
3. Verificar el estricto cumplimiento de los compromisos internacionales sobre temas de interés de los cuales CR es signatario	3.1 Revisión de todos los convenios internacionales	Estudio del 100% de los Convenios de Basilea, Estocolmo y Róterdam a efectos de garantizar el logro de los objetivos incorporados y que tengan relación estrecha con la salud de las personas.	Porcentaje de Convenios revisados	\$1483	DRS	2012

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito		Servicios de Salud				
Objetivo General		Asegurar por parte del Estado el acceso equitativo de la población que habita en Costa Rica a servicios de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos del cáncer, con calidad, equidad, humanismo y utilizando la mejor evidencia.				
Área de Intervención		Servicios de Salud				
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
1. Mejorar la accesibilidad de las personas a los servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna de los cánceres prioritarios	1.1 Identificación y análisis de los determinantes que generan barreras de acceso para una atención oportuna.	Determinantes de acceso identificados y analizados al 2013	Un informe de Determinantes de Acceso elaborado.	Ministerio de Salud: \$3 961,44 CCSS: \$ 12.422,48.	MS. CCSS	2012- 2013
	1.2 Definición e implementación de una estrategia nacional para disminuir las barreras de acceso identificadas.	Estrategia nacional definida e implementada al 100% para el 2016.	% de avance en la definición de la estrategia nacional para disminuir las barreras de acceso.	Ministerio Salud: \$ 3 010,56 CCSS: \$ 25.965,74.	MS. CCSS	2014 -2015
			% de avance en la implementación de la estrategia nacional para disminuir las barreras de acceso.	Ministerio de Salud: \$ 6 021,12 CCSS: \$ 12.422,48.	MS. CCSS	2015 – 2016

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito		Servicios de Salud				
Objetivo General		Asegurar por parte del Estado el acceso equitativo de la población que habita en Costa Rica a servicios de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos del cáncer, con calidad, equidad, humanismo y utilizando la mejor evidencia.				
Área de Intervención						
Servicios de Salud						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
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	2.1 Creación de la red nacional para la atención Integral del cáncer.	100% de la Red Nacional de Atención Integral del Cáncer definida.	% de avance en la definición de la red nacional de cáncer al 2014	Ministerio de Salud: \$ 13 547,52 CCSS: \$ 25.965,74.	MS- CCSS- Establecimientos Privados	2012- 2014
	2.2 Desarrollo, actualización e implementación de normas nacionales de atención integral para los cánceres	Al menos 10 normas Nacionales para Atención Integral del Cáncer desarrolladas, actualizadas e implementadas al 2016	% de establecimientos trabajando bajo el enfoque de Red al 2016	CCSS: \$ 25.965,74.	MS- CCSS- Establecimientos Privados	2014- 2016
				Ministerio de Salud \$ 21 306,67 CCSS: \$ 25.965,74.	MS	2012- 2014
				CCSS: \$ 18.633,72.	MS-CCSS y establecimientos privados	2013- 2016

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito		Servicios de Salud				
Objetivo General		Asegurar por parte del Estado el acceso equitativo de la población que habita en Costa Rica a servicios de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos del cáncer, con calidad, equidad, humanismo y utilizando la mejor evidencia.				
Área de Intervención						
Servicios de Salud						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
2. Fortalecer el trabajo en red interinstitucional y la red de servicios para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con los cánceres	2.3 Definición e implementación de una estrategia para la sostenibilidad financiera de la red nacional de atención integral del cáncer	Estrategia de Sostenibilidad Financiera de la red de atención integral del cáncer definida e implementada al 2016.	% de avance en la definición de la estrategia de sostenibilidad financiera de la red de atención integral del cáncer al 2013	Ministerio de Salud: \$6 727,96 CCSS: \$ 25.965,74.	CCSS - MS	2012 - 2013
			% de avance en la implementación de la estrategia de sostenibilidad financiera de la red de atención integral del cáncer al 2016.	Ministerio de Salud: \$8 080,80 CCSS: \$ 18.633,72.	CCSS-MS	2014- 2016

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito			Servicios de salud			
Objetivo General			Asegurar el acceso a los servicios integrales de cuidados paliativos a las personas con cáncer y su familia, en forma oportuna, con calidad, universalidad, solidaridad y equidad.			
Área de Intervención			Cuidados paliativos			
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
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.	1.1 Concientización a las Instituciones gubernamentales en el tema de Cuidado Paliativo y afines.	Que ONG, instituciones mixtas, públicas y privadas, personal relacionado con CP realicen al menos un encuentro anual a partir del año 2012. • Consejo Nacional de CP integrado y funcionando en el 2012	-Realización encuentro anual -50% de ONGs e instituciones participando -1 Informe anual de labores	\$5950	MS, CCSS, ONGs, Consejo Nacional	2010 al 2017
	1.2 Divulgación, sensibilización e información a la población y al personal de salud sobre CP	Una red de las organizaciones de CP conformada al 2013. • Sensibilización y capacitación a través de la red de organizaciones de CP al 60% del personal de salud al 2016	% de organizaciones participando en la red % de personal de salud capacitado por año	\$9888	Consejo Nacional de Cuidados Paliativos, Red de organizaciones	2013
	1.3 Incorporación en actividades complementarias de la temática de cuidados paliativos en el sistema educativo	Que año 2014 este incluido el tema de CP en actividades complementarias en educación en el 100% de los centros educativos.	% de centros educativos que incluyeron el tema en actividades complementarias al 2014.	\$9888	M Educación	2012 - 2017
	1.4 Establecimiento de alianzas estratégicas con los medios de comunicación para la divulgación.	Una campaña de divulgación por los medios de comunicación al menos una vez al año, a partir del 2012	Campaña realizada por año.	\$1000000	MS CONSEJO	2012 - 2016

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito						
Servicios de salud						
Objetivo General						
Asegurar el acceso a los servicios integrales de cuidados paliativos a las personas con cáncer y su familia, en forma oportuna, con calidad, universalidad, solidaridad y equidad.						
Área de Intervención						
Cuidados paliativos						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
2. Implementar las normas nacionales y guías institucionales para asegurar la calidad de los servicios de cuidados paliativos	2.1 Aplicación de los lineamientos y normas establecidos para todos los establecimientos de CP	Que al 2016 el 100% de los establecimientos cumplan con las normas existentes	% de establecimientos que cumplan las normas	\$49440	Ministerio de Salud	2012-2016
	2.2 Expansión de la cobertura de la red de servicios	25% de establecimientos nuevos de CP incluidos en la red	% de establecimientos nuevos incluidos en la red	\$49440	M Salud Consejo	2012-2016
3. Garantizar al paciente y su familia atención bio-psico-social y espiritual (abordaje integral)	3.1 Formación de los diferentes disciplinas involucradas, para que presten atención integral al usuario y su familia	Que al 2016 al menos el 70% de los prestatarios de servicios en CP estén debidamente formados	% prestatarios formados en CP	\$5950	Ministerio de Salud Consejo	2012-2016
	3.2 Financiamiento específico para el abordaje integral a la persona enferma su familia	Que al 2014 se establezca un Fondo específico para el abordaje de la atención integral	Fondo establecido y funcionando	\$39552	Consejo Nacional de Cuidados Paliativos Red de establecimientos	2012-2016
3.4 Gestión de proyectos para programas específicos en materia de CP	Tener un registro de cooperantes nacionales e internacionales que apoyan o financian proyectos de CP actualizado anualmente	Registro actualizado	\$1977	Ministerio de Salud Consejo Nacional	2012-2016	2012-2016

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito						
Vigilancia de la Salud						
Diseñar, implementar y evaluar el Sistema Nacional de Información sobre Cáncer sostenible, accesible y de calidad						
Sistemas de Información.						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
1. Diseñar, implementar y evaluar el sistema de información para el fortalecimiento del sistema de registro de morbo-mortalidad del cáncer	1.1 Análisis, diseño y desarrollo del sistema del registro de cáncer.	100% Sistema de información diseñado y desarrollado al 2012	% del Sistema de información diseñado y desarrollado.		DVS	2012
	1.2 Actualización del registro nacional de tumores	100% Registro actualizado durante el 2012	% de actualización del registro			
	1.3 Implementación del sistema de información	100% del sistema de información implementado al 2013	% de implementación del sistema de información			
	1.4 Evaluación del sistema de información.	80 % del Sistema de información evaluado anualmente	% del sistema de información evaluado			
2. Diseñar, desarrollar, implementar y evaluar el sistema para la vigilancia de los determinantes del cáncer	2.1 Análisis, diseño, desarrollo del sistema de vigilancia de los determinantes del cáncer	90% del sistema de vigilancia de los determinantes del cáncer desarrollado al 2013	% Sistema de vigilancia de los determinantes del cáncer desarrollados.		DVS	2013
	2.2 Implementación del sistema de vigilancia de los determinantes	90% del sistema de vigilancia de los determinantes del cáncer implementado al 2014	% del sistema de vigilancia de los determinantes del cáncer implementados.			
	2.3 Evaluación del sistema de vigilancia de determinantes	80% Sistema de vigilancia de los determinantes evaluados anualmente al 2015	% Sistema de vigilancia de los determinantes evaluados anualmente			
3. Promover el uso y la divulgación de la información del sistema.	3.1 Incorporación de la información de las bases de en la página web.	Bases de datos del año 2009 disponible a partir del 2012.	Base de datos disponible en página web.	\$185000	DVS	2012
	3.2 Elaboración, divulgación y distribución de publicaciones virtual sobre la situación del cáncer en Costa Rica.	Tres publicaciones anuales divulgadas e incluidas en la página web.	# publicaciones divulgadas.			

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito						
Investigación de Desarrollo Tecnológico						
Objetivo General						
Fortalecer la generación del conocimiento científico y tecnológico necesario para el abordaje integral del cáncer en Costa Rica, mediante la cooperación interinstitucional, interdisciplinaria e internacional con altos estándares de rigurosidad ética y científica acordes con las necesidades del país.						
Área de Intervención						
Investigación de Desarrollo Tecnológico						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
1. Desarrollar un programa de investigación en cáncer, sobre los determinantes de salud, que integre en su realización diversas áreas y ramas del conocimiento	1.1 Diagnóstico situacional de la investigación en atención integral del cáncer en Costa Rica	Programa de investigación interinstitucional multidisciplinario en cáncer consolidado al 2017	Agenda Nacional de Investigación preparada, divulgada y evaluada	\$500	Sector Salud convocado por el MS	2017
		Diagnostico Situacional sobre la investigación en atención integral del cáncer en Costa Rica realizado al 2013.	Diagnóstico finalizado	\$1000	Comisión Cáncer	2012-2013
	1.2 Definir los temas prioritarios para realizar investigación en cáncer	Incorporación de los temas prioritarios en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud (PNCTS)		Temas incorporados en el PNCTS	NA	DDCTS y SECTOR SALUD
	1.3 Fomentar las alianzas entre las diversas instituciones que trabajan en cáncer para desarrollar investigaciones en forma conjunta	Desarrollo de alianzas entre instituciones que trabajan en cáncer.	Al menos 2 alianzas entre instituciones desarrolladas e implementadas	NA	Instituciones del Sector Salud	2012-2013

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito						
Investigación de Desarrollo Tecnológico						
Fortalecer la generación del conocimiento científico y tecnológico necesario para el abordaje integral del cáncer en Costa Rica, mediante la cooperación interinstitucional, interdisciplinaria e internacional con altos estándares de rigurosidad ética y científica acordes con las necesidades del país.						
Objetivo General						
Investigación de Desarrollo Tecnológico						
Área de Intervención						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
2. Promover la divulgación de las investigaciones en cáncer	2.1 Fortalecer el registro de las investigaciones en el CONIS	Registro Nacional de Investigaciones en materia de cáncer desarrolladas en Costa Rica, que sea accesible	Registro Nacional en materia de cáncer desarrollado y accesible	\$20000	Instituciones del Sector Salud	2013
		Incremento de un 50% de registro de investigaciones en cáncer	Porcentaje de incremento	\$5000	Instituciones del Sector Salud	2013
	2.2 Mejorar las destrezas en cuanto a divulgación de las investigaciones por parte de los investigadores en cáncer	Desarrollar 2 capacitaciones dirigidas a los investigadores en cáncer para mejorar sus destrezas en cuanto a divulgación de las investigaciones	Capacitaciones realizadas	\$10000	DDCTS y Sector Salud	2013
3. Incentivar el uso del conocimiento científico y tecnológico generado por investigaciones en materia de cáncer	3.1 Establecimiento de foros y espacios de discusión en línea y/o presenciales a nivel nacional o internacional en investigación en cáncer	Programa interinstitucional continuo de foros y espacios de discusión de las investigaciones en cáncer desarrollado al 2017.	Programa desarrollado	\$10000	Instituciones Sector Salud	2014-2017

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito						
Fuerza de Trabajo						
Fortalecer la planificación, dotación y la calidad del desempeño de los recursos humanos para la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación, la investigación y sistemas de información, para el abordaje integral del cáncer.						
Área de Intervención						
Fuerza de trabajo						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
1. Incorporar en la planificación nacional del recurso humano, las necesidades para el abordaje integral del tema cáncer	1.1 Al concluir el 2012 se contará con un diagnóstico de la existencia actual en RRHH en atención integral al cáncer: cantidad, tipo de profesional y técnico, nivel de formación y ubicación.	Contar con un documento con el diagnóstico de la existencia actual en RRHH en atención integral al cáncer al 2012	Diagnostico elaborado de la existencia actual en RRHH en atención integral al cáncer	\$2606	Ministerio de Salud, CCSS, CENDEISS, Dirección General de Servicio Civil	2012
	1.2 Al 2013 que necesidades de RRHH tenemos en función de las necesidades de la población, el análisis de la red de servicios de salud (utilizando entre otros criterios el acceso a los servicios de salud)	Informe con las necesidades en RRHH en función de las necesidades de la población, el perfil epidemiológico y el análisis de la red de servicios de salud al 2013.	Informe realizado	\$1797		2013
	1.3 Al 2014 el establecimiento de la brecha.	Informe de brecha al 2014.	Informe realizado	\$1797		2014
	1.4 Al finalizar el 2014 la elaboración de proyecciones de RRHH.	Contar con las proyecciones del RRHH al 2015.	Proyecciones elaboradas	\$1797		2015

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito						
				Fuerza de Trabajo		
				Fortalecer la planificación, dotación y la calidad del desempeño de los recursos humanos para la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación, la investigación y sistemas de información, para el abordaje integral del cáncer.		
Área de intervención						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
2. Desarrollar las competencias del recurso humano profesional y técnico) para el abordaje integral del tema cáncer	2.1 Elaboración del plan nacional de formación, capacitación y dotación de recursos humanos.	Para el 2015 se contará con un Plan Nacional Estratégico de formación y dotación de recurso humano en la atención integral del cáncer.	Documento del Plan Nacional Estratégico elaborado	\$13030	Ministerio de Salud	2011-2015
	2.2 Definición del perfil por competencias en el tema cáncer del recurso humano en salud, por niveles de atención.	Al 2013 el perfil definido de los recursos humanos para el abordaje integral del cáncer.	Documento con el perfil por competencias	\$3594	Ministerio de Salud, Dirección General de Servicio Civil, CENDEISS, CONESUP, CONARE, Representantes de universidades que imparten carreras en ciencias de la salud CCSS (representantes de Recursos Humano), Representante de empleadores privados	2011-2013

Ministerio de Salud						
Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud						
Unidad de Planificación Estratégica						
Determinante de la Salud/Ámbito			Fuerza de Trabajo			
Objetivo General			Fortalecer la planificación, dotación y la calidad del desempeño de los recursos humanos para la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación, la investigación y sistemas de información, para el abordaje integral del cáncer.			
Área de Intervención						
Fuerza de trabajo						
Objetivo específico	Actividades	Meta	Indicador de gestión	Recursos	Responsable	Plazo
2. Desarrollar las competencias del recurso humano profesional y técnico para el abordaje integral del tema cáncer	2.3 Incorporación del perfil por competencias del Recurso Humano de salud en la norma nacional del abordaje integral del cáncer.	Al 2014 perfil por competencias incorporado en la norma nacional	Norma Nacional del abordaje integral de cáncer con el perfil incorporado	\$3594	Ministerio de Salud	2011-2014
	2.5 Incorporación del perfil por competencias definido en la norma nacional, en los planes de estudio de formación de grado académico para profesiones en ciencias de la salud.	Al 2017 perfil incorporado en los planes de estudio de formación de grado académico para profesiones en ciencias de la salud.	Planes de estudio con el perfil incorporado.	\$1393	CONARE, CONESUP, Consejo Superior de Educación, CENDEISS	2011-2017
3. Crear un sistema de información del RRHH que trabaja en el tema de Cáncer	3.1 Diseño del sistema de información en recurso humano que trabaja en el tema de cáncer	85% de los equipos de salud responsables del abordaje del cáncer capacitados y actualizados según las necesidades del Modelo de Atención y de salud de la población al 2017	Porcentaje de equipos de salud responsables del abordaje del cáncer capacitados y actualizados según las necesidades del Modelo de Atención y de salud de la población al 2017	\$20000	CENDEISS	2011-2017
	3.2 Implementación y ejecución del sistema de información	Sistema de información en recurso humano diseñado al 2013	Documento con el diseño del sistema de información		Ministerio de Salud CCSS	2011-2013
	3.3 Divulgación de la información que genera el sistema de información.	Sistema de información implementado y en ejecución al 2014	Sistema de información operando	\$100000	Ministerio de Salud CCSS, formadores públicos y privados, empleadores de servicios de salud, Dirección General de Servicio Civil, CONARE CONESUP, CONARE Ministerio de Salud,	2011-2014 2015-2014

10. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN BASADO EN RESULTADOS

Para el diseño del Sistema de Monitoreo y Evaluación se utiliza como referencia el Sistema de monitoreo y evaluación elaborado por la Secretaría del Consejo de Ministros de Centroamérica y el marco conceptual basado en la gestión para resultados.

Para este contexto el Sistema de Monitoreo y Evaluación se define como:

Un proceso que interrelaciona procedimientos e instrumentos de medición y evaluación de la gestión que permita la toma de decisiones en forma oportuna y basada en evidencia.

10.1 Objetivos del Sistema de Monitoreo y Evaluación

- Monitorear los indicadores del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer a fin de determinar su cumplimiento.
- Evaluar la gestión e impacto de las acciones del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer con el fin de contribuir a la toma de decisiones en las políticas de salud del país.
- Generar información permanente sobre el grado de ejecución del Plan de Nacional de Prevención y Control del Cáncer; asegurando su uso y divulgación a las instancias colaboradoras y/o financiadoras.
- Mejorar el desempeño del Ministerio de Salud a través del control oportuno de actividades.

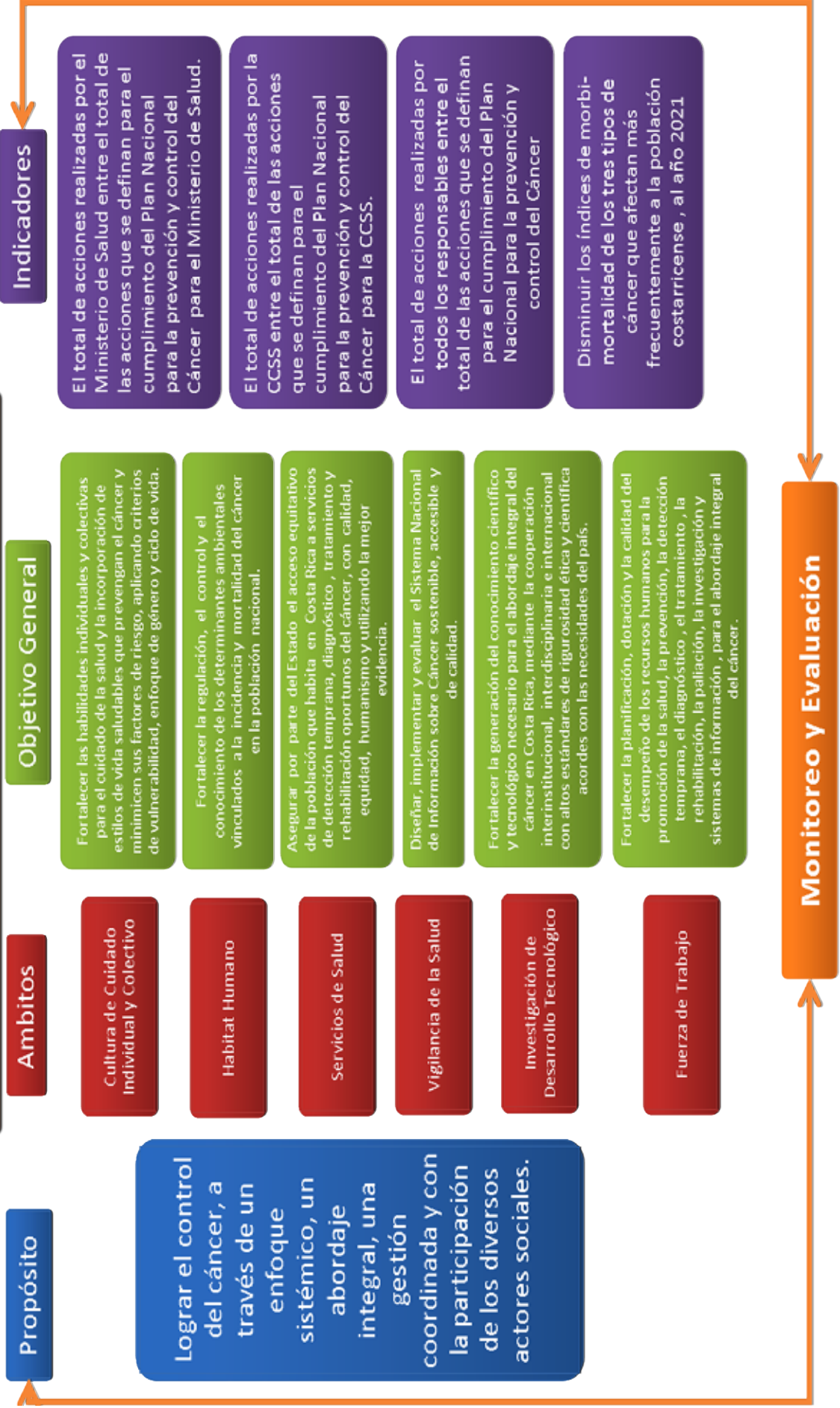
10.2 Ámbito de aplicación de Sistema de Monitoreo y Evaluación

El sistema de Monitoreo y Evaluación se implementa para medir los diferentes elementos del Plan Nacional de prevención y control del cáncer, éstos son: Ámbitos de intervención según enfoque de determinantes, con sus respectivos Objetivos generales, Objetivos específicos, Actividades, Metas e Indicadores.

En el siguiente gráfico se muestra el mapa estratégico del Plan Nacional que constituye el ámbito de aplicación del Sistema de Monitoreo y Evaluación

Esquema No.1

Mapa Estratégico Plan Nacional de Cáncer



10.3 Vinculación entre el sistema de Monitoreo y Evaluación y el Sistema de Vigilancia

El Sistema de Información de monitoreo y evaluación del Plan Nacional para la prevención y control del Cáncer, estará vinculado al sistema de Vigilancia del Cáncer.

La vigilancia epidemiológica del evento se realiza mediante la notificación al Registro Nacional de Tumores de todos los establecimientos públicos y privados de los tumores malignos, que se presentan en los diferentes establecimientos de salud, por lo que la información que se procesa es nacional y útil para la toma de decisiones en materia de cáncer.

10.4 Componentes del Sistema de Monitoreo y Evaluación

El Sistema de Monitoreo y Evaluación está conformado por 7 componentes, este sistema es una adaptación del Marco de trabajo para la organización de un sistema nacional funcional de monitoreo y evaluación en VIH.

Se definen los siguientes componentes.

- Estructura funcional del Sistema de Monitoreo y Evaluación
- Recursos Humanos del Sistema de Monitoreo y Evaluación
- Monitoreo del Plan
- Gestión de datos
- Evaluación del Plan
- Uso y Divulgación de información
- Plan de Trabajo y Presupuesto para funcionamiento de sistema de Monitoreo y Evaluación

La interrelación de los componentes se observa en el siguiente esquema:

Esquema No.2

Componentes de Sistema de Monitoreo y Evaluación

Fuente: Elaboración propia en base a los componentes del Sistema de Monitoreo y Evaluación.



SECCION A:

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

A.1 Niveles de la Estructura Organizacional

A.2 Funciones de los Responsables
de Gestión del Sistema de Monitoreo y
Evaluación

A.3 Mecanismos para la operación del
sistema de Monitoreo y Evaluación

SECCION A:

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para la gestión del sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan se ha identificado una estructura organizacional así como los roles de los involucrados en los procedimientos de monitoreo.

A.1 Niveles de la Estructura Organizacional del Sistema de Monitoreo y Evaluación

La estructura organizacional propuesta para la gestión del sistema de Monitoreo y Evaluación comprende el equipo intersectorial, los equipos institucionales (MS-CCSS) y la red de ONGs.

Equipo intersectorial: conformado por personas representantes las instituciones estatales MS- CCSS- MEP – INAMU- MAG- UCR- ICODER- IAFA- INCIENSA- CENDEISS.

Equipos institucionales del Ministerio de Salud: conformado por personas representantes de las direcciones de rectoría del nivel central.

Equipo institucional CCSS: conformado por miembros del programa de fortalecimiento institucional del cáncer.

Red de ONGs: Organizaciones asociadas a la red.

A.2 Funciones de los Responsables de la Gestión del Sistema de Monitoreo y Evaluación

Para la implementación del sistema de Monitoreo y Evaluación se requiere de un equipo multidisciplinario técnico-operativo, de las entidades asociadas; así como el involucramiento de la dirección política.

Las funciones de los responsables del funcionamiento del Sistema de Monitoreo y Evaluación serían:

A- Equipo intersectorial:

Corresponde las personas nombradas por cada institución ú ONGs responsables de garantizar el envío de información y medios de verificación del avance de actividades y resultados del Plan Nacional de Cáncer.

Tiene las siguientes funciones:

Recolectar las evidencia de cumplimiento de los indicadores de resultado del Plan Nacional de Cáncer. La misma se enviará de forma semestral para que sea incorporada en la plataforma virtual.

Coordinar dentro de su institución la información a ser recolectada con los responsables de realizar las actividades específicas.

Participar en el seguimiento de los indicadores del Plan Nacional de Cáncer.

Participar activamente en las reuniones mensuales programadas por el equipo.

B- Equipo institucional del Ministerio de Salud:

Corresponde al personal del Ministerio de Salud la planificación, monitoreo y evaluación del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer y su divulgación técnica.

Sus funciones son:

- Coordinar con el equipo intersectorial de Monitoreo y Evaluación.
- Ejecutar las funciones rectoras relacionadas con el Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer.
- Revisar, retroalimentar y consolidar los datos provenientes de las instituciones.
- Registrar los medios de verificación en los instrumentos de monitoreo.
- Completar y mantener actualizados los instrumentos de monitoreo.
- Efectuar el monitoreo del avance de las metas del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer.
- Detectar posibles desviaciones en el cumplimiento del plan de manera oportuna e informar a los responsables de la actividad o

estrategia.

- Generar y analizar reportes de monitoreo semestrales para ser analizados por el equipo intersectorial.
- Elaborar un reporte de monitoreo anual para ser presentados ante las autoridades nacionales.
- Coordinar el adecuado funcionamiento y calidad del sistema de M y E con el responsable de sistemas.
- Enviar al responsable de comunicación y gestión de la información los productos del plan para su difusión.

C- Equipo institucional (CCSS)

Corresponde al personal de la CCSS encargado de la prestación de los servicios de salud definidos en el Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer.

Sus funciones son:

- Coordinar con el equipo intersectorial de Monitoreo y Evaluación.
- Ejecutar las funciones prestadoras de servicios de salud relacionadas con el Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer.
- Revisar, retroalimentar y consolidar los datos provenientes de la institución.
- Completar los instrumentos de monitoreo consignados en el plan.
- Efectuar el monitoreo del avance de metas del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer, según sus competencias.
- Detectar posibles desviaciones en el cumplimiento del plan de manera oportuna e informar a los responsables de la actividad o estrategia.
- Generar y enviar al equipo intersectorial los Reportes de monitoreo semestrales.
- Participar en la elaboración del reporte de monitoreo anual a ser presentados ante las autoridades nacionales.

D- Red de ONGs:

Corresponden a las organizaciones no gubernamentales asociadas a la red que desarrollan acciones relacionadas a la prevención y al control del cáncer, en coordinación directa con las instituciones del estado, que por la naturaleza misma de sus acciones no se le definen funciones en este plan.

A.3 Mecanismos para la operación del sistema de Monitoreo y Evaluación.

Para el funcionamiento del sistema de Monitoreo y Evaluación se contemplan los siguientes mecanismos:

I- Coordinación en la Etapa de Planificación

La planificación para el funcionamiento del sistema de Monitoreo y Evaluación debe ser efectuada de manera conjunta con los equipos de las instituciones; esto comprende: cálculo de metas y definición de indicadores priorizados del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer, consenso en los medios de verificación para cada indicador, frecuencia de recolección de los indicadores, y modo de envío de los informes de ejecución de las actividades.

II- Reuniones de Monitoreo para análisis de indicadores

De forma trimestral se realizará una reunión del equipo intersectorial, con el objeto de dar seguimiento al plan de trabajo del equipo según los componentes, y acciones específicas identificadas.

III- Monitoreo del desempeño del sistema de Monitoreo y Evaluación

Es fundamental que los involucrados en la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación puedan medir su desempeño. Para tal objetivo, se aprovechará las reuniones trimestrales señaladas en el ítem anterior para llevar un proceso sistemático de revisión de al menos los siguientes indicadores del desempeño del sistema:

Indicador del desempeño:

El total de acciones realizadas por el Ministerio de Salud entre el total de

las acciones que se definan para el cumplimiento del Plan Nacional para la prevención y control del Cáncer para el Ministerio de Salud.

Indicador del desempeño:

El total de acciones realizadas por la CCSS entre el total de las acciones que debieron realizarse en el trimestre para el cumplimiento del Plan Nacional para la prevención y control del Cáncer para la CCSS.

Indicador desempeño:

El total de acciones realizadas por todos los responsables entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del Plan Nacional para la prevención y control del Cáncer.

SECCION B:

RECURSO HUMANO DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION

B.1 Competencias y Habilidades de los responsables de Monitoreo y Evaluación

B.2 Equipo Humano

B.3 Plan de capacitación

SECCION B:

RECURSO HUMANO DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El sistema de Monitoreo y Evaluación requiere el trabajo conjunto de funcionarios de las instituciones y organizaciones representadas en el equipo intersectorial, para lo cual es necesario desarrollar recurso humano.

B.1 Competencias y Habilidades de los responsables de Monitoreo y Evaluación

El equipo intersectorial de monitoreo y evaluación, debe cumplir las siguientes competencias:

Actividad de Monitoreo	Competencias y Habilidades
Coordinación con los funcionarios de las diversas instituciones que proveen información	◆ Trabajo en equipo, impulsando y coordinando (entre los responsables del monitoreo y sus compañeros en las instituciones (MS- CCSS); que le proporciona la información necesaria)
Recolección de datos y medios de verificación	
Análisis de calidad de datos y medios de verificación	◆ Expertiz en el campo de la Evaluación de Gestión y de Impacto
Elaboración de formatos e instrumentos para el registro de la información	◆ Liderazgo y creatividad
Almacenamiento y mantenimiento de la información	◆ Planificación y organización en el manejo de tiempos
Identificación de potenciales cambios y riesgos que impidan alcanzar las metas	◆ Orientación de trabajo por resultados
Participación en reuniones de monitoreo, de revisión y de semaforización trimestrales.	◆ Gestión de datos y uso de instrumentos
Comunicación de resultados de monitoreo	◆ Control de cambios, detección de riesgos y búsqueda de soluciones
Participación en plan de capacitación	◆ Comunicación verbal y escrita
	◆ Iniciativa, amplio criterio y toma de decisiones en el proceso de recolección de la información

B.2 Equipo Humano para la implementación del sistema de Monitoreo y Evaluación

Las personas responsables de la implementación del sistema Monitoreo y Evaluación serán designadas formalmente por las autoridades del Ministerios de Salud, de la CCSS y de las entidades asociadas.

En el siguiente cuadro se incluye la institución y las unidades organizativas responsables:

Entidad	Unidades organizativas
1. Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> a) Planificación estratégica b) Evaluación de impacto en las acciones en salud c) Garantía de Acceso d) Vigilancia de la Salud e) Mercadotecnia de la salud f) Regulación de la salud
2. Caja Costarricense del Seguro Social	a) Representante designado por la Gerencia Médica.
3. Ministerio de Educación	Representante designado ante el equipo intersectorial
4. IAFA	Representante designado ante el equipo intersectorial
5. Universidad de Costa Rica	Representante designado ante el equipo intersectorial
6. Ministerio de Agricultura	Representante designado ante el equipo intersectorial
7. INCIENSA	Representante designado ante el equipo intersectorial
8. CENDEISS	Representante designado ante el equipo intersectorial
9. Otra	Representante designado ante el equipo intersectorial

B.3 Plan de Capacitación para Responsables de Monitoreo y Evaluación

Para el fortalecimiento de las capacidades de monitoreo y evaluación de los responsables de Monitoreo y Evaluación se utilizó como referencia el plan de capacitación que la región centroamericana ha desarrollado, por ejemplo como el de SECOMISCA, que se presenta a continuación:

PLAN DE CAPACITACIÓN PARA REPOSABLES DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN					
OBJETIVO GENERAL	Fortalecer la capacidad para monitorear y evaluar políticas, planes y proyectos de salud que contribuyan al logro los objetivos del PNCC				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender la utilidad del modelo de gestión para resultados y el tablero de comando como instrumento operativo 2. Analizar la relevancia del monitoreo, control y de la evaluación de la ejecución para ajustar, corregir o reorientar una política, plan o proyecto 3. Manejar herramientas para el monitoreo de políticas, planes y proyectos 4. Comprender los elementos para una adecuada gestión de datos 5. Conocer y aplicar los principales procedimientos de análisis cuantitativo e interpretación de datos 6. Diseñar e implementar una evaluación ex post. 7. Comprender los diversos modelos de evaluación de impacto que permitan sistematizar experiencias y recomendaciones para políticas, planes y proyectos futuros 				
TEMAS	GESTION PARA RESULTADOS Y TABLERO DE COMANDO	INTRUMENTOS DE MONITOREO	GESTION DE DATOS	METODOS CUANTITATIVOS	EVALUACION DE POLITICAS PUBLICAS
CONTENIDOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión para resultados con modelo de gestión organizacional 2. Casos de uso de gestión para resultados 3. Cuadro de mando integral 4. Casos de uso de tableros de comando 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definiciones de monitoreo y utilidad 2. Monitoreo y evaluación en el ciclo de la planificación 3. Monitoreo y evaluación de marco lógico 4. Jerarquía de indicadores 5. Instrumentos para monitoreo (al menos las 4 C) 6. Medios de verificación y formatos de recolección 7. Uso y divulgación de información de monitoreo 8. Indicadores de desempeño de monitoreo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcance de la gestión de datos 2. Elementos del proceso de gestión de datos 3. Estructura organizativa de las unidad de gestión de datos 4. Analisis de fuentes 5. Flujo de datos 6. Responsables de la gestión de datos 7. Recolección de datos y herramientas de recolección 8. Procesamiento de datos 9. Control de la calidad de la información 10. Análisis de la información 11. Evaluación de proceso de gestión de los datos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estadística descriptiva (distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y medidas de dispersión). 2. Probabilidades 3. Teoría de muestreo 4. Prueba de hipótesis 5. Análisis modelos estadísticos 6. Pruebas de bondad de ajuste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vinculación de la evaluación y las políticas públicas 2. Tipos de evaluación 3. Pasos para realizar evaluaciones 4. Evaluación intermedia 5. Evaluación de efectos 6. Evaluación de impacto (modelos de evaluación)

Fuente: Plan de Centroamérica y el Caribe (SECOMISCA)

SECCION C:

MONITOREO PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE CANCER

C.1 Tablero de Indicadores

C.2 Fichas Técnicas

C.3 Instrumento de Monitoreo

C.4 Reportes de Monitoreo

SECCION C:

MONITOREO DEL PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

Para medir el avance del Plan se priorizaron indicadores, relacionados con los ámbitos del plan, se presentan en el siguiente tablero de indicadores.

C.1 Tablero de Indicadores

Los indicadores seleccionados para la medición del avance del Plan se presentan en la Tabla No. 4.

El tablero de indicadores está organizado según los ámbitos del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer: cultura de cuidado individual y colectivo, hábitat humano, servicios de salud, vigilancia de la salud, investigación y Desarrollo tecnológico, fuerza de trabajo, además de gasto y financiamiento.

Ámbito	Objetivo	Indicador priorizado
Cultura de cuidado individual y colectivo	Fortalecer las habilidades individuales y colectivas para el cuidado de la salud y la incorporación de estilos de vida saludables que prevengan el cáncer y minimicen sus factores de riesgo, aplicando criterios de vulnerabilidad y enfoque de género y ciclo de vida.	Plan de mercadeo social elaborado e implementado
Habitat Humano	Fortalecer la regulación, el control y el conocimiento de los determinantes ambientales vinculados a la incidencia y mortalidad del cáncer en la población nacional.	N° de elementos cancerígenos identificados
Servicios de salud	Asegurar por parte del Estado el acceso equitativo de la población que habita en Costa Rica a servicios de detección	Porcentaje de avance en la implementación de la estrategia nacional para disminuir las barreras de

	temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportunos del cáncer, con calidad, equidad, humanismo y utilizando la mejor evidencia.	acceso
Cuidados paliativos	Asegurar el acceso a los servicios integrales de cuidados paliativos a las personas con cáncer y su familia, en forma oportuna, con calidad, universalidad, solidaridad y equidad	Porcentaje de Organizaciones participando en la red
Vigilancia de la Salud	Diseñar, implementar y evaluar el Sistema Nacional de Información sobre Cáncer sostenible, accesible y de calidad.	Sistema de información diseñado, implementado y evaluado.
Investigación y desarrollo tecnológico	Fortalecer la generación del conocimiento científico y tecnológico necesario para el abordaje integral del cáncer en Costa Rica, mediante la cooperación interinstitucional, interdisciplinaria e internacional con altos estándares de rigurosidad ética y científica acordes con las necesidades del país.	Agenda Nacional de Investigación preparada, divulgada y evaluada
Fuerza de trabajo	Fortalecer la planificación, dotación y la calidad del desempeño de los recursos humanos para la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación, la investigación y sistemas de información, para el abordaje integral del cáncer.	Perfil por competencias del recurso humano en salud, en el tema cáncer, definido por niveles de atención.

Indicadores de desempeño

1-El total de acciones realizadas por el Ministerio de Salud entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNPCC para el Ministerio de Salud.

2-El total de acciones realizadas por la CCSS entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNPCC para la CCSS.

3- El total de acciones realizadas por todos los responsables entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNPCC

Indicador de gasto y financiamiento

Cantidad total de fondos nacionales e internacionales desembolsados por sector (Público, privado, Internacional) como fuente de financiamiento para la prevención y control del cáncer

Indicador de impacto

Determinar los cambios en los determinantes y el estado de salud de la población meta, provocados por la intervención de acciones definidas en el plan, específicamente para la detección temprana del cáncer de cérvix en el primer nivel de atención

Disminuir los Índices de morbi-mortalidad de los tres tipos de cáncer que afectan más frecuentemente a la población costarricense, a Diciembre del 2017

C.2 Fichas Técnicas de Indicadores

A continuación se presentan las Fichas Técnicas de los Indicadores seleccionados:

Indicador No. 01	Impacto: N° de pacientes con papanicolau realizado y con resultados entregado en el primer nivel de atención	
Clasificación	Ámbito	Servicios de Salud
	Objetivo general	Disminuir la incidencia de Ca de cérvix, mediante el número de pacientes con reporte de papanicolau en el primer nivel de atención.
Justificación	Considerando la Evaluación de Impacto de Acciones en salud como una función rectora que se posee como una herramienta que permite mejorar y fortalecer la intervención en la sociedad, y por ende procurar garantizar a la ciudadanía no solo una gestión transparente y oportuna mediante el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan de Cáncer, sino que permite identificar científicamente las potencialidades desiguales derivadas de la implementación de una política y proponer cambios que promuevan una mayor equidad y calidad en el componente de Servicios de Salud.	
Objetivo	Establecer, a partir de la línea base mediciones comparativas anuales del porcentaje de la población femenina en riesgo de cáncer de cérvix, atendidos por los programas de tamizaje en el primer nivel de atención y con entrega de resultados en forma oportuna.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: anual Frecuencia del reporte: anual.	
Instrumento de Medición	Cuestionario	
Método de Medición	Cuantitativo (Bases de datos, informáticas.)	
Responsable	Ministerio de Salud (Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud).	
Corresponsables	CCSS	

Indicador No. 02	Impacto: N° de personas que replican conocimientos, actitudes y practicas relacionados con el Ca de cérvix.	
Clasificación	Ámbito	Cultura de cuidado individual y colectivo
	Objetivo general	Evaluar anualmente el número de personas de la población meta que replican conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el Ca de cérvix: Factores de riesgo, prevención y detección temprana en el primer nivel de atención.
Justificación	En salud, es importante considerar dentro del desarrollo de una Evaluación de Impacto, tanto el enfoque cuantitativo como el cualitativo Dentro de este contexto, se concibe fundamental la percepción de los actores sociales los cuales figuran como sujetos y evaluadores de la intervención. Dichos actores Interactúan en la sociedad con el propósito de defender sus intereses y por tanto buscan dar respuestas a las necesidades identificadas como prioritarias; por tanto cada uno de ellos expone su visión, sus expectativas, incluso su cuota de poder, lo que fortalece y retroalimenta las intervención definidas en el plan, específicamente en la calidad de atención de los servicios del primer nivel de atención.	
Objetivo	Establecer, a partir de la línea base mediciones comparativas anuales del referente a conocimientos, actitudes y prácticas de la población meta, sobre la enfermedad de Cáncer, factores de riesgo y mecanismos de prevención, detección temprana del cáncer de cérvix en el primer nivel de atención.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: anual Frecuencia del reporte: anual.	
Instrumento de Medición	Encuesta	
Método de Medición	Cualitativo (Grupo focal)	
Responsable	Ministerio de Salud (Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud.	
Corresponsables	CCSS	

Indicador No. 03 Gasto financiamiento y	Cantidad total de fondos nacionales e internacionales desembolsados por sector (Público, privado, Internacional) como fuente de financiamiento para la prevención y control del cáncer
Clasificación	Gasto y financiamiento
	Propósito Plan Lograr el control del cáncer, a través de un enfoque sistémico, el abordaje integral, la gestión coordinada y la participación de los diversos actores sociales
Justificación	<p>Es importante efectuar un seguimiento detallado de: (i) la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y (ii) dónde se originan los fondos.</p> <p>Los datos se utilizan para medir el compromiso y la acción nacional, ayudan a los responsables nacionales de la toma de decisiones a efectuar el seguimiento del alcance y la eficacia de sus programas.</p> <p>Este elemento de información estratégica apoya el papel coordinador de la autoridad nacional y proporciona la base para la asignación de recursos y los procesos de planificación estratégica mejorada.</p>
Objetivo	Recopilar datos exactos y sistemáticos sobre la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y las fuentes de las que proceden dichos fondos
Frecuencia de la recopilación de datos	<p>Frecuencia de recopilación: Datos para los años calendario disponibles en mayo de cada año</p> <p>Frecuencia del reporte: Julio de cada año se brinda la información del año anterior</p>
Instrumento de Medición	Instrumento/método principal: Medición del Gasto en salud
Método de Medición	<p>Gastos reales clasificados de acuerdo con categorías de gasto relativo al Cáncer y por fuente de financiación, incluido el gasto público de fuentes propias (p. ej., rentas públicas como los impuestos) y de fuentes internacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención 2. Atención y tratamiento 3. Fortalecimiento de la gestión y administración del programa 4. Desarrollo de los recursos humanos 6. Investigación <p>Tres grupos principales de fuentes de financiación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Público nacional 2. Internacional 3. Privado nacional.
Responsable	Ministerio de Salud /DGASS
Corresponsable	CCSS/

Indicador No. 04	Nombre del indicador : Número de Elementos Cancerígenos Identificados	
Clasificación	Ámbito	Hábitat humano,
	Objetivo general	Fortalecer la regulación, el control y el conocimiento de los determinantes ambientales vinculados a la incidencia y mortalidad del cáncer en la población nacional.
Justificación	Determinar los posibles efectos de los productos químicos utilizados en el país así como las deficiencias en su utilización en los ambientes laborales.	
Objetivo	Identificar e implementar directrices y estrategias para reducir los principales factores de riesgo ambientales, asociados a (disminuir) la incidencia y mortalidad por cáncer en la población costarricense.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: Recopilación anual Frecuencia del reporte: bianual	
Instrumento de Medición	Cuestionario de investigación	
Método de Medición	Base de datos, SPSS	
Responsable	Dirección de Regulación de la Salud / Dirección Garantía de Acceso a los Servicios de Salud / Ministerio de Salud	
Corresponsables	Áreas rectoras de Salud	

Indicador No 5	Nombre del indicador: Agenda Nacional de Investigación preparada, divulgada y evaluada	
Clasificación	Ámbito	Investigación y Desarrollo Tecnológico
	Objetivo general	Fortalecer la generación del conocimiento científico y tecnológico necesario para el abordaje integral del cáncer en Costa Rica, mediante la cooperación interinstitucional, interdisciplinaria e internacional con altos estándares de rigurosidad ética y científica acordes con las necesidades del país.
Justificación	Se requiere de realizar un inventario de productos químicos cancerígenos utilizados en la industria y comercio nacional,	
Objetivo	Desarrollar investigación en cáncer, sobre los determinantes de salud, que integren en su realización diversas áreas y ramas del conocimiento	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: Se puede actualizar en periodos de 5 años Frecuencia del reporte: una vez por cada periodo	
Instrumento de Medición	Encuesta	
Método de Medición	Archivo de computo en base de datos	
Responsable	Ministerio de Salud	
Corresponsables	Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, Ministerio de Salud	

Indicador No. 06	Nombre del indicador: documento con el perfil por competencias del recurso humano en salud, en el tema cáncer, definido por niveles de atención.	
Clasificación	Ámbito	FUERZA DE TRABAJO EN SALUD
	Objetivo general	Fortalecer el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y su impacto en la promoción de la salud y el abordaje integral del cáncer.
Justificación	Este indicador resulta clave porque es el insumo básico para proceder a incorporarlo en la curricula universitaria, en la norma nacional y en los procesos de educación permanente. Su consideración en estos espacios es de suma relevancia para mejorar la calidad de la atención del cáncer.	
Objetivo	Establecer las competencias del recurso humano profesional y técnico interdisciplinario para el abordaje integral del tema cáncer.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: se recopilará información de avance del indicador durante los años 2012 - 2013 y se consolidará anualmente. Frecuencia del reporte: reporte semestral.	
Instrumento de Medición	Fuente o medio para obtener la información: plantilla.	
Método de Medición	Documento base por medio del cual se recolecta la información: bases de datos informáticas, lo que permite el cálculo del indicador.	
Responsable	Ministerio de Salud, DGASS	
Corresponsables	CENDEISS, CONARE, CONESUP, Recursos Humanos de la CCSS, Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.	

Indicador No. 07	Nombre del indicador : Número de organizaciones de cuidados paliativos trabajando en red	
Clasificación	Ámbito	Servicios de Salud de Cuidados paliativos
	Objetivo general	Garantizar al paciente con cáncer y a su familia una atención integral en cuidados paliativos
Justificación	La OMS define “El cuidado paliativo es la asistencia activa y total, de las personas enfermas y sus familias, por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal procurar la Mejor Calidad de Vida posible para las personas enfermas y su familia”.	
Objetivo	Conformar una red de organizaciones de cuidados paliativos para el abordaje integral del paciente con cáncer y su familia.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: trimestral Frecuencia del reporte: Anual	
Instrumento de Medición	A definir	
Método de Medición	Análisis de base de datos	
Responsable	Ministerio de Salud	
Corresponsables	CCSS, ONG's	

Indicador No 8	Nombre del indicador : % de avance en la implementación de la estrategia nacional para disminuir las barreras de acceso	
Clasificación	Ámbito	Servicios de Salud/ Cuidados paliativos
	Objetivo general	Mejorar la accesibilidad de las personas a los servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna de los cánceres prioritarios
Justificación	En tanto se logren definir las barreras de acceso a los servicios de salud, se buscará disminuir los tiempos de espera para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación logrando así ofrecer una atención oportuna al cáncer.	
Objetivo	Definir e implementar una estrategia nacional para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de atención integral de los cánceres prioritarios.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: trimestral Frecuencia del reporte: Anual	
Instrumento de Medición	A definir.	
Método de Medición	Encuesta de opinión, investigación de campo. Aplicación de Trazadora	
Responsable	Ministerio de Salud	
Corresponsables	Caja Costarricense del Seguro Social Establecimientos de Salud Privados	

Indicador No 9	Nombre del indicador : Porcentaje del Sistema de información diseñado y desarrollado.	
Clasificación	Ámbito	Vigilancia de la Salud
	Objetivo general	Diseñar, implementar y evaluar el Sistema Nacional de Información sobre Cáncer sostenible, accesible y de calidad.
Justificación	Para la definición e implementación de políticas planes y programas, así como para la evaluación del impacto de las estrategias de prevención y control, se requiere de información oportuna y de calidad sobre la morbilidad y mortalidad producida por el cáncer.	
Objetivo	Diseñar, implementar y evaluar el componente para el fortalecimiento del sistema de registro de morbi-mortalidad del cáncer.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: mensual Frecuencia del reporte: anual	
Instrumento de Medición	Informes de avance en el diseño e implementación mensuales . Informe de evaluación anual	
Método de Medición	Seguimiento de entrega de productos en la fase de diseño, cumplimiento de cronograma, Para la evaluación una vez concluido el diseño, se confeccionará instrumento de evaluación del sistema, que comprenda cobertura, calidad, oportunidad, satisfacción de usuarios internos y externos, entre otros.	
Responsable	Dirección de Vigilancia de la Salud.	
Corresponsables	Consorcio Grupo Asesor en Informática – Infosalud.	

Indicador No 9	Nombre del indicador : Porcentaje del Sistema de información diseñado y desarrollado.	
Clasificación	Ámbito	Vigilancia de la Salud
	Objetivo general	Diseñar, implementar y evaluar el Sistema Nacional de Información sobre Cáncer sostenible, accesible y de calidad.
Justificación	Para la definición e implementación de políticas planes y programas, así como para la evaluación del impacto de las estrategias de prevención y control, se requiere de información oportuna y de calidad sobre la morbilidad y mortalidad producida por el cáncer.	
Objetivo	Diseñar, implementar y evaluar el componente para el fortalecimiento del sistema de registro de morbi-mortalidad del cáncer.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: mensual Frecuencia del reporte: anual	
Instrumento de Medición	Informes de avance en el diseño e implementación mensuales . Informe de evaluación anual	
Método de Medición	Seguimiento de entrega de productos en la fase de diseño, cumplimiento de cronograma, Para la evaluación una vez concluido el diseño, se confeccionará instrumento de evaluación del sistema, que comprenda cobertura, calidad, oportunidad, satisfacción de usuarios internos y externos, entre otros.	
Responsable	Dirección de Vigilancia de la Salud.	
Corresponsables	Consortio Grupo Asesor en Informática – Infosalud.	

Indicador No 10	Nombre del indicador: 100% de actores sociales! claves desarrollando acciones para el autocuidado y la prevención del cáncer (cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de próstata y cáncer de estómago), de sus trabajadores y de la población a la cual sirven.	
Clasificación	Ámbito	Cultura de Cuidado Individual y Colectivo
	Objetivo general	Fortalecer las habilidades individuales y colectivas para el cuidado de la salud y la incorporación de estilos de vida saludables que prevengan el cáncer y minimicen sus factores de riesgo, aplicando criterios de vulnerabilidad, enfoque de género y ciclo de vida.
Justificación	<p>El Ministerio de Salud como ente rector debe dirigir y conducir a los actores sociales hacia la producción social de la salud, tomando en cuenta que esta rectoría se ejerce mayormente en el sector salud.</p> <p>El trabajo con cada uno de los actores sociales mencionados nos va a permitir fortalecer las habilidades individuales y colectivas para el cuidado de la salud y la incorporación de estilos de vida saludables, que prevengan cáncer y minimicen los factores de riesgo, con enfoque de género y ciclo de vida.</p> <p>Es importante anotar la existencia de factores de riesgo comunes relacionados con el cáncer en sus diferentes manifestaciones y que facilitan su abordaje desde diferentes instancias con el fin de que las personas apliquen conocimientos y modifiquen actitudes y prácticas, para la prevención de esta enfermedad.</p> <p>Para que la persona pueda aplicar conocimientos y modificar actitudes y prácticas se requiere que los actores generen las condiciones necesarias, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la educación para el cuidado de la salud con enfoque de género y de ciclo de vida. • Acceso a exámenes de detección con oportunidad y calidad (examen de mama, Papanicolaou, antígeno prostático y gastroscopia). • Creación de espacios para la actividad física. • Producción de alimentos inocuos (por producción, almacenamiento y manipulación). • Protección de los trabajadores en situaciones de riesgo o por exposición a sustancias químicas y otras relacionadas con el cáncer. 	

Indicador No 11	Nombre del indicador : Porcentaje de cumplimiento del PNPCC para el MS	
Clasificación	General	Desempeño
	Propósito	Lograr el control del cáncer, a través de un enfoque sistémico, el abordaje integral, la gestión coordinada y la participación de los diversos actores sociales
Justificación	Para permitir el seguimiento a la implementación del plan en las actividades específicas de competencia del MS.	
Fórmula	El total de acciones realizadas por el MS entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNPCC para el MS.	
Objetivo	Monitorear el cumplimiento de las actividades competencia del Ministerio de Salud.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: bianual Frecuencia del reporte: bianual	
Instrumento de Medición	Informe de evaluación bianual	
Método de Medición	Se identificarán las acciones específicas de la institución y se medirá el cumplimiento de cada una de ellas mediante el reporte que realicen las unidades organizativas encargadas de su ejecución, contra entrega de informes escritos. Se utilizará además entrevistas y llenado de formularios diseñados para tal fin	
Responsable	Dirección de Planificación Institucional.	
Corresponsables	Direcciones del Nivel Central.	

Indicador No12	Nombre del indicador : Porcentaje de cumplimiento del PNPC para la CCSS	
Clasificación	General	Desempeño
	Propósito	Lograr el control del cáncer, a través de un enfoque sistémico, el abordaje integral, la gestión coordinada y la participación de los diversos actores sociales
Justificación	Para permitir el seguimiento a la implementación del plan en las actividades específicas de competencia de la CCSS.	
Fórmula	El total de acciones realizadas por la CCSS entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNPC para la CCSS.	
Objetivo	Monitorear el cumplimiento de las actividades competencia de la CCSS.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: bianual Frecuencia del reporte: bianual	
Instrumento de Medición	Informe de evaluación bianual	
Método de Medición	Se identificarán las acciones específicas de la institución y se medirá el cumplimiento de cada una de ellas mediante el reporte que realicen las unidades organizativas encargadas de su ejecución, contra entrega de informes escritos . Se utilizará además entrevistas y llenado de formularios diseñados para tal fin.	
Responsable	Dirección de Planificación Institucional.	
Corresponsables	Direcciones del Nivel Central de la CCSS	

Indicador No 13	Nombre del indicador : Porcentaje de cumplimiento del PNCC	
Clasificación	General	Desempeño
	Propósito	Lograr el control del cáncer, a través de un enfoque sistémico, el abordaje integral, la gestión coordinada y la participación de los diversos actores sociales
Justificación	Para permitir el seguimiento a la implementación del plan en las actividades específicas de competencia de todas las instituciones	
Fórmula	El total de acciones realizadas por todos los responsables entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNCC	
Objetivo	Monitorear el cumplimiento de las actividades competencia de todas las instituciones.	
Frecuencia de la recopilación de datos	Frecuencia de recopilación: bianual Frecuencia del reporte: bianual	
Instrumento de Medición	Informe de evaluación bianual	
Método de Medición	Se identificarán las acciones específicas de cada institución y se medirá el cumplimiento de cada una de ellas mediante el reporte que realicen las unidades organizativas encargadas de su ejecución, contra entrega de informes escritos . Se utilizará además entrevistas y llenado de formularios diseñados para tal fin.	
Responsable	Dirección de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud.	
Corresponsables	Encargados de M&E de las instituciones	

C.3 INSTRUMENTOS DE MONITOREO

Para realizar el seguimiento al Plan se utilizarán los siguientes instrumentos:

Monitoreo de los indicadores: permite registrar y semaforizar avance de los indicadores priorizados en el plan, incluye observaciones específicas.

C.3.1 Instrumento Monitoreo de Indicadores de Resultado

Plan Nacional de Cáncer								
Período:			Monitoreo de Indicadores de Resultado				Responsable	
Ambito	Indicador	Fórmula	Resultado Indicador	Porcentaje de cumplimiento				Observaciones
				0%	50%	75%	100%	
				○	○	○	○	
				○	○	○	○	

Ver completo en Anexo No.1: Instrumentos Monitoreo

Para completar este instrumento los equipos de apoyo recolectarán de forma bianual el cumplimiento y/o avance del indicador de resultado, de parte de los respectivos técnicos (del Ministerio de Salud o CCSS), luego procederán a una revisión de acuerdo a lo establecido en las fichas técnicas de cada indicador. Remitirán el medio de verificación vía correo electrónico al responsable de monitoreo del Ministerio de Salud, quien luego del control de calidad del medio de verificación registrará el resultado y levantará el informe respectivo.

C.3.2 Instrumento Monitoreo de Indicadores de Gasto y Financiamiento

Fuente de Financiación (FS)							Nombre del Agente de Financiación (FA)	Proveedor de Servicios (PS)	Categoría de Gasto (ASC)	# de Beneficiarios/as	Monto		Población Beneficiaria (BF)	Factor de Producción (PF)
Nombre del Donante (FS)	Clasificación del Donante										\$	¢		
	Nacional	Internacional	Público	Privado	Lucrativo	No Lucrativo								

C.3.3 Reportes de Monitoreo del Plan

Luego de la aplicación de los instrumentos de monitoreo se obtendrán los siguientes reportes de salida que permiten medir el avance del Plan Nacional para la prevención y el control del cáncer.

Reporte 1

El reporte tendrá un cuadro resumen de la evaluación, junto a una descripción de los principales hallazgos y las propuestas técnicas de las medidas correctivas a aplicar, se preparará informe para las autoridades de salud correspondientes. Se presenta a continuación el formato resumen a utilizar.

Plan Nacional de Cáncer						
Periodo	Reporte Monitoreo de Indicadores de Resultado				Responsable	
Indicador	Resultado Indicador	Procentaje de cumplimiento				Observaciones
		0%	50%	75%	100%	
		●	●	●	●	
		●	●	●	●	

Ver completo en Anexo No.1: Instrumentos Monitoreo

Reporte 2

El reporte de gasto y financiamiento será elaborado según la normativa definida por la unidad organizativa encargada de la medición del gasto en salud.

SECCION D:

GESTION DE DATOS

D.1 Niveles de Gestión de datos

D.2 Flujo de Datos

D.3 Procesamiento y Análisis de datos

D.4 Calidad de datos

SECCION D

GESTION DE DATOS

Este componente tiene como objetivo incrementar la disponibilidad, calidad, valor y uso de información precisa y oportuna, que permita tomar decisiones apropiadas basadas en evidencias confiables.

La *Gestión de Datos* es un proceso diseñado para orientar la realización de las actividades a cargo de los responsables del manejo de la información, es decir, del equipo técnico del Ministerio de Salud y entidades asociadas.

D.1 Niveles de Gestión de Datos

Los niveles de gestión de datos corresponden a los señalados en la sesión 1.1. Niveles de la Estructura organizacional del sistema de Monitoreo y Evaluación, es decir: Nacional y Local

El Nivel Nacional está representado por las instancias del nivel central del Ministerio de salud, la CCSS y de otras instituciones gubernamentales, y ONGs, las cuales alimentaran el sistema de monitoreo y evaluación.

El Nivel Local: está representado por los servicios de salud donde se genera la información y se reporta al registro nacional de tumores (uno de los insumos del sistema de monitoreo y evaluación).

Entre los niveles de Gestión de Datos deben existir interacciones en dos vías: i) se debe mantener una comunicación permanente con el propósito de garantizar la calidad y ii) difusión de la información y retroalimentación.

D.2 Flujo de datos

El flujo de información para el sistema de Monitoreo y Evaluación comprende algunos pasos con la intervención de diferentes actores:

El responsable, que recibe los informes consolidados de las instituciones generadoras de información. Una vez efectuada la revisión y control de la calidad de medios de verificación (completos y sin errores), digita y actualiza la meta del indicador correspondiente y levanta la evidencia en el instrumento de monitoreo respectivo. En caso de que existan omisiones

o errores en los medios de verificación, se devolverán a la fuente con la respectiva retroalimentación.

A continuación el sistema emitirá automáticamente reportes que una vez revisados por el responsable de monitoreo serán trasladados a las autoridades institucionales.

Es importante destacar que como parte del sistema de monitoreo y evaluación existe en el país el registro nacional de tumores, reportes que permiten medir el impacto de las acciones desarrolladas, se describe brevemente en qué consiste dicho registro.

D.3 Registro Nacional de Tumores

Todos los establecimientos públicos y privados notifican al RNT los tumores malignos, que se presentan en los diferentes establecimientos de salud, por lo que la información que se procesa es nacional y útil para la toma de decisiones en materia de cáncer.

El Registro Nacional de Tumores (RNT) se crea por medio del Decreto Ejecutivo N° 6584 del 6 de diciembre de 1976 ya que el cáncer era una causa importante de muerte en Costa Rica con el objetivo de contar con “la documentación y datos completos para ayuden a determinar la incidencia y prevalencia de esa importante causa de muerte en el país, así como establecer planes de control y medidas de prevención de esta materia”

De acuerdo con lo establecido por ley al Registro le corresponden las siguientes funciones:

- Realizar el procesamiento de los datos que vienen de los niveles locales (codificación, digitación, depuración, análisis de la información).
- Planeamiento, dirección, coordinación y supervisión de programas de recolección de datos del registro en los niveles locales, regionales y centrales.
- Participación en la formulación de políticas y normas concernientes al RNT.
- Participar en las diferentes comisiones y Consejos Interinstitucionales.
- Estimar y proponer proyectos para mejorar la calidad de la información
- Impartir capacitación a personal del nivel local encargado de con-

feccionar los formularios del RNT, a través de seminarios, talleres y visitas periódicas.

- Brindar asesoría a los diferentes profesionales a nivel institucional e interinstitucional en lo referente al registro.
- Realizar trabajos de investigación.
- Calcular indicadores de salud sobre esta patología.
- Suministrar información a las Autoridades de Salud del país.
- Suministrar información a los diferentes usuarios: Instituciones del Sector Salud, estudiantes y funcionarios de las Ciencias de la Salud, periodistas, personal de los niveles locales, regionales y centrales de las diferentes instituciones de Salud, Universidades, investigadores y otros.
- Velar por que en los niveles locales se estén reportando los datos de manera oportuna y confiable.

El Registro de Tumores cuenta con personal de gran experiencia, especializado en Medicina, Salud Pública y Registros y Sistemas de Información en Salud. En la actualidad se cuenta en el RNT con equipo moderno y de alta capacidad y se está realizando la reingeniería del sistema para modernizar el sistema automatizado del RNT.

Por los parámetros de calidad con que cuenta el Registro Nacional de Tumores de Costa Rica a nivel mundial aparece en la publicación quinquenal del IARC “Cancer Incidence en Five Continents”, ya que los datos son procesados y analizados siguiendo estrictos lineamientos internacionales, lo que garantiza la calidad y comparabilidad de los datos con los presentados en otros Registros de Cáncer a nivel mundial.

D.4 Procesamiento y Análisis de Datos

El procesamiento y análisis de la información tendrá tres momentos:

Antes del Enviar

El/la delegado/a del equipo de apoyo de las entidades involucradas, revisarán la información y medios de verificación recolectados de los diferentes técnicos por área, verificando que no contengan omisiones, errores e inconsistencias. Luego remitirán vía email a responsable de monitoreo.

Antes del Registrar en la plataforma de Monitoreo y Evaluación (en los instrumentos)

El/la responsable de monitoreo al recibir la información, medios de verificación y evidencias de los equipos de apoyo, entidades involucradas, técnicos, vía email, identificará omisiones, errores e inconsistencias; en caso existan deberá devolver a la fuente la información con su respectiva retroalimentación.

Luego de consolidar la información proveniente de las instituciones y organizaciones verificar que esté libre de errores, digitalará y actualizará la meta del indicador y levantará el medio de verificación, en el instrumento de monitoreo respectivo.

Después de Registrar en los instrumentos de monitoreo

Luego de registrar la información y medios de verificación en los instrumentos, el responsable de monitoreo debe analizar e interpretar cada instrumento y, procesar y verificar la información resumen en los reportes de monitoreo.

El responsable de monitoreo decidirá el canal que se va a utilizar para presentar la información procesada: informe, boletín, comunicado en la página web, folleto, informe, otro (esto estará contemplado en el Plan de divulgación), así como los formatos apropiados para las diferentes audiencias.

D.5 Calidad de datos

El control de calidad es una inspección cuidadosa de los datos que permite identificar omisiones, errores e inconsistencias, que serán corregidos por el responsable del manejo de la información en cada nivel, es decir, por los equipos de apoyo y responsable de monitoreo.

Dentro de los datos a recolectar en el sistema de monitoreo y evaluación el Ministerio de Salud como ente rector, revisa de manera permanente la información que recibe de los eventos sujetos a vigilancia. Si se determinan inconsistencias, se devuelve la información y se espera el nuevo envío. Además, cuando se realizan las visitas a los establecimientos de salud que proporcionan los datos, se revisa la información enviada al Ministerio Salud y las evidencias de los envíos, contrastando esto con la información que se tiene en el nivel central del Ministerio.

El Ministerio Salud realiza visitas cuando se detectan anomalías, pero esta

programación no se ha llevado a cabo de manera rutinaria ni sistemática. Por tanto, actualmente se ha hecho necesario definir un sistema de supervisión capacitante para mejorar la calidad del dato. Este sistema se encuentra en etapa de diseño y su implementación está programada para iniciar en el año 2013.

En la nueva propuesta del Ministerio Salud, para la supervisión capacitante, se plantea como objetivo supervisar la calidad de los datos de manera periódica y eliminar los obstáculos que impiden producir datos de alta calidad (por ejemplo, datos que sean válidos, confiables, integrales y oportunos). Para lograrlo, se contará con los siguientes elementos:

1- Directrices para la supervisión de la recolección rutinaria de datos a nivel institucional y a nivel comunitario. Deben existir decretos, manuales, normas, protocolos para la recolección de la información donde se defina claramente lo que se tiene que registrar. Para el sistema de información de Vigilancia de la Salud existe el reglamento 30945-S, así como la Ley General de del VIH y sida, División Territorial, calendario epidemiológico de envío de información y otros documentos que van a servir como material de consulta.

2- Visitas rutinarias de supervisión que incluye la evaluación de los datos y la retroalimentación sobre los resultados al personal local. Se necesita asegurar que se esté alimentando el sistema con registros de calidad, para ellos se amerita hacer algunas visitas de supervisión a los entes notificadores para verificar la calidad del dato y realizar supervisiones capacitantes. Para ello se ha confeccionado una matriz de supervisión capacitante en Excel en donde se supervisa:

- **Recurso Humano existente:** Es necesario evaluar si existe el funcionario que maneje el sistema, así como que tenga las capacitaciones necesarias.
- **Recursos materiales:** Se evalúa la necesidad de contar con equipo en buenas condiciones, así como el acceso a internet del funcionario (a) que maneja el sistema.
- **Disponibilidad de normativa y protocolos:** El funcionario (a) debe contar con el material de consulta mínimo para que pueda realizar las funciones a cabalidad y garantizar con ello la fiabilidad de los datos.
- **Disponibilidad de los datos mínimos de la base de datos:** Se revisará la base de datos disponible para verificar la precisión en el llenado de la base de datos, así como la planificación de acciones de mejora con la situación encontrada.

- **Requerimientos del sistema:** Buscando la precisión de los datos, en este punto se supervisará que la información esté depurada y actualizada, y que se haya enviado según el calendario epidemiológico vigente al Nivel Central. También se verifica si tienen respaldos para la información en discos externos u otro sistema de respaldo.

Debe mencionarse que en el caso de la CCSS, se garantiza la calidad en los datos que se utilizarán para hacer las proyecciones en compras, ha venido implementándose rutinariamente desde hace ya varios años.

SECCION E:

EVALUACIÓN DEL PLAN DEL NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER

E.1 Evaluación Plan

SECCION E:

EVALUACIÓN DEL PLAN DEL NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

En el sistema de Monitoreo y Evaluación, la evaluación será entendida como la valoración puntual del cambio en los resultados, y efectos atribuidos a la implementación del Plan Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer.

E.1 Evaluación del Plan

El Plan estará sujeto los siguientes tipos de evaluación:

PROCESOS DE EVALUACIÓN			
Proceso	Relevancia	Periodicidad	Comentarios
1. Evaluaciones de Impacto	Brindan la información necesaria para el reporte de indicadores de resultado e impacto, evidenciando científicamente el cambio o modificación en los determinantes y el estado de salud de la población. Lo anterior, permite determinar el grado de respuesta a los compromisos internacionales y nacionales establecidos en el Plan.	Final	Se realizan mediciones de impacto utilizando la metodología específica según criterio aportado por la Unidad de Evaluación de Impacto de Acciones en Salud.
<i>Evaluaciones del Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación</i>			
2. Evaluación de Gestión	Se pretende con esta evaluación, retomar los aspectos cualitativos y cuantitativos de la gestión. Se plantea un análisis de las estrategias, su pertinencia y eficacia, siguiendo un taller estructurado metodológicamente para hacerlo de manera concreta y efectiva. Facilita el análisis de los efectos y resultados obtenidos. Esta información permite el permanente reajuste de las estrategias del Plan Operativo Anual Intersectorial.	Bianual	Participarían Instituciones y ONG involucradas

3. Autoevaluación del Sistema Nacional de Monitoreo y evaluación.	Provee un marco de trabajo al país para analizar sistemáticamente su Sistema de Monitoreo y Evaluación. e identificar las principales fortalezas, debilidades y retos. Provee además, insumos relevantes para el desarrollo de planes de acción costeados para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.	2012 y 2014	Instituciones y ONG involucradas
4. Evaluación Externa del Sistema Nacional de M y E	Esta Evaluación Externa se programa con el fin de evaluar desde una mirada externa, la forma en que funciona el Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación en su integralidad y brindar las recomendaciones necesarias para su mejoramiento. Debe retomar tanto aspectos cuantitativos como cualitativos.	2015	Instituciones y ONG involucradas en la respuesta nacional al VIH

Evaluaciones de Impacto

Considerando el concepto de Evaluación de Impacto como, “...el análisis que tiene como objetivo determinar de manera más general si un programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa” (Judy L. Baker. (2000).

Se visualiza, Evaluación de Impacto para efectos del Plan Nacional de Lucha Contra el Cáncer, como:

“Juicio de valor que resulta del análisis de la información obtenida, acerca del grado o nivel de cambio observado en los determinantes y en el estado de la salud, atribuible a una acción en salud, en el mediano y largo plazo.” (Unidad de Evaluación de Impacto de Acciones en Salud.)

Así mismo, se define Impacto como: “Cambios logrados a largo plazo, como consecuencia lógica de una combinación de productos y efectos obtenidos de una acción en salud ejecutada. Los resultados esperados a este nivel involucran cambios que pueden ser positivos o negativos, en las condiciones de vida de la población, y por ende en los determinantes y en el estado de salud de las personas (Unidad Evaluación de Impacto de Acciones en Salud).

Dentro de este contexto es importante considerar que para el desarrollo de

la Evaluación de Impacto del Plan Nacional de Lucha Contra el Cáncer, se requiere contar con la línea base definida como:

“Conjunto de datos, información y acciones que ha venido realizando un país, una comunidad, o una unidad organizativa con sus propios recursos (costos) y estrategias, para resolver problemas locales o nacionales y que definen el estado actual de la situación o problema.”

Funciones de la Línea Base

Brinda una visión situacional y referencial de una problemática, con información cuantitativa y cualitativa de sus variables e indicadores, al momento del punto de partida de un plan.

Instrumento articulador de un proceso de planificación, ejecución y reformulación (ajuste) de actividades, tareas, políticas, estrategias y metas.

Punto de referencia para hacer un seguimiento (monitoreo) de la evolución de los indicadores estratégicos de una problemática hacia los objetivos y metas determinados en el contexto de un proyecto.

Finalmente, es importante enfatizar que se evalúa para determinar:

...la gestión de un gobierno para medir sus resultados e impactos ante los objetivos estratégicos planteados, y para identificar los factores que facilitan o impiden una implementación exitosa.

... su gestión, sus procesos, sus resultados, sus impactos.

El alineamiento de acciones y estrategias para aplicar con efectividad los recursos limitados y cumplir con los objetivos.

Si el programa está llegando a la población objetivo.

Para conseguir una comparación entre la situación ex ante y ex post del proyecto, es necesario que durante la etapa de Diseño del Proyecto se levante una línea de base de los indicadores de efecto e impacto.

La prestación de servicios es coherente con las especificaciones del diseño de la política/ programa, plan, proyecto o acción específica en salud.

Se ha programado realizar Evaluación de Impacto, 2 años después del inicio de la implementación del plan, a fin de determinar si generó cambios en las condiciones de vida de la población beneficiaria, y si tales cambios son atribuibles al Plan.

Cuadro No.4

Criterios de Evaluación de Impacto de Acciones en Salud

Eficacia	<p>Determinar el éxito parcial o total de la implementación del Plan, mediante el cumplimiento de objetivos, metas e indicadores de efecto e impacto. Este criterio debe responder:</p> <p>¿Logramos los objetivos propuestos?</p> <p>(incluye revisión de aporte de las Resoluciones para el cumplimiento de los Proyectos regionales)</p>
Eficiencia	<p>Calcular el éxito parcial o total de la implementación del Plan o Proyecto, mediante la ejecución financiera. Este criterio debe responder:</p> <p>¿Logramos los objetivos en una manera económica?</p>
Efectividad	<p>Verificar el nivel de logro de los Efectos e Impacto del Proyecto y los recursos financieros utilizados</p>
Sostenibilidad	<p>Evaluar la posibilidad de mantenimiento y continuidad de los efectos e impactos positivos del Plan; así como la capacidad de los involucrados para asumir las responsabilidades y costos futuros Este criterio debe responder:</p> <p>¿Los impactos positivos son durables?</p>
Impactos	<p>Determina los ccambios logrados a largo plazo, como consecuencia lógica de una combinación de productos y efectos obtenidos de una acción en salud ejecutada. Los resultados esperados a este nivel involucran cambios que pueden ser positivos o negativos, en las condiciones de vida de la población, y por ende en los determinantes y en el estado de salud de las personas.</p> <p>Este criterio debe responder:</p> <p>¿Qué pasó como resultado del plan?</p>
Satisfacción de los beneficiarios	<p>Comprende la apreciación de una persona, colectividad u organización sobre determinada acción estratégica o ejecutada y cómo esta impacto positiva o negativamente los determinantes y su calidad de vida.</p>

Adicionalmente, la evaluación debe incluir un informe o sección de triangulación de los métodos aplicados, cuantitativa, cualitativa e información secundaria, que permita explicar las desviaciones de los indicadores.

SECCION F:

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION

F.1 Plan de Divulgación

SECCION F:

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION

Uno de los objetivos fundamentales de un sistema de Monitoreo y Evaluación es difundir y utilizar la información generada para orientar la formulación y mejora de políticas, planes, estrategias y proyectos de salud.

La información producida se encuentra organizada en el Plan de Divulgación, el cual describe reportes de monitoreo, informes técnicos, informes de evaluación que serán distribuidos a diferentes audiencias.

El cumplimiento de la diseminación y utilización de la información se basa en los siguientes requisitos previos:

1. La definición y armonización de los actores que están involucrados en la generación de los datos primarios, los encargados del procesamiento de la información y el o los responsables directos de la presentación oficial de los datos.
2. El establecimiento de los plazos en que los datos deben reportarse, tomando en consideración que algunos indicadores se reportarán anualmente, otros cada dos y en algunos casos quinquenalmente, debido a que éstos dependerán de la disponibilidad de la información a través de encuestas poblacionales.
3. La definición de herramientas nacionales que permitan la recolección de información en forma estandarizada, armónica y consensuada.
4. Una comunicación que proporcione relaciones fluidas, basadas en la transparencia, accesibilidad, fiabilidad, rigurosidad, veracidad informativa y oportunidad.
5. La definición de los medios de transmisión de la información respondiendo a las necesidades y realidad de cada población meta. Por ejemplo, las páginas web de las instituciones/organizaciones que conforman el equipo intersectorial, conferencia de prensa por las autoridades nacionales, talleres de análisis y diseminación de la

información, boletines, entre otros.

6. La revisión y análisis intersectorial de los resultados de los diferentes informes, que permitan la elaboración de los boletines anuales del Equipo Nacional de Monitoreo y Evaluación y la toma de decisiones oportunas por parte de los involucrados en la respuesta nacional.

F.1 Plan de Divulgación

El Plan de Divulgación es una herramienta que permita usar la información generada en el sistema de Monitoreo y Evaluación y permite garantizar una comunicación para la difusión de los avances y resultados del Plan a nivel nacional internacional.

En este sentido los indicadores básicos se presentan a continuación clasificados por el propósito de compartir la información, la audiencia meta, la periodicidad y la forma de comunicación de los resultados, según el ámbito del plan al cual pertenecen.

Indicadores	Propósito de compartir la información	Audiencia Meta	Periodicidad con la que se compartirá la información	Forma de Comunicación de los Resultados
General				
Cantidad total de fondos nacionales e internacionales desembolsados por sector (Público, privado, Internacional) como fuente de financiamiento para el cáncer	Facilitar el proceso de toma de decisiones a nivel político y de gestión	<ol style="list-style-type: none"> Instituciones estatales involucradas en el abordaje del tema ONG Agencias de Cooperación Internacional 	Anual	<p>Informes</p> <p>Reporte</p> <p>pagina web</p>
Ámbitos				
Plan de mercadeo social elaborado e implementado	1. Brindar información sobre la situación real y dinámica de la ejecución del plan , que impulse la toma de decisiones, la modificación de estrategias de intervención, la búsqueda de mayores recursos y asignación de presupuestos	<ol style="list-style-type: none"> Actores clave de las instituciones del sector salud. Actores clave de otros Ministerios ONG Medios de Comunicación Tomadores de decisiones Agencias de Cooperación Internacional 	De acuerdo a la frecuencia de las mediciones, se brindarán informes parciales cada año e informes completos cada 2 años.	<p>Informes</p> <p>Boletín</p> <p>Página Web</p> <p>Pagina Web de instituciones y organizaciones</p>
N° de elementos cancerígenos identificados	2. Cumplir con los compromisos de país nacional e internacional.			
Porcentaje de avance en la implementación de la estrategia nacional para disminuir las barreras de acceso				
Porcentaje de Organizaciones participando en la red				
Sistema de información diseñado y desarrollado.				
Agenda Nacional de Investigación preparada, divulgada y evaluada				
Documento con el perfil por competencias del recurso humano en salud, en el tema cáncer, definido por niveles de atención.				
Desempeño				

Indicadores	Propósito de compartir la información	Audiencia Meta	Periodicidad con la que se compartirá la información	Forma de Comunicación de los Resultados
<p>1-El total de acciones realizadas por el Ministerio de Salud entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNPCC para el Ministerio de Salud.</p> <p>2-El total de acciones realizadas por la CCSS entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNPCC para la CCSS</p> <p>3- El total de acciones realizadas por todos los responsables entre el total de las acciones que se definan para el cumplimiento del PNCC</p>	<p>3. Brindar información sobre el cumplimiento del plan , que impulse la toma de decisiones, la modificación de estrategias de intervención, la búsqueda de mayores recursos y asignación de presupuestos</p> <p>4. Cumplir con los compromisos de país y las directrices emitidas por el ente contralor.</p>	<p>6. Actores clave de las instituciones del sector salud.</p> <p>7. Actores clave de otros Ministerios</p> <p>8. ONG</p> <p>9. Medios de Comunicación</p> <p>6 Tomadores de decisiones</p> <p>7. Agencias de Cooperación Internacional</p>	<p>De acuerdo a la frecuencia de las mediciones, se brindarán informes parciales cada año e informes completos cada 2 años.</p>	<p>Informes</p> <p>Boletín Página Web</p> <p>Pagina Web de instituciones y organizaciones</p>

SECCION G:

PLAN DE TRABAJO Y PRESUPUESTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

G.1 Plan de Trabajo de Monitoreo y Evaluación

G.2 Presupuesto para funcionamiento del sistema de Monitoreo y Evaluación

SECCION G: PLAN DE TRABAJO Y PRESUPUESTO DE

MONITOREO Y EVALUACIÓN

G.1 Plan de Trabajo del Sistema de Monitoreo y Evaluación

El Plan de Trabajo está conformado de 7 componentes de Sistema de Monitoreo y Evaluación con sus respectivas actividades, responsables y cronograma, las áreas son:

Tabla No. 6

Plan de trabajo del equipo de Monitoreo y Evaluación

#	Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Observaciones
C 1: Estructuras organizacionales con funciones de MyE en														
	Integrar un Equipo Técnico Nacional de M&E (Gobierno-Sociedad Civil-) con el apoyo de Cooperantes.	x	x											
	Evidenciar el papel fundamental del MyE y del trabajo del Equipo Técnico Nacional de M&E (ETNM&E)		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
C 2: Desarrollo de Recursos Humanos														
	Desarrollar el Plan de Formación Integral de Capital Humano en MyE				x	x	x	x	x	x	x			
C 3: Monitoreo del plan														
	Coordinar con los actores involucrados la estrategia de recopilación de datos		x	x										
	Elaborar instrumentos de recolección de información				x	x	x							
	Capacitar en el uso de los instrumentos							x	x	x	x	x	x	
C4: Gestión de Datos														
	Hacer gestión de la calidad del dato						x	x	x	x	x	x	x	
C 5: Evaluación del Plan														
	Coordinar con los actores involucrados la evaluación del plan							x	x					
	Aplicar la metodología de evaluación definida										x	x		
	Elaboración del informe respectivo												x	
C 6: Uso y difusión de la información														
	Elaborar reportes del sistema de ME									x				
	Desarrollar el plan de divulgación de la información										x	x	x	
C 7: Plan de trabajo y presupuesto														
	Coordinar con los actores involucrados la ejecución del plan				x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Realizar reuniones de seguimiento del plan de ME			x			x			x			x	
	Busqueda y definición de contenido presupuestario	x	x	x				x	x	x				

G.2 Presupuesto para funcionamiento del sistema de Monitoreo y Evaluación.

El funcionamiento del sistema de M&E se ha presupuestado en la siguiente Tabla.

Tabla No. 7

Presupuesto estimado M&E Anual			
Rubro	Salario/horas funcionario	Monto en \$	Fuente
Personal Nivel Central			
Coordinador responsable	\$2000 / 292 horas	\$398	Institucional
Cuatro Profesionales	\$2000/ 244 horas/4	\$1333	
Un especialista financiero	\$2000/ 244 horas	\$333	
Una asistente administrativa	\$500/ 200 Horas	\$68	
Bienes y servicios			
Monitoreo	Materiales y utiles de oficina	\$100	Institucional
Evaluación	Talleres/ 40 personas/\$30	\$1200	A gestionar
Plan de capacitación	Talleres/ 40 personas/\$30	\$1200	A gestionar
Plan de divulgación	\$1000 por asistente /20 funcionarios	\$20.000	A gestionar
		\$1500	A gestionar
TOTAL		\$26132	



IV BIBLIOGRAFIA

- COMISCA Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010- 2015.
- Fondo Mundial, Directrices para la presentación de un Plan de Monitoreo y Evaluación para subvenciones del Fondo Mundial, Febrero 2009.
- González M., Randolph. Estudio preliminar de identificación y documentación del proceso actual, tamizaje cáncer de cérvix, en las áreas de salud con sobre-mortalidad. Coordinación Técnica de Cáncer. Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS. Gerencia Médica, 2011.
- Judy L. Baker. (2000). Washington D.C.: LCSPR/PRMPO, Banco Mundial.
- Ministerio de Salud Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA 2010-2015, en proceso de publicación.
- Ministerio de Salud. Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007 - 2016. primera Edición. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2007
- ONUSIDA. Marco de Trabajo para la Organización de un Sistema Nacional Funcional de Monitoreo y Evaluación en VIH, Octubre, 2008.
- OMS. Estrategia y Plan de Acción Regional sobre la Prevención y el Control del cáncer cérvico-uterino. Washington D.C. 2008.
- Sáenz, L.B. Consultor. Identificación de las necesidades de formación y capacitación para la atención integral del cáncer a ser financiados por la Junta de Protección Social en el 2009-2012. Contrato OPS/CR/0900026.001. Abril, 2009. San José, Costa Rica.

V ANEXO

Anexo NO.1:

Información de las instituciones que reportan gastos.

Nombre de la Institución	
Dirección	
Teléfono	
Fax	
Página Web	
Tipo de Institución	Nacional
	Internacional
	Pública
	Privada
	Lucrativa
	No Lucrativa
Nombre del/de la directora/a	
Nombre de la persona que inform	
Cargo de la persona que informa	
E-mail de la persona que informa	



Responsables Técnicos

Ministerio de Salud

DIRECCION	Director	Funcionarios
Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud	Dra Andrea Garita Castro	Margarita Claramunt Garro Alejandra Acuña Navarro Cesar Gamboa Peñaranda Ithinia Martínez Mora
Garantía de Acceso a los Servicios de Salud	Dr. Andrés Sanchez	Roselyn Serrano Adrian Vieto Anargerie Solano Rosy Leon Vindas
Mercadotecnia de la Salud	Daniel Salas	Elba Aguirre Saldaña Rosalyn Aguilar
Desarrollo Científico y Tecnológico	Luis Tacsan	Rafael Porras
Vigilancia de la Salud	María Ethel Trejos	Rosa María Vargas
Regulación de la Salud	Marielos Morales	María del Carmen Oconitrillo Orlando Rodríguez Baltodano
División Técnica de Rectoría	Nydia Amador	Martha Romero

Caja Costarricense de Seguro Social

Dirección	Director	Funcionarios
Desarrollo de Servicios de Salud	José Miguel Rojas	Hugo Chacón Ivannia Porras Quirós
Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS	Luis Bernardo Sáenz Delgado	Amada Aparicio Patricia Allen Cristopher Martínez Calvo Isabel Delgado Ramírez Alejandro Calderón Céspedes María Cecilia Astúa Vega Randolph González Montero
Dirección Proyección de Servicios de Salud. Area de Soporte Estratégico		Alban de la O Espinoza Eunice Gómez Cartín

Lista de participantes Taller Elaboración Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer

NOMBRE	INSTITUCIÓN
Martha Romero Poveda	Ministerio de Salud
Alejandra Acuña Navarro	Ministerio de Salud
Susana Chaves	Ministerio de Salud
Margarita Claramunt Garro	Ministerio de Salud
María del Carmen Oconitrillo	Ministerio de Salud
Andrea Garita Castro	Ministerio de Salud
Grettel Meneses Obando	Ministerio de Salud
Alexander Salas López	Ministerio de Salud
Yorleny Molina Retana	Ministerio de Salud
Adrian Vieto Piñeres	Ministerio de Salud
Vilma Pacheco U	Ministerio de Salud
Julieta Campos Sequeira	Ministerio de Salud
Adixa Arce Rodríguez	Ministerio de Salud
Olga Barrantes Romero	Ministerio de Salud
Rafael Porras	Ministerio de Salud
Ángela Sánchez C	Ministerio de Salud
Rosa María Vargas A	Ministerio de Salud
Cecilia Gamboa Cerda	Ministerio de Salud
Carlos Vargas Cordero	Ministerio de Salud
Andrés Sánchez Moreira	Ministerio de Salud
Anargerie Solano Siles	Ministerio de Salud
Julio Mena Zamora	Ministerio de Salud
Rosalyn Aguilar	Ministerio de Salud
Rosy León Vindas	Ministerio de Salud
Adolfo Ortiz Barboza	Ministerio de Salud
Nuria Madrigal S	Ministerio de Salud
Daniel Salas Peraza	Ministerio de Salud
Juan José Nassar Jacobo	Ministerio de Salud
Roselyn Serrano Vargas	Ministerio de Salud
Elba Aguirre Saldaña	Ministerio de Salud
Ithinia Martínez Mora	Ministerio de Salud
Carmen Macanche Baltodano	Ministerio de Salud
Amado Aparicio Llanos	Caja Costarricense de Seguro Social
Desirée Sáenz	Caja Costarricense de Seguro Social
Horacio Solano M	Caja Costarricense de Seguro Social
Mauricio Duarte	Caja Costarricense de Seguro Social
Ivannia Porras Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social

Hugo Chacón	Caja Costarricense de Seguro Social
Luis Bernardo Sáenz Delgado	Caja Costarricense de Seguro Social
Xenia Sancho M	Caja Costarricense de Seguro Social
Cristopher Martínez Calvo	Caja Costarricense de Seguro Social
Marjorie Obando	Caja Costarricense de Seguro Social
Rocío Amador H	Caja Costarricense de Seguro Social
Patricia Allen Flores	Caja Costarricense de Seguro Social
Ana Lorena Vega	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)
Julio Alvarado Morera	Hospital Nacional de Niños
Elías Fallas Solís	Hospital San Juan de Dios
Juan Pérez	Hospital San Juan de Dios
Marielos Arce C	Fundación de Cuidados Paliativos Hospital Nacional de Niños
José J. Sánchez R	Ministerio de Educación Pública
Rodrigo Vindas	Ministerio de Educación Pública
Roberto Flores V	Ministerio de Agricultura y Ganadería
Rocio Alvarado C	Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP)
Nancy Castro Hernández	Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada (CONESUP)
Marisela Ramírez López	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)
Dinorah Cuero Cabrerías	Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
Mario Tristán	International Health Central American Institute Foundation (IHCAI)
Romeo Montoya	Organización Panamericana de la Salud / OMS
Ilse Cerda Montero	CONSULTORA





**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

