

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

**Implementación de la Consulta virtual en la
Clínica La Reforma**

William Arce Ramírez

**San José, Costa Rica
Junio, 2008**

Esta tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Posgrado a nivel de Especialidad en Gerencia Moderna y Gestión del Cambio en Salud, como requisito para obtener el título de *Especialista en Administración de Servicios de Salud*.

MSc. Marianela Grandados Saavedra
Presidente del Tribunal

Msc. José Martí Solórzano R
Director de Tesina

Gilberto Watson Ellis
Examinador Designado

William Arce Ramírez
Sustentante

DEDICATORIAS

A Damaris mi Esposa y mis Hijos Carolina y Willo.

A mi Papá Rodrigo, Hermanas y Hermano

A mi Madre Cecilia y Abuela Carmen ausentes

Mi eterna Gratitud porque siempre han creído en mí. Los amo.

Su Esposo, Padre, Hijo, Hermano y Nieto.

William

AGRADECIMIENTOS

A los altos Jerarcas de la Caja Costarricense de Seguro Social y al CENDEISSS, quienes me dieron la oportunidad de poder realizar esta especialidad.

A la Directora de Servicios de Salud Región Central Norte, Dra. Amalia Carvajal Alvarado quien creyó en mí para la realización de esta especialidad.

Al Dr. Gilberth Watson Ellis quien accedió a ser el lector Institucional

A la Licda. Miriam Valerio Ramírez, su apoyo ha sido incondicional.

A la Licda. Celia Sanchúm Macín, quien me brindó su apoyo con gran cantidad de información desde la Jefatura de la Supervisión de Registros Médicos

Al personal del Ministerio de Justicia y Gracia quienes fueron el soporte de la documentación actualizada del Complejo Clínica La Reforma.

A la Dra. Jackeline Peraza Valverde, Jefe de la Unidad de Habilitación Ministerio de Salud, por el valioso aporte del “Instrumento de Auditoría para la Clínica La Reforma”

Un muy especial agradecimiento al Tutor del ICAP, Msc. José Martí Solórzano Rojas, sin su valioso aporte no se hubiera realizado este proyecto.

A todos(as), muchas gracias

William Arce Ramírez

CONTENIDO

PROYECTO: IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA VIRTUAL DE URGENCIAS EN LA CLÍNICA LA REFORMA

Hoja de aprobación-----	ii
Dedicatorias-----	iii
Agradecimientos-----	iv
Contenido-----	v
Índice de Figuras-----	vii
Índice de Cuadros-----	viii
Índice de Anexos Complementarios-----	ix
Índice de Siglas y Abreviaturas-----	x
Resumen-----	xi
Introducción-----	13-28
CAPÍTULO I. Marco Teórico -----	29
Sección 1. Definiciones-----	29
Sección 2. Antecedentes-----	30
Sección 3. Resumen-----	33
CAPÍTULO II Diagnóstico de la situación actual-----	34
Sección 1 Recursos Financieros-----	34
Sección 2 Recursos Humanos-----	35
Sección 3. Condiciones de Infraestructura-----	37
Sección 4. Área Administrativa-----	38
Sección 5. Organigramas de la Organización-----	41
Sección 6. FODA. Cuadro Resumen-----	42
CAPÍTULO III. Metodología-----	43
Sección 1. Aspectos Metodológicos del objetivo general-----	44
Sección 2. Aspectos Metodológicos objetivo específico 1.-----	45
Sección 3. Aspectos Metodológicos objetivo específico 2-----	45
Sección 4. Aspectos Metodológicos objetivo específico 3-----	46

CAPÍTULO IV. Soluciones al Problema Planteado-----	47
Sección 1. Adendum a Convenio CCSS-MJ-----	47
Sección 2. Factores de Cambio Organizacional-----	47
4.2.1 Factores de Cambio Estructural-----	47
4.2.2 Factores de Cambio Humano-----	48
4.2.3 Factores de Cambio Tecnológico-----	49
4.2.4 Como Manejar la Resistencia por el Cambio-----	49
Conclusiones-----	51
Cronograma Recomendado-----	52
Bibliografía-----	53
Anexos Complementarios-----	54
Anexo #1. Informe de auditoria-----	55
Anexo #2. Convenio CCSS-MJ-----	72
Anexo # 3. Foto Clínica del Adulto Mayor Reforma-----	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Nº1 Organigramas de la Organización-----	41
---	----

INDICE DE CUADROS

Cuadro # 1.

Etapas y cronograma de elaboración de ante- proyecto:

Actividad	Mes			Duración
	Abril	Mayo	Junio	
Identificación de la Organización	4			1 semana
Justificación del estudio	4			1 semana
Objetivo del estudio	4			1 semana
Alcances y limitaciones del estudio	4			1 semana
Marco teórico	18			2 semanas
Metodología	18			2 semanas
Diagnóstico		2		2 semanas
Solución a los problemas		23		2 semanas
Implementación de Soluciones		23		3 semanas
Revisión y mejoras		30		1 semana
Presentaciones finales			5,6 y7	3 días

Cuadro #2. FODA de la Organización-----pag.42

Cuadro #3. Principales Aspectos Metodológicos-----43

ÍNDICE DE ANEXOS COMPLEMENTARIOS

Anexo Complementario # 1. Instrumento de auditoría-----	pag.55
Anexo complementario # 2. Convenio CCSS-MJ -----	72
Anexo complementario # 3. Foto de Consultorio Médico en Cl. Reforma-----	84

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIACIONES

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CAI: Centro de Adaptación Integral

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CMI: Cuadro de Mando Integral

CTOEA: Comisión Interamericana de Tecnologías, Organización de Estados Americanos

ICE: Instituto Costarricense de Electricidad

Inter consulta de Punto a punto: consulta de un centro que es el consultante y el otro que presta el servicio

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

MJ: Ministerio de Justicia y Gracia

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PETP: Planificación estratégica táctica participativa

SIG: Sistema de información gerencial

TIC: Tecnología de la Información y las Comunicaciones.

RESUMEN

-Arce Ramírez William

-Proyecto Plan Piloto: Clínica Virtual en La Reforma

Trabajo Final de Graduación, Especialista en Administración de Servicios de Salud.

San José, C.R.

William Arce Ramírez

El presente trabajo final de graduación ha sido elaborado como requisito para optar al título de Especialista en la Administración de Servicios de Salud del Instituto Centroamericano de Administración Pública. (ICAP)

Sobre la base de lo anterior, se ha desarrollado la propuesta de un proyecto de Telemedicina en la Clínica La Reforma, dadas las particularidades que representa este centro, en el tanto de ser un híbrido en donde laboran funcionarios del Ministerio de Justicia y Gracia y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El trabajo se desarrolla como indica a continuación:

Una introducción en la que se identifica a la Caja Costarricense de Seguro Social, desde su visión y misión así como una breve reseña histórica de la Institución. También, el desarrollo cronológico a nivel mundial de la Telemedicina; en estos dos aspectos es que se basa el proyecto propuesto, el cual busca el no traslado de privados de libertad al Hospital San Rafael de Alajuela, dadas las situaciones irregulares que se han vivido en este centro durante la atención de estos pacientes y, como el proyecto propuesto dará una resolutivez en la atención adecuada, oportuna, eficaz y humanizada a los privados de libertad de la Clínica La Reforma y centros aledaños.

El trabajo plantea un objetivo general y tres específicos, el general representa un plan piloto para implementar la consulta virtual en la Clínica La Reforma, los específicos, son los que sustentan la investigación, puesto que describen de manera teórica la metodología que debe darse para mejorar la calidad y acceso del servicio de urgencias de esta clínica. La metodología consta de un diagnóstico, un análisis de la situación, un plan de mejora, conclusiones y, por último una serie de recomendaciones que se consideran factibles de realizar.

Es importante señalar que, este proyecto se desarrolla en la Región Central Norte, específicamente, se limita entre la Clínica La Reforma y el Servicio de Urgencias del Hospital San Rafael de Alajuela.

Consta de 84 páginas y de siete citas bibliográficas

Introducción:

A- Identificación de la Institución

La Caja Costarricense de Seguro Social se creó según decreto en el año 1941 bajo la Administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, con el objetivo de brindar atención en salud a la clase trabajadora costarricense mas desprotegida de la época, iniciándose con las personas que presentaban mayor riesgo dentro en el área metropolitana dentro de los regímenes de Enfermedad y Maternidad. Posteriormente se amplió a la empresa privada y se extendieron los regímenes a Invalidez, Vejez y Muerte.

Tomando en cuenta lo descrito es que la Caja Costarricense elabora su funcionamiento bajo los siguientes aspectos:

Visión:

Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos y de calidad, y en armonía con el ambiente humano.

Misión:

Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, y Equidad.

El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.

La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.

La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.

La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.

La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

1- Aspectos cronológicos más importantes de la telemedicina a nivel mundial:

-1924 a 1959 Inicia con la aparición de un artículo “Doctor por Radio”, el cual abarcó la portada y se describe el esquema de los circuitos necesarios para lograrlo, y suscitándose una serie de eventos que culmina con el comienzo de curso de tele educación en el Hospital de Nebraska y el Hospital de Virginia

-1971 a 1975, Se inicia la era de los satélites, en especial el ATS (lanzado en 1966), con el fin de mejorar las prestaciones de una comunidad de nativos de Alaska y finaliza el programa STARPAHC el cual fue adaptado de un programa de atención médica para astronautas por la compañía Lockheed.

- Hasta 1990, la telemedicina no despertó mucho interés debido a los altos costos de implementación y dudas acerca de su aplicación real. Era necesario reunir el beneficio médico y la rentabilidad económica. Con el uso de nuevas tecnologías aumentó su repercusión significativamente, ya que la hicieron económicamente accesible, y en el año 1991, Cátedra UNESCO de tele medicina, CATAI. Primera cuantificación de ADN a distancia en el mundo, aplicado al análisis de imagen de factores pronósticos en el cáncer de mama.

-1995, La Clínica Mayo pone en marcha una conexión permanente con el Hospital Real de Amman en Jordania, se realizaban consultas diarias entre un médico Hachemita y otros de Estados Unidos, el médico Hachemita lo realizaba como si se tratase de una sesión clínica del Hospital, con preguntas en directo con los pacientes, además de la interpretación de radiografías y problemas dermatológicos.

-2001, Un médico en New York, elimina la vesícula de un paciente en Estraburgo, Francia, mediante la utilización de un brazo robot.

2- América Latina (1)

Para aumentar la accesibilidad a los servicios en América Latina se han desarrollado algunos proyectos dentro de los cuales se citan:

2.1- A través del programa de bajo costo llamado ARGONAUTA, en Argentina ya que gran parte de su población (33%) vive en el área rural.

2.2- Brasil ha tratado de dar solución a los problemas de falta de profesionales médicos en zonas como las del Amazonas, por lo que ha implementado un programa llamado Amazon Telehealth, desarrollado por el Instituto Edu Med, en colaboración con la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Amazonas, este proyecto se lleva a cabo por Internet y satélite. Existe otro proyecto que pretende dar cobertura en salud a 85000 indígenas de la zona del Amazonas de 130 grupos étnicos, que viven en condiciones muy primitivas.

2.2.1- Otros proyectos de interés son, el ejecutado por el Laboratorio de Sistemas Integrales de la Escuela Politécnica de la Universidad de São Paulo y el del Hospital Sirio Libanés, de São Paulo, en donde se ofrecen la opción médica de especialistas localizados en grandes centros norteamericanos y Chile comenzó a trabajar en telemedicina en 1998 y cuenta con las redes electrónicas del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile que se conectan con 1100 centros de atención de la ciudad de Santiago, compartiendo las historias clínicas de los pacientes en tiempo real lo que acelera el tiempo de diagnóstico.

2.3- Colombia cuenta con zonas muy alejadas, por lo que el desarrollo de los servicios de salud no es lo suficientemente apropiado debido al aislamiento y dispersión de la población, con una infraestructura de transporte deficiente, sin disponibilidad tecnológica y humana, con dificultades de capacitación, ausencia de estímulos económicos, social y cultural. Con el deseo de solventar esta problemática se han desarrollado varios proyectos como las Redes Piloto de Telemedicina en: Bogotá, San Andrés- Providencia, Bogotá y Leticia, a cargo de ITEC-Telecom y la Universidad Nacional.

2.4- En México el Programa Nacional de Telesalud se inicia en 1978, como apoyo a las comunidades rurales, realizando radio enlaces en banda civil, para 1986 se crea tele enseñanza y ya para 1995 se inicia el programa piloto para enlazar un centro médico nacional con un Hospital Regional, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE), reduciendo el número de traslados en un 48%, utilizando el satélite solidaridad. A través de este sistema, para cuando se habían brindado cerca de 3600 consultas y atendido 2087 pacientes en 49 especialidades.

Se han implementado los programas de tele educación, tele administración, y el área asistencial, se ha logrado un importante ahorro desde que se inició el programa en una suma total al millón de dólares, que equivale al 47% del costo de la Red de Telemedicina.

Con base en la misión, visión y beneficios a nivel mundial que fueron descritos anteriormente, es que se propone este proyecto de atención virtual, en el entendido de brindar un servicio con calidad, eficiente y eficaz en la Clínica La Reforma.

Antecedentes históricos de la Clínica La Reforma

La atención médica en el Área de Salud de la Clínica La Reforma cambia con las formas tradicionales y brinda un servicio con personal de la CCSS y Ministerio de Justicia y Gracia (MJ), iniciándose en el mismo momento en que se inauguró el Centro de Atención Institucional (CAI) La Reforma en el año 1978, en la actualidad funciona mediante un Convenio CCSS- MJ (Anexo #2).

Para efectos de una mayor comprensión, se hace necesario señalar que el proyecto por realizar, se ubica en la Clínica de Salud del Centro de Atención Institucional (CAI) La Reforma, el cual forma parte del Sistema Penitenciario Nacional del MJ, por lo que, a partir de este momento se designa como Clínica La Reforma.

El centro penitenciario se encuentra distribuido en ocho ámbitos de convivencia, donde se alberga la población privada de libertad y, la Clínica La Reforma en el ámbito central, que por su ubicación geográfica presta servicio a la población penal de los Centros de Atención Institucional: San Rafael, Dr. Gerardo Rodríguez Echeverría y Adulto Mayor.

Los servicios de salud que se prestan, corresponden a un primer nivel de atención, dado que existe un desplazamiento del Médico y Auxiliar de Enfermería a los diferentes ámbitos de convivencia, para brindar la consulta respectiva. El horario de atención es de lunes a viernes de 8am a 10 pm, lo que significa por las noches y fines de semana el servicio queda interrumpido, reestableciéndose éste los días lunes.

Ubicación geográfica:

La Clínica del centro penitenciario La Reforma se encuentra en la Provincia de Alajuela, en el Cantón Central, Distrito de San Rafael, con una población aproximada de 3932 personas.

Estructura organizativa:

Desde el punto de vista organizacional esta clínica del Ministerio de Justicia, labora bajo convenio CCSS y MJ (anexo 1), en el que cada CAI cuenta con una estructura jerárquica establecida por el MJ, a saber: un Director y sus respectivos colaboradores en las diferentes áreas de atención a esta población, no así el Área Médica, puesto que se encuentra centralizada la consulta en el C.A.I. La Reforma y, es desde ahí donde se brinda cobertura para la atención de la salud a los diferentes centros penales del complejo.

Ofrece las especialidades médicas de: Medicina General, Psiquiatría y Medicina de Urgencias y, las especialidades no médicas como lo son: Psicología y Trabajo Social.

Así mismo, este primer nivel de atención está orientado a la prevención, dándole énfasis a la atención de morbilidad y de urgencias, tal y como lo establecen los programas nacionales.

Es importante resaltar que por ser un primer nivel de atención, la consulta es básica y no se cuenta con un acceso rápido a un nivel de mayor resolución como lo son los centros de salud: Clínica Marcial Rodríguez de Alajuela, Hospital y San Rafael de Alajuela, centros a los cuales deben ser trasladados aquellos pacientes a quienes no se les puede solventar su queja principal, ya sea por cuestión de horario o porque los problemas de salud que presentan no pueden ser solventados en ese nivel, traduciéndose esto en un alto riesgo tanto para los funcionarios como para los usuarios así como posibles eventualidades que puedan ocurrir durante su traslado.

El alcance del proyecto es en la Región Central Norte específicamente entre el Hospital San Rafael de Alajuela y la Clínica la Reforma y en la consulta de urgencias a través del uso de la tecnología de tele salud.

B- Justificación del estudio

Partiendo del punto de que, la Clínica La Reforma es un híbrido compartido entre el Ministerio de Justicia y CCSS y, dado las particularidades de la misma, nace la necesidad de implementar ciertos servicios especiales utilizando para ello, los avances tecnológicos con que cuentan ambas instituciones.

Definición del Problema:

El complejo de La Clínica de La Reforma, da atención a una población de 3932 privados de libertad, es el más grande centro penal del país, y muchos de los reclusos por sus características criminológicas se les pueden considerar de gran peligrosidad.

Esta Clínica brinda Atención, de consulta externa, especializada y de atención de emergencias en los siguientes CAI:

- La Reforma: mantiene una población de 2144 privados de libertad, es el mas grande centro penal del país, y muchos de los reclusos por sus características criminológicas se les puede considerar de gran peligrosidad.
- San Rafael
- Gerardo Rodríguez E.
- Adulto Mayor

Debido a que el personal médico pertenece al Ministerio de Justicia, no reciben capacitación, perdiéndose así la oportunidad de estar actualizado y de intercambiar inquietudes, y conocimientos además de abordar directamente dudas en diferentes manejos de pacientes, por lo que no se les permite participar en actividades educativas de recertificación como: congresos médicos, y actividades docentes programadas mediante este sistema que brinda el sistema hospitalario nacional de la CCSS.

La problemática aumenta debido a la carencia de recurso humano, en la Clínica de La Reforma, y a la toma de desiciones oportunas y ágiles principalmente durante la consulta médica, en el horario de 10pm a 8am ya que quienes deciden si se trasladan a un centro de salud es el personal de custodios del MJ, por lo cual se plantea el presente proyecto.

Aunado a esto la poli consulta en la consulta externa, con una mala utilización del recurso, con un excesivo uso innecesario del servicio de urgencias con casos de no-urgencia, que se pueden manejar en consulta externa, con una situación propia de asimilación individual y colectiva del proceso de encarcelamiento, lo que origina enfermedades asociadas al estrés y psicosomáticas.

La dinámica habitacional y el hacinamiento generan la fácil manifestación y propagación de enfermedades infecciosas y dermatomicosis. La conducta sexual, con un alto grado de utilización y abuso de drogas de los privados de libertad, hace más probable la aparición de enfermedades de transmisión sexual y de nuevos casos de HIV positivos. La falta de agua potable y la mala manipulación de alimentos, lo que genera constante brotes diarreicos.

La conducta violenta de los privados de libertad, debida a los altos niveles de drogadicción, provoca gran cantidad de agresiones y la necesidad de obtener medicamentos para cambiarlos o comercializarlos y así obtener dinero o sustancias ilícitas.

Según el diagrama de flujo de la consulta médica, una vez que el médico valora el paciente y lo refiere a un centro de urgencias de mayor resolución, una vez tomada la decisión ya sea una urgencia o una no urgencia el paciente se debe de desplazar, para lograr obtener una segunda opinión, en los casos cuando no hay personal de salud debido al horario el custodio del MJ es quién toma la decisión

El personal de la Clínica La Reforma, por lo expuesto anteriormente, es que se ve en la necesidad de trasladar a los privados de libertad a los diferentes centros de referencia, ocasionando en algunos casos enfrentamientos con los custodios en centros de salud,

como en la Clínica Marcial Rodríguez y Hospital San Rafael de Alajuela, creando un ambiente de inseguridad, tanto para el personal de la CCSS, como para los pacientes que se encuentran consultando.

El MJ esgrima como alternativa de atención médica el traslado del personal médico perteneciente al MJ a la CCSS, siendo ésta una solución a mas largo plazo, por lo tanto se propone este estudio con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en salud a los privados de libertad usuarios de La Clínica La Reforma, a través de la utilización de los avances tecnológicos con la modalidad de atención de tele medicina, mediante la Inter-Consulta con el Hospital San Rafael de Alajuela principalmente, ya que el Area de Salud Dr. Marcial Rodríguez Cornejo no cuenta con el recurso de equipo de Telemedicina.

C- Objetivos del Proyecto

OBJETIVO GENERAL

Implementar un plan piloto en donde se brinde atención en Urgencias, en forma oportuna, ágil, con calidad y calidez, rompiendo así la barrera de la distancia, mediante el uso de telemedicina, en la Clínica La Reforma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir de manera teórica como mejorar la calidad y acceso del servicio de urgencias de la Clínica La Reforma mediante el equipo de Telemedicina
2. Establecer diagnóstico y análisis de la situación de salud, para proponer un plan de mejora en servicio de urgencias en la Clínica La Reforma
3. Establecer conclusiones y recomendaciones, del plan de mejora de la atención en salud del servicio de urgencias en la Clínica La Reforma, con la utilización de la red de servicios de salud de la CCSS.

D- Alcances y delimitaciones

Implementación de la Consulta de urgencias mediante la utilización de tele medicina en la Clínica La Reforma

Sección 1.

Fundamentos que afectan el desarrollo de la Organización.

A-Se parte de la premisa que los equipos de tele juicios del MJ y los equipos de telemedicina de la CCSS son compatibles.

El proyecto no abarcará más allá de la limitación geográfica que compromete la Región Central Norte de la CCSS, por lo cual se propone romper dentro de la organización con los paradigmas del presente, realizando cambios dentro de la misma, con la aceptación de estos cambios del personal médico y de los pacientes es primordial. Rediseñar los procesos de atención médica y definición de nuevas funciones dentro de los puestos de trabajo y el impacto cultural, tomando en cuenta las nuevas formas de laborar del personal de salud, por lo que es requerida una capacitación adecuada y su desarrollo.

Una buena escogencia del personal que va a integrar el agente de cambio y la organización alternativa de trabajo, ya que deben de creer en la misión que se les ha encomendado y practicarla con el ejemplo.

Cuando realizamos un cambio dentro de cualquier organización si las ideas las exponemos en forma clara y lógica notaremos un interés del cliente interno y externo, ya que éste aceptará nuestro conocimiento y sugerencias.

Pero la experiencia nos proporciona que siempre ante cualquier cambio existirá una resistencia al mismo, lo que se puede considerar como proceso emocional, normal y natural que se produce en el interior del individuo, en cierto modo previsible en contra del proceso de tener que ser ayudado y por lo tanto tener que enfrentar difíciles problemas de organización, en donde se replantean los valores, visión, misión, objetivos, metas de misma.

B- La implementación del proyecto es útil, debido a que se rompe la barrera de la distancia por medio de la aplicación de la telemedicina en la Clínica La Reforma, ya que mantiene una relación fluida y constante de inter consulta dentro de la Región Central Norte, del personal de salud de la Clínica La Reforma con el Hospital San Rafael de Alajuela, permitiendo a los usuarios internos involucrados proveer un mayor beneficio a los pacientes, garantizando el acceso rápido, fácil y eficiente con la utilización de la Red de servicios de la CCSS, al servicio de urgencias, disminuyendo el tiempo en la toma de decisiones en lo que se refiere a diagnóstico y tratamiento de la patología del usuario, por lo que permite optimizar el uso de los recursos, ahorrando costos de traslados a centros de salud de referencia y teniendo como valor agregado la capacitación a distancia del personal de salud de la Clínica La Reforma, con el propósito de mejorar su desempeño con la disminución de tiempos de espera y largas filas para el paciente.

El proyecto comienza con un análisis de situación del entorno, con una priorización de problemas de los privados de libertad y se termina con la implementación del proyecto, con una adecuada evaluación trimestral de las acciones o inter-consultas realizadas con éxito, para corroborar si el proyecto ha tenido impacto en resolver la problemática para el cual fue diseñado, con una utilización aceptable de los recursos mientras se asegura su sostenibilidad a largo plazo.

. Sección2

AREAS DE CAMBIO ORGANIZACIONAL

A- Área del Cambio Humano

Debido a que el individuo o persona es el que debe de cambiar desde su ser interior y proyectarlo a su círculo de influencia, ya que si una persona tiene un conflicto interno, de lógica siempre va a presentar conflictos externos, lo que se verá reflejado en el desempeño del trabajo, con la consecuente pérdida de la concentración, desaliento, falta de objetividad e ineficacia aumentada, gran cantidad de apuros con pocos o ningún resultado productivo.

Dentro del proceso de cambio se requiere de:

Reingeniería Interior

“Es un proceso hacia el cambio de creencias (valores) personales y construcción de un paradigma proactivo a través del desarrollo de nuestras cualidades y habilidades, con manejo del conflicto interno y externo, del estrés, así como el aprendizaje de nuevos y positivos hábitos.”

B- Área de Cambio Estructural

En esta área hay que emplear un cambio con énfasis en la modificación de la estructura organizacional existente, en lo que se refiere a los procedimientos empleados.

Dentro del proceso de cambio se requiere de:

Sistema Matricial la cual va a ser una estructura paralela a la funcional para lograr los objetivos específicos de la organización.

Planificación estratégica táctica participativa (PETP).

“Es un proceso por medio del cual se definen (o redefinen) la misión, la visión, los valores, las competencias clave, las limitaciones/ oportunidades, los objetivos estratégicos, los programas, políticas y las tácticas de la organización de acuerdo a las necesidades y expectativas tanto de los clientes externos , como los internos, y basados en el análisis del entorno, de la competitividad, de la cultura y clima organizacionales, así como de los factores críticos de éxito de la empresa y su cadena de valor, con una visión de mediano y largo plazo.”

Organización Inteligente Empowerment (empoderamiento).

“Trata de facultar, habilitar, autorizar, darles autonomía a los empleados para que la toma de decisiones, el control y las comunicaciones se realicen donde se está efectuando el trabajo. Se establece un sistema dinámico que permita el mejoramiento continuo, la transferencia de ideas y conocimiento y la formulación de procesos que involucren a toda la organización.”

C- Área de Cambio Tecnológico

En esta área lo que se pretende es modificar a tal grado la tecnología en el sistema de gestión de procesos de la consulta de urgencias, para mejorar el desempeño del personal.

Sistema de información gerencial (SIG)

La organización se vale de una red de trabajo establecida por la organización, la cual es útil en el proceso de la toma de decisiones

Sección 3

ANÁLISIS FINANCIERO (1, PAG12)

Para el análisis económico del proyecto será en las categorías de: Costos directos, indirectos e intangibles.

Costos directos: Los cuales están directamente relacionados con el proyecto, como los diversos costos de las prácticas médicas en el servicio de urgencias, tales como: Depreciaciones de equipo, Salarios del personal y Materiales utilizados durante la consulta.

Costos indirectos: Según la Comisión de Tecnologías de la Información de las Américas son muy difíciles de poderlos determinar ya que las consecuencias son a largo plazo, tales como: Administración General, Servicios de Aseo, Seguridad, Servicios de Secretariado, Electricidad y agua

Costos intangibles: En una evaluación económica es importante una comparación entre dos posibilidades de actuación (con o sin el uso de la telemedicina).

CAPÍTULO I

Marco Teórico

Con la Ley de Traspaso de Hospitales que pertenecía al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, que eran subsidiados por la Junta de Protección Social de San José a la CCSS se logra la unificación hospitalaria y con ello comienza la concentración del área de atención a las personas con respecto al sector salud.

Paralelamente a este proceso, sería la Universidad de Costa Rica la encargada de capacitar el recurso humano necesario para el buen funcionamiento de los diferentes servicios que la institución brindaba.

Para la mayoría de las personas, la telemedicina es una modalidad nueva de atención con la globalización e Internet, pero se cuenta con evidencia, que durante la invención del teléfono ya se intentaba practicar la consulta a través de esta tecnología.

Sección 1.

Definiciones:

Telemedicina: De acuerdo a un consenso internacional se refiere a la parte clínica de la telesalud o telemática en salud (prevención – diagnóstico-tratamiento- monitoreo), que corresponde a la práctica médica cooperativa, entre profesionales de salud, de donde por lo menos uno es un médico, realizada a distancia, en tiempo real o diferido por intermedio del uso de la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC).

Sección 2.

Antecedentes:

Apartado 1.

En la pasada década lo preponderante de la tele medicina es la aplicación a la medicina en las áreas rurales, en emergencias como: catástrofes e inundaciones, en las guerras ha tomado un auge mayor, al permitir intervenciones quirúrgicas dirigidas por especialistas desde puntos distantes.

Por lo que en la actualidad esta tecnología permite tanto el envío como la recepción de imágenes de alta calidad (ecografía o electrocardiograma, radiografía, escáner), y la inter-consulta entre médicos, utilizando ya sea líneas telefónicas, radio o satélite.

Entre los países que mas han desarrollado proyectos en telemedicina están Noruega,

Suecia, Canadá, Estados Unidos, Australia. Entre las ramas de la medicina que se han visto más beneficiadas son: dermatología, psiquiatría, radiología, cardiología, patología y cirugía.

Apartado 2.

La organización Panamericana de la Salud, (OPS).

En 1997, con el propósito de promover el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación para la atención médica y educación a distancia, la OPS conjuntamente con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), lanzan la iniciativa "Informática 2000 para la Salud", con la intención de que América Latina se beneficiara de los avances tecnológicos aplicados a salud. Al mismo tiempo se incorporaron cursos en línea de la Universidad Virtual de Ciencias de la Salud, en todas las áreas de especialización y niveles de enseñanza.

Apartado 3.

Costa Rica

Cuenta con el Sistema de Telemedicina, proyecto realizado por la CCSS, utilizando la Red de servicios del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), estando disponible esta tecnología en el 100% de los sitios, pudiendo conectarse entre sí o con Hospitales extranjeros, teniendo 10 mil kilómetros de fibra óptica, en 52000 kilómetros cuadrados que cuenta su territorio y el 50% de los Hospitales entrelazados

En los últimos años la medicina se ha valido de este recurso en los servicios de salud para poder lograr la máxima satisfacción de las necesidades de los usuarios, personalizando en la mejor manera sus servicios, interactuando el personal médico a pesar de la distancia.

Cada uno de los actores que intervienen en la sociedad está, en mayor o menor medida, bajo el influjo de esta tecnología que ha venido a modificar el comportamiento profesional de los servicios de salud, en la forma de hacer y de pensar.

El desarrollo Científico- Tecnológico, tanto por influenciar el desarrollo social en general, como en el desarrollo de la Ciencias Médicas representa una posibilidad extraordinaria para el progreso del proceso salud – enfermedad del ser humano.

La CCSS, promueve a través de sus altas autoridades pasar de los procesos reactivos a los proactivos, enfocados a la atención del paciente desde el punto de vista competitivo, basándose eminentemente en los resultados, con el fin de garantizar la eficiencia, eficacia y sostenibilidad de la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población.

En donde este se reviste de vital importancia, ya que se fundamenta en los principios de la seguridad social y además de libertad, democracia y respeto a los derechos humanos.

La Institución está aprovechando la innovación tecnológica, en contribuir en mayor eficiencia y mejora de la salud, utilizando: “tecnologías de la información y comunicación, con recurso humano competitivo, en una red de servicios de salud” (2)

Este sistema se ha utilizado en 26 puntos del territorio nacional, y ha permitido a las áreas de salud, clínicas y hospitales, contar con un recurso más en la toma de decisiones médicas, logrando con ello una mejor distribución de los recursos disponibles, evitando en muchos casos traslados de pacientes a unidades de mayor nivel resolutivo, en donde la distancia y el acceso a este nivel se hace imprescindible, en donde participan los Hospitales Nacionales tales como: Hospital México, Hospital San Juan De Dios, Hospital Calderón Guardia, Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital Nacional de Niños , el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) los Hospitales Regionales.

Por su naturaleza innovadora la Telemedicina no se encuentra asentada en los procedimientos habituales dentro de las organizaciones de salud, por lo que va a cambiar escenarios y esquemas establecidos, con notables consecuencias organizativas, estratégicas y de gestión de recursos.

“Uno de los reclamos de los derechos humanos es el derecho a la salud, que tan solo el traslado de un interno hacia un Hospital fuera del penal significa un alto gasto económico y social, por la protección que debe darse para evitar una situación de conflicto.

Esta novedad implica que desde el mismo recinto de internamiento se reciba asesoría médica especializada por Tele Salud. No se trata de eliminar los desplazamientos, sino de realizar los que realmente sean necesarios por la urgencia que requiera el paciente, por lo anterior se instalaría una unidad de telemedicina en los consultorios de los Centros de Readaptación Social”. (3)

Apartado 4.

En Ginebra en el año 2003, se realizó la Cumbre Mundial de Sociedades de la Información (CMSI), en donde se declaran los principios en lo que se refiere a telesalud considerando “Como desafío encauzar el potencial de la tecnología de la información y la comunicación para promover las metas de desarrollo de la Declaración del Milenio, a saber: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, garantizar la salud ambiental y forjar alianzas mundiales a favor del desarrollo para lograr un mundo más pacífico, justo y próspero”

Sección 3. Resumen:

Con base en lo anteriormente expuesto en la literatura y la experiencia Institucional, se ha podido dar a conocer en instantes a través del tiempo el alcance de los proyectos de telemedicina, que se han ido presentando en diferentes universos de nuestro planeta, escenarios en donde nos demuestra que la infraestructura en telecomunicaciones de un País es parte fundamental para el desarrollo de la igualdad social que se proyecta en la tranquilidad y soberanía de las naciones.

Con la participación de la OPS y la CMI, demuestra que las naciones de Latinoamérica por muy escasos recursos de infraestructura, comunicaciones e incluso recurso capacitado, han podido dilucidar los beneficios para la población de los proyectos en telesalud y realizan grandes esfuerzos para no quedar fuera de las metas tecnológicas del futuro.

Y como logramos determinar en la literatura que Costa Rica, nación privilegiada con una red en telecomunicaciones envidiable para el resto de los países de la Región y donde la CCSS ya tiene implementada la Red de servicios, con cobertura en un 50% de los Hospitales con telemedicina, es por lo que considero el desarrollo del proyecto de La Clínica Virtual en La Reforma en telemedicina destinado al servicio de urgencias, el cual se encuentra enmarcado dentro del Programa de Telesalud de la CCSS, en el eje estratégico de telemedicina, y en el Area Estratégica de Urgencias, en donde entre sus principales actividades están la interconsulta y la Atención.

CAPÍTULO II.

Diagnóstico de la situación actual

Sección 1.

RECURSOS FINANCIEROS

El Área de Salud La Reforma por ser una Institución Pública tiene su financiamiento a cargo del Ministerio de Justicia y Gracia quien aporta los salarios del personal (exceptuando los cuatro funcionarios que son funcionarios de la C.C.S.S.) así como las instalaciones físicas para el desarrollo de las labores de este personal y una parte del mobiliario existente, la Caja Costarricense de Seguro Social aporta; además de sus funcionarios señalados, los insumos en equipo médico, materiales varios y los medicamentos que se requieren en los servicios de apoyo.

En el caso del Ministerio de Justicia el manejo presupuestario, de suministros y acondicionamiento de los espacios de trabajo están fuera de la competencia del Consejo Técnico de la Clínica, y responden al manejo de autoridades superiores financieras y administrativas.

Cabe mencionar que el Ministerio de Justicia y Gracia no cuenta con presupuesto para cubrir sustituciones de personal, por lo que cuando un médico disfruta de sus vacaciones legales, profilácticas y/o se incapacita se dificulta de gran manera cumplir con la consulta programada.

De julio 2006 a junio 2007 se llevaron a cabo 2978 consultas en los diferentes centros médicos del país, de las cuales 1032 corresponden al Hospital San Rafael de Alajuela, su perfil epidemiológico de las tres primeras causas de consulta en urgencias están: 1- Traumas, envenenamientos (39,7 %), 2- Enfermedades del sistema respiratorio (12,3 %), 3- Enfermedades infecciosas y parasitarias (4,7%).

En el Caso de los recursos que aporta la Caja Costarricense de Seguro Social su manejo involucra:

A: Formulación del Presupuesto:

Se da a nivel local mediante el accionar del Consejo Técnico de la Clínica esta formulación por lo regular debe obedecer a la atención de programas y actividades que se plantean en el Plan Anual Operativo.

B- Discusión y Aprobación:

La Dirección Regional valida lo formulado para enviarlo a la Dirección de Presupuesto donde pasa a formar parte del consolidado presupuestario de la institución, documento que es enviado a la Junta Directiva para su aprobación, la que es ratificada por la Contraloría General de La República.

C- Ejecución: Una vez que el proyecto de presupuesto es aprobado y autorizado por el ente Contralor, la unidad programática (2255) esta en capacidad de ejecutarlo atendiendo la normativa establecida y de acuerdo con lo que se dispuso en el Plan Anual Operativo.

D- Control y Evaluación: En esta etapa del ciclo presupuestario la Administración y Dirección de la Clínica le dan seguimiento y evalúan resultados.

Sección 2

RECURSOS HUMANOS

Actualmente se cuenta con el siguiente Recurso Humano en esta Área de Salud:

- Un Director Medico
 - Seis Médicos Generales Dos médicos especialistas en Psiquiatría.
- Un medico especialista en Infectología.
- 3 Odontólogos (uno de ellos con el rango de Coordinador Nacional de Odontología, por lo que sus funciones son en su mayoría administrativas y no asistenciales)
- 3 Asistentes de Odontología (una de ellas contrata por la C.C.S.S.)

- 6 Enfermeros profesionales
- 5 Auxiliares de enfermería
- -1 Trabajadora Social
- -1 Farmacéutico
- 1 Abogado.
- 3 Funcionarios de Farmacia (un técnico #4 contratado por C.C.S.S.)
- -1 Administrador (contratado por la C.C.S.S.)
- 2 Secretarias
- 1 Oficinista #1 encargado de Archivo Clínico.
- 1 Técnico de Laboratorio Clínico (se desplaza de la Cl. Dr. Marcial Rodríguez C, para toma de muestras)
- 2 oficiales de seguridad.
- 2 REMES (CCSS).
- 1 Técnico de Odontología (CCSS).

No se contaba con personal capacitado para que realizara las funciones del Servicio de REMES, lo que ocasionaba problemas de: Deficiencias en el orden adecuado del archivo de Clínico.

Extravío de información de los expedientes de salud por no contar con un personal calificado que extraiga la información posterior a la consulta médica.

Ausencia de control en los horarios de los Médicos.

Problemas de orden en los expedientes médicos, por no contar con un personal calificado.

Extravíos de expedientes y otros documentos importantes.

Además existe la limitante en la integración del personal al manejo de normas de atención de la C.C.S.S., sustentado en el hecho de que de la totalidad de los 41 funcionarios, únicamente 7 pertenecen a la C.C.S.S., por lo que en algunas ocasiones se presenta además desconocimiento en algunas directrices emitidas por la Institución;

dificultando así el cumplimiento oportuno de los informes y procedimientos requeridos, sin contar la falta de colaboración al no aceptar regulaciones de otra institución diferente a la contratante en este caso Ministerio de Justicia y Gracia.

Sección 3

CONDICIONES DE LA INFRAESTRUCTURA

Originalmente el edificio donde se encuentran las instalaciones centrales de la Clínica fue construido para cumplir otro tipo de objetivos como por ejemplo celdas para reclusos/ dormitorios para personal de seguridad etc. esto conlleva a que no cumple con las características mínimas necesarias para brindar servicios médicos de calidad, justificado por la poca ventilación e iluminación natural, pésimas instalaciones electromecánicas, servicio de acueducto no potable, deficiencia en los techos (loza de concreto) lo que produce filtración y humedad, problemas de distribución de los espacios, lo que limita el bienestar del personal que brinda en todos los servicios.

Los servicios no están centralizados en una sola edificación, sino que son especie de pabellones separados que se han tratado de habilitar para el uso del personal de salud, por lo que existe limitante importante en el acceso. Inter servicios y limitaciones en los sistemas de comunicación.

Otra área que se encuentra distante a unos trescientos metros de las instalaciones centrales y es la denominada Área semihospitalaria o Puesto siete donde hay dos pabellones de internamiento con 24 camas, una dinámica de aislamiento con cuatro camas y la Sala de Cirugía Menor, todo lo anterior obedece a la mala planificación de las instalaciones de la Clínica por parte de las autoridades responsables del Ministerio de Justicia. Por otro lado, en cada ámbito de convivencia de privados de libertad se ha

habilitado un espacio al área de salud para atender la consulta de medicina general, que a excepción del ubicado en el ámbito B y la Unidad de Talleres Industriales, los restantes no reúnen las características de un verdadero consultorio médico y enfermería para la atención de la salud.

Sección 4

ÁREA ADMINISTRATIVA

El Área de Salud La Reforma funciona como un Centro de Atención de la Salud integrado por el Convenio Ministerio de Justicia y Gracia y Caja Costarricense de Seguro Social, en donde el 90 % del personal pertenece al Ministerio y el restante 10% incluyendo la Administración son funcionarios de la C.C.S.S.

Corresponde a la Dirección Médica y a la Administración de la Clínica ser el equipo de enlace entre las dos Instituciones a fin de que se puedan complementar los presupuestos, estrategias y normas de atención a fin de que se utilicen de una manera eficiente los servicios, recursos e Insumos en una modalidad Integrada para el cumplimiento de los objetivos de ambas Instituciones.

La Dirección Médica es el enlace de la atención de la salud a la población privada de libertad entre el Sistema Penitenciario y otras dependencias como: Sala Constitucional, Juzgado de Ejecución de la Pena, La Defensoría de los Habitantes, Medicatura Forense, Contralorías de Servicios, Direcciones de los CAI, Consejos de Valoración Técnica, etc.

La Jefatura Nacional de Servicios Médicos genera directrices generales a la Dirección Médica y enlaza el trabajo del Área de Salud con el Instituto Nacional de Criminología y los niveles superiores del Ministerio de Justicia.

1- Se elaboró un diagnóstico situacional, con un equipo humano dirigido por el Director Nacional de Medicina del MJ, en las siguientes áreas:

Recurso humano

Recurso financiero

Recurso administrativo

Estado actual de la infraestructura

Organización administrativa

Normativa interna de atención

Medicina especializada

Medicina del adulto mayor

Medicina general

Emergencias médicas

Servicio de atención médica

Manejo del paciente en el ámbito semi hospitalario (puesto 7)

Cirugía menor

Laboratorio

Odontología

Administración y proveeduría

Dirección médica

Manejo de expedientes clínicos y estadísticas (REMES)

Servicios de procesos administrativos

Comisión institucional de SIDA

Comisión institucional de tuberculosis

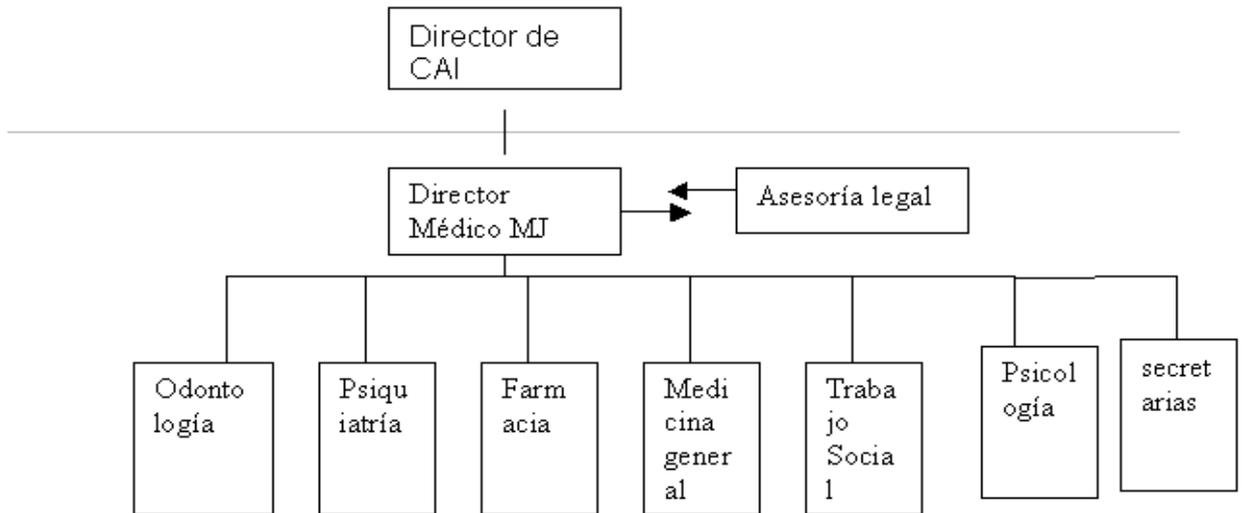
Cada área fue descrita con su objetivo para el cual había sido creada, y un resumen detallado de sus funciones.

2- Se realizó el estudio del convenio CCSS-MJ, en donde se ha podido evidenciar que las dos instituciones han realizado esfuerzos para poder solventar de la mejor manera posible los problemas de salud que la población privada de libertad del Centro Penitenciario La Reforma.

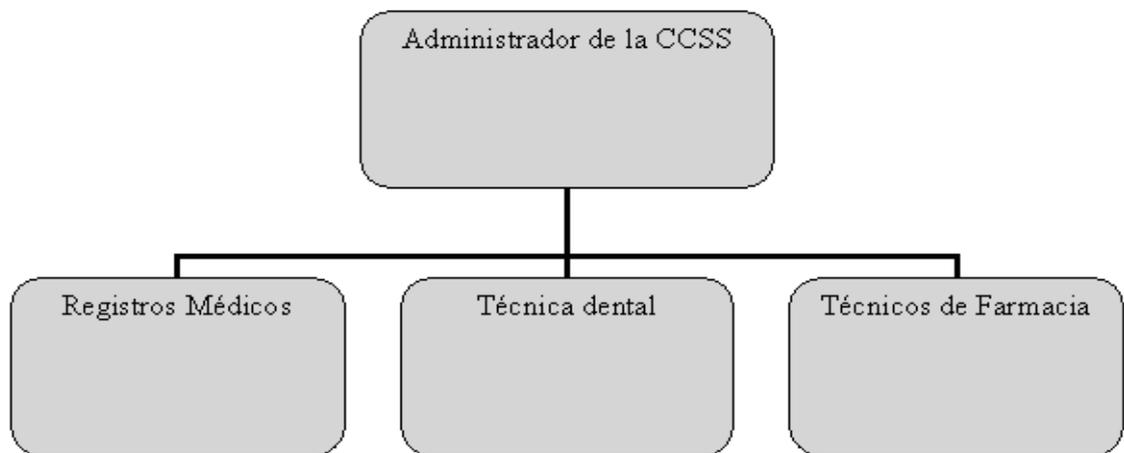
3- Se realizó visita de campo, con el fin de poder elegir un área apta para realizar consulta virtual, por lo que pudo determinarse que en la sala de emergencias, existe una zona en donde se puede implementar el equipo de telemedicina.

Organigramas de la organización

Personal de Ministerio de Justicia Clínica La Reforma



Organigrama del personal de la CCSS en la Clínica La Reforma



A pesar de ser funcionarios de ambas instituciones los dos organigramas funcionan en esta Clínica y lo que existe es más es un personal muy motivado para llevar a cabo sus funciones, y ante todo brindar de la mejor manera dentro de sus posibilidades una mejor atención del privado de libertad.

Cuadro #2. Principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la Clínica La Reforma.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Cuenta con presupuesto	Cuenta con equipos para realizar tele juicios	No se brinda consulta las 24 horas	Personal no comprometido con las normas de la CCSS
Personal de salud especializado	Cuenta con recurso humano que supera la normativa institucional de un Ebais para una población de 5000 habitantes	Estrés del personal de salud por el ambiente de trabajo	Desconocimiento del Personal de salud de la visión, misión y objetivos de la CCSS
Existe convenio de atención en salud de CCSS-MJ	Población cautiva de 5000 habitantes	Infraestructura inadecuada para realizar procedimientos de salud	Población a atender de alta peligrosidad
Equipos de tele salud en el Hospital San Rafael de Alajuela de la CCSS		Estructura organizacional compleja, debido a dualidad de organizaciones	Personal en salud sin programa de educación continua

CAPÍTULO III. Metodología.

3.1. Cuadro #3. Aspectos metodológicos

PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS	Tipos de investigación	Método	Técnicas	Instrumento	Fuentes	Indicador
OBJETIVO GENERAL Implementar un Plan Piloto en donde se brinde atención en urgencias, en forma oportuna, ágil con calidez, rompiendo así la barrera de la distancia, mediante el uso de telemedicina, en la Clínica La Reforma	Exploratoria	Análisis documental	Consulta de libros especializados y recolección de información	Observación no estructurada	Fuente Primaria	Eficiencia de proceso clínico % de actividades realizadas
OBJETIVOS ESPECÍFICOS						
1-Describir de manera teórica como mejorar la calidad y el acceso del servicio de urgencias de la Clínica La Reforma mediante el equipo de telemedicina	Exploratoria	Análisis	Recolección de información	Observación no estructurada	Primaria	Eficiencia
2-Establecer diagnóstico y análisis de la situación de salud, para proponer un plan de mejora en el servicio de urgencias de la Clínica la Reforma.	Exploratoria	Análisis	Recolección de información	Observación no estructurada	Primaria	Eficiencia
3-Establecer conclusiones y recomendaciones, del plan de mejora de la atención en salud del servicio de urgencias en la Clínica la Reforma, con la utilización de la red de servicios de salud de la CCSS.	Exploratoria	Síntesis de acuerdo al análisis del objetivo #2	Consulta de libros especializados y recolección de información	Observación no estructurada	Primaria	Eficiencia

3.1.1. Principales aspectos metodológicos

Sección 1.

Del objetivo general:

El tipo de investigación a realizar es de tipo exploratoria (5), que tiene la función de aumentar la familiaridad del investigador con el problema de estudio, aclara conceptos, y/o establecer preferencias para posteriores investigaciones; así como lograr mayor claridad acerca del nivel de conocimiento científico desarrollado previamente por otros trabajos e investigadores.

El método mediante el análisis documental, en donde se observan las características de un objeto a través de una descomposición de las partes que integran su estructura, de tal forma se establece la relación causa – efecto entre los elementos.

La técnica es mediante la consulta de libros especializados y recolección de la información, y el instrumento que se utiliza es la observación no estructurada o no controlada, se recurre a anotar los hechos observados sin recurrir a técnicas especiales, es decir se realizan apuntes de todo lo que se considere significativo para posteriormente, clasificar y utilizar los datos que requieran los objetivos de la investigación.

La fuente a utilizar es la primaria, ya que es recopilada directamente por el investigador a través de relatos o escritos transmitidos por los participantes en un suceso o acontecimiento.

El indicador siendo un instrumento de análisis, será la eficiencia del proceso clínico, ya que a través del mismo se pretende caracterizar el éxito de la modalidad de la atención por medio de telemedicina, midiendo el logro de los resultados propuestos, siendo la expresión matemática para medir la magnitud del evento.

De los objetivos específicos:

Sección 2.

Objetivo específico # 1.

De acuerdo al análisis de la Organización y a lo presentado de su situación actual, para readecuar el modelo de atención, es la definición del perfil funcional del equipo de salud, partiendo de los diversos determinantes del proceso salud-enfermedad, dirigido al desarrollo de las potencialidades y responsabilidades tanto individuales como colectivas, se propone realizar una investigación exploratoria, el método a utilizar el análisis, la técnica de recolección de información, a la fuente primaria, que fueron descritas en el objetivo general.

El indicador será de Eficiencia, ya que mide la obtención de productos y servicios al menor costo y en el menor tiempo.

Sección 3.

Objetivo específico #2

El tipo de investigación será exploratoria, utilizando un análisis de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas, mediante la técnica de recolección de información, con el instrumento de observación no estructurada, viniendo de la fuente primaria y el indicador de Eficacia que fue descrito en el objetivo general.

Se plantea en esta organización MJ-CCSS, independientemente de la cantidad de personal, tanto de una como de la otra institución, para alcanzar los objetivos deseados se ha de dar un cambio dentro de la organización esto con el fin de poder aumentar su eficacia a saber:

1. En las líneas de autoridad
2. En los niveles de responsabilidad
3. Las líneas de comunicación establecidas dentro de la organización

Sección 4.

Objetivo específico #3

El tipo de investigación será exploratoria, de análisis y síntesis, mediante la observación no estructurada, de la fuente primaria y utilizando un indicador de Eficiencia para evaluarla, ya que mide la productividad al menor costo y en el menor tiempo posible.

CAPÍTULO IV.

Soluciones al problema planteado

Sección 1.

Adendum a Convenio CCSS-MJ:

Mediante un adendum al convenio MJ-CCSS, para la utilización del equipo de tele juicios que ocupa el poder judicial, según convenio Poder Judicial y MJ en el complejo penitenciario La Reforma, y partiendo del principio que los equipos de la CCSS y el MJ son compatibles, se plantea la colocación de un Equipo de Telemedicina que se ubicaría cerca de la sala de observación de pacientes. Este equipo se utilizaría para realizar consulta virtual entre el Médico General de Urgencias de la Clínica La Reforma, con los Médicos del Servicio de Urgencias del Hospital San Rafael de Alajuela y así poder interactuar en el manejo de los pacientes, logrando una mejor estabilización del paciente antes de ser trasladado o no definitivamente al Hospital.

También se dispondría de un equipo para tele conferencia para interactuar y participar activamente de las actividades educativas y de capacitación programadas en el Hospital San Rafael de Alajuela, esto donde actualmente se ubica la sala de tele juicios.

Sección 2

Factores de Cambio Organizacional

4.2.1. El cambio estructural:

Es un tipo de cambio, que hace énfasis en la modificación de una estructura organizacional existente, en especial lo referente a los procedimientos de la consulta.

Se propone un Sistema Matricial: se puede describir como una organización paralela a la funcional y es creada para lograr objetivos específicos, resolver problemas, o conseguir resultados deseados para el proyecto, con el fin de lograr nuevos paradigmas, que al poder comprobar su efectividad, formarán parte de la futura cultura organizacional del servicio.

Lo que permite el logro de resultados y un excelente desempeño de los equipos de trabajo. Se lleva a cabo a través de la modalidad de equipos de alto rendimiento conocidos como “Fuerzas de Trabajo”, los cuales utilizan un proceso de capacitación-acción, una focalización de la efectividad, auto dirección e inmediato rendimiento de cuentas.

Luego una Planificación Estratégica Táctica Participativa (PETP), que es un proceso mediante el cual se definen (o redefinen), la misión; la visión; los valores; las competencias clave; las limitaciones y oportunidades; los objetivos estratégicos; los programas; políticas y las tácticas de la organización de acuerdo a las necesidades y expectativas tanto de los clientes internos como de los externos, y basados en el análisis del entorno, de la competitividad, de la cultura y clima organizacional, así como de los factores críticos de éxito y su cadena de valor, con una visión de mediano y largo plazo.

Brindar a esta organización un empoderamiento (empowerment), para darle autonomía al usuario interno para que la toma de decisiones, el control y las comunicaciones se realicen donde se está efectuando el trabajo. Se establece un sistema dinámico que permita el mejoramiento continuo, equipo autodirigido a la transferencia de ideas y conocimiento y la formulación de procesos que involucren a toda la organización

4.2.2. El cambio humano:

Hacer énfasis que para mejorar la efectividad personal, primeramente hay que dilucidar el desarrollo individual, con la aplicación de valores preestablecidos, con una reingeniería interior y un liderazgo proactivo.

Como la Organización requiere un proceso de cambio se utiliza “La Reingeniería Interior es un proceso hacia el cambio de creencias(valores) personales y construcción de un paradigma proactivo, a través del desarrollo de nuestras cualidades y habilidades, manejo del conflicto interno y externo, del estrés, así como el aprendizaje de nuevos y positivos hábitos.”

Se llevará a cabo por medio de seminarios y labor de grupo para la aplicación de métodos de resolución de conflictos y construcción de nuevos hábitos de trabajo.

4.2.3. El cambio tecnológico:

Es un tipo de cambio organizacional que hace énfasis en la modificación del grado de tecnología del sistema, en lo referente a procesos y equipos que contribuyan a mejorar el desempeño del personal durante la prestación del servicio. Organización Virtual, con un equipo de OAT.

Una vez puesta en marcha la organización virtual se procede a realizar un proceso de capacitación virtual al personal que ha sido designado para el desempeño virtual.

4.2.4-Como manejar la resistencia por el cambio:

Es el cuarto factor a tomar en cuenta al introducir un cambio en la organización es el personal que labora en la consulta de urgencias que se ve afectada por el mismo.

Cuando realizamos un cambio es natural experimentar que si podemos presentar nuestras ideas de manera clara y lógica, y velamos por el interés del cliente, éste aceptará nuestro conocimiento y experiencia, y seguirá nuestras sugerencias.

Sin embargo, muy pronto descubriremos que no importan cuán razonables sean nuestros datos y consejos, el personal de salud opondrá resistencia al cambio.

La clave para entender la índole de la resistencia es hacerse cargo de que ella es una reacción a un proceso emocional que se produce al interior del personal.

No es una reflexión en un nivel racional, objetivo y lógico. La resistencia es una reacción previsible, natural, y emocional, en contra del proceso de ser ayudado y de tener que enfrentar difíciles problemas de organización, pero necesaria, y es debida a la perdida del control y a la vulnerabilidad expuesta.

Mantener el control es el centro del sistema de valores de la mayoría de las organizaciones; tan es así que muchos gerentes y sus sub alternos insisten en mantener el control, aún cuando ello dé por resultado un rendimiento más pobre. Las organizaciones también son sistemas competitivos y políticos, y cuando oponen resistente es debido a que se está alterando algún equilibrio político establecido, llevando a personas a pensar que pueden resultar perjudicadas por el cambio.

Cómo abordar la resistencia desde el punto de vista de los responsables por el cambio:

Identificar como se presenta ya que puede ser de manera sutil y evasiva; y existirán otros más directos, en lenguaje de forma airada, en forma de silencio y las más difíciles es la que se presenta de forma condescendiente pero tiene ambivalencia con respecto a la ayuda que se le está brindando.

Por lo que se recomienda enfrentarla de manera tranquila y neutra, no condenatoria como si se tratase de un ataque hacia lo que estoy tratando de implementar.

Conclusiones

Si bien las necesidades aparecen implícitas dentro de las instituciones del estado, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Justicia y Gracia no son la excepción, y de acuerdo a nuestro estudio, el problema de la consulta es que sea ágil, oportuna y de calidad. De acuerdo a reuniones y entrevistas realizadas a Médicos que laboran o han laborado en la Dirección de la Clínica La Reforma, y con los programas de mejoramiento de la infraestructura y accesibilidad a los servicios es lo que hace factible desarrollar este proyecto de tele medicina.

Una de las recomendaciones más importante es la información que se le debe brindar al privado de libertad cuando se implemente esta modalidad y al personal médico a utilizarla como una herramienta de práctica profesional de uso cooperativo a distancia.

Cabe destacar desarrollar una Organización del personal de salud que labora en la Clínica La Reforma y proporcionar el personal en el turno de 10pm a 6am, esto con el fin de poder desarrollar el presente proyecto, ya que en ambas direcciones de la conexión de telemedicina de debe existir un médico a cargo del equipo.

Parar brindar un mejoramiento continuo de la calidad se recomienda la utilización del instrumento de evaluación (anexo #1), cada seis meses, siendo este instrumento como un valor agregado a nuestro estudio, esto con el fin de lograr los objetivos deseados.

Aunque según la experiencia de los países que mas han desarrollado proyectos en telemedicina, es muy difícil medir el impacto, inclusive todavía esta en desarrollo de un proyecto que pueda medir el impacto económico, pero por la naturaleza de nuestro estudio, es que se recomienda un estudio de casos y controles al año de iniciado el proyecto, para medir el impacto del programa.

Cronograma recomendado

ETAPA I: Aprobación del proyecto

ETAPAI: Presentación del proyecto

ETAPAI: Implementación del proyecto con la colocación de Equipo de tele consulta de urgencias que se ubicaría en sala de observación.

ETAPA IV: Implementación de Clínica Virtual con pases de consulta simultáneas entre la Clínica La Reforma y el Hospital San Rafael de Alajuela.

ETAPA VI: Manejo interactivo y simultáneo de pacientes con emergencias calificadas. Revisión de protocolos y Normas de Atención.

ETAPA VII: Implementación del proceso de capacitación mediante el Equipo de Tele conferencia para interactuar y participar activamente de las actividades programadas tanto en el Hospital San Rafael de Alajuela como en otras Unidades consultantes

ETAPA VIII: Implementar la consulta con tele dermatología, dentro de la cual la institución (CCSS), cuenta con mucha experiencia y ha sido muy exitoso, a nivel nacional.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS COMPLETOS

1-Picado, Fernando y otros (2003) Organización Panamericana de la Salud (OPS), Telesalud en las américas. CITOEA/Ser.L/XVII.6.4

CAPÍTULOS DE LIBROS

2-Caja Costarricense de Seguro Social Consejo Institucional de Tele salud, (2007). Plan Institucional de Tele salud, 2007-2010.Costa Rica, (pp. 1-10)

3-Juárez, G. G (1997). El Sistema de Salud Vía Satélite, pionero mundialmente. Entrevista a el Dr. Luis Amaro Hernández, Coordinador Programa de Telesalud. México.

4-Cantú D. H (1997). Desarrollo de una Cultura de Calidad. México: Editorial Prentice may.

5-Hernández S. R, y otros (2002). Metodología de la Investigación. Editorial Ultra, McGraw- Hill, Interamericana, México, Cap. 5 (pp 114- 137).

MATERIAL ELECTRÓNICO

6- <http://www.qualisalud.learn-system.com/campus/campus.hts>

José Ernesto Páramo Arturo, (2008). Para la Mejora continua de la Calidad

ENTREVISTAS

7- Peraza Valverde, Jackeline, 2008 Jefe de la Unidad de Habilitación Dirección de Servicios de Salud Ministerio de Salud. Quiero destacar el aporte del “Instrumento de auditoria para el Área de Salud La Reforma”.

ANEXOS COMPLEMENTARIOS

Instrumento de auditoria (7)

Recolección de información en las Áreas de Salud de la Reforma 2008

- a) Informe de Evaluación del Ministerio de Salud (MS) de Habilitación (según valor equipo multidisciplinario)

Indicador: verificación del estado del permiso de habilitación del MS, porcentaje de cumplimiento a la fecha de la visita.

Medio de verificación: Se verificará el informe de inspección, realizado por el MS.

Procedimiento para la verificación: se solicitará el informe de evaluación o autoevaluación correspondientes.

- b) Cobertura de seguro social.

Indicador: Verificar el estado de aseguramiento de los usuarios del servicio. Porcentaje de cobertura de los asegurados.

Medio de verificación: solicitar la listas de afiliación por los diferentes regímenes

- c) Condiciones higiénicas del lugar

Indicador: Adecuada higiene de las instalaciones físicas al momento de la visita

Medio de verificación: Instalaciones físicas, verificar tiempos de limpieza y responsables.

Documentos: Solicitar el manual de limpieza por áreas, con sus correspondientes bitácoras.

Procedimiento para la verificación: al momento de realizar la auditoria se inspeccionará las condiciones higiénicas generales del local, desde la entrada, áreas de espera, salas, servicios sanitarios, entre otros. Se deberá comentar este aspecto al final del informe.

d) Estabilizador de voltaje

Indicador: Equipos equipo biomédico, equipos de cómputo y tele salud con fuente estabilizador de voltaje (UPS).

Medio de verificación: Estabilizador de voltaje, instalaciones en buen estado y aisladas y protegidas.

Procedimiento para la verificación: constar in situ la existencia y que tiene alcance para todos los equipos biomédicos y tele salud. Verificar su buen estado de funcionamiento. Debe garantizar estabilidad del voltaje.

e) Planta de emergencia

Indicador: Planta eléctrica que alimenta. O un medio alternativo que garantice la conservación del equipo y la comunicación en caso de fallas eléctricas

Medio de verificación: Planta de emergencia

Procedimiento para la verificación: constatar in situ la existencia y buen funcionamiento de una planta de emergencia que alimente al sistema de cómputo o tele salud, en caso de falta de suministro de fluido eléctrico.

f) Programa de mantenimiento preventivo

Indicador: Plan de mantenimiento predictivo, preventivo de equipos en ejecución.

Medio de verificación: Plan de mantenimiento e inventarios de equipo
 Procedimiento para la verificación. Verificación in situ de inventario de equipos, programación de mantenimiento e informe de ejecución de mantenimiento preventivo por programación. Toma relevancia aires acondicionados donde se encuentre el equipo de telesalud, iluminación de laboratorio clínico y equipo de laboratorio.

g) Previsión ante situaciones de Emergencia

Indicador: Plan de Prevención y atención de emergencias existente y del conocimiento de los usuarios internos a la fecha de la evaluación.

Medio de verificación: Documento Plan de emergencia y listado de asistencia a sesión de instrucción, sobre el mismo que puede ir desde, grupos de estudio a lo interno, hasta la instrucción por expertos y un informe de simulación y simulacro, para garantizar el funcionamiento de lo escrito en los documentos.

Procedimiento para la verificación: Se constatará documento de Plan de emergencias interno y externo, que como mínimo debe de contener:

1. Plan de emergencia interno: orientado a la atención de una emergencia en salud en el establecimiento, ante la materialización de riesgos de origen biológico.

Para calificar este indicador se revisará el plan y se verificará lo siguiente:

Aspectos a revisar	SI	NO
Existencia de una organización encargada de la gestión de la atención de la emergencia.		

Horario a revisar	7 am. a 4 pm. .CCSS	8 am a 4 pm	4 pm a 10 pm.
Cual es el horario de atención de la organización			

Aspectos a revisar	SI	NO
Cuentan con los protocolos de atención y los responsables fuera del horario de atención de la emergencia en la organización?		
El responsable es un profesional en salud		
Definición de atención en caso de emergencia (¿Quién?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿A quien?, ¿A través de?, ¿Qué hacer?). Responsables y encargados		
Se comprueban mediadas de atención y protocolos en caso de traslado. Con sus responsables. (Se debe anotar quién los comprueba y quien es el responsable)		
Plan de aviso y mecanismo de activación de la emergencia. (Se debe comprobar quien es el responsable de la activación)		
Mecanismos de atención a los afectados. (Se debe verificar el responsable)		
Definición y atención de triage. (se debe anotar quien lo define y quien lo atiende)		
Simulación y simulacro (documentados, puede ser en listado de participantes).		

- Un NO califica cero el indicador

h) Manejo de Desechos

Indicador: Cumplimiento de manejo de desechos sólidos, líquidos e infectocontagiosos conforme plan, en el periodo.

Medio de verificación: Plan de desechos sólidos, líquidos e infectocontagiosos del establecimiento funcionando en el periodo evaluado.

Procedimiento para la verificación: Se verificará la existencia de un plan de manejo de desechos sólidos, líquidos e infectocontagiosos y su evaluación. En su evaluación es necesario identificar si se consignan las limitantes en la ejecución del plan y verificar las acciones realizadas conformes resultados de la misma, a fin de mejorar. En este aspecto específicamente se identificará si hay problemas de abastecimiento, conocimiento de los trabajadores o problemas de gestión.

Se revisará si de acuerdo al plan se esta realizando adecuadamente el manejo de los desechos sólidos, líquidos e infectocontagiosos. Para comprobar el manejo adecuado se realizará la siguiente inspección, verificando cada una de sus etapas conforme plan:

Aspectos a revisar	SI	NO
Segregación: se realiza separación de los desechos y se colocan en los envases adecuados según su peligrosidad (desechos comunes, peligrosos, infecciosos, patológicos, punzocortantes, químicos, desechos especiales)		
Bolsas plásticas rojas para desechos bioinfecciosos, bolsas plásticas negras para desechos comunes. Envases rígidos con tapa para desechos peligrosos: punzocortantes, para los desechos comunes envases rígidos con tapa. La calidad de las bolsas plásticas debe de ser revisada en sus características de impermeabilidad, resistencia y tamaño		
Etiquetado: se coloca en cada envase una etiqueta que lo identifique.		
Acumulación: el lugar para almacenamiento temporal previo a la recolección de los desechos ya segregados y etiquetados en un contenedor sellado.		
Recolección y transporte interno: se realiza adecuadamente la recolección hacia el almacenamiento temporal, previo a su recolección definitiva, se verificará si no hay riesgo de rotura de envases (que no se arrastren los envases, las bolsas se toman por arriba y se mantengan alejadas del cuerpo) Realización AM y PM		
Almacenamiento temporal: esta acondicionada la caseta o contenedor con llave, rótulos de prevención y prohibitivos de almacenamiento		
Proceso de desinfección química o física (esterilización por autoclave), antes de llevarlos al vertedero o relleno sanitario.		
El operador esta con equipo de protección personal al momento de la visita		
Operador con capacitación en manejo de desechos. (verificar en Recursos Humanos del establecimiento)		
Fue evaluado el plan de desechos o aprobado por la autoridad competente.		

Un NO califica con cero el indicador. Con uno de los eslabones de la cadena el sistema de manejo de los desechos sólidos, líquidos e infectocontagiosos que se incumpla el manejo no es adecuado.

i) Días de espera en Consulta Externa de especialidades

Indicador: Días de espera en consulta externa de especialidades no mayor a 15 días

Medio de verificación: Agenda de citas

Procedimiento para la verificación: Se realizará revisión de agenda de citas identificando hasta el último día que esta completa, a partir de este día previamente identificado, se contará hacia atrás las fechas, hasta llegar a la fecha del momento que se realiza la actividad, este resultado corresponde a los días de espera.

Se considerará los pacientes crónicos si responde, a una cita previamente definida para esa fecha por el medico o en otros caso indagar si la demanda supera la capacidad o si la oferta en términos de horario o cantidad de medico es adecuada o no. Se aceptan desviaciones de no más de 4 días.

j) Satisfacción de Usuarios

Indicador: Satisfacción de usuarios externos de 90% como mínimo en los últimos 12 meses.

Porcentaje de Satisfacción de Usuarios del 90% en el periodo x

Formula: $\frac{\text{numero de opiniones favorables}}{\text{Total de pacientes entrevistados}} \times 100$

Total de pacientes entrevistados

Medio de verificación: Mediciones de satisfacción de usuarios (entrevistas, formularios de preguntas en buzones, etc.).

Procedimiento para la verificación: se procederá a revisar las mediciones de la satisfacción y complementar información, con los informes semestrales de denuncias. Se constatará si existen intervenciones para mejorar las insatisfacciones y si han sido atendidas las quejas.

k) Derechos y responsabilidades de los pacientes.

Indicador: Acciones realizadas para dar a conocer los derechos y responsabilidades de los pacientes en el periodo.

Medio de Verificación: Existe contraloría de servicios de salud acorde a la Ley 8239 “Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados”.

Procedimiento para la verificación: se inspeccionará el local para comprobar si existen afiches alusivos a los derechos y responsabilidades de los pacientes y se revisarán las acciones ejecutadas, por la contraloría de servicios de salud vinculadas con el tema.

l) Expediente Clínico

Indicador: Revisión de expediente clínico con 100% de cumplimiento, a la fecha de la evaluación

Medio de verificación: Expedientes clínicos, auditorías realizadas por establecimiento o por la CCSS. (Si existen).

Procedimiento para la verificación: se realizará revisión de las auditorías de expedientes clínicos realizadas, por el establecimiento de salud o por la CCSS. Para considerar adecuada la auditoría realizada, se verificará que se realice el abordaje de los aspectos siguientes:

Aspectos a revisar	SI	NO
Orden del expediente clínico: el expediente clínico según normas debe de conservar su orden y tener letra legible. Orden: Hoja de identificación, Hoja de Problemas, Anamnesis, Examen Físico, Hojas de Consulta, gráficos, Hojas de exámenes de laboratorio clínico, Notas de enfermería		
Anamnesis: la historia clínica elaborada por el medico debe estar debidamente firmada y consignado el código del medico.		
Examen Físico: verificar que es completo, sin omisiones. Tomar en cuenta particularidades mujeres gestantes.		
Integración de datos de laboratorio: indicados y realizados oportunamente en correspondencia con plan diagnóstico.		
Análisis e interpretación de datos: verificar que los datos de la anamnesis y de laboratorio clínico fundamentan los problemas diagnósticos.		
Indicación terapéutica: Indicación de fármacos contiene dosis vía, intervalo de tiempo.		

Si el proceso se considera que presenta deficiencias a criterio del equipo auditor o no se realiza auditoria se procederá a:

Tomar una muestra al azar de 10 expedientes clínicos por tipo de atención valorando los mismos parámetros anteriormente descritos.

Para valorar el indicador, si el cumplimiento es de menos del 80% el indicador califica con Cero. Cumplimiento del 80% no es adecuado y el indicador se califica con cinco. Cumplimiento del 90% del expediente clínico, se califica con 9 el indicador y 10 si cumple 100%. Debe de cumplir con todos los requisitos.

m) Abandono de programas

Indicador: Abandonos de programas no mayor al 1%

Medio de verificación: Registro de inasistentes por programa: adolescente, adulto mayor, tratamiento antirretroviral, crónicas y dislipidemias.

Procedimientos para la verificación: Se verificará el registro de inasistentes y de conformidad a este, constatar si el establecimiento de salud ha realizado la búsqueda de inasistentes con prioridad en la cual la CCSS tiene sus programas específicos (adultos mayores crónicos, entre otros). Verificar las causas de inasistencia a programas.

De existir inasistentes sin búsqueda o seguimiento, califica cero el indicador.

n) Referencia y contrarreferencia

Indicador: a partir de un muestro al azar de expediente clínicos de pacientes referidos a otro nivel de atención, verificar que el 100% de las referencias por parte del establecimiento de salud, tienen contrarreferencia, la fecha de la medición.

Medio de verificación: Expedientes clínicos.

Procedimiento para la verificación: Revisión de expediente clínicos de pacientes que hayan sido referidos a otro nivel de mayor complejidad y constatar, si en el expediente clínico se encuentra la referencia y contrarreferencia del centro al que fue referido.

Aspectos a revisar	SI	NO
Para el traslado de los pacientes a otros establecimientos de salud debe de brindar el transporte y la seguridad requerida para la atención de los pacientes.		
Registro de traslado de pacientes.		
Responsables del traslado		
Protocolo de traslado y custodia, con las correspondientes responsabilidades		
Informe de atención de pacientes de la Jefatura médica Nacional de la Dirección General de Adaptación Social en coordinación con la Dirección Regional Correspondiente de la CCSS		

o) Cadena de frío

Indicador: cadena de frío funcionado adecuadamente según valoración de un del periodo.

Medio de verificación: Registros de red de frío, dos veces al día. Estado y colocación del refrigerador y biológicos.

Rango temperatura adecuada: Temperatura registrada es de +2 grados +8 grados C para vacunas.

Procedimiento para la verificación: se realizará revisión de los registros de la temperatura del refrigerador de vacunas y según normas se verificará:

Aspectos a revisar	SI	NO
<p>Temperatura registrada es de +2 grados +8 grados C.</p> <p>Si se detecta anomalías en el registro de temperatura se debe solicitar informe de este evento al establecimiento y que medidas fueron tomadas. De no ser así el indicador no puede calificarse óptimamente en vista que se pudo administrar un biológico sin su poder inmunológico.</p>		
<p>Registro diario (AM y PM) de temperatura del periodo que se evalúa.</p>		
<p>Refrigerador se encuentra en la sombra, lejos de cualquier fuente de calor, colocado entre 15 a 20 cms de la pared y nivelado.</p>		
<p>Cierre adecuado de puerta, verificar empaques en buen estado.</p>		
<p>Constatar el uso adecuado del refrigerador: botellas de agua almacenadas con 2.5 cms de distancia, refrigerantes ubicados de costado, en numero de 5 a 8. No se almacena alimentos.</p>		
<p>Vacunas colocadas en bandejas individuales en los estantes centrales, (no se guardan en los inferiores). En estante superior los liofilizados y vacuna antipoliomielítica y en el inferior las liquidas.</p>		
<p>Espacio en las vacunas (sin amontonar) que permita que el aire circule entre ellas.</p>		
<p>Sistema de rotación de vacunas (primeras en entrar, primeras en salir) de acuerdo a facturación, numero de boleta y fecha de vencimiento.</p>		
<p>Etiquetas en buen estado y legibles.</p>		
<p>*La calidad del aseo del refrigerador.</p>		
<p>Se verifican los termos si están con temperaturas adecuadas, termos en óptimo estado y con termómetro dentro de los mismos.</p>		

Un NO califica cero el indicador.

- p) Ejecución presupuestaria (este indicador aplica para establecimientos con recursos de la CCSS, contemplados en el compromiso de gestión) públicos y en la modalidad de gestión por terceros)
- q) Indicador: Revisar informes de ejecución de actividades de acuerdo con la programación del plan estratégico cada seis meses.
- r) Medio de verificación: Informe de ejecución presupuestaria del periodo por financiero contable de la Dirección Regional de la CCSS
Procedimiento para la verificación. Informe de financiero de la CCSS y de ejecución presupuestaria semestral del Centro la Reforma.

Aspectos a revisar	SI	NO
El Ministerio de Justicia y Gracia debe presentar el listado de afiliación de los asegurados por los diferentes regímenes.		
Demostrar el monto designado del presupuesto anual para el pago de cobertura del seguro de enfermedad y maternidad de los privados de libertas Registro		
Plan de mejoras anual para el mejoramiento de las instalaciones.		
Presupuesto asignado anualmente para remodelaciones y construcciones adecuadas para las instalaciones		

Calificación de los indicadores

Habiéndose tenido los medios de verificación y aplicado el procedimiento, para su verificación correspondiente, se procede a dar la calificación al indicador. Para dar la calificación al indicador, el equipo auditor, debe identificar si hay cumplimiento:

Si no se demuestra cumplimiento equivale a cero, si está cumplido de conformidad con el indicador equivale a 10, si existen niveles de avance, estos se identificarán y el equipo evaluador establecerá en la escala del uno a diez, siendo éste número el que será consignado como la calificación del indicador. Para algunos indicadores la guía orienta de conformidad a ciertos parámetros cual es la calificación del indicador.

Al tener el total de todos los puntajes, se procede a sumar los totales y a realizar una regla de tres, para conocer el porcentaje de cumplimiento.

Ejemplo:

No.	Indicador	Calificación	Observaciones
1.	Plan de Manejo de Desechos cumpliéndose en un 100%	10	
2.	Cumplimiento del 100% en el manejo del expediente clínico	5	
	Total	15	

Los indicadores son dos. La calificación máxima sumaría 20, pero producto del proceso de evaluación suma 15.

Para conocer el cumplimiento, se realiza una regla de tres simple.

20	100
15	X

Calificación =75 %

Método ponderado

Si la autoridad en salud, ha considerado que un indicador o grupo de indicadores, debe tener mas peso con respecto a otros, se puede utilizar este método y hacer grupos de indicadores ponderados

Ejemplo, retomando el ejemplo anterior:

Una vez establecida la calificación se multiplicará por la ponderación.

Este 75 % tiene una ponderación de 15 (el restante 85 estaría repartido en el resto de indicadores) por tanto, hacemos la relación $75 \times 0.15=11.25$

Al final se suman las calificaciones ya ponderadas (11.25 en este caso) y el restante que corresponde a 85 y de aquí se obtiene la calificación final.

Ejemplo de ponderación en la escala del 1 al 100:

Si tenemos 17 indicadores y necesitamos que unos tengan más relevancia que otros al momento de la calificación:

- Indicadores del 1 - 4 : 15 (valor ponderación)
- Indicador 5 : 50 (valor ponderación)
- Indicador del 6 - 9 : 20 (valor ponderación)
- Indicadores del 10 al 17 : 15 (valor ponderación)

A cada indicador se le realizará un análisis cualitativo que será entregado posterior a los resultados cuantitativos. Para ello se abordará cada uno de los indicadores por el auditor y se identificarán los factores restrictivos y facilitadores que han contribuido al éxito o fracaso del cumplimiento del indicador, se identificarán estrategias de solución y fortalecimiento que se consignaran en un informe que será remitido al establecimiento. Este enfoque facilita la redacción de un informe cualitativo no extenso y conciso, la elaboración de conclusiones y por ende las no conformidades que requieren mejorarse.

Las no conformidades de los indicadores, serán valoradas al momento de la evaluación y consensuados los plazos prudenciales, entre el equipo auditor y el directivo del establecimiento de salud.

Informe de auditoria

El informe de auditoria se remitirá por el Director del Área Rectora de Salud y debe de contener:

- Nombre del establecimiento.
- Numero de registro Sanitario.
- Fecha de auditoria.
- Equipo auditor.
- Equipo del establecimiento de salud participante.
- Calificación cuantitativa.
- Informe cualitativo (narrativo basado factores Facilitadores y limitantes, conclusiones).
- No conformidades.
- Plazo de no conformidades.
- Como solucionar la no conformidad
- Responsable de cumplimiento de no conformidad
- Aproximación del monto para cumplir con no conformidad
- Firma del equipo auditor

ANEXO #2

CONVENIO CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL- MINISTERIO DE JUSTICIA Y GRACIA

Anexo Complementario #3

Consultorio Médico

