



ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE ESPERA DE LAS MUJERES CON CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL ALTERADA PARA REALIZARSE LA COLPOSCOPIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, EN EL AÑO 2015

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
DRA. OLGA MARTHA CHAVES PÉREZ¹

RESUMEN

Introducción. La colposcopia sirve para identificar de forma precoz posibles lesiones precursoras de cáncer cervicovaginal o lesiones ya cancerosas, como un segundo paso tras la citología cervical. El tiempo máximo para su realización está normado en el país según el Decreto Ejecutivo 33119-S, considerando el momento en que la usuaria lleva la referencia al centro de salud de segundo nivel, hasta que se ejecuta la colposcopia; sin embargo, no existe un registro que mida el tiempo que hay desde la realización de la citología cervicovaginal hasta la colposcopia, lo que puede enmascarar fallas en la oportunidad. El estudio se propuso determinar los tiempos de espera desde la realización de la citología cervicovaginal hasta la ejecución de la colposcopia en el segundo nivel de atención ambulatorio de la CCSS, durante el año 2015, y relacionarlos con lo normado. **Metodología.** El estudio es de tipo descriptivo y transversal. Se revisaron 190 expedientes de mujeres con citología alterada de las áreas de salud de segundo nivel ambulatorio, según la muestra seleccionada para la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del año 2015 de la CCSS. Se midieron los siguientes tiempos de espera: a) realización PAP - reporte PAP; b) reporte PAP - recepción PAP; c) recepción PAP - emisión referencia; d) emisión referencia - recepción referencia; e) recepción referencia - ejecución colposcopia. **Resultados.** En promedio, los tiempos de espera en días para cada uno de las etapas medidas fueron de 18, 20, 5, 4 y 30, respectivamente. Al hacer la correlación con el Decreto, en las lesiones de bajo grado (LIEBG) el 75% de los casos cumplen con la disposición, mientras que en las lesiones de alto grado (LIEAG) los casos que cumplen con lo normado son pocos. **Discusión.** Los resultados señalan la importancia de enfocarse en las lesiones más severas y que requieren una atención más pronta, ya que al medir la oportunidad de la atención desde la recepción de la referencia para la colposcopia se ocultan los tiempos reales de espera de la usuaria.

Palabras claves: colposcopia, cáncer cervicouterino, tiempos de espera.

¹ Máster en Salud Pública con énfasis en Epidemiología y Máster en Administración de Servicios de Salud.
Médica evaluadora. Correo electrónico: omchavezp@ccss.sa.cr



INTRODUCCIÓN

El carcinoma de cérvix es una lesión progresiva que se inicia con cambios intraepiteliales preneoplásicos. Existe controversia acerca de la progresividad de las lesiones premalignas y sobre el hecho de que el cáncer de cuello uterino esté siempre precedido por ellas. Epidemiológicamente, se ha encontrado que la edad promedio de mujeres con estas lesiones premalignas es menor que las que tienen carcinoma *in situ*, y estas, a su vez, son menores que las que presentan cáncer invasivo, lo cual sugiere un proceso progresivo de cambios preneoplásicos a carcinoma *in situ* y de allí a microinvasor e invasor.

La duración de las diferentes etapas de premalignidad no es uniforme; en general, se acepta un promedio de 10 a 20 años en transformarse a lesión invasora. Se ha encontrado una evolución progresiva más rápida en las mujeres de mayor edad que en las más jóvenes, así como en mujeres inmunocomprometidas. Aunque virtualmente todos los carcinomas cervicales invasivos se desarrollan a través de fases progresivas de cambios intraepiteliales, no todos necesariamente progresan a invasor (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007).

Este tipo de cáncer ocupa el tercer lugar en incidencia y el cuarto lugar en mortalidad en el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013), lo que se observa sobre todo en la mayoría de los países en vías de desarrollo, en donde las tasas de mortalidad son tres veces más altas; esto evidencia enormes desigualdades en salud.

En Costa Rica, la incidencia en el 2014 fue de 29,33 por cada 100 000 mujeres, y disminuyó en relación con el 2013, que fue de 32,11. En cuanto a la mortalidad, el país alcanzó una tasa de 5,47 por cada 100 000 mujeres en el 2015, ocupando el cuarto lugar en mortalidad por tumores malignos más frecuentes (Costa Rica. Ministerio de Salud, 2015). Es por esto que, en la atención de esta patología cervical, se hace indispensable el abordaje oportuno, con el fin de disminuir la mortalidad.

En la seguridad social de Costa Rica, la toma de la citología cervicovaginal o papanicolaou (PAP) se hace principalmente en el primer nivel de atención. Luego



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

se envía la prueba al Laboratorio Nacional de Citologías (LNC), donde se reporta, y el resultado se envía al área de salud correspondiente. En el caso de las citologías alteradas, se debe localizar a la usuaria en un lapso menor a ocho días, para comunicarle el resultado y referirla a un nivel superior, para que se realice una colposcopia según el Decreto Ejecutivo N° 33119-S, del 7 de julio del 2006.

La colposcopia es una prueba que permite ver, de forma ampliada, la superficie del cuello del útero o cérvix. Sirve para identificar de forma precoz posibles lesiones precursoras de un cáncer o lesiones ya cancerosas. También permite tomar biopsias de las zonas sospechosas, o extirpar estas lesiones solucionando así el problema. Este procedimiento se considera el segundo paso de cribado del cáncer de cuello de útero, tras la citología cervical.

En Costa Rica, el Decreto Ejecutivo mencionado anteriormente (2006) establece un tiempo máximo para la realización de la colposcopia, según el tipo de lesión. Específicamente los plazos establecidos son:

2.6.1 Toda usuaria con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS, LIEBG persistente debe efectuársele la primera colposcopia antes de noventa (90) días.

2.6.2 Toda usuaria con LIEAG debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30) días.

2.6.3 Toda usuaria con lesiones invasoras debe efectuársele la primera colposcopia antes de ocho (8) días.

2.6.4 Toda usuaria con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30) días.

Estos tiempos se miden en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), que efectúa la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a través de la Dirección Compra de Servicios de Salud, por medio de un indicador de determinación de la oportunidad de la colposcopia, el cual se evalúa en el segundo nivel de atención.

Sin embargo, esta medida de tiempo abarca desde el momento en que la usuaria lleva la referencia al centro de salud de segundo nivel, hasta que se ejecuta la



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

colposcopia, habiendo un vacío de información en la etapa previa a este proceso. Lo anterior es importante, porque la atención de la patología cervical inicia desde que la usuaria se realiza el PAP, y puede haber tiempos de espera indeterminados que retrasan la atención oportuna del cáncer cervicouterino.

De ahí que el interés de este estudio sea revisar esos tiempos de espera, para valorar realmente qué tan pronta es la atención en la patología cervicovaginal. El área de investigación será el segundo nivel ambulatorio de la CCSS, donde hay 10 unidades que cuentan con el recurso de colposcopia, que son: Barranca, Belén-Flores, Mata Redonda, Coronado, Zapote-Catedral, Hatillo, Buenos Aires, Desamparados 1, Talamanca y Tibás-Uruca-Merced. Estas unidades realizan colposcopias tanto a sus propias usuarias como a las referidas por sus áreas de atracción.

Por lo tanto, como problema principal se determina que en este momento no existe un registro que mida el tiempo que hay desde que la usuaria se hace la citología cervicovaginal, hasta la realización de la colposcopia, en el caso de citologías alteradas.

Entonces, como hipótesis del estudio, se plantea que la inexistencia de este registro enmascara la falta de oportunidad de los servicios de salud en el abordaje del cáncer cervicouterino.

Los objetivos del estudio son:

- **General:** determinar los tiempos de espera en las mujeres que se realizan la citología cervicovaginal y solicitan la colposcopia en el segundo nivel de atención de la CCSS, durante el año 2015.
- **Específico:** relacionar los tiempos de espera de la realización de la colposcopia con lo normado en el Decreto Ejecutivo 33119-S, para determinar la oportunidad.



METODOLOGÍA

El estudio es de tipo descriptivo y transversal.

La población que se analizó fue la de las mujeres con citología cervicovaginal alterada, que solicitaron la colposcopia en el segundo nivel ambulatorio en el año 2015.

El estudio se realizó con 190 expedientes obtenidos de una muestra de las citologías alteradas de las áreas de salud de segundo nivel ambulatorio. Para el análisis, se tomaron los datos de la muestra seleccionada para la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del año 2015. A pesar de que la muestra total para la evaluación era de 417 expedientes, solo se consideraron aquellos que tenían toda la información solicitada, quedando un total de 190 casos.

Al hacer esa depuración, se excluyó el área de salud de Talamanca, porque de los expedientes revisados no había ningún caso que tuviera todos los datos completos, por lo que no era factible su comparación con las demás unidades.

Además, dentro de las lesiones de alto grado (LIEAG), para efectos de este estudio, se excluyeron los cinco casos de carcinoma *in situ* incluidos en el listado original, ya que no se contaba con los datos para su revisión.

Para el análisis de los tiempos de espera, se realizó la medición de todas las etapas que hay desde que la usuaria se realiza la citología hasta que se ejecuta la colposcopia, obteniéndose el siguiente desglose:

- **Realización PAP-reporte PAP:** tiempo en días desde que la usuaria se realiza la citología hasta que se reporta, por parte del LNC.
- **Reporte PAP -recepción PAP:** tiempo en días desde que el LNC reporta la citología hasta que es recibida en el área de salud de primer nivel.
- **Recepción PAP-emisión referencia:** tiempo en días desde que se recibe la citología en el área de salud de primer nivel hasta que se emite la referencia al segundo nivel.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

- **Emisión referencia-recepción referencia:** tiempo en días desde la emisión de la referencia hasta la recepción de esta por parte del segundo nivel.
- **Recepción referencia-ejecución colposcopia:** tiempo en días desde que se recibe la referencia hasta que se ejecuta la colposcopia.

Definición de variables

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional
Edad	Cuantitativa	Corresponde a los años cumplidos, según fecha de nacimiento, en la consulta de realización de la colposcopia.	Según grupos de edad: menores de 20 años, de 20 a 34 años, de 35 a 64 años y mayores de 65 años.
Área de salud de atracción	Cualitativa	Corresponde al área de salud en donde se realizó la citología.	Descripción por área de salud.
Área de salud donde se realiza la colposcopia	Cualitativa	Corresponde al área de salud de segundo nivel ambulatorio con servicio de colposcopia, donde fue referida la mujer con citología alterada.	Descripción por área de salud.
Fecha de toma de la citología	Cuantitativa	Corresponde al momento en que la usuaria se realiza la citología.	Tiempo establecido en día, mes y año.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional
Fecha de reporte de la citología	Cuantitativa	Corresponde al momento en que el Laboratorio de Citologías reporta la citología.	Tiempo establecido en día, mes y año.
Fecha de recepción de la citología	Cuantitativa	Corresponde al momento en que el área de salud de primer nivel recibe el reporte de la citología.	Tiempo establecido en día, mes y año.
Fecha de emisión de la referencia	Cuantitativa	Corresponde al momento en que el área de salud de primer nivel realiza la referencia a colposcopia para el segundo nivel ambulatorio.	Tiempo establecido en día, mes y año.
Fecha de recepción de la referencia	Cuantitativa	Corresponde al momento en que el segundo nivel ambulatorio recibe la referencia a colposcopia.	Tiempo establecido en día, mes y año.
Fecha de ejecución de la colposcopia	Cuantitativa	Corresponde al momento en que la usuaria se realiza la colposcopia.	Tiempo establecido en día, mes y año.
Tipo de lesión	Cualitativa	Se refiere al diagnóstico de la citología reportado por el Laboratorio Nacional de Citologías.	Clasificación según Bethesda.

Para el análisis de los datos se utilizó Excel 2010.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

RESULTADOS

En el año 2015 fueron enviadas 1.795 mujeres con citología alterada con referencia para colposcopia a las 10 unidades de segundo nivel de atención ambulatoria, que corresponden a su misma área de atracción o referidas de otro centro.

De estas citologías alteradas, Desamparados 1 es la que presenta mayor porcentaje de referencias, seguida de Coronado y Zapote-Catedral. La que presenta el menor porcentaje es Buenos Aires. Esto puede estar influenciado por el tamaño del área, así como por el número de unidades que le refieren los casos (Cuadro 1).

Cuadro 1
CCSS: Porcentaje de referencias a colposcopia según área de salud de segundo nivel ambulatorio, 2015

Área de salud	Porcentaje
Desamparados 1	23,80
Coronado	14,02
Zapote-Catedral	13,74
Tibás-Uruca-Merced	11,18
Mata Redonda	10,57
Hatillo	9,29
Talamanca	7,68
Barranca	5,39
Belén-Flores	5,12
Buenos Aires	2,39
Total	100

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

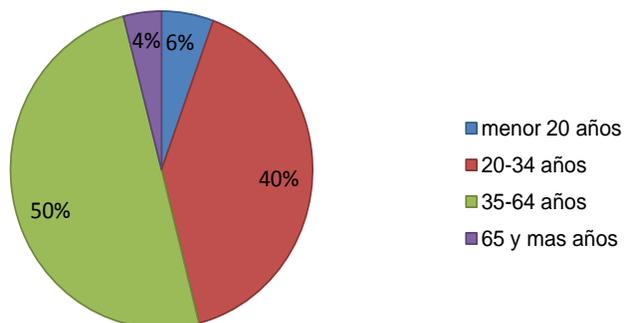


CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

También se clasifica a las citologías según el grupo de edad, en donde se observa que el 50% pertenecen al grupo de 35 a 64 años, que es el grupo de más riesgo de cáncer de cérvix, seguida del grupo de 20 a 34 años.

Los rangos extremos de las mujeres menores de 20 años y las mayores de 65 años ocupan un porcentaje muy pequeño (Gráfico 1).

Gráfico 1
CCSS: Porcentaje de mujeres con citologías alteradas referidas al segundo nivel ambulatorio según grupo de edad, 2015



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

Si se hace la distribución según tipo de lesión, todas las áreas presentan una mayoría de lesiones de bajo grado (LIEBG), que constituyen los casos de displasia leve. Sin embargo, llama la atención Buenos Aires, que presenta un 30% de lesiones de alto grado (LIEAG), seguida de Tibás-Uruca-Merced y Talamanca (Cuadro 2).

Dentro de estas LIEAG (que abarcan la displasia moderada, la displasia severa y el carcinoma *in situ*), Buenos Aires presenta 12 casos de displasia severa. Además, hay cinco casos de carcinoma *in situ*, de los cuales tres pertenecen a Talamanca, dos a Coronado y uno a Tibás-Uruca-Merced. No se reportaron casos de carcinoma invasor.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA**

**Cuadro 2
CCSS: Porcentaje de citologías alteradas referidas por tipo de lesión según área de salud de segundo nivel ambulatorio, 2015**

Área de salud	Tipo de lesión					Total
	ASCUS	AGUS	ASCH	LIEBG	LIEAG	
Buenos Aires	0,0	0,0	0,0	69,8	30,2	100,0
Tibás-Uruca-Merced	42,8	2,0	0,0	42,8	12,4	100,0
Talamanca	37,7	2,9	0,7	47,1	11,6	100,0
Coronado	47,0	0,4	0,0	44,2	8,4	100,0
Barranca	41,7	0,0	0,0	51,0	7,3	100,0
Belén Flores	51,1	0,0	0,0	42,4	6,5	100,0
Zapote Catedral	51,0	2,8	0,4	39,7	6,1	100,0
Total	46,4	1,7	0,1	45,8	6,0	100,0
Hatillo	65,8	0,0	0,0	32,9	1,3	100,0
Desamparados 1	49,0	2,2	0,0	48,3	0,5	100,0
Mata Redonda	37,6	3,0	0,0	59,4	0,0	100,0
Total	46,4	1,7	0,1	45,8	6,0	100,0

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

De estas 1 795 citologías alteradas, la EPSS obtuvo una muestra para su revisión de 417 expedientes evaluados. Sin embargo, en muchos casos la información no estaba completa, ya que durante la revisión de expedientes se encontraron fechas sin registrar, así como listados incompletos o con inconsistencias.

En total, de los 417 expedientes, a 227 le faltaba por lo menos un dato; es decir, al 54% de ellos. El porcentaje de datos incompletos según variable es el siguiente:

- Fecha de realización de la citología: 12,5%.
- Fecha de reporte de la citología: 5%.
- Fecha de recepción de la citología: 14,6%.
- Fecha de emisión de la referencia: 2,6%.
- Fecha de recepción de la referencia: 25%.
- Fecha de ejecución de la colposcopia: 0,1%.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Dentro de las causas por las cuales hay datos perdidos se encuentran: que no está el reporte de la citología en el expediente, que no se coloca el sello de recibido tanto a la citología como a la referencia, que hay consultas no fechadas, que no se encuentra la nota de evolución de la consulta respectiva y no se anota la fecha de emisión de la referencia, entre otras. Por todos estos motivos, se eliminaron los casos incompletos y el estudio se hizo con base en 190 datos.

Del grupo analizado, la usuaria más joven era de 14 años y la mayor de 72 años. El promedio de edad fue de 38 años.

En este análisis, al revisar el tiempo de espera en cada etapa que ocurre desde la toma de la citología hasta que la usuaria finalmente se realiza la colposcopia, se tiene que el tiempo máximo de espera de las usuarias es muy variable, ya que va desde 50 días entre la fecha de realización del PAP y el reporte, hasta 160 días, que es el tiempo que va entre la emisión de la referencia hasta que esta se recibe.

En el caso del tiempo que transcurre entre la recepción de la referencia y la ejecución de la colposcopia, el tiempo máximo es de 149 días. Sin embargo, si se analizan los días promedio de los casos, se observa que son tiempos muy cortos, siendo donde hay más demora en el periodo entre el reporte del PAP y la recepción de este en el área de salud (Cuadro 3).

Cuadro 3
CCSS: Tiempos de espera de las etapas entre la realización del PAP y la ejecución de la colposcopia, 2015
(mínimo, promedio y máximo)

Medida	Tiempo de espera				
	Realización PAP-reporte PAP	Reporte PAP-recepción PAP	Recepción PAP-emisión referencia	Emisión referencia-recepción referencia	Recepción referencia-ejecución colposcopia
Mínimo	2	2	0	0	0
Promedio	18	20	5	4	30
Máximo	50	128	106	160	149

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Al desglosar los tiempos de espera de cada etapa del proceso de la atención de la patología cervical, se obtienen los siguientes resultados:

- Tiempo entre la realización del PAP y el reporte de este: el 12% de los casos tienen el reporte en un lapso menor a ocho días; el 83% de los casos se reporta en menos de 30 días; y el 5% de los casos tienen el resultado antes de 90 días.
- Tiempo que transcurre entre el reporte del PAP y la recepción de este en el área de salud: un 24% de los casos recibe la citología en menos de ocho días; un 65% antes de 30 días; mientras que un 10% lo recibe antes de 90 días. Hay un 2% de los casos que se demora más de 90 días.
- Tiempo entre la fecha de recepción en el área de salud de la citología alterada y la emisión de la referencia: se encuentra que en el 93% de los casos la referencia se realiza en un rango menor a ocho días; en el 6% antes de 30 días; y solamente un 1% en un rango menor a 90 días.
- Tiempo entre la emisión de la referencia y la recepción de esta en el segundo nivel ambulatorio: la referencia se emite en el primer nivel de atención y debe ser llevada por la usuaria al segundo nivel ambulatorio. En este caso, un 94% de las referencias se reciben en el segundo nivel en un tiempo menor a ocho días; un 4% antes de 30 días; y solamente un 1% en un tiempo antes de 90 días. Además, un 1% sobrepasa los 90 días.
- Tiempo transcurrido desde la recepción de la referencia en el segundo nivel hasta la ejecución de la colposcopia: un 29% se realiza en un periodo de ocho días; un 38% en menos de 30 días; un 28% en un tiempo de hasta 90 días; y solo un 4% con un tiempo mayor a 90 días.

Al unir todas estas etapas, se tiene un tiempo de espera completo, que abarca desde que la usuaria se realiza la citología vaginal, hasta la ejecución de la colposcopia. En este punto, se encuentra que para los casos del estudio, el tiempo mínimo de espera es de 20 días y el tiempo máximo de 332 días, con un promedio de 73 días.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Al segregar estos tiempos, se tiene que en ningún caso se realiza la colposcopia en un lapso menor a ocho días; el 10% se realiza en menos de 30 días; el 64% en menos de 90 días; y el 26% posterior a 90 días.

Al hacer el análisis según tipo de lesión, en el AGUS hay un tiempo mínimo de 57 días desde la realización de la citología hasta la ejecución de la colposcopia y un tiempo máximo de 117 días, con un promedio de 83 días. En cuanto al ASCUS, los tiempos de espera máximos aumentan considerablemente a 332 días, aunque el promedio está en 69 días.

Para la displasia leve y moderada, los tiempos mínimos son muy similares entre sí (22 y 25, respectivamente). Por otra parte, se observa que en la displasia moderada el tiempo promedio es de 45 días, mientras que en la displasia leve es de 65 días. Es de hacer notar que en el caso de la displasia severa el tiempo máximo de realización de la colposcopia se reduce a 67 días, aunque el tiempo promedio es el mismo que en la displasia moderada. Para el ASC-H solo se reportó un caso, con un tiempo de 40 días (Cuadro 4).

Cuadro 4
CCSS: Tiempo de espera entre la realización del PAP y la ejecución de la colposcopia por tipo de lesión, 2015
(mínimo, promedio y máximo)

Medida	Tipo de lesión					
	AGUS	ASCUS	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia severa	ASC-H
Mínimo	57	20	22	25	23	40
Promedio	83	69	65	45	45	40
Máximo	117	332	208	102	67	40

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Al analizar cuántos casos fueron abordados según rango de días, dependiendo de la lesión que presentaban, se encontró que para el AGUS en ningún caso se hizo la colposcopia antes de los 30 siguientes a la realización del PAP, y en un 33% de los casos la colposcopia se ejecutó posterior a los 90 días que establece el Decreto. El 67% de los casos estaban en el rango establecido según el Decreto.

En cuanto al ASCUS, el 34% de los casos se encontraban fuera del lapso de los 90 días estipulados, mientras que para las LIEBG, como la displasia leve, un 25% de los casos presentaban esta misma situación.

Para las LIEAG, como la displasia moderada, en donde el Decreto estipula que la colposcopia se realice en menos de 30 días, solamente el 23% de los casos cumplió con este periodo; más bien, en un 8% se efectuó la colposcopia posterior a 90 días. En cuanto a la displasia severa, solo en el 14% de los casos se ejecutó la colposcopia en menos de 30 días; en el 86% restante se efectuó en menos de 90 días posteriores a la toma de la citología.

En el único caso de ASC-H que se documentó, se realizó la colposcopia en un lapso mayor a 30 días (Cuadro 5).

Cuadro 5
CCSS: Porcentaje de citologías alteradas entre la realización de la citología y la ejecución de la colposcopia por tipo de lesión según rango de días, 2015

Rango de días	Tipo de lesión					
	AGUS	ASCUS	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia severa	ASC-H
De 0 a 7	0	0	0	0	0	0
De 8 a 29	0	12	9	23	14	0
De 30 a 89	67	54	66	69	86	100
Más de 90	33	34	25	8	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Al hacer la relación por área de salud, se tiene que en promedio Desamparados 1 es el área que más demora entre la realización de la citología y la ejecución de la colposcopia, con un promedio de 111 días. En segundo lugar está Buenos Aires, con un promedio de 110 días; y Zapote-Catedral con 100 días.

Las áreas que demoran menos días en promedio son Tibás-Uruca-Merced y Coronado, con 28 y 36 días, respectivamente (Cuadro 6).

Cuadro 6
CCSS Tiempo de espera en días entre la realización del PAP y la ejecución de la colposcopia según área de salud de segundo nivel ambulatorio, 2015
(mínimo, promedio y máximo)

Área de salud ^{1/}	Tiempos de espera		
	Mínimo	Máximo	Promedio
Desamparados 1	25	125	111
Buenos Aires	23	105	110
Zapote-Catedral	20	181	100
Barranca	85	117	98
Belén-Flores	58	107	85
Mata Redonda	25	208	82
Hatillo	24	332	75
Coronado	22	141	36
Tibás-Uruca-Merced	61	207	28

1/ Se excluye Talamanca por datos incompletos.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

DISCUSIÓN

Aun cuando la normativa institucional establece tiempos de atención oportuna en la patología cervical, en realidad los tiempos de espera son muchos mayores que los que se plantean.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Para saber si una usuaria tiene tiempos oportunos de atención, el Decreto antes mencionado establece tiempos de acuerdo a su patología. Esta medida se realiza a partir del momento en que el área de salud de segundo nivel recibe la referencia solicitando la colposcopia. Sin embargo, estos tiempos deberían contemplarse desde que se le toma la citología vaginal a la usuaria, valorando así todo el recorrido, desde ese punto, hasta que finalmente se ejecuta la colposcopia.

Según los resultados de este estudio, se determina que algunas usuarias deben esperar tiempos prolongados para ser atendidas por su patología cervical. No obstante, el promedio de tiempo es menor a 73 días desde el momento de la realización de la citología hasta la ejecución de la colposcopia.

Al hacer la correlación entre el Decreto y los tiempos destinados a la realización oportuna de la colposcopia, se observa que en las LIEBG, donde el tiempo debe ser menor de 90 días, el 75% de los casos cumplen con esta disposición. A pesar de que es un porcentaje alto, se deben mejorar los mecanismos para acortar estos periodos.

Para las LIEAG, en donde el tiempo estipulado en la normativa es de menos de 30 días, se encuentra que los casos que cumplen con este periodo son pocos, lo cual indica la importancia de enfocarse en las lesiones más severas y que requieren una atención más pronta, sobre todo si se considera que al medir la oportunidad de la atención desde la recepción de la referencia para la colposcopia, se ocultan los tiempos reales de espera de la usuaria.

Dentro de los factores que propician los tiempos prolongados se puede citar la demora en el envío de las citologías desde el área de salud hasta el LNC, ya que en algunas áreas esperan a tener un número determinado de láminas para su envío, lo cual genera atrasos, sin mencionar aquellas que se extravían en el traslado. Otro punto importante es el manejo inadecuado de las láminas o el llenado incorrecto de la boleta de entrega al LNC, donde se anotan datos incorrectos de la usuaria o se omite información sobre el área de salud y el sector al que pertenece.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

Además, se tiene la toma inadecuada de la citología, lo que en consecuencia implica una segunda toma, generando demora en detectar oportunamente las patologías cervicales.

Se debe contemplar, también, el tiempo que tarda el área de salud en recoger los reportes de las citologías, ya que hay áreas de salud que por situaciones de recurso y logística no pueden retirarlas muy seguido, lo que implica un retraso en el diagnóstico.

Por otro lado, una vez que el reporte llega al área de salud, el proceso de archivo en el expediente puede ser lento, y se debe tomar en cuenta que, en ocasiones, no hay revisión previa por parte del equipo de salud antes de archivar los resultados, por lo que a la usuaria no se le notifica a tiempo su patología. Sin embargo, esto se da en pocas áreas, porque la mayoría tiene personal encargado para la revisión de los reportes, y en caso de detectar alguna citología alterada, ellos le comunican a la usuaria lo antes posible.

Aun así, la localización a la usuaria a veces se complica, debido a que en algunos casos dan información errónea sobre su dirección y teléfono, sin contar la población migrante, por lo cual algunas se localizan tardíamente o no se ubican del todo, lo que dificulta la atención oportuna.

Por otra parte, cabe mencionar que en la asignación de la cita a colposcopia es donde se encuentran los periodos más largos. Las causas de esta situación pueden ir desde problemas de disponibilidad del especialista, reprogramación de citas no acorde con la normativa, ausentismo de la usuaria a las citas programadas, fallo en el equipo que se utiliza, haciendo necesario posponer las citas o referir a la usuaria a un nivel superior, hasta la falta de capacitación por parte del equipo de salud en este tema.

Por todo lo señalado, resulta fundamental valorar la importancia de la atención oportuna en la patología cervical, no solo desde la recepción de la referencia, ya que en ocasiones este periodo pudo haber sido muy corto, pero la usuaria ha esperado mucho más tiempo para ser atendida desde que se le detectó la lesión, lo que va en detrimento de su salud.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

CONCLUSIONES

- En la normativa no se establece la medición de los tiempos reales desde que la usuaria se realiza la citología vaginal hasta que se ejecuta la colposcopia.
- Falta comunicación entre los niveles para el seguimiento de las usuarias con patología cervical.
- Falta capacitación al personal de salud en cuanto a la prevención del cáncer de cérvix y el adecuado llenado de la documentación requerida.
- Falta coordinación entre las áreas de salud en cuanto a requerimientos de recurso humano y de equipo.
- No hay registros estandarizados en todas las áreas de salud y el Laboratorio Nacional de Citologías, lo que ocasiona pérdidas de información.
- En las áreas de salud no se destina el tiempo suficiente para una adecuada capacitación a la usuaria sobre la prevención del cáncer de cérvix.
- En el tiempo completo desde que la usuaria se realiza la citología hasta que se ejecuta la colposcopia, la mayoría de las lesiones de bajo grado tienen tiempos promedio acordes a la normativa. Sin embargo, para las lesiones de alto grado, en muy pocos casos se alcanza el periodo estipulado.

RECOMENDACIONES

- Medir y dar seguimiento completo al tiempo real de espera de la usuaria desde la toma de la citología hasta la ejecución de la colposcopia.
- Fortalecer la red interniveles para que la comunicación de estos casos sea más expedita.
- Educar al personal de salud sobre la importancia de la atención pronta de la patología cervical.
- Identificar debilidades de recurso, tanto humano como de equipo, en cada área de salud, para mejorar la atención.
- Crear estrategias entre las unidades en caso de ausencia de especialista, para poder enviar en forma temprana a las usuarias a otros servicios donde se les preste la atención requerida.
- Llevar registros adecuados y unificados en los diversos niveles de atención, que contengan toda la información necesaria de la usuaria, para darle un apropiado seguimiento.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA

- Capacitar al personal en el llenado correcto de los documentos necesarios, para facilitar el seguimiento de los casos.
- Educar a las usuarias en la importancia de acudir prontamente a los servicios de salud.
- Dar énfasis a las lesiones de alto grado para el seguimiento y abordaje oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

Costa Rica. Ministerio de Salud. (2015). *Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina, según cantón, 2014*. San José.

Costa Rica. Poder Ejecutivo. (06 de setiembre de 2007). Manual de normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero, I - II y III nivel de atención y normas de laboratorio de citología (Decreto N° 33650-S). *Diario Oficial La Gaceta* N° 171, pp. 1-12.

Costa Rica. Poder Ejecutivo. (07 de julio de 2006). Normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer del cuello del útero, para el I y II nivel de atención (Decreto N° 33119-S). *Diario Oficial La Gaceta* N° 131 (Alcance N° 43), pp. 1-21.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Costa Rica cáncer profile*. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Mortalidad por cáncer está decayendo en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OPS/OMS*. Washington D.C.

Reeder, S., Martín, L., & Koniak, D. (1992). *Enfermería materno-infantil*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.