

ACTA EXTRAORDINARIA NÚMERO 006-2022

ACTA EXTRAORDINARIA NÚMERO CERO, CERO, SEIS-VEINTE Y DOS. Acta número cero, cero, cuatro correspondiente a la sesión extraordinaria celebrada por los miembros del Consejo Nacional de Cáncer a las trece horas del 21 de noviembre de dos mil veinte y dos, presidida por el Dr. Alexei Carrillo Villegas, Viceministro de Salud, con la asistencia de los siguientes miembros: Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, representante de la Red Oncológica Nacional designado por la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dra. Xenia Sancho Mora, representante de la Red Oncológica Nacional designado por la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dr. Ricardo Pérez Gómez, representante de la Dirección de Fármaco epidemiología de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dr. Marco Williams González, representante del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital México, Dr. Giancarlo Rodríguez Maroto, representante del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Calderón, Dr. Jose Pablo Villalobos Cascante, representante del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital San Juan de Dios, Dra. Sandra Delgado Jiménez, representante del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud, Dr. César Gamboa Peñaranda, Director de la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud MSc Ronny Muñoz, Dirección de Asuntos Jurídicos, Sra. Alexandra Núñez Fletes, representante de las Organizaciones que trabajan con pacientes con Cáncer, todos los anteriormente mencionados bajo la modalidad presencial-----

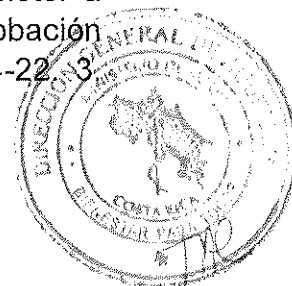
Ausentes con justificación, Dr. Gustavo Espinoza Chávez, Ministerio de Salud, Dra. Marjorie Arias Jiménez, representante de la Dirección de Fármaco epidemiología de la Caja Costarricense de Seguro Social, Guardia, Dra. Gabriela Soto Herrera representante del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Nacional de Niños, Dra. Adriana Torres Moreno, Dirección de Vigilancia de la Salud, -----

Ausentes sin justificación: Ninguno-----

Invitados: Margarita Claramunt, Dirección de Planificación, Eilyn Rojas Navarrete, Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, Yahaira Castro Pereira, Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. Todos los anteriormente mencionados bajo la modalidad presencial-----

CAPÍTULO I. REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

ARTÍCULO 1. Una vez comprobado el quorum se hace lectura para someter a aprobación el orden del día de la sesión extraordinaria **06-2022**: 1. Comprobación del Quórum 2. Lectura del acta y aprobación del Acta Extraordinaria 04-22-3





Seguimiento al acuerdo: Manual de Norma, 4. Presentación: Abordaje de la meta en Cáncer 2.5% en la mortalidad prematura, 5. Asuntos Varios

ACUERDO 1. Se lee y aprueba el orden del día para la sesión extraordinaria N°06-2022 **Aprobado por unanimidad.**

CAPÍTULO II. LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA DE LA SESIÓN ANTERIOR

ARTÍCULO 2. Se realiza la lectura y aprobación del acta de la sesión anterior

ACUERDO 2. Los miembros de Consejo acuerdan aprobar sin correcciones del acta extraordinaria 004-2022 de la sesión del 25 octubre el 2022. **ACUERDO FIRME**

CAPÍTULO III. RESOLUTIVOS

ARTÍCULO 3. Seguimiento al acuerdo: Manual de Norma: Dr. Carrillo, ahora seguimos entonces con el seguimiento del acuerdo del Manual de Norma, cual Norma

Dr. de Gamboa. Es en sentido general, digamos de, de, una inquietud que había presentado, exactamente, el Dr. Azúa, verdad, los compañeros de la caja, para tener un estándar de cuál debe ser un manual, que debía contener el manual de norma para ir, estando claros que cuando se hace una norma del tema de cáncer esté estandarizado el tema, verdad

Dr. Carrillo: adelante Dr. Varela tiene 10 minutos

Dr. Varela, este, buenas tardes, bueno, desafortunadamente no puedo proyectar acá, pero creo que es importante tal vez, antes entrar propiamente al formato que debe tener una norma, según lo que he podido escuchar en las reuniones, podemos compartirlo más, más delante, ese manual que revisamos nosotros en la dirección para la elaboración estándar de una norma de atención, estos puntos que están allí del 1 al 8 es la estructura estándar de la norma de atención, verdad, con objetivos, con justificación, con ámbito de aplicación, definición de actualización, definiciones con contenidos técnicos, la bibliografía y los anexos, este documento, bueno, en sus capítulos, allí, previos, habla la diferencia de una normas de atención, ahora que el Ministerio de Salud es rector, que son diferentes a las normas de atención que hacía el Ministerio antes cuando se hacía para sus propios pacientes, verdad, ya allí, hay un cambio, que queremos que estos documentos sean más enfocadas al tema de salud pública, a más de rectoría, digo queremos, porque es un proceso, estamos en este momento, diay en prueba y error, haciendo las primeras normas casi que hace tres años es que venimos planteando este tipo de formato y allí cada vez que hacemos una norma encontramos oportunidades de mejora, la idea es diay



que este, conforme, vamos entrando más en la práctica ir mejorando, ese el formato general, entonces el punto 6 es contenidos técnicos, en esos contenidos técnicos, lo que queremos tocar, verdad, lo que se pretende abordar es prevención diagnóstico, tratamiento y abordaje, rehabilitación paliación, cuando aplica, verdad, referencia y contra referencia y las indicaciones de salud pública, esto es el formato estándar, de acuerdo a la patología que estemos tratando porque no solamente lo usamos con cáncer sino que también, diay, dengue, malaria, o pueden ser eventos, este, verdad así se puede variar, poniendo o quitando puntos, ahora escuchando las discusiones que ha existido en este consejo que he tenido la oportunidad de poder escuchar, creo que, el problema que se dio con normas anteriores, que eso lo estamos corrigiendo ahora, es asegurarnos que las personas designadas por la caja, sean efectivamente las que deben estar, muchas de las designaciones anteriores, dadas inclusive por la gerencia, fueron diay, para clínicos hospitales verdad, no es desmerecer el aporte que dieron, pero una vez que avanzó en su trámite de oficialización nos dimos cuenta que ese, ese clínico desconocía principios que como caja, se estaban llevando en ese momento desde la coordinación, entonces las normas nuevas, que solicitamos, verdad, la presencia de un clínico que tiene que estar obviamente, y un representante del consejo, del, del, de, de la coordinación de cáncer, así que creo que ese es un punto que ya lo estamos corrigiendo y veámoslo como, y esperemos que sea superado y el otro punto tiene que ver con la consulta, de acuerdo a este manual, verdad, la norma, hay un equipo técnico que la elaboraba, verdad, y utilizando la metodología DELPHIE, cuando se terminaba, había otro equipo técnico, verdad, de otros profesionales distintos a los que participaron en el primer grupo, que la revisaban, verdad, y desde allí se sacaban las observaciones, eh, definitivamente acá tenemos que poner en las revisiones finales igualmente a la Caja de Seguro Social, verdad, que no se malinterprete, no es que la caja nos hace las normas, pero es que, dentro de las normas tienen que ir los conceptos también de viabilidad de la norma, verdad, y sea como sea tiene que haber un lineamiento de lo que hace el ministerio y lo que está haciendo la coordinación de la Cáncer, entonces ya para las normas que vienen en camino, y de hecho ya se esta haciendo con la de cérvix, estamos garantizando que la coordinación haya participado de la revisión de esos documentos, verdad, para que el producto final realmente venga a satisfacer la necesidad de ambas instituciones.-----

Dr. Gamboa: Tal vez aquí uno de los elementos importantes que se podría mencionar Allan, es el tema que quede claro que es la normativa del Ministerio, que es una guía técnica, porque tenemos que alinearnos un poco conceptualmente con los conceptos, exactamente, para poder, allí a veces, ha existido un-----

Dr. Villalobos: yo creo que hay que ponerle un alcance, definirlo, verdad, porque lo que dice el Dr. es cierto, ósea, que es lo que hacer, que es lo que entiendo por una norma, y cual es la diferencia en el alcance con una guía, un lineamiento, un protocolo, porque, como usted los dice esto va a salir desde la rectoría del Ministerio.



si queda muy específico tipo guía o protocolo, va a ser muy difícil la aplicación y creo que allí ha estado tal vez un poquito el problema, cuando yo pongo gente que es muy clínica, lo que yo quiero poner es como yo específicamente tengo que atender al paciente con tratamiento, diagnóstico, terapia, que tipo específico y creo que eso es lo que debería de quedar más macro a la hora de definir una norma-----

Dr. Varela: no, este, y ya nos pasó, ósea, la norma vieja, no la actual, la norma vieja de HIV llevaba esquemas de tratamiento que cuando se publicó la norma ya el esquema de tratamiento había cambiado, entonces, también es un ridículo con el Ministerio sacar un decreto nuevo y ya que el esquema venga, verdad, esos aspectos tan clínicos, o que puedan tener alta variabilidad no tiene que ir en una norma, de hecho un decreto tiene una duración para su oficialización y para su posterior ajuste, que es muy, mucho mayor que el tiempo que avanza la ciencia o tecnología, son normas rectoras, las cosas deben verse más que clínicas, verse casi con un enfoque de deberes y derechos, verdad, del estado hacia la población, con esa patología.-----

Dra. Delgado: este, entiendo perfectamente que es una norma en decreto, pero digamos si hay algunas patologías que requieren o que en este momento tiene un tratamiento que tiene que estar estandarizado públicos y privados, verdad, porque que le digo, malaria, o, no se tuberculosis, digamos que la gente no se puede poner creativa en que o cómo tratarlos, sino que hay un esquema básico, bueno si hay más de allí, verdad, no puede ser que las normas tengan, ¿se puedan cambiar por directriz ministerial?, porque nosotros en el Reglamento de Vigilancia lo tenemos así, si por eso, la pregunta es, si no, legalmente se puede hacer meter un artículo que diga eso, porque sino son muy rígidas y no van a normar en, cuando se ocupa algo específico, no van a normarlo-----

Dr. Varela: La norma tiene que obligar a que exista la guía o el protocolo-----

Dra. Delgado, ajá, pero esa quien la va hacer porque se está normando para públicos y privados, lo de la caja lo hace la caja, pero, ¿los privados?-----

Dr. Varela: Ok como lo que se está normando son estándares esenciales, es decir mínimos, básicos, perfectamente podemos oficializar el protocolo de la CCSS, como un estándar esencial mínimo, para el sector privado, usualmente, el privado anda con un estándar superior, pero no puede bajar de allí-----

Dr. Azúa; No necesariamente, perdón-----

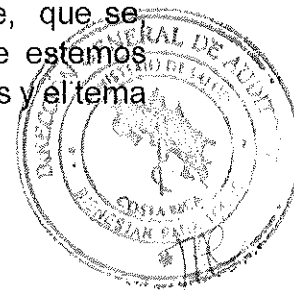
Dra. Delgado: si, depende-----

Dr. Varela: La idea es que no baje de allí, verdad, si se oficializa-----

Dra. Delgado: Ok, ok, entonces eso no iría en la norma, pero si es responsabilidad de ustedes, también, la parte de guías de atención, de carácter nacional-----

Dr. Varela: Si, si correcto, ahora no puede ir en la norma porque el MEIC nos hace hacer todo un procedimiento-----

Dr. Gamboa: Pero, si es importante, tal vez como la Dra., Delgado dice, que se como visualiza usted la guía, tal vez como para que, pueda ser que estamos entendiendo lo mismo, verdad, en cuanto a lo que es la norma de nosotros y el tema



de una guía clínica, porque nosotros decimos, nosotros llegamos hasta la norma, y después vienen guías clínicas, protocolos, etc., verdad, una de las razones es porque evidentemente se ponían hasta tratamientos, verdad, y ahora nosotros no ponemos tratamiento, es público y privado el cómo, tiene que ser el establecimiento el que la defina, o la institución, en este caso la caja, verdad, y el privado, por eso es que la discusión, es que, tiene que desmenuzarse un poquito porque, a veces puede ser que estemos entendiendo lo mismo, pero no necesariamente lo mismo.-
Dra. Delgado: pero digamos, yo para aclarar un poco, me refiero, y obviamente desde el punto de vigilancia, y yo sé que los clínicos en cáncer pues tengan otro punto de vista, me refiero a cuando es necesario, porque tiene que ser un estándar básico, VHI, malaria, que la gente tiene que ser tratada así por obligación, de aquí para arriba lo pueden tratar con lo que quieran, pero no menos de eso, allí era donde a mí me quedaba la duda por el proceso que tenemos con Malaria-----

Dr. Varela: Cuando son temas de salud pública allí sí lo podemos definir nosotros--

Dr. Carrillo: Pues el cáncer es un tema de salud pública, definitivamente hay que, que definirlo, porque si no entonces, voy a, bueno, allí va a quedar en grabación, sino la gente va a empezar hacer fiesta, si les van a empezar a, inclusive podríamos ver temas de experimentaciones y cosas así que ya han pasado en el privado con medicamentos que se traen de otros lados sin registro, y esto dejaría, este, a la gente desprotegida porque?, porque el Ministerio simplemente no lo puso, y aquí en el país la gente, sino está, dice que es legal cuando en realidad sino esta es ilegal, entonces, yo pienso que eso, si hay que hacer, un paso adelante en el Ministerio en ese paso que se retrocedió, este, para poder hacer, lo, los cambios necesarios al respecto a las normas que estamos sacando, los lineamientos, ciertamente en algunos lugares, este, no podemos poner que se envíe lbesartan genérico, por cambiar lo de cáncer, sin embargo hay guías internacionales, que las cuales nos guiamos y la caja de guía por ejemplo en la de Hipertensión que esta guiada el manejo de hipertensión con la guía de la, la academia Americana del corazón, por poner un ejemplo, entonces, en cáncer deberíamos hacer exactamente lo mismo, por lo menos lo básico que tiene que hacer y a partir de allí empezar a caminar.---

Dr Pérez: creo que, tiene usted razón, pero también hay que valorar que es un tema si es un tema de salud pública, pero es un tema muy extenso, lo digo desde el punto de vista de tratamiento y abordaje de patologías que nos llegan a nosotros, verdad, cualquier cantidad de cosas, yo no podría, ósea tendría que decirle a todos los oncólogos, verdad, de los hospitales nacionales, a los jefes de servicios, dya constrúyanme una guía, no escenarios no, una guía patológica, verdad, y que incluya no solo el apartado de cáncer, eh, de tratamiento, sino el abordaje como tal, Doc. eso se lo digo-----

Dr. Carrillo Es difícil, es difícil pero no imposible-----

Dr. Pérez: sí Doc., pero eso yo me atrevo a decirle, bueno, allí está el Dr. Rodríguez que él es, tal vez, el jefe del servicio, pero, yo no sé construir eso, eh, es un tema tan cambiante, que realmente los tratamientos habría que estar cambiando la



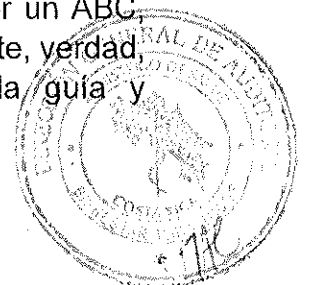
norma, y se lo digo por experiencia por lo protocolos o lineamientos que hacemos, hay que estar actualizándolos, al final nosotros dijimos, bueno, cuando es un grupo, una población enorme en esta situación con varias patologías, yo creo que la norma debe ser general, verdad, una norma general que incluya esas partes que usted decía, ósea, en aquellos medicamentos que se les quiera prescribir a un paciente no estén registrados en el ministerio de salud, para ello está el artículo 117 para la importación de estos, verdad, pienso que dejar, algo un poco más general, nos serviría más, y le serviría más tanto al sector público como al privado, verdad, por sí son-----

Dr. Carrillo: A eso me refería, verdad, no tan poco al punto específico, a lo que me refiere efectivamente es algo general, es que ahorita tenemos algo que se sale de lo general, es universal lo que tenemos ahorita, ahorita lo que tenemos es que bajarlo al sistema solar, entonces, a eso es lo a lo que yo me refiero, hace poco, bueno el Dr. Azúa estuvo en esta, era un encuentro un diálogo sobre la judicialización de la salud-----

Dr. Pérez: Allí estuvimos-----

Dr. Carrillo: ah bueno allí estuvo, ya saben el resto, no me dejan mentir, la principal patología que presenta este trabajo, para la sala cuarta es cáncer, y por es? es porque efectivamente hay personas que quieren por lo menos dos meses más de dos vidas, entonces ellos dicen, entonces mándenme ese biológico pero la caja no lo tiene, entonces hay que pasar por todo el proceso, que yo lo conozco, porque bueno el Dr. Williams no me deja mentir, y yo sé que es hacer todo este tipo para hacer el no LOM, y es un enredo, hay que hacerlo, hacerlo y hacerlo, pero si nosotros le allanamos un poquito el camino a la gente que la caja no tenga que verse en proceso judiciales y ahora tener una lista específica de recursos de amparo si nosotros damos un paso adelante, eso es lo que yo considero. Adelante Dr.-----

Dr. Gamboa: Si gracia Dr., no sé si talvez, a ver, como las normas, es para, estamos visualizando aquí, y ahorita la Dra. Delgado hablaba de las otras enfermedades infecciosas, a ver, son varios temas como, como relacionados con la normativa partiendo de lo que estamos hoy, más que todo en el consejo nacional de cáncer, que lo estamos visualizando más que todo es el tema de normativa en cáncer, verdad, tal vez sería factible, Dr., como hacer un pequeño grupo digamos entre caja y ministerio, y definir específicamente, para el tema de la patología de cáncer, cual puede ser, digamos ese ABC, para que quede muy general, para que se vaya caminando hacia un proceso, resguardarnos del tema de judicialización de la salud, verdad, y que eso vaya teniendo claridad para los tratamientos, porque, bueno el Dr. Varela lo decía aquí, estamos, hay normas de normas, hay normas de atención están las normas, para este, enfermedades infectocontagiosas, allí tenemos las normas VIH, allí tenemos las normas, son normas muy específicas, aquí tal vez, creo que las diferentes patologías de cáncer prioritario tienen que tener un ABC, verdad, muy genérico, muy general, que si nos conduzca a que se empate, verdad, por decirlo de alguna manera, más folclórica, con el tema de la guía y



posteriormente el protocolo, porque el problema es que aquí estamos todavía con una, con zonas grises en donde nos entrelazamos para que haya una continuidad del proceso normativo, verdad, y que no caer en las normas anteriores, que eran normas, que en algún momento se cayó en eso, como parte del proceso evolutivo de decir, es que para el tratamiento de cáncer de próstata, había que tomar eso, la dosis, y eso nos mató, evidentemente eso no puede ser, no se', es como una propuesta-----

Alexandra: Más bien en un panorama en donde ahora, la que la medicina es más bien muy personalizada, inclusive la CCSS tiene un laboratorio molecular que te dice, este paciente se va a ver beneficiado con este-----

Dr. Villalobos: Si, si estamos hablando de tratamiento que son tan específicos, para la mutación de un fin, en una parte específica y en un estadio especial de la enfermedad, yo pienso que regular eso y limitarlo, yo pienso que igual que el Dr. Pérez, debería ser algo más, que le dé la guía al clínico de cuál es su espectro de acción, porque si, y estamos hablando de que hoy es una línea de tratamiento de primera línea, mañana esta en segunda línea, y la de tercera línea pasó a la primera, entonces va a pasar lo que pasó la vez pasada, lo que decían cuando sacamos el lineamiento de VIH ya más bien el tratamiento había pasado, entonces yo pienso que allí está el, el -----

Dr Pérez: Correcto. -----

Dr Gamboa. Yo pienso, que debemos hilar fino por lo menos para la norma de cáncer-----

Dr. Azúa: Veamos del otro aspecto, ¿que necesitamos? ósea, ¿para nos va a servir?, ya la institución, bueno la CCSS da el servicio, tiene los departamentos, tiene los protocolos, bueno, verlo como una forma práctica, es decir, porque si no eventualmente vamos a desgastarnos, haciendo algo que ya está hecho, ya los estamos haciendo, dentro de la caja, ósea, por mucho tiempo paso eso, venían medicamentos y nosotros estábamos con medicamentos y venía la norma, pero la norma no le deba un valor agregado al sistema público de salud, ni al privado tampoco-----

Dr. Carrillo: Es que, por eso, es lo que está diciendo, este, el Dr. Gamboa, lo ideal es hacer un grupo de trabajo que efectivamente nos diga cómo estamos, porque efectivamente le doy completamente la razón, dya la caja estaba haciendo algo y el Ministerio en otro lado, al final las cosas chocan, no tiene ningún sentido, eso se llama reproceso-----

Dr. Varela: El Dr. Alexei decía algo importantísimo, en el tema de judicialización, es que en realidad la sala cuarta, lo que viene a resolver son los vacíos de nosotros como ministerio no hemos resuelto. -----

Dr. Pérez: Como cual, perdón, es que allí si yo, me gustaría saber cuáles son esos vacíos, porque si está muy interesante -----

Dr. Carrillo: Yo si le voy a decir un vacío que el Ministerio ha tenido no tal vez en la parte de judicialización, allí tal vez lo podemos ver, el Ministerio ha dejado de hacer



un montón de cosas por Ley, en la rectoría y que, gracias a Dios la Caja las ha hecho, el ministerio de salud debió de haber hecho un montón de lineamientos y normativas al respecto de cómo se trata la salud en este país y no lo hizo, y la CCSS por dicha, si lo hizo, si la caja no lo hubiera hecho estaríamos en serios problemas en este momento, entonces por eso yo le digo a todo el mundo, gracias a Dios la Caja si existe, no se específicamente cuáles de esos procesos han ido a instancias judiciales, tengo que decirlo, pero tengo que decir esta parte, esto que tenemos en cáncer es un universo, pero ocupamos algo más, no tan específico, si más general como bien lo dijo usted, pero al respecto a este tema en específico, a eso fue, el enredo que hice de palabras al principio, y empezar por acá porque efectivamente es un problema de salud pública.-----

Dr. Pérez: nosotros igual que el Dr. Azua, y yo creo que la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud se ha estado trabajado en protocolos institucionales, nosotros lo que hacemos es sacar lineamientos terapéuticos, digamos para cada medicamentos de alto valor que va dirigido a la mano derecha o a la mano izquierda, entonces si nosotros hacemos esa situación y lo enviamos a los oncólogos, a los hematólogos, a los dermatólogos, a gastroenterología, ósea tenemos para todo un fin, creo que, no sé, no sé si le agarré eso Doctor o más bien puede ir en anexos algo que la caja este construyendo-----

Dr. Villalobos: La guía está por debajo de, el hecho es que una norma, va a regular lo macro y por debajo esto está el protocolo y la guía que es más en lo operativo, lo que pasa es que, es muy difícil en cáncer, que es lo que dice la compañera, en cáncer es muy específico y muy dirigido al tratamiento y si uno se mete en tema de judicialización, aquí ya hay, el pero que he visto yo, en las instrucciones en el cumplimiento que manda la sala constitucional, la sala constitucional no se avoca a un tema de esos de sostenibilidad financiera la institución si, pero aquí hay un todo, por ejemplo cual es el problema más grande con esto, que el tema de judicialización puede durar entre los tres a los cuatro meses, en un medicamento, o a veces más, que podría ser un medicamento sumamente costoso que para cuando ya se le instruya a la institución comprarlo la evolución de la enfermedad ya ha progresado y el resultado no es lo esperado.-----

Alexandra Núñez: Eso le da a la institución una ventana también de negociación porque hay un abuso de precios que hay que considerarlo-----

Dr. Villalobos: si también, hay que ser honesto también, hay que regularlo a lo interno de la institución, porque muchas veces lo que se le ofrece posterior en el acto médico, verdad, el acto de la prescripción, que realmente no es un acto de prescripción porque no es un fármaco de la LOM, el médico no puede prescribir lo que no está en la LOM, la recomendación que hace el médico muchas veces no tiene un sustento, porque hay otras opciones de tratamiento que ofrece lo mismo, entonces allí es donde entra el análisis, pero por allí es por donde habría que regular las líneas de tratamiento, cumplir líneas grandes de tratamiento y no describir cual es específicamente esa línea porque eso es lo que cambia, tiene que ser muy



macro para que le permita el margen de acción al clínico y en este caso a la caja, y a la dirección de fama, porque entraríamos en un normar esto es complicado.-----
 Dr. Pérez, si eso es lo que yo estaba diciendo, a ver, la prescripción puede ser con medicamentos LOM y no LOM, la normativa institucional lo permite, pero allí voy yo, la norma, esta norma, quiero que me retroalimente de esto porque yo no sé, la norma es normalizar si se saca un decreto y que hay que cumplirlo como farmacovigilancia que las notificaciones de sospechas son obligatorias, allí sería otra situación, pero como esto es una norma y nos vamos a normalizar entonces si nos tendríamos que ir a lo muy general y tendríamos que hacer un punto 1 y punto 2, el punto 2 me preocupa, porque la Dra. Sancho está diciendo que lo hace desde el nivel privado, nosotros lo podemos dar desde el nivel central, verdad, la parte pública que es la gran mayoría es la CCSS, entonces esa parte si la podríamos hacer, no me atrevería a poner los tratamiento que tenemos en la LOM porque son muy, pero muy cambiantes, sino que tal vez alguna, algún, no se, que suene algo bonito, pero si yo me iría más, a excepciones, por ejemplo en la parte pública, que es lo que hay, bueno, para prescribir se necesita esto, una vez que prescribe el medicamento LOM es esta es la situación y usted los puede obtener, medicamentos no LOM, que es la parte que yo creo que es la que nos viene a regular un poco la institución un poco el comité central, entonces, describir un poco esto de la mano de que ya viene un cambio del reglamento de la lista oficial, verdad, este reglamento, este lo que va hacer es agilizar esta situación, esa, eso que usted me decía que había que llenar, bueno eso ya no más, eso ya no se va a hacer más, ya se va a volver a llenar, el paciente, el médico y todos van a llevar la trazabilidad de su solicitud en tiempo real y el comité va a resolver en tiempo real, para enviar todo en tiempo real, eso creo que va a mejorar los tiempos de respuesta-----

Alexandra Núñez: cuando usted habla en tiempo real a que se refiere-----

Dr. Pérez: En que yo lo estoy enviando y le mando la, en directo en la sesión van a saber la respuesta del comité, eso es tiempo real, efectivo-----

Alexandra Núñez: Eso le gana tiempo al paciente-----

Dr. Pérez: a todo-----

Alexandra Núñez: a mí, bueno, quiero hablar aquí, muy honestamente porque nuestra organización le llegan, muchísimos de estos pacientes de cáncer, entonces, ahora, lo que se está viendo es que el laboratorio molecular que viene especificado cual es el tratamiento, no es algo que no tiene suficiente evidencia científica sino que hay una justificación científica poderosa para tomar esa decisión y la misma caja niega ese tratamiento, y allí es donde se encuentra esa primera, bueno una de las grandes barreras, verdad, pero si es algo que desde la misma institución están indicando, creo que se, podría hacer un esfuerzo, para que estos pacientes no tenga que judicializar, verdad, hay un tema y lo digo aquí, y tal vez el Ministerio de Salud como ente rector de todo en salud, podría también tomar en cuenta, y es el tema del abuso de los precios, verdad, porque que es lo que dice, la mayoría de veces, farmacoterapia, por un tema de costos, y estamos todos en esta mesa de acuerdo



que la sostenibilidad del sistema es importante, pero entonces como podemos solucionar eso, creo que el hecho que este tema viniera a la mesa aquí en algún momento, dentro del seno de este consejo también se pueden dar recomendaciones importantes, porque necesitamos darle una solución a esto, esto le cuenta al país, le cuesta a la caja pero le cuesta más al paciente-----

Dr. Carrillo: yo creo que la recomendación que podría salir de acá es que nos hablemos, nos armonicemos y trabajemos juntos, para poder hacer una norma que tenga de eje, perdón, tenga de objetivo principal el bienestar del paciente, porque?, porque resulta que por eso, en este diálogo lo escuchamos, porque se ganan todos los recursos de amparo? No es que los abogados de la caja sean malos, es porque siempre dicen que el problema es plata, cuando en realidad el problema si es plata, pero al final el problema de nosotros y el objetivo de nosotros es el que paciente este bien, si trabajamos en conjunto con la CCSS, yo creo que podemos lograr algo bueno que le va a servir de sombrilla a todos los paciente, no solo a los que van a la caja, también a los que van en atención privado, viéndolo de esa forma, yo creo que esa debería ser la recomendación en ese sentido, y así, probablemente, espero que esto salga día, que no sea que no sea como la reestructuración, que eso yo lo vengo escuchando desde que entré a trabajar desde hace como mil años y hasta hoy es que me doy cuenta de que efectivamente se está trabajando, pero hasta hoy, yo espero que esto que estas diciendo sea algo que en realidad ya esté piloteándose, por lo menos, porque si eso no se esta piloteando en este momento le aseguro que son otros tres años y lo vamos a seguir escuchando en los pasillos Dr. Pérez esto es alejado de la reestructuración-----

Dr. Carrillo si yo se que no, el asunto de lo que estas comentando de los no LOM, espero que lo estén piloteando en algún lugar, adelante Dra.-----

Dra. Sancho: yo entiendo lo que el Dr. Varela expone, no sé, me parece que el tema de medicamentos es super importante, lo que estamos hablando acá, para procedimientos diagnósticos, para intervenciones quirúrgicas, aquí en los servicios se recibe gente que le hicieron una intervención que no estaba indicada y allí si, perdón, no hay gubernamentales, diciendo, vean que barbaridad lo que están haciendo allá afuera, y eso pasa y no pasa solo una vez, creo que el tema de la normativa, ósea, verdad, una paciente no puede ser, entonces la norma debería ser clara verdad, pero no solo, por allí son dos cosas, el tema de la normalización, voy a decir un procedimiento quirúrgico, para quitarme el tema de los medicamentos, un procedimiento quirúrgico que hace afuera que resulta que no es que , pero también tiene que haber un tema de regulación, porque alguien tiene que supervisar que eso se cumpla, afuera, porque a la caja es muy fácil supervisarla, y verdad, todo lo demás, ya sabemos, pero fuera, que es lo que está pasando afuera, la normativa en términos de procedimientos diagnóstico, verdad yo por lo menos tengo mis dudas, de eso que dicen un combo de ultrasonido y mamografía, por lo menos de lo que yo he leído, uno tiene una monografía y dependiendo del BI-RADS tiene ultrasonido, a pero no, se hace un combo, y eso está indicado, y eso tiene alguna



algún beneficio, tiene algún riesgo, no estoy diciendo que tenga alguna de las dos, digo, que hay que preguntárselo, y eso debería estar en la normativa, verdad, yendo más allá del tema de medicamentos que sabemos que es complicadísimo, pero es que hay otros temas que tendría estar normados en la norma y debería estar vigilados de la misma manera, verdad, ósea.-----

Dr. Marco Willians: allí yo también secundo lo que dice la Dra., realmente la norma también además de los medicamentos que son importantísimos y los tratamientos, debe de llevar los estudios que realmente se requieren para dar ese tratamiento, ese seguimiento, y bueno, yo les digo, la institución en la que laboro y admira uno y realmente como dice el Dr. le da uno mil gracias a Dios por lo que tenemos, pero bueno tenemos pacientes que a los tres meses hay que hacerles un estudio de imágenes para ver si se continua con la misma línea de tratamiento con un costo económico altísimo y realmente no tenemos, hay capacidad instalada para hacerle un estudio porque el equipo, porque el reporta, verdad, eso así con un TAC con Resonancia Magnética, hay que seguir miles, una serie de pasos, para no decir miles, verdad, para poderlo tener, entonces, muchas veces se invierte muchísimo dinero y expectativa dentro de un paciente, que realmente no se puede dar seguimiento de acuerdo a una norma que realmente lleve un seguimiento a ese paciente, verdad, entonces todo el mundo apunta en el plus de la parte de medicamentos, de la parte del tratamiento, con radioterapia, con radiocirugía, pero todo ese seguimiento que se le tiene que dar al paciente realmente no se cuenta con las cosas, entonces, eso si yo creo que debería a estar muy bien establecido y que sea lo vigilante, verdad, por decirlo así, en ese trabajo conjunto con el Ministerio de Salud.-----

Dr. Gamboa: Si allí tal vez Dr. Por eso yo creo que hay que establecer, digamos, es que esto hay que sentarse a tener claridad a donde llegamos con una norma porque estamos hablando de un estándar nacional público y privado, verdad acordémonos que está la caja, que dicha y todo eso, pero también recordemos que el privado y el tratamiento de cáncer también va para arriba se están abriendo el montón, que esta bien, yo no digo que no, ese no es el punto, el tema es que hay un estándar que también tienen que tener ellos, y somos nosotros como Ministerio que tenemos que ponerlo, verdad, incluso algunos de nosotros, y ustedes tal vez, trabajan hasta en los publico y privado, verdad, está bien, pero ese estándar tiene que ser el mismo para el país, eso lo pone el Ministerio, entonces estos conceptos de normativa, guías técnicas de protocolos tiene que quedar bien claro sobre todo para el tema de cáncer como decía el Dr. Carrillo, ósea, por eso todos los demás temas, no digo que lo que dice la Dra. no sea importante, por supuesto que también, pero digamos, en materia de cáncer, esto es como un tema aparte, en el buen sentido de la palabra que amerita un tratamiento aparte, y yo creo que, vuelvo a insistir que deberíamos sentarnos un pequeño equipito y realmente que sí quede claro, para que el país, de una vez ya, después de tantas experiencias que hemos tenidos, buenas y malas.



digamos esto lo que va, y de allí vayamos reformando, pero voy por la línea esa del equipito, verdad-----

Dr. Carrillo: no, no totalmente, es el que tiene realmente la experiencia en realidad atención es la caja, ósea tiene experiencia más grande del país, no hay nadie en el país que tenga mejor experiencia que la caja en atención, entonces que es lo que tenemos que hacer, ver las prácticas que han tenido y agarrar las buenas y de eso hacer una norma, para que, para que entonces en lo general, este, efectivamente como lo decía la Dra., no solamente tratamiento, todo hasta rehabilitación inclusive si fuera el caso, lo podemos meter allí en esto, pero entonces, eso definitivamente hay que hacerlo, porque les traigo un anuncio, Costa Rica se va a empezar a promocionar a nivel mundial para el turismo médico, entonces tenemos que regular esos pacientes que vienen, no solo a operarse, a ponerse implantes y esas cosas, que es lo que están haciendo ahorita, es a todo tipo de tratamientos, entonces ya cuando eso pase, ya tenemos que estar por lo menos en cáncer, decir por lo menos, si bueno, usted viene a Costa Rica, bienvenido pero usted tiene que acodarse a esos-----

Dr. Varela: pero la idea es que una norma, una norma por patología -----

Dr. Carrillo: vamos a ver, empezamos con una norma general-----

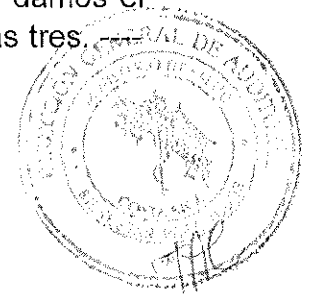
Dr. Pérez: a eso iba yo-----

Giancarlo Rodríguez: es que vieras que sí, yo los he escuchado a todos, y todos lo que han opinado tienen realismo, esa es la realidad, lo privado es muy bueno pero lo privado con tal de operar al paciente, no, no completan estudios, no los mandan después a nosotros, esperando, digamos, cánceres de mama sin inmunohistoquímica cuando estábamos en el hospital que lo primero que ocupamos es saber que inmunohistoquímica tiene, cosas de este tipo, después inician tratamientos, las quimioterapias tienen, eh, según estudios, eh, para primera fase, segunda y tercera, les ofrecen un medicamento que se debe haber ofrecido allá, mucho más avanzado, casi de inicio, y después vienen a pedirnos el medicamento a la caja y es el pleito que es que a usted no le tocaba ese medicamento en ese momento y obviamente todo lo que han hablado, el tratamiento es lo más cara deberíamos de invertir en lo que el Dr. Azua y nosotros hemos intentado que es prevención, ver de que forma se hacen estudios para -----

Dr. Gamboa Eso debería ir en la norma también-----

Dr. Giancarlo Rodríguez: si, pero es tan complicado que tiene que ser separado casi, si una general que diga, a partir de ahora hasta tal fecha se van a instaurar equipos de trabajo para que en fases ir sacando esto, esto, esto, esa la única forma que yo veo de entrada.-----

Dr. Carrillo. Es lo ideal, ojalá pudiéramos tener la Vid de uvas inmediatamente, pero no, hay que acomodar la tierra, sembrar, etc., etc., para ya poder cosechar, pero tenemos que empezar de alguna forma, ósea, si no empezamos, si no damos el primer paso nos vamos a quedar aquí toda la tarde y el Dr. tiene irse a las tres.



Dr. Azua: para darle continuidad a lo del Dr. Varela porque inicialmente lo que se había planteado era trabajar en una metodología estándar de la norma para después ya sea, por patología o lo que fuera, pudiésemos aplicar lo mismo, yo creo que todavía que el documento que está presentando le falta porque nos está dando el formato de como se presenta, pero la profundidad de cada uno de esos tópicos es lo que deberíamos tocar, y allí se, se podría hacer un equipo para trabajar en la metodología estándar-----

Dr. Varela: estamos empezando dos normas, la norma de dos tipos de cáncer y otra a principio de año, creo que esas podrían ser un buen ejercicio, basado en eso que ya la estamos iniciando, ese Petit comité, sirva como asesor para ver el trabajo que se va a desarrollar y ver hasta donde-----

Dr. Gamboa: y retroalimentarnos junto con ustedes directamente ya de parte gerencial, etc., por esto lleva etapas clínicas, no clínicas, etapas, estándares para todas las normas, muy general y también lleva la parte gerencial porque hay que visualizar dentro del contexto, en el fondo es un estándar para establecer calidad, y que todo el mundo sea con acceso equitativo, digamos, que el país está diciendo el-----

Dr. Carrillo viene turismo en salud, bueno, bueno el Dr. Rodríguez dice lo mismo, verdad, es que, el nivel privado viene y después vienen a pedirlo a lo público, por que no tira la línea básica, verdad, el nivel básico, es una norma, muy general y la vamos articulando con los espacios más específicos, insisto en el equipito ese, tiene que tener claridad hasta donde. -----

Dr. Pérez, no totalmente de acuerdo, yo escuchando al Doc. no sé cual es su nombre-----

Dr. Varela: Allan Varela-----

Dr. Pérez: Don Allan, don Allan escuchando que usted está trabajando en esas dos, son específicas para un tipo de cáncer-----

Dr. Varela: Piel y pulmón-----

Dr. Pérez: ok, es que vamos a ver si lo hacemos por aparato y sistemas, por ponerlo así, verdad, entonces, allí si ocupamos saber que tan profundo vamos a hacer, porque si la norma va a ser general o estas partes se van a despegar de la norma que tan general puede ser una norma, porque yo puedo normalizar en la parte publica lo que hay, por ejemplo lo que decía la Dra., para ciertos canceres yo necesito esto, esto, y esto, ok, digamos para una parte general, los medicamentos no creo que deberíamos ponerlos allí porque es muy cambiante pero si puede, si podemos decir que el tratamiento en la vía publica se va a regir por-----

Dra. Sancho: o el acceso a lo que está disponible-----

Dr. Pérez: pero también darle lo que dice el Dr. Marco Williams, creo que también esa parte de normalizar, verdad con la infraestructura y recurso humano que tenemos, antes de llegar al paso fundamental que todo el mundo piensa que es el medicamento, se olvidan de esta parte, que es la prevención, que es lo que están



CONSEJO NACIONAL DE CÁNCER

hablando los Dres., entonces, creo que es una etapa, yo no sé si ustedes lo han visualizado ustedes así -----

Dr. Varela: así es -----

Dr. Pérez, ok-----

Dr. Gamboa: Así es, pero esas grandes etapas tenemos que estar todos conceptuados, verdad, para que en esas grandes etapas decimos, ahora sí, esto es lo que acordamos, se le recomienda al consejo se trae aquí al equipo técnico que se designe, y se le recomienda al consejo a las autoridades, este debe ser el camino, este, y después claro como todo se va a ir evolucionando, pero si tenemos que tener documentos base de normativa general para el país que empate con lo específico, porque allí no va medicamentos y nada de eso, pero si tenemos que como conocernos bien.-----

Dr. Carrillo: entonces para ir aterrizando, para ya no ampliarnos más que les parece si el acuerdo sea este, que para la construcción de dicha norma, lo ideal, es crear un equipo, en donde se encuentre por supuesto la CCS y yo diría que representantes del mismo consejo, este para poder hacer la construcción basado en criterios de elegibilidad, impacto, tiempo, prevención, promoción, etc. de tal forma que la norma sea lo más general posible pero tampoco tan abierta como estamos ahorita en este momento, como un acuerdo en firme-----

Alexandra: Y esa norma le va dar seguimiento al, al, como dice la Dra. hay seguimiento para la caja, como se va, ósea eso incluye el nivel privado? -----

Dra. Sancho: debería-----

Dr. Carrillo: si-----

Dra. Sancho: pero yo haría una, pero voy a hacer un paréntesis, vamos a ver, ya los grupos o los equipos de los diferentes grupos por contenido de norma ya están avanzando, que es un poco lo que el Dr. Varela planteaba, entonces este sería, más bien sería como un equipo técnico que acompañe el aspecto metodológico, digamos la conducción metodológica de la elaboración de la norma-----

Dr. Carrillo: Correcto-----

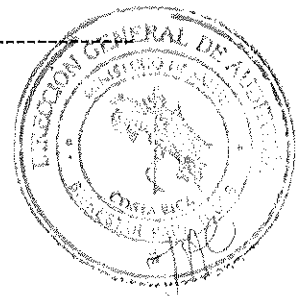
Dr. Gamboa: Correcto-----

Dra. Sancho: que acompañe que acompañe-----

Dr. Carrillo: Básicamente empezar a trabajar como se debe hacer, el acuerdo lo pasamos, verdad, quienes están de acuerdo con el acuerdo levanten la mano, bueno no hay ninguno en desacuerdo, aprobado y firme-----

Dr. Gamboa Perfecto-----

Dr. Pérez: Con el Dr. Varela construimos eso-----

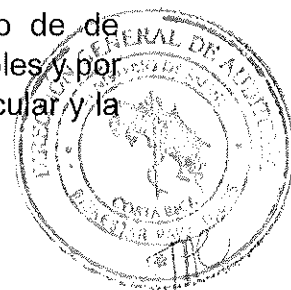


ACUERDO 3. Los miembros del Consejo acuerdan que para la elaboración de normativa en cáncer se deben considerar criterios de elegibilidad, impacto, tiempo, prevención, promoción, entre otros, para ello, se debe de conformar un equipo de trabajo integrado por la CCSS, representantes del consejo y la Unidad de Armonización de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, para que en conjunto bajo la coordinación de la Jefatura de la Unidad de Armonización de Servicios de Salud, se establezca una metodología estandarizada para la elaboración de normativa en cáncer. **ACUERDO FIRME** -----

ARTÍCULO 4. Presentación Abordaje de la meta en Cáncer 2.5% en la mortalidad prematura: Dr. Carrillo, Presentación sobre el abordaje de la meta en cáncer al respecto de 2.5 % en la mortalidad prematura que habíamos hablado hace dos sesiones si no me equivoco, verdad a cargo del Dr. Gonzalo Azúa, allí dice 25 minutos Dr. entonces le quedan 25 minutos, adelante Dr.-----

Dr. Azúa: Para este punto específicamente va a participar el Dr. Juan Carlos Sánchez, él fue el coordinador, digo, trabajando en la coordinación técnica de cáncer, trabajó en este cálculo y específicamente como la invitación venía del Ministerio que quería la participación de quienes habían estado en el proceso entonces, les va a contar-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: Buenas tardes, mi nombre es Juan Carlos Sanches, en este momento son médico residente del Hospital Calderón Guardia pero probablemente el Dr., ya les contó, eh, yo fui parte de la coordinación técnica de cáncer en el momento que se estábamos trabajando esta propuesta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su momento, entonces venía para compartirle un poco lo que habíamos trabajado relacionado a esta propuesta de la meta de este indicador y bueno, en su momento, cuándo se empezó a trabajar esto, lo primero que, que ocurrió fue una convocatoria del Ministerio de Salud en la que, bueno, la, la idea fue con diferentes partes del ministerio, caja, caja costarricense, analizar el indicador y establecer algunas cosas, en cuanto a lo que se proponía inicialmente reducir en un tercio la mortalidad prematura con enfermedades no transmisibles, entonces, en torno a eso, este, se hizo una sesión de trabajo inicial, donde pues a grandes rasgos lo que es lo que se propuso, lo que se llegó este a establecer en esta reunión inicial fue, primero que todo pues replantear estas metas verdad, que son metas muy globales, muy verdad, para nivel mundial que no necesariamente a un país como Costa Rica con un sistema de salud como el que tenemos y con el alcance de cobertura que tenemos, y pues es necesariamente viable pensar en reducciones tan grandes, como 1/3 de disminución de mortalidad verdad un 1/3 de mortalidad es son cosas bastante, bastante significativas y que no necesariamente aplican a, a, a todos los países verdad tal vez países todavía más del tercer mundo que tienen todavía un poco más de campo, para desarrollar ese tipo de de reducciones eh, acordamos en segmentar las enfermedades no transmisibles y por un lado, entonces, trabajar cáncer, y aparte de cáncer, la parte cardiovascular y la



parte de respiratorias que son las que componen, verdad, el, el, el área de las enfermedades no transmisibles, ya que, bueno, los abordajes y las estrategias pues no necesariamente, verdad son, traslapan y pueden ser muy diferentes entre, entre entre los distintos segmentos verdad de la enfermedad, y bueno se habló de redefinir entonces la meta, si se consideraba que ese 30% era tal, verdad, de que era difícil de, de proponer como una meta razonable para para el país. Inicialmente se habló de este 5%, verdad, como la propuesta de trabajo para, para, entonces pues, ejecutar del análisis y las, y las acciones potenciales para llegar a eso fue lo nosotros lo llevamos, sin embargo partiendo de este el 5%, la propuesta del 5% fue no necesariamente nació en nada de una, de un análisis fundamentado en números o en epidemiología y sino más fue un consenso de un número que parecía más razonable y que pareciera más alcanzable, pero sin detallar digamos, mucho ese límite per sé, entonces lo primero que nosotros, pues lo que nosotros nos trajimos, lo que propusimos para trabajar, fue pues, desarrollar una metodología que primero nos permitiera analizar si, de por sí de por ya ese 5% aún rebajado del ese tercio, era una meta alcanzable en cuanto ya a números absolutos y en cuanto a las acciones ejecutables por la caja, verdad, que estaban teniendo, teniendo su lugar. Entonces, bueno, fueron cuatro, cuatro pilares de trabajo que inicialmente empezaron con delimitar la propuesta per sé y construcción de proyecciones de tasas de mortalidad, que nos iban a servir, para hacer nuestro análisis hacer una revisión de la evidencia y en cuanto, a las, ya las acciones específicas mencionados para para traducir, digamos, el potencial beneficio de reducción de mortalidad y extrapolar esto a lo que la caja estaba haciendo adicional a lo que ya hace, verdad porque pues, obviamente manejo de cáncer ya hay, abordaje del cáncer ya hay, pero si estamos hablando de reducción, entonces estamos hablando de cosas adicionales verdad, al quehacer institucional que ya, que ya está ocurriendo entonces, la extrapolación sobre todo basada en proyectos adicionales en el área de cáncer. Entonces, bueno, en cuanto a la delimitación de la propuesta lo primero fue, definir el marco de referencia en la metodología o por lo menos en la documentación de ODS y todo eso, en ningún momento pues, se establece como alguna regla o algún estándar de comparación, eh, para el cual digamos tomar la disminución de mortalidad como punto de referencia, entonces, no sabíamos si estábamos hablando de una tasa de x años, la tasa del año en que se propone esto, la tasa del año en que termina, en que supuestamente tenía que culminar un proyecto y toda la cuestión, pues, lo primero, la primer discusión fue en cuanto a eso verdad, si usar una tasa única de un año único que eso está expuesto a una serie de, de, de sesgos, tal vez, o, o de variaciones, verdad, que puede ser no deseables, pero lo primero que, bueno, lo primero que se consenso fue, manejar una tasa quinquenal verdad, que le da cierta estabilidad a las tasas de mortalidad verdad porque entonces disminuye un poco la variabilidad que puede ver año a año que se puede deber a muchas cosas, verdad, desde cosas biológicas de la enfermedad hasta cosas de sub reportes sobre reportes etcétera. etcétera, etcétera

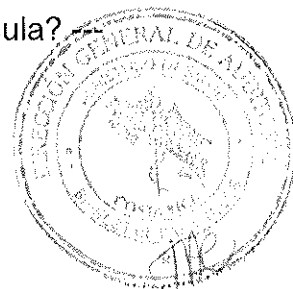


entonces, con es tasa quinquenal digamos basados en esa tasa quinquenal, poder hacer una proyección de esa tasa al año donde se tenía que alcanzar la meta 2030, para poder más o menos establecer cuántas muertes iba a haber en ese momento y tener ese punto de referencia, saber cuántas muertes tengo disminuir yo, delimitar los tipos de cáncer, eh, esto porque pues en virtud de que el cáncer realmente no es una enfermedad, son un montón de enfermedades, son historias naturales diferentes, comportamientos diferentes, abordajes muy diferentes y no todas necesariamente accionables desde el punto de vista de, verdad, de ciertos tipos de prevención entonces esta delimitación los tipos de cáncer ligada a qué estrategias se iban a dar para la ejecución entonces. de las acciones dirigidas a disminuir mortalidad, si se hablar con mortalidad del cáncer básicamente, podríamos hablar de 3 pilares verdad, prevención primaria, prevención secundaria, entre comillas diagnóstico temprano y utilizar tratamiento. Prevención primaria no es una estrategia, este, viable para el corto plazo, verdad, porque aquí estamos hablando de eliminar factores de riesgo y eso relacionado a la latencia que tiene un cáncer que son décadas, es una estrategia que es fundamental obviamente, pero que ya pensaba en objetivos a corto plazo, pues, no se va a ver reflejada nunca en ningún momento sobre todo a 12 años por así decirlo, esto es una estrategia que tiene, este cabida, pero ya pensándola décadas después de que se implementa, verdad, no vamos a ver nunca resultados con esto al corto plazo, y la optimización de tratamientos pues, sabemos pues, que aquí realmente el estándar de atención es muy bueno la cobertura es muy buena y mejorías en tratamientos realmente no, aunque también importantes, pues no van a ser las que impacten sobre todo verdad una reducción de mortalidad como la que se quiere, todos lo hemos, vemos como los tratamientos quimioterapéuticos nuevos lo que hacen es aumentar meses de sobrevida etcétera, etcétera, entonces estas dos estrategias, pues por lo menos si bien obviamente son esenciales, no aplican para un objetivo verdad planteado con la temporalidad de del que tenemos acá, entonces obviamente se definió que el diagnóstico temprano es el que es el que cabe con estrategias para poder incidir en mortalidad por cáncer en un periodo, este, corto de años y volviendo al objetivo anterior, no todos los tipos de cánceres son susceptibles de, este, detección temprana, por una serie de cuestiones de que no vamos a entrar ahorita en detalle pero que entonces, solo ciertos este tipos digamos, que cumplen los requisitos de enfermedad tamizable y eso y esos tipos, sobre todo, son cáncer colorrectal y cáncer de mamá, cáncer de cérvix y bueno el controversial cáncer gástrico, pero, por lo menos esos son los que los que entonces, se definieron como accionables basados, digamos, en todo este todo este análisis, entonces temprana fue el método digamos que definimos como que puede impactar un indicador de este tipo, a una a una ventana de tiempo de ese tipo, posteriormente, la gente de la dirección de actuarial fue la que nos colaboró haciendo las proyecciones basados en tasas, tasas disponibles a ese momento, en las últimas iban del 2012 al 2016, verdad, para tener una tasa quinquenal que reflejará, pues, la mortalidad y como venía siendo digamos



comportándose, y con eso entonces, hacer una proyección de esa mortalidad hasta el final del tiempo del indicador 2030, con esa tasa de mortalidad proyectada, ellos nos calcularon, cuántas muertes significa esa tasa, verdad, para esa población proyectada en ese momento, etcétera, etcétera donde llegamos primero, el primer escenario es el escenario en que no hay intervención adicional a la atención digamos, que ya se da en la institución, entonces eso nos dio un número x de muertes y entonces, lo siguiente fue con el 5% que se propuso inicialmente entonces, hacer digamos el escenario de esa tasa proyectada disminuida en un 5%, cuántas muertes entonces absolutas significaba ese 5% menos para el escenario, entonces, obviamente eso nos daba unas muertes sin intervención y las muertes verdad con esa meta del 5%, la diferencia entre esas dos cifras son las muertes que habría que, evitar para entonces tener esa tasa de 5% menos al 2030 este, es, este número entonces nos, nos, nos, nos sirvió después, para hacer las extrapolaciones que hicimos y que ahorita les voy a detallar, entonces partimos con esas muertes a evitar, digamos que, se calcularon ahí, posteriormente, bueno, se procedió a hacer un análisis de la evidencia que hay en estudios de tamizaje y en esos cánceres específicos, sobre todo verdad, que sea, qué es, lo que, la experiencia en otros países, cuáles han sido los desenlaces clínicos de mortalidad, y sobre todo verdad, este, enfocándonos primero en la temporalidad de los beneficios, porque esa es otra también verdad, estábamos en ese momento hablando de un periodo más o menos de 13 o 12 años para alcanzar la meta, que es algo importante, porque cuando estamos hablando de detección temprana verdad, no es que usted tamiza hoy y ya el otro mes tuvo un descenso de mortalidad, verdad, eso se ve después varios ciclos de tamizajes después, más o menos en mama y colón va haciendo a los 3 o cuatro años que empieza a verse eso y el beneficio que se publica, que se ha publicado en estos estudios, más o menos, lo reportan para los 10 años, digamos por ahí entonces si nos daba ese criterio de temporalidad de beneficios con, este, tamizajes, y lo otro que aquí está algo está tapando aquí, es el NNS verdad, que es el número necesario para tamizar, es el número absoluto, que va a ser muy importante, porque ese número nos dice que a partir de estos estudios cuántas personas es necesario que sean tamizadas, para que una muerte sea evitada en esa población, entonces este va a ser el número fundamental para hacer la extrapolación, entonces, bueno, revisamos estudios y con lo, que, lo que, les conté, verdad, y de cada, de cada cáncer en general obviamente los estudios tienen sus diseños diferentes y todo pero, aquí la extrapolación es necesaria, pero digamos que, obtuvimos un rango de ese número necesario para tamizar para cada tipo de cáncer y ese número pues, ese rango varía, verdad, según, según los estudios, y entonces, en cuanto a la extrapolación ya teniendo el número necesario para tamizar de cada tipo de cáncer, lo que hicimos fue llevarnos estos números y aplicarlos a, a las iniciativas de tamizaje el local que están en el país-----

Dr. Pérez: Doc. una pregunta y ¿cómo sacaron ese NNS? ¿Cuál es la fórmula?



Dr. Juan Carlos Sánchez: la mayoría de estudios reportan, es como, es el riesgo absoluto digamos, es sacar un riesgo absoluto entonces, a partir del, del descenso inmortalidad digamos, se, se hace una relación, pero como les digo varía, se hace una relación, ya sea, ante el número de personas que se tamizaron el estudio verdad o el número de personas que se invitaron a tamizar, depende, varía mucho, pero, entonces.-----

Dr. Pérez: ¿eso lo eso es internacional? -----

Dr. Juan Carlos Sánchez: sí, esto si es publicado o sea esto, lo publicaron, cada estudio tiene un NNS publicado o usted lo puede sacar-----

Dr. Pérez: exacto-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: pero hay que sentarse a ver las tablas, ver cuántos pacientes se invitaron, ver como disminuye mortalidad en grupos y versus-----

Dra. Sancho: y tendrías que tener un programa de tamizaje organizado para poder hacer eso-----

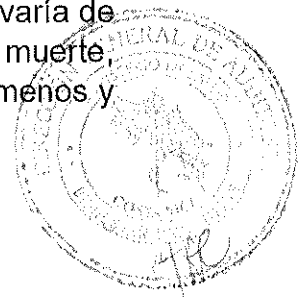
Dr. Pérez: Porque, para sacar ese número? -----

Dra. Sancho: si tienes que tener un programa de tamizaje organizado, donde tengas toda la estadística de quienes fueron invitados quienes participaron -----

Dr. Pérez: Ah no, pero qui lo estamos sacando a partir de evidencia científica-----

Dra. Sancho: a sí, sí, sí, sí, aquí es una extrapolación-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: muchos lo publican y si no hay que sacarlo, pero no es difícil de calcular entonces, lo que hicimos fue ahí, la, la extrapolación necesaria verdad, para ver entonces el número de muertes, aquí tal vez, me faltó, evitadas, para los escenarios ideales de los tamizajes locales que tenemos o que estaban planeados en ese momento y en aquí le traigo un ejemplo, que obviamente pues, yo no me recuerdo totalmente los números así, pero por ahí andan, digamos, estos números no, no están tan, tan descabellados, entonces, el ejemplo de tamizaje de cáncer colorrectal, es un tamizaje que se hace en 13 áreas de salud, verdad, entonces, este tamizaje como tamizaje que es, tiene una serie de este, metas verdad, en cuanto a su estructura organizada, que involucra invitar a un cierto número de personas, que asume un cierto número de participación de las personas, verdad, que esas personas que participan en tantas salen positivas etcétera, etcétera, entonces, a partir de eso digamos, damos con un rango de participantes de personas que pueden llegar a participar en ese tamizaje, en el caso de colón, estos si lo teníamos un poquito más claro, porque ya estaban corriendo algunas iniciativas locales y sabíamos más o menos qué porcentaje de pacientes estaban participando de los que se invitaban, entonces, para tamizaje de cáncer de colon, la proyección con estas 13 áreas de salud, para el 2030, venía siendo más o menos dentro de 32000 a 40000 participantes, ok, entonces, esas son las personas que van a hacerse la prueba de tamizaje, a partir de los estudios que les mencionaba antes el número necesario para tamizar, verdad, reportado en la literatura, varía de 500 a 1200, ósea se tiene que tamizar 500 o 1200 personas para evitar una muerte, entonces, si yo le aplico estos números, a estos números, verdad, más o menos y



CONSEJO NACIONAL DE CÁNCER

obviamente como les digo que no es un cálculo exacto, las muertes aproximadas que yo voy a evitar, van en este número, de 30 a 50, esto asumiendo entonces una ronda continua al tamizaje que está ocurriendo en el área de salud y que se replica cada dos años con la prueba de sangre oculta, en este caso-----

Dra. Delgado: doctor disculpe esos 30 o 50 son personas o personas porque 100 mil habitantes? -----

Dr. Juan Carlos Sánchez: personas, personas, 30 pacientes, pues eso se hizo para para cada uno de los tipos de cáncer, pues al final lo que hicimos fue sumar, sumar cuántos para colon, cuántos cérvix, para estómago y cuántos para mama, la suma, cuando sumamos estas muertes evitables, entre comillas, verdad, esta suma fue mucho menor, que el número que les enseñé en la tabla anterior de los proyecciones de las muertes a evitar verdad, con la proyección que nos hizo la gente de actuarial, y bueno casualmente esa suma, nos daba más o menos, el me la mitad del número de muertes, que, éste, se había calculado con el 5%, entonces en ese momento nosotros dijimos no podemos establecer una meta mayor al 2.5, según los cálculos que tenemos, las extrapolaciones que tenemos, en un escenario ideal, incluso esto era una meta bastante optimista desde mi punto de vista y ese es el 2.5 %-----

Dra. Sancho en un escenario ideal-----

Dra. Delgado: la pregunta ese 2.5 es porcentaje de reducción de la tasa en 5 años o por año, o es número absoluto.-----

Dra. Delgado 2.5-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: al final deal 2030.-----

Dra. Delgado: pero por ciento de la tasa de la tasa.-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: de la tasa, de la tasa.-----

Eylin Rojas: ¿en un periodo disculpe de 10 años? -----

Dr. Azua: ese momento estamos en el 2018, en ese 2018 el estábamos en el Plan Nacional de Desarrollo la caja estaba entrando en programas organizados de tamizaje ya no se estaba en programas oportunista, al ser organizados podríamos calcular todos los números que dice Sánchez que efectivamente podíamos ver a quienes, cuantos se iban a invitar, cuántos iban eventualmente a participar y teníamos que basarnos total y absolutamente en la literatura porque no teníamos un histórico de cómo se comportaba nuestra población antes de una invitación de llevar a cabo un tamizaje organizado-----

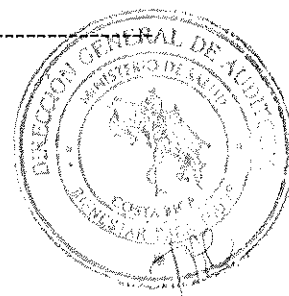
Dra. Delgado: no, no es que todavía sigo con un poco de duda del indicador.-----

Dr. Carrillo: usted es la experta en número adelante.-----

Dra. Delgado: por eso 2.5 de la tasa o sea digamos, yo tengo una tasa 47 por 100000 habitantes entonces yo voy a bajar a 45.5 por 100000 habitantes o es 2.5 porcentual de la tasa 2.5? -----

Dr. Juan Carlos Sánchez: es 2.5-----

Dra. Delgado: Puntos de tasa o porcentual de la tasa-----



Dr. Juan Carlos Sánchez: no porcentual de tas, eso es lo, bueno, así fue como actuarial, la gente de estadística nos dio el dato-----

Dr. Azúa quien trabajó esto como ustedes lo conocen es Jaqueline Castillo-----

Dra. Delgado Si claro pero ya se pensionó-----

Dr. Pérez: creo que es importante lo que dice la doctora, porque el 2.5% de la tasa, tiene un número de pacientes, ahora el comportamiento de eso, quinquenal como los estas diciendo, sí tendríamos que ver ese comportamiento de pacientes a ver si va a alcanzar con ese 5% o 2.5% -----

Dr. Azúa; pero ahí ya, el análisis a posteriori viene la pandemia y todos los programas de tamizaje por instrucción de la caja, se estaba atendiendo cáncer, ya diagnosticado, COVID y emergencias, entonces los programas de tamizaje por dos años o medio, y ahora después nos cae el jaqueo, ya prácticamente, ya, esa proyección ya está desactualizada. -----

Dr. Pérez: ok totalmente -----

Dr. Carrillo: Habría que hacerlo otra vez-----

Dra. Claramunt: Entonces esa proyección que se había hecho año, año ya.-----

Dra. Azua A partir del como decía el Dr. A partir de, tendríamos que hacer una nueva intervención de lo que se venía haciendo eso nuevo fueron los cuatro programas de tamizaje organizado-----

Dr. Carrillo: los datos de tamizaje de qué país son-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: Depende, depende del estudio, hay estudios de Europa, Estados Unidos-----

Dr. Giancarlo Rodríguez: allí les pusiste vos del Reino Unido, es que no los vio porque el Doc. no tiene ojos en la espalda-----

Dr. Carrillo: es que no tengo los anteojos aquí atrás-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: Toda la literatura de Europa y Estados Unidos-----

Eylin Rojas: de la cantidad de personas que necesitaban hacerle el tamizaje, en aquel momento, este, la caja, ¿sí podía sostener esa cantidad de personas de volumen que tenía que, que trabajar? -----

Dr. Carrillo: porque pueden decir 20 personas, pero ¿la caja lo podía hacer? -----

Dr. Juan Carlos Sánchez: de hecho, los números que nosotros pusimos aquí son pequeñitos y por eso no nos daba mucha muerte, eran precisamente en escenarios donde se mantuviera lo que ya se estaba haciendo, o lo que se pensaba con poquito-----

Dra. Sancho: Exactamente, nunca se pensó, a nivel nacional, el tamizaje solo se estaba haciendo en ciertos lugares-----

Dra. Delgado Entonces esto se podría volver hacer, son 4 años más, 18,19,20, 21-

Dra. Sancho en la práctica no hubo tamizaje-----

Dr. Juan Carlos Sánchez Yo de mama y cérvix no estaba tan involucrado, pero en colon si, digamos estos que esta para colon aquí para estas áreas, es una cobertura totalmente subóptima, digamos, aquí estamos agarrando como a un 30% de esta población y lo ideal en tamizaje, es que usted pase del 60 para arriba y llega hasta



el 80 y resto, entonces esto es con un 30% nada más, pues, no son escenarios así de coberturas full, ni siquiera porque era lo que se estaba alcanzando, con los recursos que hay esto, es lo que se está dando, porque, digamos aquí hay que ver que de esto, se generan tantas colonoscopías, verdad, y entonces ya ahí se empieza a frenar la, la, la, cosa por, por los recursos disponibles-----

Dr. Carrillo: todo esto lo lideró ¿usted doctor? -----

Dr. Juan Carlos Sánchez: eh, sí, en su momento -----

Dr. Carrillo Usted está haciendo residencia ¿en qué? -----

Dr. Juan Carlos Sánchez: En gastroenterología-----

Dr. Carrillo: Dya bueno porque yo creo que lo vamos a copar todo el mundo-----

Dr. Azua, tal vez, para ver toda la magnitud de lo que ahorita estábamos viendo de las normas, cuando se fue a negociar esto, todos los programas de tamizaje, una de las consultas fue que recursos adicionales no iban a dar, Recursos Humanos y la respuesta fue no hay, entonces cuando uno pone números, obviamente después tiene que bajar hasta el nivel operativo y darse cuenta que le están recargando el trabajo a esa áreas, entonces algunas veces hay que tener la dimensión para poder hacer una norma ¿?-----

Dra. Sancho: la otra, el otro, el otro elemento, que a mí, bueno, yo me pregunto, me pregunto de la vez anterior, desde reuniones anteriores, digamos, porque, verdad, porque quedó fuera, de, de esta meta las, las otras crónicas no transmisibles-----

Dr. Carrillo: yo creo que tienen otro indicador, nosotros solo trajimos con el grupo de cáncer la meta de cáncer, cardiovascular tiene otro indicador las ENTO tienen otro indicador, verdad que ¿es así Dr. Gamboa?-----

Dr. Gamboa: si-----

Dra. Sancho: ¿Tienen otro indicador, porque es una misma meta?-----

Dra. Delgado no se separaron el lo expuso, cuatro tipos de cáncer-----

Dr. Carrillo: no pero ya lo resolvimos-----

Dra. Sancho: ya, ya, ya, ya -----

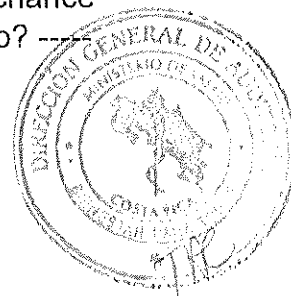
Dr. Carrillo: pero bueno, este, ok, bueno, definitivamente ya tiene cuatro años sería bueno volver a hacerlo porque en realidad ya, ya ,se podría decir que está obsoleto el asunto, lo que pasa es que si no me equivoco, por eso lo estaba preguntando, ya se presentó con 2.5 a MIDEPLAN, y ya está probado por MIDEPLAN con 2.5, ¿qué pasa si ahorita nos arroja que no es un 2.5 sino que es un 1.75? es pregunta es pregunta en realidad.-----

Dr. Pérez: es que Doc., habíamos hablado de la última en la del Niños, que nos, que nosotros éramos los que íbamos a recomendar para, para MIDEPLAN.-----

Dr. Carrillo: entonces ¿no se ha presentado todavía? -----

Dra. Claramunt: es que, perdón, primero, se presentó para efectos de los ODS, es verdad y así, así-----

Dr. Carrillo: ¿hasta cuándo tendríamos tiempo entonces para ver si nos da chance de poder hacer otra vez el estudio y presentarlo con un dato más actualizado? -----



Dra. Claramunt: bueno con MIDEPLAN no sé hay que consultar con MIDEPLAN, Dr. pero nosotros también, este, en la estrategia nacional de enfermedades no transmisibles quedo con esta oficialización de la reducción del 2.5 para el 2030 Dr.-

Dr. Carrillo: pero entonces hay que, hay que pedirle a planificación entonces que nos diga para ver si podemos hacer una modificación adicional para presentarla, o porque yo no sé, usted, usted que es la de los números cómo lo ve?-----

Dra. Delgado es que, tendría que sentarme a ver con la Jacqueline-----

Dr. Carrillo: yo, yo lo veo bien-----

Dr. Azua es que la justificación sería pandemia -----

Dra. Delgado: ajá, exactamente, lo que se podría hacer, para volver a hacer todo esto, es tal vez no solo, no preguntarle a Planificación sino mandar un oficio indicando que, lo que pasa, es que hay que ver también no solo eso, verdad, pero que por efecto de la pandemia se requiere revisar las metas propuestas-----

Dr. Carrillo: entonces yo pienso que lo podemos hacer de esa forma y así hacer provechamos le ayudamos al doctor con la tesis-----

Dr. Pérez: pero bueno yo creo no sé, no sé, me atrevería yo a decir, que si esto, si esto se hace en un quinquenio, verdad, metodológicamente es correcto para poder proyectar hacia otro quinquenio más, entonces, es que, es que, el asunto es 2019 para acá, yo podría con este, con este quinquenio metodológica y epidemiológicamente es correcto, trasladar esto acá, para proyectar, el comportamiento debería ser similar y por eso hay un digamos, hay unas fórmulas que dicen, bueno, va a seguir aumentando en tanto cada factor, entonces, mi pregunta sería, necesariamente, o sea podríamos revisar los números, y lo que yo voy a preguntar es que si esas proyecciones se hicieron con promedio o no, actuarial?-----

Dr. Juan Carlos Sánchez: uy allí yo le quedo mal-----

Dr. Pérez: ok, porque si no lo hicieron eso con promedios, eso no sé, eso no se podría hacer, entonces habría que preguntar, bueno, no sé, usted que es la experta

Dra. Delgado, pero probablemente, probablemente sacaron este, tasa promedio, que sí es un buen, bueno si suma los casos, si suma las poblaciones sale una tasa promedio de quienio o quinquenio qué es lo que usamos generalmente para metas verdad. -----

Dr. Pérez: Exactamente. -----

Dra. Delgado: ahí sí. -----

Dr. Carrillo: es que el asunto con MIDEPLAN ya hablando un poquito de política, no importa si nosotros nos pasamos de la meta, el problema es si no llegamos-----

Dr. Pérez: correcto, Doc. lo que pasa es que. -----

Dr. Carrillo: ahí está el asunto, ósea, obviamente no quiero politizar este tema porque jamás para nada, más para nada, sin embargo, este, yo quiero que nos planteemos una meta que sea realizable y más bien que nos propongamos es del 5% que yo se que es bien complejo, verdad, pero que no lo propongamos nosotros



como grupo, no a MIDEPLAN, me explico, para hablar un poquillo de política insisto, a mí no me gusta meter la política aquí-----

Dr. Pérez: es que no vamos a tener datos, es que lamentablemente con esta como la parte de la pandemia, usted tiene un subregistro de un montón de cosas, eso inevitablemente. -----

Dr. Carrillo: sí, pero hay que ver qué datos están publicados doctor, porque ellos están trabajando con datos publicados no están trabajando con datos de, este, de aquí inclusive. -----

Dra. Delgado: hay una cosa, que, los datos de mortalidad son muy buenos en Costa Rica, porque resulta que estamos aquí, si hablamos de morbilidad yo les digo que hay muchas cosas, pero son datos de mortalidad y en Costa Rica todo el mundo tiene que tener un certificado de defunción, para poder ser, sí, o, o en físico, para poder inscribir la muerte, las cosas de pólizas, incluso para meterlo en el cajoncito Dr. Marco Willians y para enterrarlo. -----

Dra. Delgado: exactamente, tiene que tener la certificación, en Costa Rica lo que es la certificación de muerte, no estoy diciendo la causa, la certificación de la muerte es buenísima, donde estamos fallando en las causas porque no siempre ponen, o ponen cáncer metástasis, nada más verdad o cosas así, sí exactamente, los números son cercanos a lo que pasó si allí. -----

Dra. Sancho: hay otro elemento que me parece que es importante, que va a impactar no a nosotros sino todo el mundo y que tiene que ver con la pandemia y que en algunos, ya, ya, uno encuentra algunas publicaciones cómo ha afectado o como afectado la pandemia, en términos del, del diagnóstico, del estadiaje del diagnóstico en cáncer, verdad, y algunos otras este latitudes, hay publicaciones verdad, de, del del tardío, de lo que ha retrasado en términos de, y creo que eso, va a impactar también en el sentido de que, verdad, una es la no participación del tamizaje, el efecto además, que tuvo eso en el, en el avance o la progresión de la enfermedad y que nos va a dar, digamos, no ya, probablemente, si vemos tasas d mortalidad, ya no, pero quizás en tres o cuatro años, nos va a dar una tasa ,se nos va a hacer, me explicó que lo vamos a ver estadísticamente después, pero que es efecto de la pandemia, entonces, digamos, que son elementos que creo que habría que tener documentados porque, nos puede pasar digamos, a nosotros y a todo el mundo.-----

Dr. Azúa: es un doble efecto, no hicimos la intervención, pero lo que estábamos haciendo lo hicimos menos, porque, si no tienen diagnóstico no tienen acceso-----

Dra. Sancho: Claro y la gente incluso no fue a los servicios de salud, es lo que te decía la, la, lo que te dicen ahora, la gente no fue porque le daba miedo contagiarse de COVID, aún y cuando tenían algún síntoma o alguna cosa, entonces-----

Dr. Pérez: pero entonces, al final, digamos como para que, si el Dr. Alexei Carrillo le parece, digamos como para aterrizar esto, hay dos caminos, como grupo vamos a elegir que se vuelvan a revisar los datos o los vamos a extrapolar con estos datos que la experta en números nos diga, verdad, pero no, no sé, esos son los dos



camino, nos arriesgamos al 2.5 mantenerlo o volvemos a hacer esto y hacemos una, una, pedimos una edición, aclaración a MIDEPLAN, para, para hacer eso-----
Dr. Carrillo: Bueno Doctor, esto es un Consejo, no es lo que yo diga, yo puedo decir que se cambien los números, no, no, aquí lo ideal es que tengamos un consenso de que será lo mejor. -----

Dra. Sancho: a mí me parece que, de lo que vos decís, de todos modos hay que hacer, calcularlo otra vez hay que hacerlo, hay que volver a agarrar los números volver a ver las proyecciones y hacer otra vez nuevamente los cargos, en cuanto a la determinación de la meta, yo siempre pienso que uno puede a la meta y es más fácil justificar, de acuerdo a lo que ha sucedido, lo que nos va a impactar en la meta, verdad, que no llegamos al 2.5 pero que llegamos al dos, digamos, o bueno que lo sobrepasamos, no sé, por qué hay digamos una serie de, uno puede documentar lo que ha sucedido que podría eventualmente impactar en la meta, verdad, es lo que parece, y el cálculo hay que hacerlo otra vez, con estos parámetros, o estos criterios o, y/o utilizando algún otro criterio que consideremos importante aquí, verdad, porque esos fueron los que usaron ese momento, eh, de repente podríamos, no sé
Dra. Delgado: pienso que antes de a, hacer la consulta a MIDEPLAN o solicitarlo, igualmente hay que volverlo a hacer, verdad, o sea, creo que eso hay que volverlo a hacer buscar otras cosas que pueden ayudar, como, podemos ver exceso de mortalidad, sobrevida, no sé, pero más importante, que todo eso y no sé doctor, si en ese momento que lo hicieron llegaron a la desagregación, para ver dónde es que están, digamos que, eh, igual nos pasa en mortalidad infantil, para para sacar la meta era complicado, porque tenemos buena mortalidad infantil, bueno de esa si participé de esta no tanto, pero digamos, es como, como ir desagregando a donde, es donde hay mayor problema, verdad, dónde tenemos más exceso de mortalidad, donde vamos a tener mayor mortalidad, porque, la meta puede ser un porcentaje pero en ciertos lugares o un porcentaje mayor o un porcentaje menor, por ejemplo mortalidad infantil, o las estrategias, si ya a la hora de hacer el plan no tanto en la meta porque la meta puede ser global, pero a la hora de hacer el plan o las intervenciones específicas, sí deberían ir focalizadas donde podemos identificar el problema, yo con cáncer no tengo tanta expertis y sé que está muy centralizado.--

Dr. Carrillo: La va a tener no se preocupe-----

Dra. Sancho: pero usted la vez pasada había presentado datos muy interesantes, que, por regiones, exactamente-----

Dra. Delgado: Por eso, esos de brechas de mortalidad, y tenemos, sí, brechas de mortalidad y exceso de mortalidad que podemos llegarlos hasta, hasta ciertos niveles entonces, se podría ver eso, pero, más que todo, hacer un análisis más profundo de ver hasta donde llegue, para orientar las acciones no solo para tomarlas porque, si les dice que el problema es el Talamanca, cuando van a tener en Talamanca acceso a, a, por ejemplo, si, por poner ejemplo, ósea, entonces, no es solo ver la meta y los datos globales, sino ver dónde están más localizado el



problema y qué intervenciones tiene la Seguridad Social o puede implementar en esos lugares y ya, solo faltan 8 años verdad.-----

Dr. Carrillo: yo creo que todos estaríamos casi en la misma línea, este que esto hay que volverlo hacer, ya después vemos, vemos el porcentaje, verdad, pero, si es importante saber que esto ya está ocurriendo, si no me equivoco, la meta, entonces, también consideró que sería bueno saber cómo vamos. -----

Dra. Delgado: De hecho, esas metas ¿no se revisan cada cierto tiempo? -----

Dr. Carrillo: como va ahorita en este momento, con respecto a los datos que pusieron de tamizaje, verdad, porque es importante ir viendo eso, ahora con el cambio de las mamografías hay que ver también, por lo menos ahí, en esa parte cómo va, consideró que tal vez así, es como debería ir el acuerdo, ustedes que son los expertos en esto, cuánto duran haciendo, construyendo esto, no, no lo sé, para mí, esto es como haber hecho una tesis de un año y medio, cuánto, cuánto, cuánto duran ustedes, este.-----

Dra. Delgado: Hay no Dr., por ejemplo, para calcular eso que les presenté la vez pasada, que no se los traje luego, justamente porque había dificultad con la meta, verdad, la meta que yo tenía era una meta teórica para el ejercicio práctico que hicimos en ese momento, y había que calcularla y había que ponerle el 5 o el 2.5, incluso se puede hacer con las dos, pero eso es solo uno de los parámetros, verdad, es muy importante lo que el doctor presentó, eh, de los servicios y de la proyección,

Dr. Carrillo: entonces otro grupito. -----

Dra. Delgado: se podría hablar con, con la gente de actuarial. -----

Dr. Carrillo: no, no, otro grupito de una persona, otro grupito por lo mismo, exactamente, pero con un objetivo diferente. -----

Dra. Claramunt: Doctor el, el 6 de diciembre se va a hacer el lanzamiento oficial del plan de acción de la estrategia, ahora está con los datos de todo a, a 2.5, la meta de cáncer y con todo el seguimiento basado con la línea base del 2012- 2016, este, no sé a menos que se haga un adendum que se haga después, que, en el paquete

Dr. Carrillo: 6 de diciembre faltan dos semanas, usted no tiene alguna información que nos pase por debajo de la mesa para ver. -----

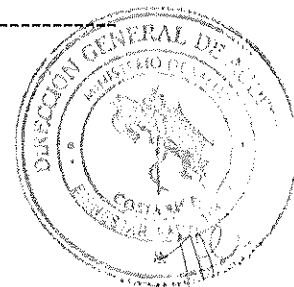
Dra. Claramunt: No, el asunto es que, no, no obviamente yo sé que todo lleva su tiempo. -----

Me mata la curiosidad quiero saber cómo vamos. -----

Dra. Claramunt: no, no es que, eso, eso estaba definido hace rato así, entonces, este, bueno puede ser que, saber de antemano, no saber, de antemano que, que eso se va a publicar así y que luego se dará un adendum cuando se haga las, las

Dr. Carrillo: ok, entonces para la próxima sesión ya sabemos los datos.-----

Dr. Azúa: el otro punto es que hasta ahora nosotros estaríamos anuentes a recalcularlo, es decir durante la pandemia porque varias veces nos decía calculen, recalculen meta esto, no, no, hasta ahora, inclusive el momento para hacerlo no, no podría ser antes. -----



Dra. Claramunt: sí, sí, sí, yo, yo entiendo todo, verdad, solamente dejar dicho que, este, que se publica así, pero que, como nada está en piedra después se hará el adendum. -----

Dr. Carrillo: Muy bien el acuerdo sería en esa línea, entonces, sería calcularlo, no sé si para la próxima sesión ya tendrán listo eso, sí es muy poco tiempo, es un mes, entonces, ya sería para el otro año, o sea para enero, a ver si es posible que, ustedes creen que en enero sea posible tener el cálculo, ok, recuerden que viene en vacaciones, este, colectivas, verdad bueno, Dr. Usted no porque está de residente entonces no va a tener vacaciones en cuatro años, entonces, eh no sé si para febrero será necesario y a partir de allí verlo, y en diciembre si veríamos los datos.

Dra. Sancho: vamos a ver, perdón. -----

Dr. Carrillo: Si no tranquila Dra. adelante. -----

Dra. Sancho: este es importante, quién, quién va a liderar ese grupo y quienes van a participar veamos, por ejemplo, si la doctora va a liderar y de quien o qué otras participaciones se requieren tal vez, porque creo que es importante, verdad, y en términos del aporte de lo que sea que hay que aportar, para la construcción de lo de la, de, de ese cálculo de esa memoria de cálculo, de lo que sea. -----

Dra. Delgado lo que pasa es que eso solo lo trabajó, digamos, solo la caja, lo que podríamos hacer es dar, darle, no sé, al, al equipo que trabajó en ese momento, los que están ahora que lo trabajen y ya cuando los tengan listo nos reunamos, porque igual esto, lo trabajamos solo Ministerio de Salud y INEC, lo que estamos trabajando nosotros. -----

Dr. Azúa, si pero los de nosotros ya no están, Jacqueline que era de actuarial ya no está, el doctor el doctor no está tampoco. -----

Dra. Delgado: El Dr. Wong? -----

Dr. Azúa: por eso habría que hacer un nuevo proceso. -----

Dra. Delgado: ajá. -----

Dr. Azúa: pero el nuevo proceso me refiero que a la caja entrara en, ok, cree un nuevo equipo porque tendríamos que irnos a vigilancia epidemiológica. -----

Dra. Sancho: yo creo que para para no caer, digamos, en errores del pasado, es que tendría que haber alguien que lidere y que tenga un planteamiento metodológico, es como como, por ejemplo, cómo se va a medir o sea, cómo lo va a reportar porque, finalmente dice, bueno, cómo vamos a medir esto, cada vez que haya que ver esa meta a nivel nacional, verdad, entonces, creo que es un tema, es un tema de liderazgo metodológico, y, y que y que yo creo que no es un tema de si nosotros trabajamos algo aparte y es una meta país.-----

Dra. Delgado: no Dr. pero eso es al final. -----

Dr. Carrillo: Si pero la Dra. dijo algo otra vez voy a meter la política en la mesa ya les prometo que esto, es un porcentaje que al final el Ministerio tiene que presentar a MIDEPLAN, bien entonces el Ministerio es en realidad el que debería liderar este grupo, pero eso sí, trabajando en conjunto con la caja o sea, ya no podemos de que misterio y el INEC y la caja con sus datos y todo el mundo por acá, no, si el Ministerio



tiene que verse con INEC pero además tiene que verse con caja, es necesario que lo haga-----

Dra. Delgado: ok explicar algo, de metodología, esto no es sencillo, verdad, entonces, sí lo podemos liderar de la parte de coordinación, pero digamos, ellos ya tienen una estructura y una metodología que me pueden explicar a mí ya una vez que han terminado, yo tengo una estructura y una metodología que es muy compleja tengo que agarrar las bases y ajustarlas y empezar a hacer todos los análisis, se lo digo porque venimos de un taller de exceso de mortalidad, entonces, digamos tenemos un trabajo bien fuerte en eso, de hecho uno de esos que tenemos que calcular son compromisos internacionales también, pero tenemos que cumplir con lo pactado con OPS del proyecto de ese taller, digamos, desde ese punto de vista uno si puede coordinar y decirles bueno, cuando se van a reunir, cómo van avanzando, para cuando lo vamos a tener y cuando ya tengan ellos empapados, porque, yo no sé qué metodología usaron ahora lo estoy viendo, y, lo estoy, entiendo que hay algunas regresiones que tienen un R cuadrado un poco bajo, verdad, entonces que me explicaran porque, si esa la utilizaron solo es una de práctica y después usaron otro modelo, verdad, entonces, eso sí puede ser, donde tengamos una reunión una vez que ya ellos, han ajustado, pero digamos nosotros desde vigilancia no participamos en ningún momento, probablemente van usar esta misma metodología ahí están y seguro lo hicieron por regresiones, habría que ver.-----

Dr. Carrillo: Es que digamos, usted dice probablemente, seguro y todo eso. -----

Dra. Delgado: Ajá la próxima vez si. -----

Dr. Carrillo: Por eso le digo, espero usted diga la próxima vez se usó esto, este porque tal vez se participó, obviamente yo le voy a decir, no le voy a escribir a Randall, mira me da un acceso a la Dra. para que ella haga los números, eso no es lo que se busca. -----

Dra. Delgado: no, no, jamás, desde ese punto de vista sí, pero digamos y la metodología que yo estoy utilizando ahorita no me puedo sentar con la gente de la caja a darles un taller completo de esta metodología donde los que vamos a calcular las brechas somos nosotros ministerio, vendad, lo que sí podemos hacer es ir llevándoles el pulso de cómo van, reunirnos y que no estén ustedes, porque son cosas que no van a entender o que no, o tal vez si entiendan pero que no vienen al caso discutir toda una metodología acá.-----

Dr. Carrillo: estoy seguro que los epidemiólogos y a los que llevan los números de la caja, van a estar felices de aprender muchas cosas del Ministerio, sino es que ya lo saben y estoy seguro que ustedes también en la caja, entonces yo creo que lo mejor es, hacer eso armonía o sea como usted lo dijo, no es tal vez meterse ahí en las manos en la arcilla sino paralelos ir trabajando, creo que es lo mejor, este, y como también vamos a solicitar, si es posible, datos de este tamizaje, si fuera posible, ahí si yo le voy a pedir al doctor Gamboa que por favor le envíe a alguien que le ayude a la doctora en ese sentido, a su dirección, porque esto ya es de servicio entonces, no solamente números, vamos a ver también, cómo están los



servicios al respecto de esta, si fuera posible, porque yo sé que ahorita y eso es otra cosa que le voy a decir, en cuanto hagamos el diagnóstico de madurez del sistema de, este, de tumores, hay que ver cuáles de estos datos ya puede ser extraíbles de EDUS, para que esta, ahora sí ya doctor tenga estadística nacional, para entonces ahora así tomar decisiones al respecto de la estadística nacional, ahí está la segunda tesis de su subespecialidad Doctor, entonces ese sería el acuerdo entonces, este, para crear ese otro equipo, bueno el mismo equipo que tiene el otro objetivo, este y verlo en febrero, entonces con los datos actualizados y ya en diciembre entonces, veríamos, este, los datos que van a presentar cómo vamos con ese 2.5%, hay alguien que tenga alguna observación, todos están de acuerdo con el acuerdo, muy bien, levantamos la mano, pero es que, bueno, levantemos la mano para que quede la grabación.-----

ACUERDO 4. Los miembros del Consejo acuerdan: crear un equipo de trabajo liderado por la representante del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud de la Dirección de Vigilancia de Salud, quien coordinará y articulará las partes involucradas de acuerdo a sus competencias (Ministerio de Salud, INEC y Caja), el proceso de actualización y análisis de datos, con el fin de poder actualizar la meta nacional de reducción de muertes prematuras pactada en plan de acción de la ENTO, específicamente en cáncer, y poder presentarse en la sesión del mes de febrero 2023. Así mismo, se le solicita a la Dirección de Servicios de Salud designar un funcionario para que colabore en el proceso de dicho análisis. Para la sesión programada para el mes de diciembre, se debe presentar los datos que permitan informar a este consejo cómo vamos porcentualmente con respecto a la meta 2.5% en cáncer pactada en el actual plan. **ACUERDO EN FIRME.** -----

CAPÍTULO IV ASUNTOS VARIOS-----

ARTÍCULO 5. Dr. Carrillo: Bueno el quinto es asuntos varios, yo no tengo asuntos varios, no sé si alguien tiene ¿algún asunto vario?, adelante. -----

Alexandra Núñez: yo quería preguntar Dr. ¿cómo estaba, este, porque habíamos quedado en un acuerdo con lo de OPS para lo del Registro Nacional de tumores? -

Dr. Carrillo: Ah es que yo creo que esa sesión no pudiste estar, lo aplazamos para empezarlo el año que viene-----

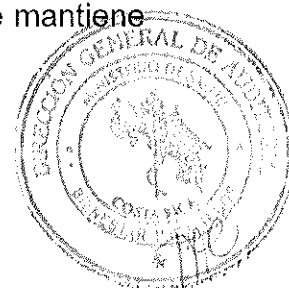
Alexandra Núñez: ah, ok-----

Dr. Carrillo: este, más que todo por un asunto de logística y poderlo hacerlo más a fondo-----

Dra. Delgado: capacitaciones, la parte administrativa con cierre de año, todo eso. -

Dr. Juan Carlos Sánchez: yo los tengo que abandonar hasta luego-----

Dra. Delgado: muchas gracias. Entonces tiene el presupuesto y el plan, solo que se va a ejecutar el año, en un poquito más de tiempo, pero digamos que se mantiene



eso y fue por asuntos de logística, la capacitación, de la parte administrativa, el recurso humano y todo eso. -----

Alexandra Fletes: ¿Y eso también aplaza lo de la actualización del plan porque se necesitaba lo del registro, no ¿era cierto? -----

Dr. Carrillo: no necesariamente-----

Alexandra Fletes: Ah, ok. -----

Dr. Carrillo: Aunque no necesariamente, eso sigue igual, digamos, lo único es el registro estamos en la marcha, cómo vamos con eso, lo que sí es que la madurez de ese sistema se hace, si no me equivoco en febrero, es rápido, eso lo hacen los informáticos increíblemente rápido, lo que es si viene después que es los criterios de interoperabilidad, que eso si les voy a pedir que lo vayan trabajando, básicamente son los datos mínimos necesarios para interoperar, cuando yo digo mínimo es más bien haga la lista al niño, bueno, entonces al ser las tres y cero tres minutos p.m., se levanta la sesión y ya terminamos la grabación, muchas gracias a todos -----

ACUERDO 5. Ninguno-----

Al ser las 15 horas y 03 minutos se levanta la sesión. -----



Alexei Carrillo Villegas
Presidente /COORDINADOR

