CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Hospital San Juan de Dios
Área de Gestión de Bienes y Servicios
Sub Área de Contratación Administrativa
Teléfonos: 2547-8283

10 de agosto de 2020
SCA-SC-356-2020

Señores
Proveedores

ASUNTO: Respuesta a solicitud de Modificación / Aclaración al cartel 2020LN-000012-2102 "Arrendamiento de Concentradores de Oxigeno y Nebulizador"

Estimados Proveedores:

En respuesta a peticiones de modificaciones/aclaraciones al cartel realizadas por las casas comerciales: **Ingeniería Hospitalaria y Praxair,** adjunto oficio 326-JSN-TR-2020 suscrito por el Dr. Randall Guadamuz Vásquez, Jefe Servicio Neumología, en el cual se refiere a las peticiones realizadas. (Se adjunta documento folios 133-149).

*** Cabe recalcar que la apertura del expediente se **mantiene** para el día **14 de Agosto del 2020 a las 08:00 Horas**.

Agradeciendo lo anterior, suscribe

10/8/20

Lic. Carlos Andrés Araya Jiménez
Coordinador Sub Área de Contratación Administrativa

Archivo
2020LN-000012-2102
Denis S

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Hospital San Juan de Dios
Servicio de Neumología
Teléfonos: 2547-8000. Ext 403
Correo electrónico: olzuniga@ccss.sa.cr

Denis
Su atención
Aclaraciones al
cartel.
10/8/20

HOSPITAL San Juan de Dios

31 de julio de 2020
326-JSN-TR-2020

HOSP.SAN JUAN DE DIOS
A.G.B.S-RECEPCION
10/AGO/2020 AM8:55
Carlos Bolaños Villalobos

Licenciado
Carlos Andrés Araya Jiménez
Coordinador del Sub-Área de Contratación Administrativa

Asunto: Respuesta a oficio SCA-SC-348-2020 "Arrendamiento de Concentradores y Nebulizadores"

Estimado Lic. Araya:

En atención a oficio SCA-SC-348-2020, referente a solicitud de aclaración al cartel del Proceso Licitatorio N°2020LN-000012-2102 "Arrendamiento de Concentradores y Nebulizadores", solicitado por las Casas Comerciales Ingeniería hospitalaria S.A., oficio N° IHJ-2020730 y PRAXAIR oficio N° Linde-MGHA71, manifestamos lo siguiente:

Solicitudes Casas Comerciales Ingeniería hospitalaria S.A

Ítem # 1

- ***Punto 1.9.*** *No se acepta lo solicitado por el oferente ya que más divisiones en cuanto a la escala, tiende a confusión al usuario y al operador que manipulan el equipo de acuerdo a la indicación médica de la dosis de oxigeno suplementario indicada por el médico tratante*

- ***Punto 1.10.*** *Se acepta parcialmente, no se acepta el plástico ya que a la hora de colocarle frasco Humedecedor se podría tender a la ruptura o agrietamiento del conector, por ende escape de oxigeno suplementario dando como resultado una dosis inadecuada de oxígeno al paciente de acuerdo a sus necesidades*

Ítem #2

- ***Punto 1.3.*** *Se realiza la aclaración solicitada*

- ***Punto 1.9.*** *Se realiza la aclaración solicitada*

- ***Punto 1.10.*** *Se acepta parcialmente, no se acepta el plástico ya que a la hora de colocarle frasco Humedecedor se podría tender a la ruptura o agrietamiento del conector, por ende escape de oxigeno suplementario dando como resultado una dosis inadecuada de oxígeno al paciente de acuerdo a sus necesidades*

- ***Punto 3.1.*** *Se realiza corrección.*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Hospital San Juan de Dios
Servicio de Neumología
Teléfonos: 2547-8000. Ext 403
Correo electrónico: olzuniga@ccss.sa.cr

Ítem # 3

- ***Punto 1.3.*** *Se acepta lo solicitado por la Casa Comercial.*
- ***Punto 1.9.*** *Se acepta lo solicitado por la Casa Comercial.*
- ***Punto 4.1.*** *Se acepta lo solicitado por la Casa Comercial.*

Ítem # 4

- ***Punto 1.2.*** *Se acepta lo solicitado por la Casa Comercial.*
- ***Punto 6.1.*** *Se acepta lo solicitado por la Casa Comercial.*
- ***Punto 7.1.*** *Se realiza aclaración solicitada por la Casa Comercial*

Aspectos Generales

- ***Aclaración N° 12: Avería o Reposición***

  En este sentido el tiempo de respuesta no deberá ser mayor a 8 horas posterior al comunicado, ya sea de parte del paciente o departe del servicio de Neumología y Terapia Respiratoria.

- ***Aclaración N° 13: Instrucciones, Instalación y visitas.***

  1. *El Contratista instala el concentrador y sus accesorios en el hogar del paciente en un periodo no mayor a dos días naturales, después de haber recibido el aviso por parte de la Institución, específicamente el Servicio de Neumología-CLINICA AIRE del Hospital San Juan de Dios.*

  8. *Realizar espirometría simple cuando sea indicado por el médico o el terapeuta de la Unidad de Visita Domiciliar Respiratoria y reportarlo máximo dos días hábiles después de ser solicitado vía correo electrónico o telefónica.*

  9. *En caso de ser necesario la empresa realizará la toma de muestra de gases arteriales (5 mensuales aproximadamente), según el criterio del médico de la Unidad de Visita Domiciliar Respiratoria o del Terapeuta Respiratorio, y reportarlo máximo dos día hábiles después de ser solicitado.*

- ***Aclaración N° 14: Instrucciones, Instalación y visitas.***

  9. *En caso de ser necesario la empresa realizará la toma de muestra de gases arteriales (5 mensuales aproximadamente), según el criterio del médico de la Unidad de Visita Domiciliar Respiratoria o del Terapeuta Respiratorio, y reportarlo máximo dos día hábiles después de ser solicitado.*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Hospital San Juan de Dios
Servicio de Neumología
Teléfonos: 2547-8000. Ext 403
Correo electrónico: olzuniga@ccss.sa.cr

- ***Aclaración N° 15 Área de Atracción***

La casa comercial debe brindar atención a todo paciente del área de atracción del Hospital San Juan de Dios que lleve el control y seguimiento de su enfermedad en la Consulta de Neumología del Hospital San Juan de Dios (aun así el domicilio del paciente se encuentre fuera del área de atracción por razones de fuerza mayor y cuente con el visto bueno del Servicio de Neumología del Hospital San Juan de Dios).

Se adjunta Diagrama del área de atracción del Hospital San Juan de Dios.

Solicitudes de la Casa Comercial Praxair S.A

Ítem 3

- ***Punto 1.3.*** *Se acepta lo solicitado por la Casa Comercial.*
- ***Punto 1.9.*** *Se acepta lo solicitado por la Casa Comercial.*

Atentamente,

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randall Guadamuz Vásquez
Jefe Servicio Neumología

Adjunto las correcciones del Proceso de compra correspondientes a modificaciones realizadas.

Archivo

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

1.4.	La presión de salida debe ser de 5 psi (0,42kgf/cm2) o mayor.	
1.5.	El nivel de ruido debe ser menor a 50 db.	
1.6.	Filtros bacteriológicos y partículas gruesas, sean independientes y separados. O en su efecto según el modelo y la marca deben contar con estos filtros independientemente la ubicación, la empresa deberá indicar y demostrar que el equipo si cuenta con los filtros incorporados para el adecuado funcionamiento y protección del paciente.	
1.7.	El filtro de entrada de aire debe ser de fácil manipulación y recambio por el paciente. Esto aplicará en el caso que la tecnología así lo requiera y lo permita.	
1.8.	Un filtro bacteriológico y viral interno con capacidad de filtración de 99.99%.	
1.9.	Deber contar con un Flujómetro transparente, de tipo columna de flujo ajustable, con números grandes que garanticen visibilidad al usuario y deberá tener una escala cada uno hasta 10 Litros / min, o hasta 5 litros según corresponda.	
1.10.	Con conector macho tipo rosca para un acople rápido, en acero inoxidable, bronce, o metálico colocado en el frente del equipo para facilitar la colocación del frasco humedecedor y su respectiva cánula nasal.	
1.11.	Es opcional que el equipo pueda suministrar oxigeno simultáneamente a dos pacientes (la misma cantidad de l /m) mediante dispositivo en "Y"	

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGÍA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

Ítem 2. ARRENDAMIENTO DE CONCENTRADORES DE OXIGENO ESTACIONARIO PARA NEONATOS 0-1 LITRO código: 0-01-03-0006

Oferente		
Fabricante		
País de fabricación		
Marca del equipo ofrecido		
Modelo del equipo ofrecido		
Año de Fabricación		
CONDICIONES O CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS		Indicar o subrayar en el Catalogo o manual técnico donde cumplen con la característica solicitada
1.	**Condiciones Generales de funcionamiento del Equipo**	
1.1	El equipo ofrecido debe ser nuevo de última generación.	
1.2	Debe poder mantener una concentración de más de 90% de oxígeno a cualquier ajuste de flujo.	
1.3	Con selección de flujo en un rango mínimo de 0 a 1 L/min, y con escala de 0.1 a 0.1, hasta llegar a 1 litro.	
1.4	La presión de salida debe ser de 5 psi (0,42kgf/cm2) o mayor.	

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

SERVICIO DE NEUMOLOGIA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

1.5	El nivel de ruido debe ser menor a 50 db.	
1.6	Filtros bacteriológicos y de partículas gruesas, sean independientes uno de otro. O en su efecto según el modelo y la marca deben contar con estos filtros independientemente la ubicación, la empresa deberá indicar y demostrar que el equipo si cuenta con los filtros incorporados para el adecuado funcionamiento y protección del paciente.	
1.7	El filtro de entrada de aire debe ser de fácil manipulación y recambio por el paciente. Esto aplicará en el caso que la tecnología así lo requiera y lo permita.	
1.8	Un filtro bacteriológico y viral interno con capacidad de filtración de 99.99%.	
1.9	Deber contar con un Flujometro transparente, de tipo columna de flujo ajustable o bien con pantalla digital que muestre el flujo que se le está entregando en cada momento, con números grandes que garanticen visibilidad al usuario y/o selector de flujo giratorio que permita al usuario controlar de forma precisa la cantidad de oxigeno requerido. Deberá de tener una escala cada 0.1 a 0.1 hasta llegar a un 1 litro.	
1.10	Con conector macho tipo rosca para un acople rápido, en acero inoxidable, bronce, o metálico colocado en el frente del equipo para facilitar la colocación del frasco humedecedor y su respectiva cánula nasal.	
2.	**De los flujos y los % de Oxigeno que debe entregar el equipo:**	
2.1	De 0 a 1 LPM (microflujómetro) con escalas de	

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

	Medicación e incrementos de 0.1 a 1 litro, para ser utilizado en usuario neonatal-pediatrico.	
2.2	Es opcional que el equipo pueda suministrar oxigeno simultáneamente a dos pacientes (la misma cantidad de l /m) mediante dispositivo en "Y"	
3	**De las concentraciones de oxígeno:**	
3.1	Hasta 1 litro 90% +/- 3% (para el microflujometro).	
4.	**Compresor:**	
4.1	De doble pistón oscilatorio, sistema de impulso según demanda o cualquier otro sistema que asegure la entrega requerida de flujo y concentración de oxígeno al paciente de forma segura.	
4.2	De alto rendimiento que garantice su funcionamiento en forma continúa las 24 horas manteniendo siempre la concentración de oxígeno.	
5.	**Pantalla y visualización**	
5.1	Medidor de horas de funcionamiento y uso.	
6.	**Controles:**	
6.1	Con indicador visual de encendido y apagado.	
7.1	**Chasis y Sistema de transporte**	
7.2	Debe estar fabricado a partir de materiales que permitan su desinfección y sean resistentes a los desinfectantes de uso hospitalario.	

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

Ítem 3. ARRENDAMIENTO DE CONCENTRADORES DE OXIGENO PORTATIL 0-5 LITROS código: 0-01-03-0007

Oferente		
Fabricante		
País de fabricación		
Marca del equipo ofrecido		
Modelo del equipo ofrecido		
Año de Fabricación		
CONDICIONES O CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS		**Indicar o subrayar en el Catalogo o manual técnico donde cumplen con la característica solicitada**
1.	El equipo ofrecido debe ser nuevo de última generación.	
1.1.	Debe poder mantener una concentración de más de 90% de oxígeno a cualquier ajuste de flujo.	
1.2.	Debe de contar con configuración de modo por pulso con 5 ajustes como minimo Ajuste 1 (12ml+/-2ml), ajuste 2 (19ml +/-5ml), ajuste 3 (26ml +/-6ml), ajuste 4 (39ml +/- 6ml), ajuste 5 (48ml +/-10ml).	
1.3.	La presión de salida debe ser de 3 psi	

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

	(0,42kgf/cm2) o mayor.	
1.4.	El nivel de ruido debe ser menor a 50 db.	
1.5.	Filtros bacteriológicos y partículas gruesas, sean independientes y separados. O en su efecto según el modelo y la marca deben contar con estos filtros independientemente la ubicación, la empresa deberá indicar y demostrar que el equipo si cuenta con los filtros incorporados para el adecuado funcionamiento y protección del paciente.	
1.6.	El filtro de entrada de aire debe ser de fácil manipulación y recambio por el paciente. Esto aplicará en el caso que la tecnología así lo requiera y lo permita.	
1.7.	Un filtro bacteriológico y viral interno con capacidad de filtración de 99.99%.	
1.8.	Deberá tener una escala cada 0.5 hasta 2 Litros / min como minimo o debe tener un sistema de botones que permita escoger la configuración de flujo requerido por el paciente, o una pantalla LCD donde permita escoger la dosis de oxigeno requerida por el paciente. En cualquiera de los casos debe incluir el sistema de flujo pulsado.	
1.9.	Con conector macho tipo en acero inoxidable Con conector macho tipo acople rápido en acero inoxidable o metálico colocado en el frente del equipo para facilitar la colocación del frasco humedecedor o canula	
2.	**De las concentraciones de oxígeno:**	

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

2.1.	De 87% a 95% +/-2%	
3.	**Compresor:**	
3.1.	De doble pistón oscilatorio, sistema de impulso según demanda o cualquier otro sistema que asegure la entrega requerida de flujo y concentración de oxígeno al paciente de forma segura.	
3.2.	De alto rendimiento que garantice su funcionamiento en forma continua las 24 horas manteniendo siempre la concentración de oxígeno.	
4.	**Pantalla y visualización**	
4.1.	Con pantalla tipo LCD o tecnología superior con iluminación para la visualización de datos o con un sistema de botones que permita configurar el flujo que requiere el paciente, el cual deberá ir de 1 a 1 litro cada uno de los selectores o botones de configuración hasta llegar a 5 litros por minuto como minimo	
4.2.	Con indicadores en pantalla del estado de batería.	
4.3.	Que cuente un medidor de horas de funcionamiento y de uso.	
5.	**Controles:**	
5.1.	Con teclado alfanumérico de membrana de goma sellada o similar resistente a agentes limpiadores de uso hospitalario, se aceptarán también tecnologías superiores para el ingreso de datos y funciones al equipo. Este punto aplica para los concentradores que presenten pantalla LCD.	
5.2.	Con indicador visual de encendido y apagado.	
6.	**Chasis y Sistema de transporte**	

SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

Ítem 4. ARRENDAMIENTO DE NEBULIZADOR PORTATIL código: 0-01-03-0008

Oferente		
Fabricante		
País de fabricación		
Marca del equipo ofrecido		
Modelo del equipo ofrecido		
Año de Fabricación		
CONDICIONES O CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS		**Indicar o subrayar en el Catalogo o manual técnico donde cumplen con la característica solicitada**
1.	El equipo ofrecido debe ser nuevo de última generación.	
1.1.	El método de nebulización puede ser ultrasónico o convencional	
1.2.	Debe ser Portátil, con baterias recargables o para ser utilizado en una fuente de alimentación de 110 +/- 10 V AC, 60 Hz.	
1.3.	La frecuencia de trabajo de ser de al menos 30 min +/- 10min.	
1.4.	El equipo debe entregar un flujo de entre 4 a 8.5 Litros/min.	
1.5.	La dimensión de las partículas nebulizadas debe ser 0.5 a 5 micrones.	
1.6.	La presión de salida de trabajo debe ser de un mínimo de 14 psi.	

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

1.7.	El nivel de ruido debe ser menor a 60 db.	
2.	**2. Controles:**	
2.1.	Con interruptor de encendido y apagado.	
2.2.	Con indicador visual de encendido y apagado.	
3.	**Chasis y Sistema de transporte**	
3.1.	Debe estar fabricado a partir de materiales que permitan su desinfección y sean resistentes a los desinfectantes de uso hospitalario.	
3.2.	Debe ser de plástico ABS siempre que sea grado hospitalario.	
4.	**Del sistema de Transporte:**	
4.1.	Debe poseer patillas antideslizantes que proporcionen estabilidad	
5.	**Dimensiones y peso**	
5.1.	Altura de 8 a 20 centímetros de alto +/- 3 cm.	
5.2.	Ancho 10 cm +/- 10cm.	
5.3.	Todo el equipo debe tener un peso entre 0.5 Kg y 3 Kg	
6.	**Fuente de alimentación de energía y conexiones**	
6.1.	Debe ser Portátil, con baterias recargables o para ser utilizado en una fuente de alimentación de 110 +/- 10 V AC, 60 Hz.	
7.	**Consumibles**	
7.1	4 Micro nebulizadores al mes que se adapten mejor a la anatomía del paciente. En el caso que el paciente cuente con una vía aérea artificial como una traqueostomia se debe de proporcionar 4 mascarillas para traqueostomia mensuales (aproximadamente de 30 pacientes con mascarilla para nebulizar y 5 pacientes con mascarilla	

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

Certificado

- *Los concentradores de oxígeno deben ser nuevos, para lo cual el oferente debe presentar una certificación original o copia por parte del fabricante, en idioma español o traducción oficial si no es original debe ser certificada por un notario público haciendo constar de lo solicitado en este punto y asegurar que todas las unidades que serán instaladas cumplan con este requisito. Dicha certificación debe ser emitida por el fabricante donde haga constar que son distribuidores autorizados en Costa Rica.*

Mantenimiento

- *Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos cada 6 meses **sin costo adicional para el Hospital San Juan de Dios** (según cronograma previamente establecido de acuerdo a las fechas de instalación y deberá ser anotado en el reporte mensual correspondiente a ese mes), o bien cambio o reposición de los mismos y sus accesorios en caso necesario o a solicitud del Servicio Neumología-Clínica AIRE del Hospital San Juan de Dios.*

Averia o Reposicion.

- *La empresa adjudicada cuenta con 8 hrs para subsanar cualquier avería o reposición de equipo una vez sea notificado por parte del paciente o por parte del servicio de Neumología / Terapia Respiratoria. **debiendo ser anotado en el reporte de visita lo acontecido y lo resuelto.***

Informacion de la casa comercial al paciente.

- *Se solicita a la empresa atender llamadas del paciente las 24 horas del día, los 365 días del año. La casa comercial debe entregar al momento de la instalación una señal de "NO FUMAR – OXIGENO EN USO" a cada uno de los pacientes y debe ser colocada en un lugar visible cerca de la ubicación del concentrador de oxígeno.*

- *Se entregará en el hogar del paciente los números de teléfono de la empresa para llamadas de urgencia o reposición del equipo.*

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA
SEGURO SOCIAL
COSTA RICA
H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

Instrucciones, instalación y visitas

1. *El Contratista instala el concentrador y sus accesorios en el hogar del paciente en un periodo no mayor a dos días naturales, después de haber recibido el aviso por parte de la Institución, específicamente el Servicio de Neumología-CLINICA AIRE del Hospital San Juan de Dios.*
2. *Educación a paciente, encargado y/o familiares sobre el equipo, limpieza y cuidados.*
3. *Entregar cuando se instale el equipo un manual en idioma español de descripción de uso, cuidados y limpieza del concentrador, nebulizador y todos los accesorios solicitados en el contrato y debe de reflejar la entrega en el reporte de la instalación del equipo.*
4. *Realizar visitas mensuales al paciente en su domicilio y reprogramarla en caso necesario en el mismo periodo (mes) y cambio de los dispositivos de oxígeno e inhaloterapia que esté utilizando el paciente,*
5. *La casa comercial adjudicada proporcionará al Servicio de Neumología-Terapia Respiratoria del Hospital San Juan de Dios un reporte escrito de la condición del paciente y la condición socio ambiental observada al instalar el equipo.*
6. *Proporcionar al paciente las cánulas nasales, humedecedores o cualquier otro dispositivo de oxígeno que suministre las concentraciones de oxígeno necesarias según indicación médica, sus requerimientos y la condición clínica observada.*
7. *Deberá realizar limpieza de los filtros externos del concentrador una vez cada mes y ser anotado en el reporte.*
8. *Realizar espirometría simple cuando sea indicado por el médico o el terapeuta de la Unidad de Visita Domiciliar Respiratoria y reportarlo máximo dos días hábiles después de ser solicitado vía correo electrónico o telefónica.*
9. *En caso de ser necesario la empresa realizará la toma de muestra de gases arteriales (5 mensuales aproximadamente), según el criterio del médico de la Unidad de Visita Domiciliar Respiratoria o del Terapeuta Respiratorio, y reportarlo máximo dos día hábiles después de ser solicitado.*
10. *Cuando el paciente utilice inhaladores de dosis medida, polvo seco, etc. reforzar la educación de los mismos y dejar constancia de la instrucción en el reporte.*
11. *La empresa deberá entregar una copia del reporte al usuario y se deberá enviar el reporte de la visita al servicio de Neumología – clínica AIRE una vez al mes, debidamente firmado por el paciente y el profesional responsable de realizar la visita (nombre, código y firma).*

JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
INSTITUCIÓN BENEMERITA
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
Tel: 2547-8000, ext 403

Programa de Rehabilitacion Pulmonar

Se dará un programa de rehabilitación pulmonar con su respectivo manual en español, el cual será entregado al paciente en el momento de la instalación del equipo, en donde establece entre otros los siguientes aspectos:

- *Ejercicios respiratorios.*
- *Técnicas de relajación y ahorro de energía.*
- *Alimentación adecuada.*
- *Actividad física.*
- *Uso y mantenimiento de inhalador, espaciador, pico flujo.*

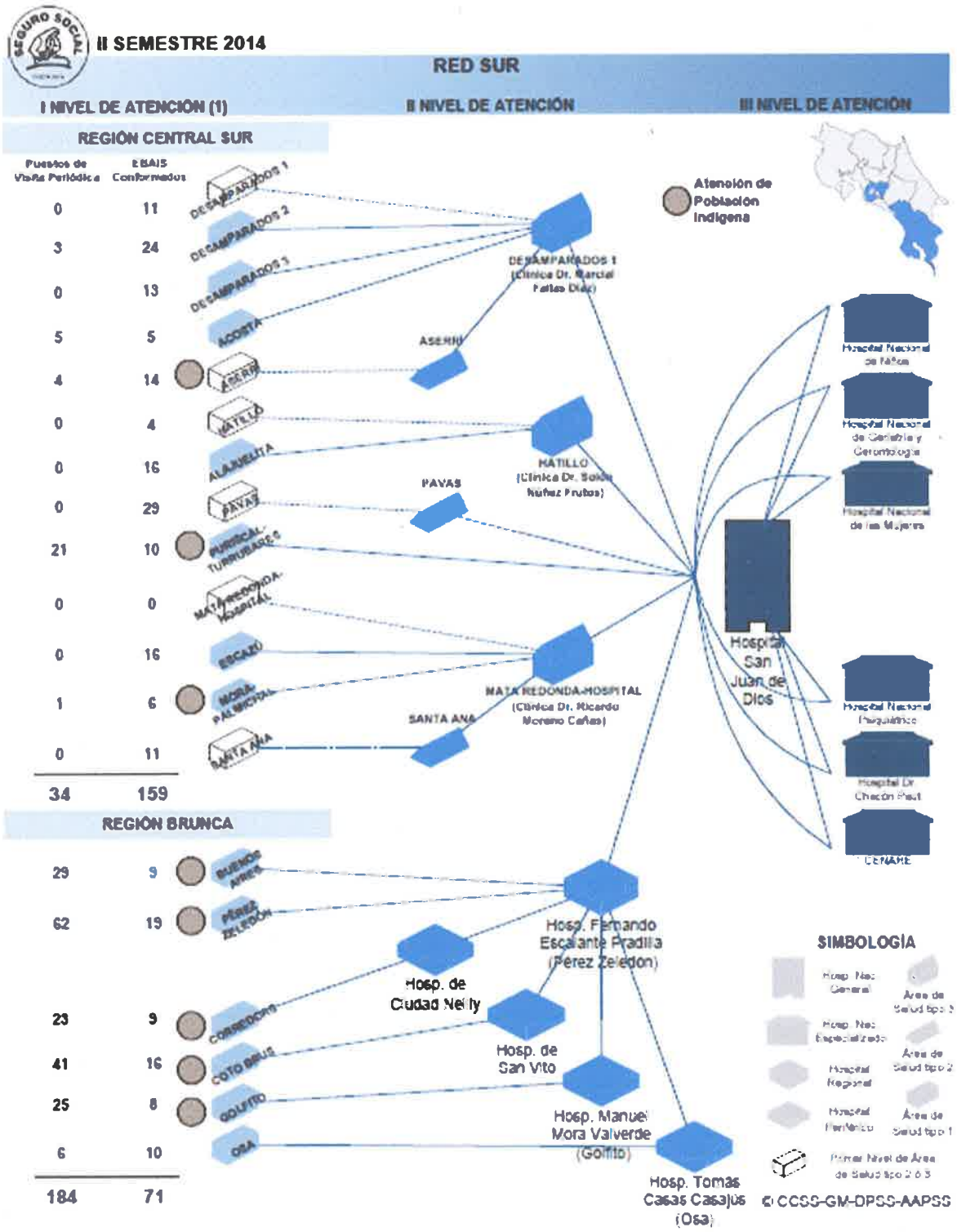
Area de atraccion:

La casa comercial debe brindar atención a todo paciente del área de atracción del Hospital San Juan de Dios que lleve el control y seguimiento de su enfermedad en la Consulta de Neumología del Hospital San Juan de Dios (aun así el domicilio del paciente se encuentre fuera del área de atracción por razones de fuerza mayor y cuente con el visto bueno del Servicio de Neumología del Hospital San Juan de Dios).

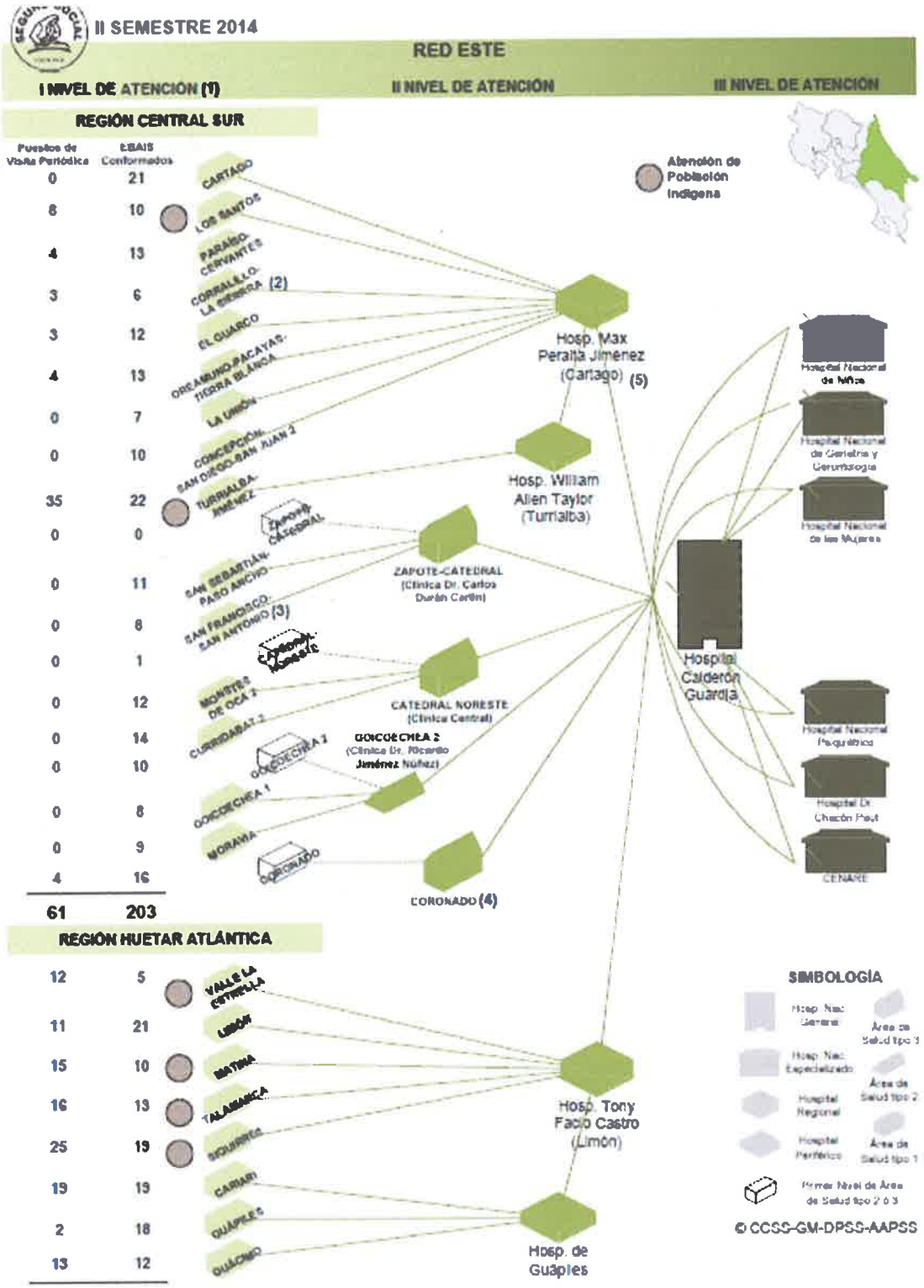
JEFATURA SERVICIO DE NEUMOLOGIA SEGURO SOCIAL COSTA RICA H.S.J.D.

Dr. Randal Guadamuz Vasquez
Jefe a.i. Servicio Neumología

Diagrama de REDES, conformación de REDES



(1) Agrupación de Áreas de Salud según Oferta Observada en el 2005 aprobada por Junta Directiva de la CCSS en sesión 8304 artículo 7 del 04-12-2003



(1) Agrupación de Áreas de Salud según Oferta Observada en el 2006 aprobada por Junta Directiva de la CCSS en sesión 8304 artículo 7 del 04-12-2008

(2) En el Área de Salud Corralillo-La Sierra la población del cantón 103 Desamparados tiene como Establecimiento de referencia inmediato al Área de Salud Desamparados 1

(3) En el Área de Salud San Francisco-San Antonio la población del distrito 10305 San Antonio (100 %) y del distrito 11804 Tirrases (3,34 %) tiene como Establecimiento de referencia inmediato al Área de Salud Desamparados 1

(4) Acuerdo de Gerencia Médica (GM 7411 del 01-02-2011) establece al Área de Salud Coronado como una tipo 3.