



## Continuidad de la atención de la patología cervical en la CCSS, año 2015

(Continuity of care for cervical disease in the CCSS, 2015)

Yahaira On-Cubillo<sup>1</sup>, Mariela Tarancón Reyes<sup>2</sup>

### RESUMEN

**OBJETIVO:** determinar la demora en los plazos de atención de las mujeres con patología cervical en el continuo asistencial de la CCSS en el año 2015, en relación con lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino, I-II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología (Poder Ejecutivo, 2006; Poder Ejecutivo, 2007). **MÉTODOS:** se efectuó un estudio exploratorio descriptivo en 530 mujeres con patología cervical, que fueron sujeto de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud en hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, año 2015, con el fin de analizar la continuidad asistencial mediante la determinación de las demoras en los plazos de atención, según lo normado. El análisis estadístico se realizó utilizando los programas Minitab17 y Microsoft Excel 2010. **RESULTADOS:** la patología cervical se presenta principalmente en mujeres entre los 30 y los 44 años de edad. Dentro de las lesiones precancerosas, la lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) predomina en mujeres menores de 30 años. No todas las mujeres son atendidas de forma oportuna en el continuo asistencial, encontrando variabilidad en los porcentajes de casos atendidos inoportunamente, sea para la notificación del reporte de la citología cervicovaginal o para la ejecución de la colposcopia. Hay casos cuyos plazos de atención son muy prolongados. **CONCLUSIONES:** la detección de la patología cervical debe orientarse de acuerdo a la epidemiología y factores de riesgo para el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino. La identificación de las demoras puede contribuir a la búsqueda de las causas de atención inoportuna, para su respectivo análisis local y la gestión de las medidas correctivas pertinentes, tratando de garantizar la trazabilidad de los casos y la continuidad asistencial.

**PALABRAS CLAVE:** continuidad de la atención, patología cervical, demora, citología cervicovaginal, Papanicolaou (Pap), colposcopia.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** to determine the delay in the timing of care for women with cervical disease in the healthcare continuum of the CCSS in 2015, in relation to the provisions of the Manual of Standards and Procedures for Comprehensive Care for Women for the Prevention and Management of Cervical Cancer, I-II and III level of Care and Cytology Laboratory Standards (Poder Ejecutivo, 2006; Poder Ejecutivo, 2007). **METHODS:** an exploratory study was conducted on 530 women with cervical pathology, who were subjected to the evaluation of the provision of health services in hospitals of the Costa Rican Social Security, 2015, in order to analyze continuity of care by determination of delays in terms of care, according to regulations. Statistical analysis was performed using Minitab17 and Microsoft Excel 2010 programs. **RESULTS:** the cervical disease occurs mostly in women between 30 and 44 years old. Within precancerous lesions, low-grade intraepithelial lesion (LGSIL) predominates in women less than 30 years. Not all women are attended in a timely manner in the continuum of care, finding variability in the percentages of cases handled inappropriately, either for the Pap smear report notification or colposcopy execution. There are cases whose care terms are very long. **CONCLUSIONS:** detecting cervical pathology should be oriented according to the epidemiology and risk factors for early diagnosis of cervical cancer. Identifying delays can contribute to the search for the causes of inopportune attention, to their respective local analysis and management of appropriate corrective measures, seeking to ensure traceability of cases and continuity of care.

**KEY WORDS:** continuity of care, cervical disease, delay, Pap smear, colposcopy.

<sup>1</sup> Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. MSc. Gerencia de la Salud. MSc. Gerencia de la Calidad. Médica Evaluadora. DCSS, CCSS. ✉ yocubillo@ccss.sa.cr

<sup>2</sup> Médica Asistente General. MSc. Gerencia de la Salud. MSc. Gerencia de la Calidad. Médica Evaluadora. DCSS, CCSS. ✉ mtarranc@ccss.sa.cr



---

## INTRODUCCIÓN

---

La continuidad de la atención, más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: la persona (Ibáñez Gálvez, 2003).

Este proceso involucra dos perspectivas: la de las personas que acceden al servicio de salud y la de los sistemas de salud que brindan la atención (Ministerio de Salud, Chile, 2012).

Desde la perspectiva de las personas usuarias, la continuidad de la atención es el grado en que una serie de eventos del cuidado de salud son considerados coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, incluye tres aspectos fundamentales de coordinación:

- Continuidad clínica de las diferentes funciones, actividades y unidades que integran el sistema. Depende de la condición de la persona usuaria y de la organización del equipo de salud que brinda la atención, la cual se da de forma horizontal (entre establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de diferentes niveles de atención). Esto permite atender el problema de salud de forma longitudinal, sin perder información a través de su cuidado.

- Continuidad funcional de los procesos de apoyo (administrativos y de soporte) en todas las unidades del sistema que intervienen en la atención.
- Continuidad profesional, mediante la disposición de los equipos de trabajo según los objetivos planteados.

Para que haya continuidad, debe existir accesibilidad, ya que el proceso de atención empieza desde el primer contacto que la persona tiene con el sistema sanitario y trasciende hasta que se solucione su problema de salud. En él, todos los aspectos, momentos, medios, lugares y profesionales que intervienen, se integran para brindar los servicios de forma ininterrumpida y coordinada.

Estos factores cobran importancia cuando se trata de intervenciones orientadas a la prevención y el tratamiento del cáncer, ya que este constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En el espectro del cáncer, el cervicouterino ocupa el segundo lugar de incidencia en la población femenina en el mundo y sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2016). Las tasas más altas se encuentran en América Central y del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental.

En Costa Rica este tipo de cáncer ocupa el tercer lugar de incidencia, con una tasa de 29,33 por 100.000 (2014), y cuarto en mortalidad, con una tasa de 5,47 por 100.000 (2015) (Ministerio de Salud, Costa Rica, 2014, 2015).



Dentro de las estrategias para la reducción de la morbimortalidad por este cáncer, se incluyen intervenciones en salud como la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

La Caja Costarricense de Servicio Social (CCSS), entidad prestadora de servicios de salud públicos en Costa Rica, brinda estas intervenciones como parte de la atención que se da a las mujeres con patología cervical en los diferentes niveles de atención.

En el primer nivel de atención se realiza el tamizaje a través de la toma de la citología cervicovaginal o prueba de Papanicolaou (Pap); posteriormente, de acuerdo con el diagnóstico citológico, la usuaria es referida a la consulta de colposcopia en el segundo o tercer nivel de atención, según se disponga del recurso en la red de servicios de salud, para la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno a las lesiones citológicas identificadas.

Cabe destacar que en el país se cuenta con una normativa que establece los lineamientos técnicos para la atención de la patología cervical, en donde se establecen los tiempos específicos en que deben ser diagnosticadas y tratadas las mujeres según tipo de lesión (Poder Ejecutivo, 2006, 2007).

Considerando que la demora en la atención puede ser una barrera de acceso al sistema, es de interés analizar el proceso de atención de las usuarias con patología cervical, contrastando los plazos de atención con lo esperado según la normativa nacional.

La identificación de los tiempos de demora en el continuo asistencial, constituye una alerta para la búsqueda de las causas y la

ulterior implementación de las medidas correctoras.

---

## METODOLOGÍA

---

Se realiza un estudio exploratorio descriptivo a partir de los datos recopilados de las mujeres con patología cervical que fueron sujeto de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud en hospitales, año 2015 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2016).

Se incluyen las mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix (caso nuevo o reingreso) con colposcopia efectuada. Se excluyen las mujeres referidas a las que se les efectuó la primera colposcopia en otro establecimiento de salud (CCSS, medicina privada, mixta o empresa) y las que están en control en el establecimiento por la misma causa.

Las variables de interés son:

- Edad.
- Fecha de realización de citología.
- Fecha de emisión de la referencia para colposcopia.
- Fecha de recepción de la referencia para colposcopia.
- Fecha de ejecución de la colposcopia.

Una limitante es que solamente el 69 % de la población cuenta con el registro de todas las variables de interés.

Se distribuyen los casos en tres grupos de acuerdo al tipo de lesión citológica, ya que este determina la priorización de la atención en colposcopia según la norma:



- Grupo 1: usuarias con lesiones sugestivas de presencia de Virus de Papiloma Humano (VPH), ASCUS, AGUS o lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) (displasia leve), cuyo plazo de atención oportuna es menor a noventa (90) días.
- Grupo 2: usuarias con lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) (displasia moderada, displasia severa y carcinoma *in situ*), ASC-H o con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, cuyo plazo de atención oportuna es menor a treinta (30) días.
- Grupo 3: usuarias con lesión invasora, cuyo plazo de atención oportuna es menor a ocho (8) días.

Se miden los plazos de atención en tres períodos, partiendo de las siguientes premisas:

- Demora 1: el plazo máximo de atención desde la realización de la citología cervicovaginal hasta la emisión de la referencia para colposcopia debe ser de dos meses.
- Demora 2: el plazo máximo de atención desde la recepción de la referencia en el hospital hasta la ejecución de la colposcopia es de menos de 90 días para el Grupo 1, menos de 30 días para el Grupo 2 y menos de 8 días para el Grupo 3.
- Demora 3: el plazo total desde la realización de la citología cervicovaginal hasta la ejecución de la colposcopia debe ser de 150 días o menos para el Grupo 1 y hasta un máximo de 90 días para el Grupo 2. En el Grupo 3, por tratarse de mujeres con lesiones invasoras, la

atención debe priorizarse considerando el criterio médico respecto a los hallazgos clínicos identificados y tratando de que se dé a la brevedad posible.

Es importante aclarar que el parámetro de la demora 3 es una inferencia a partir de la sumatoria de lo normado para la demora 1 y la demora 2 (Poder Ejecutivo, 2006).

Se realiza una caracterización de las poblaciones de los grupos en estudio mediante los siguientes análisis:

- Distribución de frecuencia por edad.
- Mediana, mínimo, máximo y rango intercuartil de la demora en la atención.
- Porcentaje de mujeres atendidas según plazo de atención.

Para el análisis estadístico y la elaboración de gráficos y cuadros se utilizaron los programas Minitab17 y Microsoft Excel 2010.

---

## RESULTADOS

---

Del total de 530 casos incluidos en este estudio, 360 corresponden al Grupo 1, 165 al Grupo 2 y 5 al Grupo 3.

En la distribución por edad, en el Grupo 1 la mayor cantidad de casos se encuentra entre los 20 y los 35 años; no obstante, se observa otro pico en edades cercanas a los 50 años.

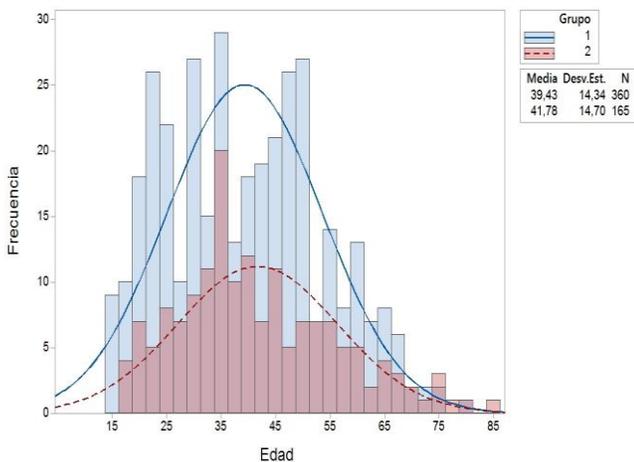
En el Grupo 2 predominan las mujeres entre los 30 y los 39 años. La curva de distribución por edad es similar en ambos grupos (Gráfico 1).

En el Grupo 3, la mediana de edad para los cinco casos es 60, el mínimo 49 y el máximo 79. Por tratarse de un grupo pequeño de

casos, no es posible determinar la tendencia de la edad, sin embargo, en la historia natural de la enfermedad, por lo general, el cáncer invasor se presenta en mujeres que sobrepasan la quinta década de la vida, similar a lo encontrado en este grupo.

el hallazgo clínico fue determinante para la emisión de la referencia. En el 2,4 % y en el 89,1 % restante, el resultado de la citología cervicovaginal fue ASC-H y LIEAG, respectivamente.

**Gráfico 1**  
**CCSS: Distribución de las mujeres del Grupo 1<sup>1/</sup> y Grupo 2<sup>2/</sup> por edad, 2015**



<sup>1/</sup>Usuarías con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS, LIEBG (displasia leve), cuyo plazo de atención oportuna es menor a 90 días.

<sup>2/</sup>Usuarías con LIEAG (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ), ASC-H o con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, cuyo plazo de atención oportuna es menor a 30 días.

**Fuente:** CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

Con respecto al tipo de lesión identificada como criterio de referencia a colposcopia, es de destacar que en el Grupo 1 el diagnóstico citológico más frecuente es la LIEBG, la cual constituye el 59 % de los casos en mujeres menores de 30 años (Cuadro 1).

En el Grupo 2, el 8,5 % de las mujeres fueron referidas para colposcopia por diagnóstico de lesión clínica sospechosa, a pesar de haberseles realizado el Pap; de manera que

**Cuadro 1**  
**CCSS: Distribución de las mujeres con patología cervical según grupo de edad por tipo de lesión, Grupo 1<sup>1/</sup>, 2015**

Grupo de edad	Tipo de lesión			
	VPH <sup>2/</sup>	ASCUS <sup>3/</sup>	AGUS <sup>4/</sup>	LIEBG <sup>5/</sup>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>164</b>	<b>9</b>	<b>186</b>
10-29	0	39	3	60
30-49	1	82	5	86
50-69	0	38	1	38
70 y más	0	5	0	2

<sup>1/</sup>Usuarías con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS, LIEBG (displasia leve), cuyo plazo de atención oportuna es menor a 90 días.

<sup>2/</sup> Virus de Papiloma Humano.

<sup>3/</sup> *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance.*

<sup>4/</sup> *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance.*

<sup>5/</sup> Lesión intraepitelial de bajo grado.

**Fuente:** CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

Respecto a la demora en la atención, tanto en el Grupo 1 como en el Grupo 2, la demora 2 y la demora 3 son inferiores a lo esperado en al menos el 75 % de las mujeres.

En un porcentaje igual de mujeres del Grupo 2, la demora 1 es inferior a lo normado, mientras que en el Grupo 1 dentro de este porcentaje hay casos que sobrepasan el tiempo establecido para esta demora (plazo de dos meses para la notificación del resultado de la citología cervicovaginal).



Las estadísticas descriptivas para las demoras en ambos grupos se muestran en el Cuadro 2.

**Cuadro 2**  
**CCSS: Mediana, mínimo, máximo y rango intercuartil de la oportunidad de la atención en las mujeres con patología cervical según grupo, 2015 (días)**

**Grupo 1<sup>1/</sup>**

Estadísticas descriptivas	Demora		
	Toma Pap-emisión referencia	Recepción referencia-ejecución colposcopia	Toma Pap-ejecución colposcopia
Máximo	444	497	561
Percentil 75	63	77	150
Mediana	45	45	111
Percentil 25	35	23	78
Mínimo	0	0	20

**Grupo 2<sup>2/</sup>**

Estadísticas descriptivas	Demora		
	Toma Pap-emisión referencia	Recepción referencia-ejecución colposcopia	Toma Pap-ejecución colposcopia
Máximo	529	573	616
Percentil 75	44	28	77
Mediana	34	15	56
Percentil 25	23	6	42
Mínimo	0	0	17

<sup>1/</sup>Usuaris con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS, LIEBG (displasia leve), cuyo plazo de atención oportuna es menor a 90 días.

<sup>2/</sup>Usuaris con LIEAG (displasia moderada, displasia severa y carcinoma *in situ*), ASC-H o con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, cuyo plazo de atención oportuna es menor a 30 días.

**Fuente:** CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

Considerando el total de casos, en ambos grupos hay mujeres que fueron atendidas en un plazo de tiempo que sobrepasa las tres demoras, algunos hasta más de 300 días en cada una de ellas.

Pese a lo anterior, con la información con que se cuenta no se puede determinar la causa de la prolongación en dichos plazos de atención.

A pesar de que la colposcopia se realizó de manera oportuna en el 84 % de las mujeres del Grupo 1 y el 79 % del Grupo 2, hay casos en la demora 1 y en la demora 3 que exceden el plazo de atención, según la norma.

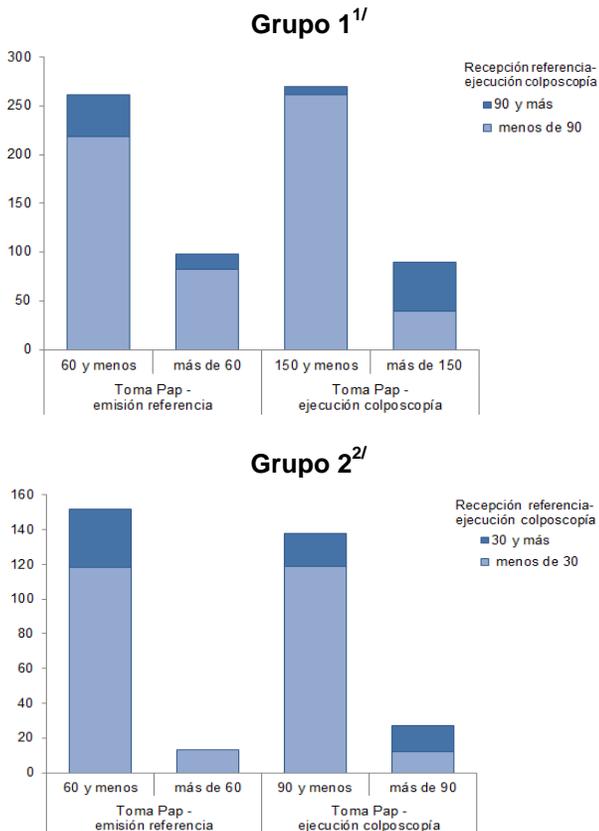
Se encuentra que en el 27 % de las mujeres del Grupo 1 y en el 10 % del Grupo 2 con colposcopia efectuada de forma oportuna, el tiempo de notificación del Pap excede los dos meses (demora 1). Asimismo, la demora 3 supera lo esperado en el 13 % de las mujeres del Grupo 1 y en el 9 % de las del Grupo 2.

A la inversa, del total de mujeres que recibieron notificación oportuna del resultado del Pap, la colposcopia se efectuó de forma inoportuna en el 16 % de ellas en el Grupo 1 y en el 22 % en el Grupo 2, debido a un exceso en la demora 2 (Gráfico 2).

Por otra parte, aunque el plazo total de atención (demora 3) fue inferior a lo esperado, la colposcopia no se efectuó oportunamente en el 3 % de las mujeres del Grupo 1 y en el 13 % del Grupo 2.

En el 56 % de las mujeres cuya demora 3 se excede de lo esperado, la colposcopia se ejecutó de forma inoportuna.

**Gráfico 2**  
**CCSS: Oportunidad de la atención en las mujeres con patología cervical según grupo, 2015**



<sup>1/</sup>Usuarías con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS, LIEBG (displasia leve), cuyo plazo de atención oportuna es menor a 90 días.

<sup>2/</sup>Usuarías con LIEAG (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ), ASC-H o con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, cuyo plazo de atención oportuna es menor a 30 días.

**Fuente:** CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

Las cinco mujeres del Grupo 3 fueron atendidas en colposcopia en un plazo de ocho días o menos a partir de la recepción de la referencia en el hospital; la demora media total desde la realización de la citología hasta la ejecución de la colposcopia fue de 31 días,

el plazo mínimo fue de 14 días y el máximo de 49 días (Cuadro 3).

**Cuadro 3**  
**CCSS: Edad de las mujeres con lesión invasora y demora en la atención según caso, 2015**

Caso	Edad	Demora		
		Toma Pap - emisión referencia	Recepción referencia-ejecución colposcopia	Toma Pap - ejecución colposcopia
1	49	9	5	14
2	52	17	8	32
3	60	40	6	49
4	62	17	6	24
5	79	29	3	35

**Fuente:** CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

En general, existe variabilidad en los plazos de atención de la demora 1 y la demora 3 para este grupo.

Es importante mencionar que hay casos en los cuales la demora 3 contabiliza mayor cantidad de días que la sumatoria de la demora 1 y la demora 2, lo cual supone retraso luego de la emisión de la referencia.

## DISCUSIÓN

En el ámbito de la salud pública, el cáncer de cérvix es un problema que debe ser abordado en forma oportuna.

La población con mayor incidencia de cáncer de cérvix son las mujeres menores de 50 años (American Cancer Society, 2016). En Costa Rica, la tendencia se da principalmente en mujeres que se encuentra en un rango de edad de 30 a 44 años



(Ministerio de Salud. CR, 2014), lo cual coincide con la distribución por edad de mujeres con patología cervical en la población de estudio.

La recomendación actual es que el tamizaje de cáncer cervicouterino se realice en mujeres entre los 30 y los 49 años, considerando que en mujeres menores lo esperado es la detección de lesiones que no progresarán a cáncer y por ende, se incurrirá en tratamientos innecesarios (excepto en los casos en que se documenten datos científicos de alto riesgo de LIEAG) (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2016).

La distribución de los casos en los tres grupos de la población de estudio confirma el hecho de que las lesiones precancerosas de cuello uterino se diagnostican con mucha más frecuencia que el cáncer invasor (American Cancer Society, 2016).

En la población de estudio se encontró que en más de la mitad de las mujeres del Grupo 1 la lesión citológica predominante fue la LIEBG; por tanto, siguiendo la recomendación anterior, la detección debe orientarse de acuerdo a la epidemiología y a los factores de riesgo, con el fin de detectar el cáncer cervicouterino en las primeras etapas. Esto es realmente importante, dado que las estadísticas nacionales demuestran que la incidencia y la mortalidad de este tipo de cáncer ocupan el primer lugar en las mujeres de 25-29 años, aunque el número de casos es menor que en otros grupos de edad (Ministerio de Salud, CR, 2014, 2015).

Respecto a la oportunidad de la atención de la patología cervical, cabe destacar que existe una normativa que establece los

parámetros para brindar el servicio, los cuales deben cumplirse; por lo que la gestión de este proceso en el nivel local debe responder a lo estipulado en dicha norma (Poder Ejecutivo, 2006):

- a. Contar con un sistema de registro de las usuarias, con el fin de brindar un adecuado seguimiento.
- b. Ingresar a la usuaria en el programa de tamizaje al momento de tomarse la primera citología cérvico vaginal y registrar en su expediente clínico la toma de la citología.
- c. Llevar registro de las citologías tomadas antes de ser enviadas al laboratorio.
- d. Contar con lista de envío y recibo de las laminillas de citología, con firma, sello y fecha de entrega de los laboratorios correspondientes.
- e. El laboratorio debe entregar los reportes al establecimiento respectivo a más tardar veinte (20) días hábiles después de haber ingresado la muestra al laboratorio.
- f. La recepción de los resultados de citología en el establecimiento debe darse con sello y fecha de recibido, y se debe levantar un listado de las citologías recibidas.
- g. El profesional en medicina debe valorar el resultado en las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes de recibido el reporte; esto debe quedar consignado en el expediente y en el carné de citología. El resultado puede ser:



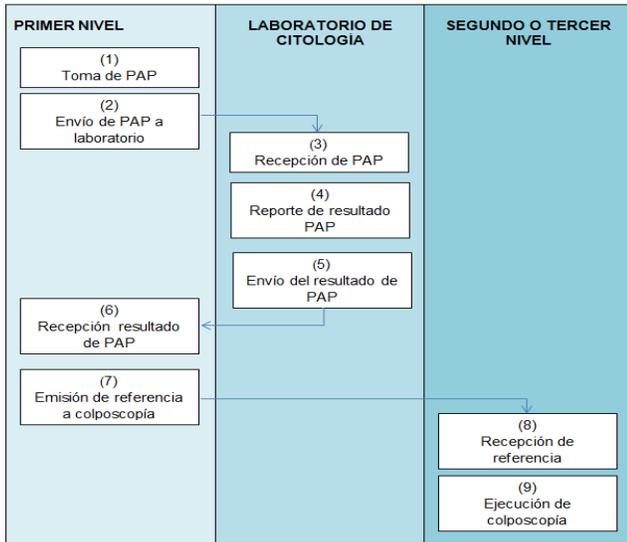
- Negativo: el personal de REMES entregará el carné a la usuaria con la próxima cita.
  - Alterado: se debe localizar a la usuaria y darle cita a más tardar ocho (8) días después con el profesional en medicina, quien dará seguimiento al caso.
- h. Se debe informar a la usuaria el resultado de la citología. Es su derecho obtener el resultado de la citología realizada en un plazo no mayor de dos (2) meses.
- i. El profesional en medicina debe dejar anotado en el expediente y en el carné tanto el resultado de la citología como la referencia a colposcopia en el establecimiento de salud que le corresponde.
- j. Captación e inscripción de las usuarias referidas para colposcopia a partir de la recepción de la referencia en el establecimiento.
- k. En la consulta de colposcopia se asigna la cita de acuerdo con los siguientes criterios:
- Usuaris con presencia de VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG persistente, requieren un plazo de atención menor a noventa (90) días.
  - Usuaris con LIEAG, ASC-H o con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, requieren un plazo de atención menor a treinta (30) días
  - Usuaris con lesión invasora requieren un plazo de atención menor a ocho (8) días
- l. En el expediente de salud debe registrarse tanto la realización como el resultado de la colposcopia y si se toma biopsia. Se utiliza la hoja de reporte colposcópico estandarizado y la hoja de reporte de la biopsia, respectivamente.
- m. Notificación del resultado de la biopsia a la usuaria luego de recibido el resultado en el establecimiento de salud:
- Positiva por malignidad: en un lapso no mayor a los ocho (8) días.
  - Negativa por malignidad: en un lapso no mayor a los treinta días.

El cumplimiento de estos enunciados permite la trazabilidad de los casos en el continuo asistencial y la determinación de la oportunidad en la atención en los diferentes niveles; además, permite establecer el flujo de atención a las usuarias con patología cervical desde su primer contacto hasta la ejecución de la colposcopia (Figura 1).

Los resultados en relación con la demora evidencian que hay un porcentaje de casos cuya atención se brinda de forma inoportuna, sea para la notificación del reporte del Pap o para la ejecución de la colposcopia. Hay casos cuyos plazos de atención son muy prolongados, lo cual puede ser indicio de que no hubo un apropiado seguimiento de estos en todo el proceso, afectando la continuidad asistencial.

Además, se encuentra que hay pérdida de trazabilidad de los casos luego de que la referencia es emitida, ya que en algunos el tiempo total desde la toma del Pap hasta la ejecución de la colposcopia (demora 3) excede la sumatoria de las demoras 1 y 2.

**Figura 1**  
**Flujo de atención a las usuarias con**  
**patología cervical**



Demora 1 de (1) a (7): 2 meses o 60 días.

Demora 2 de (8) a (9): 90 días para el Grupo 1, 30 días para el Grupo 2.

Demora 3 de (1) a (9): 120 días para el Grupo 1, 90 días para el Grupo 2.

**Fuente:** Poder Ejecutivo. (2006). Decreto N° 33119-S. 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 de Laboratorios de Citología. La Gaceta N° 131. San José, Costa Rica.

Las causas se desconocen; puede obedecer a que la usuaria luego de que tiene la referencia en su poder, dura algunos días para ir a solicitar la cita en colposcopia o a que una vez asignada la cita, esta deba reprogramarse por algún motivo, como por ejemplo, ausencia de la usuaria, presencia de menstruación el día de la cita, problemas para la prestación del servicio por falta del personal de salud que brinda la atención, desperfectos del equipo, condición de aseguramiento, entre otras.

Por otra parte, pese a que en los casos de lesión invasora la notificación se realizó antes de los 60 días, frente a sospecha o evidencia clínica de lesiones de este tipo, hay que tener presente que la demora debe ser la menor posible en todos los puntos de atención del continuo asistencial, por lo que es primordial realizar la gestión pertinente para agilizar el trámite correspondiente y dar el apropiado seguimiento a estos casos.

La coordinación entre los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención identificados en el flujo, permite garantizar la continuidad de la atención y optimizar la oportunidad en la prestación de los servicios.

Se espera que con la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) se reduzca la omisión de información y/o sesgos para trazar de forma adecuada los casos. Incluso, podría contribuir a optimizar los plazos de atención, cuando las aplicaciones informáticas y de conectividad estén ejecutándose en todas las unidades de la CCSS.

## CONSIDERACIONES FINALES

Para la apropiada trazabilidad de los casos, se requiere conocer todas las variables que permitan medir los plazos en cada uno de los puntos de la normativa. Ello permitirá identificar la mayor demora y en cuál punto del continuo asistencial se presenta, de manera que se puedan tomar acciones para la determinación de las causas y las posibles soluciones. Es fundamental contar con un sistema de registro integrado, por lo que es probable que con la implementación del EDUS se avance en este aspecto.

