Plan de Trabajo y Seguimiento del Comité de Bioética Clínica

Nombre del Comité de Bioética

Año 2019

Área de Bioética- Subárea de Bioética Clínica y en Gestión

CENDEISSS-CCSS

Contenido

[Plan Anual 3](#_Toc443466899)

[Análisis FODA 4](#_Toc443466900)

[Cronograma y seguimiento de las Sesiones del Comité 5](#_Toc443466901)

[Capacitación y Divulgación de la Bioética 6](#_Toc443466902)

[Capacitación de los miembros del CBC 6](#_Toc443466903)

[Temas a revisar durante las sesiones 7](#_Toc443466904)

[Actividades de Divulgación (al menos 3 por año) 7](#_Toc443466905)

[Cronograma de Actividades de Seguimiento al Consentimiento Informado 8](#_Toc443466906)

[Seguimiento de Actividades 9](#_Toc443466907)

[Registro de Análisis de Casos Clínicos 10](#_Toc443466908)

[I Semestre 10](#_Toc443466909)

[II Semestre 10](#_Toc443466910)

[Registro de Asesorías en Temas Bioéticos 11](#_Toc443466911)

[I Semestre 11](#_Toc443466912)

[II Semestre 11](#_Toc443466913)

[Informe Semestral de Actividades 12](#_Toc443466914)

[I Semestre 12](#_Toc443466915)

[II Semestre 13](#_Toc443466916)

[Auto-Evaluación 14](#_Toc443466917)

# 

# Plan Anual

# Análisis FODA

Es una metodología de estudio de la situación de una empresa o un proyecto, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su [situación externa](https://es.wikipedia.org/wiki/Entorno_empresarial) (Amenazas y Oportunidades) en una [matriz cuadrada](https://es.wikipedia.org/wiki/Matriz_cuadrada).

Se debe de completar la matriz para el CBC y generar estrategias que permitan subsanar las situaciones destacadas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oportunidades** | **Amenazas** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Fortalezas** | **Estrategias Ofensivas** | **Estrategias Defensivas** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Debilidades** | **Estrategias Reorientación** | **Estrategias Supervivencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Observaciones:

# Cronograma y seguimiento de las Sesiones del Comité

La documentación sobre casos clínicos, guías o protocolos de atención que requerirán ser analizados por el CBC, los cuales deben ser presentados al menos 3 días hábiles previo a la fecha establecida para la sesión, antes de las 14:00 horas. De no ser así, la discusión se trasladará automáticamente para la siguiente sesión establecida. Los casos de Donación y Trasplante de órganos y tejidos serán atendidos según lo establecido en la Ley N°9222 y en el Manual de Instrucciones de Trabajo para el Análisis Bioético de los Procesos de Donación y Trasplante de órganos y tejidos humanos.

Instrucciones para el llenado del siguiente recuadro

* Se recomienda programar dos sesiones cada mes
* En la parte de estado, debe ingresar si la sesión fue realizada o cancelada.
* Fecha: Utilizar el formato (DD/MM/AA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enero** | **Fecha** | **Estado** | **Febrero** | **Fecha** | **Estado** | **Marzo** | **Fecha** | **Estado** |
| I Sesión |  |  | I Sesión |  |  | I Sesión |  |  |
| II Sesión |  |  | II Sesión |  |  | II Sesión |  |  |
| **Abril** | **Fecha** | **Estado** | **Mayo** | **Fecha** | **Estado** | **Junio** | **Fecha** | **Estado** |
| I Sesión |  |  | I Sesión |  |  | I Sesión |  |  |
| II Sesión |  |  | II Sesión |  |  | II Sesión |  |  |
| **Julio** | **Fecha** | **Estado** | **Agosto** | **Fecha** | **Estado** | **Setiembre** | **Fecha** | **Estado** |
| I Sesión |  |  | I Sesión |  |  | I Sesión |  |  |
| II Sesión |  |  | II Sesión |  |  | II Sesión |  |  |
| **Octubre** | **Fecha** | **Estado** | **Noviembre** | **Fecha** | **Estado** | **Diciembre** | **Fecha** | **Estado** |
| I Sesión |  |  | I Sesión |  |  | I Sesión |  |  |
| II Sesión |  |  | II Sesión |  |  | II Sesión |  |  |

Observaciones:

# Capacitación y Divulgación de la Bioética

Como parte de los compromisos de los miembros del Comité se realizarán revisiones de temas durante las sesiones de trabajo, así como participación de las actividades de capacitación realizadas por la CCSS.

Capacitación de los miembros del CBC(al menos 2 por año por miembro)

Complete el recuadro con la información de los miembros del CBC que asistirán capacitación durante el año.

* Miembro: Colocar el nombre completo del miembro del CBC
* Curso propuesto: Anotar el nombre completo del curso propuesto
* Fecha: Utilizar el formato (DD/MM/AA)
* Estado: Colocar si el curso fue realizado o cancelado

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miembro** | **Curso propuesto** | **fecha** | **Estado del curso** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Temas por revisar durante las sesiones(al menos 3 por año)

Los CBC deben permanecer en constante actualización en temas bioéticos, por lo que deben programar al menos tres actividades por año (revisión de documentos bibliográficos, discusiones de temas de actualidad, revistas, videos, películas, etc.). Dichas actividades se realizarán entre los miembros del CBC como parte de la sesión.

Seguir las siguientes instrucciones para el llenado del recuadro

Tema: Colocar nombre del tema de la actividad que se desarrolló.

Responsable: Es la persona a cargo de la actividad.

Estado: Colocar si las actividades fueron realizadas o canceladas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Tema** | **Responsable** | **Estado** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Actividades de Divulgación (al menos 3 por año)

Como función de los miembros del Comité se realizarán actividades para divulgar la bioética entre los otros funcionarios del centro, así como entre los usuarios(a) de los servicios que se brindan.

Seguir las siguientes instrucciones para el llenado del recuadro

Estado: Ingresar si la actividad fue Realizado o cancelado

Tipo de actividad: Charla/ Conversatorio/ Taller/ Distribución de material/Otros (describir).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de actividad** | **Tema** | **Responsable** | **Lugar** | **Fecha** | **Estado** | **N° de Participantes** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# Cronograma de Actividades de Seguimiento al Consentimiento Informado

Estas actividades se deben realizar cada semestre, con la finalidad de cumplir con lo establecido en el Reglamento del Consentimiento Informado de la CCSS (Aprobado por la Junta Directiva, en artículo 25 de la Sesión N 8601, del 20 de septiembre de 2012) y presentar sus resultados tanto a la Dirección Médica del centro como al Área de Bioética del CENDEISSS en las fechas establecidas. Lo anterior mediante el formulario diseñado para tal efecto. Los mismos se encuentran en el siguiente enlace: <http://www.cendeisss.sa.cr/wp/index.php/consentimiento-informado-en-la-practica-clinica/>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **II Semestre 2018** | **I Semestre 2019** |
| Fecha de aplicación de formularios a funcionarios |  |  |
| Fecha de aplicación de formularios a Usuarios |  |  |
| Fecha de revisión de expedientes |  |  |
| Fecha de divulgación de los resultados a los funcionarios evaluados |  |  |
| Fecha límite de envío | Febrero 2019 | Agosto 2019 |
| Estado de envío del consolidado |  |  |

Observaciones: Dicho documento debe ser enviado únicamente vía digital en formato PDF y debidamente firmado y sellado, al correo [dzamorap@ccss.sa.cr](mailto:dzamorap@ccss.sa.cr).

# Seguimiento de Actividades

# Registro de Análisis de Casos Clínicos

En dichos apartados se procederá a documentar aquellos casos clínicos que se hayan presentado ante el CBC.

Seguir las siguientes instrucciones para el llenado del recuadro

Número de caso: Utilizar el formato ##-año-comité Ejemplo: 01-2017-CHSJD.

Fecha de solicitud y de análisis: ingresar la fecha con el siguiente formato (DD/MM/AA).

Tipo de caso: Debe ingresar si de: Atención, Gestión o Trasplante.

Estado: Ingresar si el caso se encuentra por analizar, diferido, recomendado.

## I Semestre

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Caso** | **Fecha de solicitud** | **Fecha de análisis** | **Persona que solicita el análisis** | **Tipo de caso** | **Estado** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## II Semestre

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Caso** | **Fecha de solicitud** | **Fecha de análisis** | **Persona que solicita el análisis** | **Tipo de caso** | **Estado** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# Registro de Asesorías en Temas Bioéticos

La asesoría y la orientación a funcionarios y a usuarios son de suma importancia y de trabajo permanente del comité por lo que es de suma importancia registrar dichas actividades como parte del trabajo desempeñado.

Seguir las siguientes instrucciones para el llenado del recuadro

Fecha: ingresar la fecha con el siguiente formato (DD/MM/AA).

Vía: indicar si fue por vía presencial, telefónica, correo electrónico, nota u oficio, otro.

Tema: Indicar a groso modo el nombre del tema que se trató.

Responsable: Indicar el nombre del funcionario responsable de brindar la asesoría.

## I Semestre

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número** | **Fecha** | **Vía** | **Tema** | **Responsable** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

## II Semestre

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número** | **Fecha** | **Vía** | **Tema** | **Responsable** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

# Informe Semestral de Actividades

Los informes semestrales permiten al Área de Bioética conocer el estado y el trabajo de los comités en el trascurso del año y con esto programar actividades e intervenciones con la finalidad de apoyar su función, se deben completar y enviar al Área de Bioética en los meses estipulados.

Completar los espacios según correspondan con (SI) o (NO), o bien con el número correspondiente.

## I Semestre

Entrega junio 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composición** | |  | **SI NO** | |  | **Casos Clínicos** | |  |  |
| ¿Cuenta con 7 miembros?  (5 permanentes y 2 suplentes) | |  |  |  |  | Número de Solicitudes recibidas | | |  |
| ¿Cuenta con Representante de la Comunidad? | | |  |  |  | Número de Casos Analizados | | |  |
| ¿Existen múltiples profesiones entre los miembros? | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | **Protocolos Clínicos** | |  |  |
| **Sesiones** |  |  |  | |  | Número de protocolos evaluados | | |  |
| Número de sesiones programadas | | |  | |  | Número de protocolos aprobados | | |  |
| Número de sesiones realizadas | | |  | |  |  |  |  |  |
| Cumplimiento (%) | |  |  | |  | **Documentos de Información Terapéutica** | | |  |
|  |  |  |  | |  | Número de documentos analizados | | |  |
| **Actividades de Capacitación y Divulgación** | | |  | |  | Número de documentos aprobados | | |  |
| Número de Actividades de Capacitación | | |  | |  |  |  |  |  |
| Número de Participantes en Actividades de Capacitación | | |  | |  |  | | |  |
| Número de Actividades de Divulgación | | |  | |  |  | |  |  |
| Número de Participantes en Actividades de Divulgación | | |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| **Asesorías** |  |  |  | |  |  | |  |  |
| Número de asesorías brindadas | | |  | |  |  |  |  |  |

Observaciones:

Firma presidente del Comité Sello del comité

## II Semestre

Entrega diciembre 2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composición** | |  | **SI NO** | |  | **Casos Clínicos** | |  |  |
| ¿Cuenta con 7 miembros?  (5 permanentes y 2 suplentes) | |  |  |  |  | Número de Solicitudes recibidas | | |  |
| ¿Cuenta con Representante de la Comunidad? | | |  |  |  | Número de Casos Analizados | | |  |
| ¿Existen múltiples profesiones entre los miembros? | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | **Protocolos Clínicos** | |  |  |
| **Sesiones** |  |  |  | |  | Número de protocolos evaluados | | |  |
| Número de sesiones programadas | | |  | |  | Número de protocolos aprobados | | |  |
| Número de sesiones realizadas | | |  | |  |  |  |  |  |
| Cumplimiento (%) | |  |  | |  | **Documentos de Información Terapéutica** | | |  |
|  |  |  |  | |  | Número de documentos analizados | | |  |
| **Actividades de Capacitación y Divulgación** | | |  | |  | Número de documentos aprobados | | |  |
| Número de Actividades de Capacitación | | |  | |  |  |  |  |  |
| Número de Participantes en Actividades de Capacitación | | |  | |  |  | | |  |
| Número de Actividades de Divulgación | | |  | |  |  | |  |  |
| Número de Participantes en Actividades de Divulgación | | |  | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| **Asesorías** |  |  |  | |  |  | |  |  |
| Número de asesorías brindadas | | |  | |  |  |  |  |  |

## 

Observaciones:

Firma presidente del Comité Sello del comité

# Auto-Evaluación Anual

Previo a la visita de los funcionarios del Área de Bioética, los miembros del comité valorarán las actividades realizadas durante el último año, indicando con una (X) o completando según corresponda en cada una de las siguientes preguntas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composición** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **SI** | **NO** | **Observaciones** | | | | | | | |  |  |
| Indique el número de miembros | |  | |  | | | | | | | | | |
| ¿Cuenta Representante de la Comunidad? | |  |  |
| ¿Miembros con la formación solicitada? | |  |  |
| ¿Múltiples profesiones? | |  |  |
| ¿Cambio de miembros en el último año? | |  |  |
|  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **Documentación** | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuenta Expediente del Comité completo y vigente? | |  |  | **Observaciones** | | | | | | | |  |  |
| ¿Cuenta con Plan de trabajo anual Completo? | |  |  |  | | | | | | | | | |
| ¿Cuenta con archivo de correspondencia y materiales? | |  |  |
| ¿Cuenta con archivo de los casos clínicos evaluados? | |  |  |
| ¿Entregan los informes? | |  |  |
| ¿Cuenta con certificado del Curso de Fundamentos de Bioética de todos los miembros? | |  |  |
|  |  | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Recursos de apoyo** | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Posee apoyo secretarial y administrativo? | |  |  | **Observaciones** | | | | | | | |  |  |
| ¿Posee sala de sesiones? | |  |  |  | | | | | | | | | |
| ¿Posee tiempo para sesionar? | |  |  |
| ¿Posee tiempo para actividades de capacitación? | |  |  |
| ¿Posee tiempo para asistir o participar en el Consejo Asesor? | |  |  |
| ¿Posee tiempo y espacio para actividades de divulgación? | |  |  |
| ¿Posee archivos apropiados y exclusivos para uso del comité? | |  |  |
| ¿Posee teléfono? | |  |  |
| ¿Posee facsímile? | |  |  |
| ¿Posee computadora? | |  |  |
| ¿Posee acceso a Internet? | |  |  |
| ¿Posee biblioteca (estante, archivo)? | |  |  |
|  | |  |  |  | | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funciones** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se analizan casos clínicos que presenten conflictos bioéticos y elaboran el informe para orientar a los profesionales, pacientes o familiares en la toma de decisiones? | |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Número de casos recibidos | |  | |
| Número de casos clínicos evaluados | |  | |
| ¿Se asigna un número único de caso? | |  | |
| ¿Se han analizado protocolos de atención? | |  | |
| Número de protocolos evaluados | |  | |
| ¿Se han analizado desde el punto de vista bioético documentos de información clínica terapéutica? | |  | |
| Número de documentos analizados | |  | |
| ¿Se brinda apoyo al profesional responsable en el seguimiento del cumplimiento al reglamento de consentimiento informado? | |  | |
| ¿Se promueve ante la Dirección Médica la puesta en práctica de la Bioética en la Gestión de los servicios de salud? | |  | |
|  | | | | |  |  |  | | |  |  |  | | |  |  |
| **Sesiones** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de sesiones programadas |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | | |  |  |
| Número de sesiones realizadas |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Porcentaje de cumplimiento |  | |  |
|  | | | | |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **Actas** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se anota el número de sesión? |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | | |  |  |
| ¿Se anota la fecha de la sesión? |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se anotan los Miembros presentes y los miembros ausentes con justificación? |  | |
| ¿Se realiza una constancia cuando no se logra quórum? |  | |
| ¿Se anota el resumen de la discusión de los temas debatidos? |  | |
| ¿Se anota el tipo de votación del caso (por consenso, por mayoría)? |  | |
| ¿Firman todos los miembros presentes? |  | |
|  | | | | |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **Cursos de Bioética** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de cursos programados |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | | |  |  |
| Número de cursos realizados |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Porcentaje de cumplimiento |  | |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |
| **Actividades de Proyección** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Actividades de Educación Continua** |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | |
| Número de actividades programadas |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Número de actividades realizadas |  | |
| Porcentaje de cumplimiento |  | |
| **Actividades de Divulgación** |  | | | | | | | | | |  | |  | |  |  |
| Número de actividades programadas |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | | | | |
| Número de actividades realizadas |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Porcentaje de Cumplimiento |  | |
| Número de Participantes |  | |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  | |  | |  |  |
| **Asesorías** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Núm. De asesorías brindadas |  | |  | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |
| **Asistencia al Consejo Asesor de Comités de Bioética** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Febrero |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | | |  |  |
| Abril |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Junio |  | |
| Agosto |  | |
| Octubre |  | |
| Diciembre |  | |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |
| **Resumen de la Auto-Evaluación** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En términos generales se cumple con: |  | | **Observaciones** | | | | | | | | | | | |  |  |
| Composición |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Documentación |  | |
| Recursos de apoyo |  | |
| Funciones |  | |
| Sesiones |  | |
| Actas |  | |
| Actividades de Proyección |  | |
| Cursos en bioética |  | |
| Asesorías |  | |
| Asistencia al Consejo Asesor de Comités de Bioética |  | |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |

Firma presidente del Comité Sello del comité