



Manual de Procedimientos Sistema Mixto de Atención en Salud

GM.DDSS.PSA.02.2018
Versión 02

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Programa de Sistemas Alternativos

2019

<i>ELABORADO POR:</i>	<i>Dr. Esteban González Quesada</i> <i>Bach. Daisy Segura Meneses</i> <i>Ing. Andrey Mora Bermúdez</i>	<i>Asistente, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente, Programa de Sistemas Alternativos</i>
<i>VALIDADO POR:</i>	<i>Esteban Vega de la O</i> <i>Vilma Carvajal Gutiérrez</i> <i>Iván Guardia Rodríguez</i> <i>Ana Lorena Solís Guevara</i>	<i>Coordinar Nacional de Servicios Farmacéuticos</i> <i>Coordinadora Nacional de Laboratorio Clínico</i> <i>Director, Dirección Financiero-Contable</i> <i>Jefe, Área de Estadísticas en Salud</i>
<i>REVISADO POR:</i>	<i>Dr. Mario Mora Ulloa</i> <i>Dra. Daisy Corrales Díaz, Msc.</i>	<i>Coordinador, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Directora, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud</i>
<i>APROBADO POR:</i>	<i>Dr. Mario Ruz Cubillo</i>	<i>Gerente Médico</i>
<i>Fecha revisión y aprobación</i>	<i>MAYO 2019</i>	
<i>Próxima revisión:</i>	<i>MAYO 2022</i>	
<i>Observaciones</i>	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.</p> <p>No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p>	

Índice

1.	Introducción	4
2.	Definiciones	5
3.	Abreviaturas	7
4.	Referencias normativas	7
5.	Alcance	7
6.	Objetivo General	8
7.	Responsabilidades	8
8.	Contenido	10
8.1	Procedimiento: Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud	11
8.2	Procedimiento: Compra de Papelería en el Sistema Mixto de Atención en Salud	17
8.3	Procedimiento: Asesoría Técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud	22
8.4	Procedimiento: Prestación de Servicios Farmacéuticos para el Sistema Mixto de Atención en Salud	26
8.5	Procedimiento: Solicitud de Exámenes de Laboratorio Clínico para el Sistema Mixto de Atención en Salud	31
8.6	Procedimiento: Realización de Estudios Radiológicos, Endoscópicos y otros en el Sistema Mixto de Atención en Salud	36
8.7	Procedimiento: Referencia y Contrareferencia en el Sistema Mixto de Atención en Salud.	39
8.8	Procedimiento: Registros Estadísticos en el Sistema Mixto de Atención en Salud	43
8.9	Procedimiento: Gestión Administrativa ante Incumplimientos en el Sistema Mixto de Atención en Salud	58
9.	Contacto para consultas	63
10.	Monitoreo y auditoria del Manual de Procedimientos	63
11.	Referencias	63

Manual de Procedimientos	Sistema Mixto de Atención en Salud	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.PSA.02	Página 4 de 63
--------------------------	------------------------------------	------------------------------	----------------

1. Introducción

El Sistema Mixto de Atención en Salud es una forma alternativa de prestación de servicios de salud que la CCSS le brinda al asegurado, la cual consiste en que el asegurado contrata de forma privada los servicios de atención en salud con la escogencia del profesional en ciencias de la salud inscrito de su preferencia, y por su parte la CCSS pone a disposición del asegurado una oferta de servicios establecida para el apoyo al diagnóstico y tratamiento (Servicio de Farmacia, Exámenes de Laboratorio, Imágenes y Estudios radiográficos, entre otros).

Los profesionales en ciencias de la salud que deseen poner en marcha el Sistema Mixto de Atención en Salud en su práctica privada deberán hacer la solicitud de inclusión ante la CCSS y deberán cumplir con todos los requisitos de ingreso y permanencia en el sistema, así como conocer los procedimientos esenciales de este. La CCSS al reglamentar y establecer una oferta de servicios en este Sistema no pretende limitar el ejercicio privado de los profesionales, si no enmarcar el proceso de atención en salud que llevará a cabo el profesional como parte de la alianza con la CCSS.

Este Manual de Procedimientos tiene como fin facilitar la implementación del nuevo Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud, aprobado por Junta Directiva en el artículo 10 de la sesión N° 8970, celebrada el 18 de junio del año 2018 y que deroga el aprobado en el artículo 3 de la sesión 8755 del 11 de diciembre del año 2014.

Con el presente manual se espera clarificar las responsabilidades de los diferentes actores participantes y estandarizar la forma en que se accede y se prestan los servicios que se brindan como parte de este Sistema de Atención.

Este documento de normalización técnica es de acatamiento obligatorio para los profesionales en ciencias de la salud inscritos en el Sistema, asegurados y centros de salud de la CCSS que prestan los servicios designados, de acuerdo con el artículo 1 del Reglamento.

2. Definiciones

Las siguientes definiciones son esenciales para comprender el alcance y responsabilidades asociadas a cada uno de los procedimientos del presente Manual.

- a) **Área de Adscripción:** área geográfica definida institucionalmente que abarca un centro de salud de la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social), en el cual los asegurados y profesionales que residan o ubiquen sus consultorios, respectivamente, dentro de dichos límites, deben inscribirse para recibir la atención en salud correspondiente o acceder a la oferta institucional establecida dentro de este Sistema de Atención.
- b) **Atención Integral de las Personas:** es la forma de atención de carácter interdisciplinario e integrado que apoya a la persona, su familia y la comunidad. Es la que asegura atención continua de alta calidad, costo-efectiva y provee de guía, con una secuencia lógica de eventos, que debe ser útil para priorizar y establecer objetivos de intervenciones de creciente complejidad. Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.
- c) **Caja Costarricense de Seguro Social:** en adelante denominada como CCSS, es una institución de la Seguridad Social que, conforme con lo establecido en los artículos 73 y 177 de la Constitución Política, le corresponde la administración y el gobierno de los seguros sociales en los regímenes del Seguro de Salud y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.
- d) **Caso de Urgencia:** es el tipo de atención en salud que se requiere brindar de manera impostergable ante situaciones que generan un riesgo inmediato para la salud y la vida de la persona.
- e) **EDUS:** Expediente Digital Único en Salud. Aplicación informática para el manejo de los expedientes de salud de los asegurados de la CCSS y el trámite de solicitudes de la oferta de servicios.
- f) **Infraestructura:** espacio físico autorizado por el Ministerio de Salud de acuerdo con la Ley General de Salud para la atención clínica. Este espacio podrá ser propio del profesional o pertenecer a un tercero ya sea persona física o jurídica. Las municipalidades podrán utilizar su infraestructura para la atención clínica dentro del Sistema Mixto de Atención en Salud.

- g) Inscripción:** proceso mediante el cual el profesional en salud se incorpora a este sistema de atención.
- h) Medicina Municipal:** Programa de Atención en Salud que facilita a las Municipalidades inscritas en el Sistema Mixto de Atención en Salud, en cumplimiento de los requisitos establecidos reglamentariamente en dicho Sistema, la suscripción de convenios entre la CCSS y la Municipalidad sobre temas de interés común en beneficio de los asegurados y de la salud pública en general.
- i) Oferta de Servicios:** se refiere al conjunto limitado de prestaciones que brindan los servicios de salud de la CCSS dentro del marco del presente sistema de atención.
- j) Profesional en Ciencias de la Salud (Profesional):** son los profesionales con el grado académico mínimo de licenciatura en una de las siguientes especialidades: Farmacia, Medicina, Microbiología Química Clínica, Odontología, Enfermería, Nutrición y Psicología Clínica y se encuentren debidamente inscritos y autorizados por los respectivos Colegios Profesionales de Costa Rica.
- k) Riesgos Excluidos:** Implican riesgos excluidos todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 73 de la Constitución Política y el artículo 16° del Reglamento del Seguro de Salud, dentro de los que se incluyen, al menos, los casos de Riesgos del Trabajo de acuerdo con la Ley N° 6727 y los de accidentes de tránsito, en tanto cubiertos por el Seguro Obligatorio para los Vehículos Automotores regulado por la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N° 9078. Además, comprende aquellas patologías originadas en siniestros, en relación con los cuales exista en el ordenamiento jurídico, norma que obligue a quien desarrolla la actividad de que se trate, a contar con coberturas para gastos médicos y prestaciones en dinero, que alcancen hasta la recuperación de la salud y reinserción laboral del lesionado.
- l) Sistema Mixto de Atención en Salud (Sistema):** es una forma alternativa de prestación de servicios de salud que se le brinda al asegurado y que consiste en la facultad de los mismos de contratar directamente, por su cuenta y riesgo, los servicios de atención en salud del o los profesionales en ciencias de la salud de su preferencia, en el ejercicio privado de éstos, y el derecho de recibir como beneficio, por parte de la Caja, los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, según la oferta de servicios definida. Para optar por incluirse en

esta modalidad y brindar este servicio a sus pacientes, el profesional autorizado debe inscribirse y cumplir con los requisitos establecidos en este Reglamento.

- m) Unidad Responsable del Sistema:** es el equipo de trabajo encargado de llevar a cabo las funciones que se designan en el presente Reglamento para el control y la mejora continua del sistema de atención, el cual es designado por la Gerencia Médica de la CCSS y dado a conocer a los interesados. Actualmente corresponde al Programa de Sistemas Alternativos.

3. Abreviaturas

- a) AES: Área de Estadística en Salud
- b) CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social
- c) MS: Ministerio de Salud
- d) WEB: World Wide Web, sistema de hipertexto basado en la internet.

4. Referencias normativas

Cuadro 1. Referencias Normativas

Número	Nombre de normativas
1	Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud
2	Reglamento del Seguro de Salud
3	Lista Oficial de Medicamentos (LOM)
4	Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos
5	Normativa Riesgos excluidos

5. Alcance

El Manual de Procedimientos del Sistema Mixto de Atención en Salud debe ser acatado de forma obligatoria por los profesionales en ciencias de la salud inscritos en el Sistema, asegurados y centros de salud de la CCSS que prestan los servicios designados en el Reglamento.

En el caso de la CCSS, en cada centro de salud hay diferentes instancias que tienen participación y responsabilidades sobre actividades establecidas en el manual de procedimientos, entre estos: personal encargado de la inscripción de profesionales en el Sistema, personal responsable de la venta de papelería, personal de los servicios de

farmacia, laboratorio clínico e imágenes médicas, personal de Registros de Salud (REDES) y profesionales en salud que atienden referencias provenientes de este sistema.

6. Objetivo General

Establecer los procedimientos esenciales para el funcionamiento del Sistema Mixto de Atención en Salud que, en conjunto con el Reglamento de dicho Sistema, deberán ser acatados de forma obligatoria por los centros de salud de la CCSS, profesionales inscritos y asegurados, de acuerdo con el artículo 1 de dicho Reglamento.

7. Responsabilidades

La unidad responsable del Sistema en el nivel central, actualmente el Programa de Sistemas Alternativos, las Direcciones Regionales y los centros de salud de la red de servicios institucionales, cada uno en su ámbito de competencia, deberán verificar el cumplimiento de los procedimientos enumerados en este documento.

En el siguiente cuadro se incluyen algunas de las responsabilidades principales de los diferentes actores que participan en los procedimientos descritos en el presente manual. El detalle completo de las responsabilidades de cada actor se describe en cada uno de los procedimientos.

Cuadro 2. Actores y su responsabilidad

Actor	Responsabilidades principales
Profesionales en Ciencias de la Salud	<p>Solicitar la inscripción al Sistema y presentar la documentación respectiva.</p> <p>Mantener actualizada su información de registro (consultorios activos, medios de comunicación, entre otros).</p> <p>Disponer en todo momento de la papelería institucional necesaria para la solicitud de servicios.</p> <p>Solicitar únicamente los servicios de la CCSS aprobados para este Sistema.</p> <p>Entregar el informe mensual estadístico de la producción del consultorio.</p> <p>Cumplir con todo lo dispuesto en el Reglamento vigente del Sistema Mixto de Atención en Salud.</p>
Centros de Salud	<p>Recibir las solicitudes de inscripción y verificar el cumplimiento de requisitos.</p> <p>Enviar la documentación de inscripción al nivel central en el tiempo dispuesto.</p> <p>Realizar y registrar la venta de la papelería institucional.</p> <p>Brindar asesoría técnica sobre el Sistema.</p> <p>Prestar y registrar las solicitudes de servicios provenientes del Sistema, verificando la condición de profesionales y asegurados, así como la utilización de la papelería institucional.</p> <p>Recibir y consolidar los informes mensuales estadísticos de la producción de los consultorios y ponerlos a disposición del Área de Estadísticas en Salud.</p> <p>Remitir al nivel central las solicitudes de exclusión del Sistema y actualización de datos recibidas.</p>
Nivel regional	<p>Brindar asesoría técnica sobre el Sistema.</p> <p>Realizar el proceso de supervisión periódico de los centros de salud concerniente al cumplimiento del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud y de los procedimientos de este manual.</p>
Unidad responsable del Sistema en el Nivel Central	<p>Aprobar las solicitudes de inscripción al Sistema.</p> <p>Verificar la condición de aseguramiento de los profesionales.</p> <p>Mantener al día la base de datos del Sistema con la información generada de las solicitudes de inscripción, exclusión o actualización.</p> <p>Brindar asesoría técnica sobre el Sistema.</p> <p>Revisar periódicamente el cumplimiento de requisitos de permanencia en el Sistema de los profesionales inscritos</p> <p>Realizar análisis sobre la utilización y producción del sistema a nivel nacional.</p> <p>Revisar continuamente el Reglamento del sistema y proponer mejoras.</p> <p>Mantener actualizado el sitio: www.ccss.sa.cr/medicina</p>

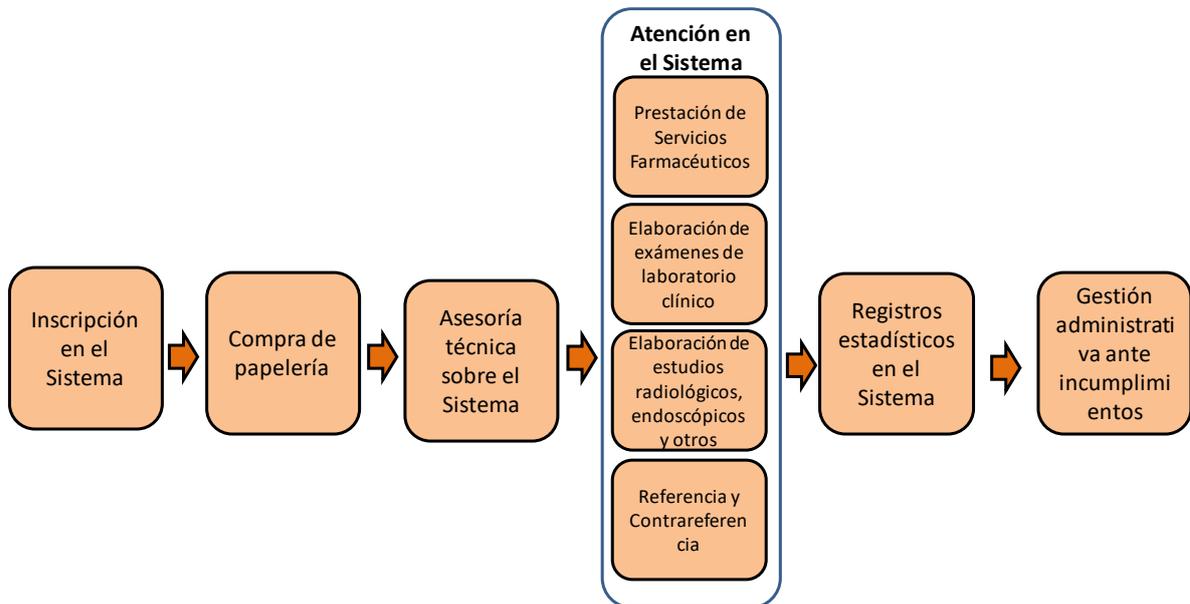
Fuente: Programa de Sistemas Alternativos

8. Contenido

Un procedimiento es una guía detallada que muestra secuencial y ordenadamente como se realizan un conjunto de actividades para obtener el producto y / o servicio que se brinda.

En este Manual se describen los procedimientos relacionados con el Sistema Mixto de Atención en Salud, indicados en la figura 1.

Figura 1. Procedimientos del Sistema Mixto de Atención en Salud



En cada procedimiento se incluyen actividades que son responsabilidad de los diferentes actores que intervienen en el Sistema Mixto de Atención en Salud, entre estos: profesionales privados, asegurados, centros de salud, servicios de apoyo del centro de salud, unidad responsable del Sistema en el Nivel Central, entre otros.

Posterior a la descripción de actividades, se presenta el diagrama de flujo de cada procedimiento, con el fin de facilitar la comprensión de este.

8.1 Procedimiento: Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud

1. Inicio del procedimiento
2. El profesional en ciencias de la salud decide incorporarse al Sistema Mixto de Atención en Salud o incorporar un consultorio adicional.

Todo profesional en ciencias de la salud para utilizar los servicios del Sistema Mixto de Atención en Salud deberá estar inscrito y activo en el Sistema.

3. El profesional en ciencias de la salud solicita en el centro de salud de adscripción correspondiente a la ubicación física del consultorio, el formulario "Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud" o accede al mismo por medio de la página WEB del Sistema <http://www.ccss.sa.cr/medicina> bajo el ícono "Formularios".

El centro de adscripción correspondiente a la ubicación física del consultorio a inscribir se podrá identificar al realizar la consulta en el documento de la página WEB <http://www.ccss.sa.cr/medicina>, "Distribución de los Distritos según Área de Salud", ubicado en la sección de "Temas de Interés", mano derecha de la página.

4. ¿El profesional en ciencias de la salud solicitó el formulario en las instalaciones físicas del centro de salud? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 5, en caso contrario continúa con la actividad 6.
5. El funcionario encargado en el centro de salud correspondiente entrega el formulario de inscripción y le indica al profesional los requisitos que debe cumplir.

Según el artículo 4, inciso a), del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud, los requisitos son:

- Formulario de inscripción debidamente lleno y firmado
- Certificado del permiso sanitario de funcionamiento del consultorio vigente expedido por el Ministerio de Salud
- Certificado vigente de incorporación al colegio profesional.

6. El profesional en ciencias de la salud completa el formulario de inscripción y reúne la documentación complementaria requerida.

El instructivo para el debido llenado del formulario "Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud" lo podrá consultar en la página WEB <http://www.ccss.sa.cr/medicina> bajo el icono de "formularios", en el archivo. Zip con el nombre del formulario.

7. El profesional en ciencias de la salud entrega los documentos de inscripción en el centro de salud de adscripción correspondiente a la ubicación física del consultorio.

El centro de salud deberá aclarar al profesional los medios disponibles para la entrega de los documentos de inscripción, ya sea, en físico o documentos electrónicos con firma digital.

8. El funcionario responsable en el centro de salud verifica el cumplimiento de los requisitos de ingreso (formulario legible y lleno de forma correcta, certificado vigente del Permiso Sanitario de funcionamiento del consultorio, certificado vigente de incorporación al colegio profesional).

- NO serán tramitados documentos ilegibles o con información incompleta.
- La firma en el formulario deberá ser la firma oficial presente en el documento de identidad debidamente reconocido por el Gobierno de Costa Rica o mediante firma digital.

9. ¿La información aportada es correcta, está completa y es legible? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 10, si es afirmativa continúa con la actividad 12.
10. El funcionario responsable en el centro de salud, en un plazo máximo de 2 días hábiles, le indica al profesional solicitante si debe realizar alguna corrección de la información suministrada en el formulario o si debe aportar nuevamente alguno de los documentos solicitados.
11. El profesional en ciencias de la salud realiza los ajustes, ya sea en el formulario de inscripción o en la documentación aportada y lo entrega nuevamente al centro de salud que le corresponde según ubicación del consultorio. Regresa a la actividad 8.
12. El funcionario responsable en el centro de salud envía el formulario “Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud” junto con los documentos complementarios a la unidad responsable del Sistema en el nivel central, por medio físico o escaneado al correo electrónico psistalt@ccss.sa.cr, en un plazo no mayor a 3 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que se ha constatado que los documentos entregados cumplen con la normativa.

Debe enviarse un correo electrónico para cada caso de inscripción con los tres requisitos escaneados de manera legible. El correo debe contener claramente el nombre de la persona que remite, así como el puesto y centro de salud para el que labora:



En situaciones justificadas la unidad responsable del sistema en el nivel central podrá recibir directamente los documentos de inscripción de parte de los interesados y realizar el trámite respectivo directamente en sus oficinas centrales, siempre y cuando comunique, al centro de salud correspondiente, la aprobación del nuevo profesional/consultorio, en un plazo no mayor a dos días hábiles.

13. El funcionario responsable en el nivel central, en un plazo máximo de 2 días hábiles, verifica que los documentos de inscripción enviados estén completos, legibles y correctos.
14. ¿Los documentos de inscripción enviados están completos, legibles y correctos? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 15, si es afirmativa continúa con la actividad 18.

15. El funcionario responsable en el nivel central devuelve los documentos de inscripción al centro de salud con las indicaciones del motivo por el cual no se reciben los documentos.
16. El funcionario responsable en el centro de salud coordina la corrección de los documentos de la solicitud de inscripción.

Esta actividad puede implicar comunicarse con el profesional solicitante para que realice las correcciones requeridas por la unidad responsable del Sistema en el nivel central o subsanar aspectos propios de la gestión realizada por el centro de salud al momento de enviar los documentos de inscripción.

17. El funcionario responsable en el centro de salud, una vez realizados los ajustes requeridos en la documentación, envía nuevamente los documentos de inscripción a la unidad responsable del Sistema en el nivel central. Regresa a la actividad 13.
18. El funcionario responsable en el nivel central da por recibidos los documentos enviados y emite el acuse de recibido.
19. El funcionario responsable en el nivel central verifica que la solicitud de inscripción cumple con todos los requisitos de ingreso al Sistema Mixto de Atención en Salud.
20. ¿La solicitud de inscripción cumple con todos los requisitos para ser aprobada? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 21, si es afirmativa continúa con la actividad 22.
21. El funcionario responsable en el nivel central envía mediante correo electrónico un oficio formal con las razones del rechazo, tanto al profesional solicitante como al centro de salud respectivo. Fin del Procedimiento
22. El funcionario responsable en el nivel central realiza el trámite de inscripción, incorporando la información y los documentos de inscripción a la base de datos del Sistema.

La incorporación satisfactoria queda reflejada en la página Web del sistema, la cual deberá ser consultada por los interesados.

Para corroborar si un profesional ha sido inscrito en el Sistema, se deberá utilizar el buscador de la página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>, introduciendo el nombre o código del profesional. En este mismo sitio encontrarán un documento bajo el nombre "Lista de Profesionales inscritos en medicina de empresa y medicina mixta", el cual NO debe utilizarse para verificar la condición del profesional en el sistema ya que se actualiza periódicamente y representa un corte transversal para fines observacionales.

23. El funcionario responsable en el nivel central, en un plazo de 3 días hábiles, envía un correo electrónico de aceptación al profesional solicitante junto con la información esencial referente al Sistema.
24. El profesional, después de verificar la aprobación de su solicitud en el Sistema Mixto de Atención en Salud, realiza la gestión correspondiente (en el centro de

salud que le corresponde según ubicación del consultorio) para la adquisición de los formularios oficiales necesarios para la solicitud de la oferta de servicios del Sistema. Ver procedimiento de compra de papelería.

25. Fin del procedimiento

Este procedimiento es el mismo tanto para la inscripción por primera vez de un profesional, como para la inscripción de un consultorio adicional.

El profesional deberá mantener actualizada su información de registro en el Sistema Mixto de Atención en Salud ante alguna de las siguientes situaciones: a) vencimiento del permiso sanitario de funcionamiento del consultorio, b) cambios en los medios de comunicación, c) cuando sea solicitado por la unidad responsable del Sistema. Ante alguna de estas situaciones, el profesional deberá realizar la actualización de la información en un plazo no mayor a 10 días hábiles.

Para realizar la actualización del Permiso Sanitario de Funcionamiento, el profesional deberá entregar una certificación de este, junto con el formulario "Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud" debidamente lleno, en el centro de salud donde realizó la inscripción originalmente (el correspondiente según la ubicación del consultorio). El centro de salud remitirá esta solicitud de actualización de datos a la unidad responsable del Sistema en el nivel central.

Los cambios en los medios de comunicación podrán actualizarse por teléfono o correo electrónico directamente con la unidad responsable del Sistema en el nivel central.

En el caso de que la actualización sea solicitada de forma directa a los profesionales por la unidad responsable del Sistema en el nivel central, los profesionales inscritos deberán acatar el procedimiento que se defina, el cual será comunicado oportunamente.

Para solicitar la exclusión del Sistema Mixto de Atención en Salud el profesional remitirá un correo electrónico a la unidad responsable del Sistema en el nivel central con la determinación tomada. Dicha unidad procede con la inactivación del profesional en el Sistema y lo comunica a los interesados.

Diagrama de flujo

#	Descripción de la actividad	Participantes		
		Profesional en ciencias de la salud	Funcionario responsable Centro de Salud CCSS	Funcionario responsable Nivel Central CCSS
1	Inicio del procedimiento	<pre> graph TD Start(()) --> P1[] P1 --> P2[] P2 --> D1{¿El profesional en ciencias de la salud solicitó el formulario en las instalaciones físicas del centro de salud?} D1 -- Sí --> P3[] D1 -- No --> P4[] P3 --> P4 P4 --> P5[] P5 --> D2{¿La información aportada es correcta, está completa y es legible?} D2 -- Sí --> P6[] D2 -- No --> P7[] P7 --> D2 P6 --> P8[] P8 --> End((A)) </pre>		
2	Decide incorporarse al Sistema Mixto de Atención en Salud o incorporar un consultorio adicional.			
3	Solicita en el centro de salud de adscripción correspondiente a la ubicación física del consultorio, el formulario "Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud" o accede al mismo por medio de la página WEB del Sistema http://www.ccss.sa.cr/medicina bajo el ícono "Formularios".			
4	¿El profesional en ciencias de la salud solicitó el formulario en las instalaciones físicas del centro de salud?			
5	Entrega el formulario de inscripción y le indica al profesional los requisitos que debe cumplir.			
6	Completa el formulario de inscripción y reúne la documentación complementaria requerida.			
7	Entrega los documentos de inscripción en el centro de salud de adscripción correspondiente a la ubicación física del consultorio.			
8	Verifica el cumplimiento de los requisitos de ingreso (formulario legible y lleno de forma correcta, certificado vigente del Permiso Sanitario de funcionamiento del consultorio, certificado vigente de incorporación al colegio profesional).			
9	¿La información aportada es correcta, está completa y es legible?			
10	Le indica al profesional solicitante, en un plazo máximo de 2 días hábiles, si debe realizar alguna corrección de la información suministrada en el formulario o si debe aportar nuevamente alguno de los documentos solicitados.			
11	Realiza los ajustes, ya sea en el formulario de inscripción o en la documentación aportada y lo entrega nuevamente al centro de salud que le corresponde según ubicación del consultorio.			
12	Envía el formulario "Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud" junto con los documentos complementarios a la unidad responsable del Sistema en el nivel central, por medio físico o escaneados al correo electrónico psistalt@ccss.sa.cr , en un plazo no mayor a 3 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que se ha constatado que los documentos entregados cumplen con la normativa.			

#	Descripción de la actividad	Participantes		
		Profesional en ciencias de la salud	Funcionario responsable Centro de Salud CCSS	Funcionario responsable Nivel Central CCSS
13	Verifica, en un plazo máximo de 2 días hábiles, que los documentos de inscripción enviados estén completos, legibles y correctos.	<pre> graph TD A((A)) --> P1[] P1 --> D1{¿Los documentos de inscripción enviados están completos, legibles y correctos?} D1 -- Sí --> P2[] D1 -- No --> P1 P2 --> D2{¿La solicitud de inscripción cumple con todos los requisitos para ser aprobada?} D2 -- Sí --> P3[] D2 -- No --> P1 P3 --> D3{ } D3 -- Sí --> P4[] D3 -- No --> B1((B)) P4 --> P5[] P5 --> P6[] P6 --> B2((B)) B1 --> P1 B2 --> P1 </pre>		
14	¿Los documentos de inscripción enviados están completos, legibles y correctos?			
15	Devuelve los documentos de inscripción al centro de salud con las indicaciones del motivo por el cual no se reciben los documentos.			
16	Coordina la corrección de los documentos de la solicitud de inscripción.			
17	Envía nuevamente los documentos de inscripción a la unidad responsable del Sistema en el nivel central. Regresa a la actividad 13			
18	Da por recibidos los documentos enviados y emite el acuse de recibido.			
19	Verifica que la solicitud de inscripción cumple con todos los requisitos de ingreso al Sistema Mixto de Atención en Salud.			
20	¿La solicitud de inscripción cumple con todos los requisitos para ser aprobada?			
21	Envía mediante correo electrónico un oficio formal con las razones del rechazo, tanto al profesional solicitante como al centro de salud respectivo. Fin del procedimiento.			
22	Realiza el trámite de inscripción, incorporando la información y los documentos de inscripción a la base de datos del Sistema.			
23	Envía, en un plazo máximo de 3 días hábiles, un correo electrónico de aceptación al profesional solicitante junto con la información esencial referente al Sistema.			
24	Después de verificar su incorporación satisfactoria al Sistema, realiza la gestión correspondiente (en el centro de salud que le corresponde según ubicación del consultorio) para la adquisición de los formularios oficiales necesarios para la solicitud de la oferta de servicios del Sistema. Ver procedimiento de compra de papelería.			
25	Fin del procedimiento			

8.2 Procedimiento: Compra de Papelería en el Sistema Mixto de Atención en Salud

1. Inicio del procedimiento
2. El profesional en ciencias de la salud o la persona autorizada solicita la papelería oficial necesaria para acceder a la oferta del Sistema Mixto de Atención en Salud, en el centro de salud al cual se encuentra adscrito el consultorio.

La papelería de la CCSS disponible para uso en el Sistema Mixto de Atención en Salud es la siguiente:

Papelería	Código Institucional
Receta de medicamentos	4-70-03-0160
Receta Inyectables	4-70-06-1640
Receta Psicotrópicos	4-70-03-0205
Referencia y Contrarreferencia	4-70-04-0140
Estudios Radiológicos	A.G.4-70-03-0420
Electrocardiogramas	4-70-03-0300
Exámenes de Laboratorio	4-70-03-0460
Control Perinatal	4-70-03-3000
Informe diario de consulta externa	4-70-07-0180

El formulario de psicotrópicos (4-70-03-0205) se entrega en la Dirección Médica del centro de salud directamente al profesional inscrito en el Sistema. Los demás formularios los puede retirar de manera personal el profesional inscrito o un representante, en cuyo caso deberá presentar nota de autorización, donde se incluya el nombre y cédula del autorizado y del profesional que autoriza, así como, copia de la cédula de este último.

Los recetarios de estupefacientes los adquiere el profesional de forma individual en el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, los cuales son rotulados con el nombre del prescriptor. No requieren el sello institucional.

3. El funcionario responsable en el centro de salud verifica que el profesional solicitante se encuentra activo en el Sistema y si le corresponde ahí la compra de papelería.
4. ¿El profesional solicitante se encuentran activo en el Sistema y le corresponde en ese centro de salud la compra de papelería? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 5, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6.
5. El funcionario responsable en el centro de salud le comunica al profesional o persona autorizada, la razón del por qué no le puede vender la papelería y le indica las acciones a realizar. Fin del procedimiento
6. El funcionario responsable en el centro de salud le comunica al profesional o persona autorizada la cantidad de papelería de la que puede disponer y el precio de esta.

La cantidad de formularios se entregará de acuerdo con la necesidad/demanda del profesional y según la disponibilidad de formularios en el centro de adscripción que

le corresponde. En el caso del formulario de Psicotrópicos (4-70-03-0205) en la primera solicitud se entregan dos formularios y cuando se haya utilizado por completo el primero de ellos, los profesionales autorizados podrán solicitar otro formulario adicional.

La CCSS proporcionará a precio de costo la papelería Institucional, por lo que los centros de salud no deben incluir dentro del precio de la papelería costos administrativos o de otra índole.

Los centros de salud en todo momento deberán tener actualizada la información del precio vigente para cada código de papelería, a través del Sistema Informático de Contabilidad y Suministros (SICS).

Para tener acceso a la información del costo de la papelería, la unidad interesada debe solicitar acceso a modo de consulta al SICS, mediante oficio formal de la Jefatura de la Unidad dirigido a la jefatura de la Sub Área de Contabilidad Activos y Suministros, aportando los datos del funcionario que procederá a realizar las consultas en el SICS a saber: nombre completo, número de cédula, usuario o dirección electrónica institucional, y unidad ejecutora. (Oficio SCAS-110)

Una vez recibido el código de acceso, el funcionario designado podrá acceder a la información sobre el costo de la papelería por medio de la aplicación WEB de la Institución (modulo interno/ Sistema Informático Contabilidad de Suministros (SICS)/ vaya a este sitio web (no recomendado) / Iniciar sesión de SICS / Informes / Consulta de catálogos institucionales / Informe consulta historial precio / digitar el código y Generar reporte) o mediante solicitud del interesado a través de correo electrónico dirigido a los funcionarios de la Sub área de Contabilidad Activos y Suministros.

7. El profesional o persona autorizada cancela el monto respectivo, ya sea mediante depósito bancario, transferencia electrónica de fondos o pago directamente en la Sucursal de la CCSS.

Existen dos alternativas para realizar la gestión de pago de la papelería vendida, según el siguiente detalle:

a) Procedimiento de pago a través del Sistema Integrado de Comprobantes (SICO)

La Unidad Ejecutora que realiza la venta de los formularios (*a través de un usuario autorizado*) digitará en el SICO la información correspondiente a la venta, utilizando para tal efecto la cuenta contable de la Dirección Regional de Salud correspondiente, definida por la Dirección Financiero Contable de la Gerencia Financiera (disponibles en la sección Otros Ingresos SEM). Posteriormente, entregará copia del comprobante digitado y solicitará al comprador realizar el pago en la Sucursal respectiva.

b) Procedimiento de pago a través de depósito bancario o transferencia electrónica de fondos.

El comprador realizará el depósito bancario o la transferencia electrónica de fondos únicamente en la cuenta que se detalla seguidamente, por el valor de los formularios a adquirir. Posteriormente deberá presentar el correspondiente comprobante de la

transacción a efecto de retirar los formularios cancelados ante la Unidad Ejecutora que realiza la venta.

Entidad Bancaria	Moneda	Cuenta Corriente para el depósito	IBAN	Cuenta Cliente	Cuent contab
B.N.C.R.	Colones	100-01-000-003599-8	CR77015100010010035990	15100010010035990	105-01

8. El profesional o persona autorizada se presenta con el comprobante de pago en el centro de salud correspondiente para retirar la papelería.
9. El funcionario responsable en el centro de salud registra la venta de papelería indicando el nombre del profesional al que se le vende papelería, la cantidad entregada de cada formulario, la fecha, el consecutivo cuando corresponda, así como nombre y cédula de la persona que recibe.
10. El funcionario responsable en el centro de salud entrega la papelería correspondiente al profesional o persona autorizada, verificando que todos los formularios consten de un sello rojo distintivo del Sistema Mixto de Atención en Salud que incluya la leyenda “Medicina Mixta”, el logo oficial de la CCSS y el número de unidad programática del centro de salud.

Para utilizar los servicios que la CCSS pone a disposición en la oferta establecida en el Reglamento de este Sistema, los profesionales deben incorporar a los formularios que se les entregue, un sello con su nombre, código y especialidad inscrita. No se tramitarán solicitudes de los profesionales que no hayan colocado su sello personal.

11. El funcionario responsable en el centro de salud realiza el registro contable de la transacción.

Se debe realizar el registro de la cuenta por cobrar por concepto de “venta y entrega de formularios”, con base en la metodología de registro contable del Devengo, generando un asiento de diario manual.

Cuenta Contable	Nombre	Operac. Presup.	Unidad Ejecutora	Cuenta individual	Actividad	Servicio	Débito	Crédi
133-XX-X	CxC Venta Papelería Dirección Regional XXXX	X	X	# unidades ejecutoras	X	X	XXXX	
850-15-0	Recuperación Costo Formularios del Sistema Mixto de Atención Médica	X	X	X	X	X		XX

En el caso de depósito bancario o transferencia electrónica, el registro contable de la transacción se realiza de la siguiente manera (incluye ajustes de lo indicado en el oficio GM-AUDC-9912-2018 “Adenda a oficio GM-AUDA-4492-2018 Conciliaciones bancarias pendientes de aplicar sobre el registro de pagos de compra de papelería para medicina mixta y empresa”):

- 1- La unidad a lo interno de cada Establecimiento de Salud, responsable de la entrega de la papelería a los profesionales registrados en el Sistema Mixto de Atención en Salud y Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa, deberán remitir a la Administración del establecimiento de salud, dichos comprobantes de depósito.

2- La Administración del establecimiento de salud o quién él delegue, deberá consultar con el Área Tesorería General a través del correo electrónico gf_atg@ccss.sa.cr, la confirmación de todos los depósitos bancarios o transferencias electrónicas realizados, lo anterior según Circular ATG-0626-2018.

3- Posterior a la verificación del depósito bancario o transferencia electrónica, se deberá proceder con la elaboración del asiento de diario respectivo, con el fin de que se registre cada uno de los ingresos generados por la venta de papelería a los profesionales inscritos al Sistema Mixto de Atención en Salud y Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa. El asiento de diario debe contener el registro individual del comprobante del Banco Nacional de Costa Rica 105-01-1, donde se realizó el depósito o transferencia electrónica, contra la cuenta Institucional de ingreso 133-XX-X.

Cuenta Contable	Operac. Presup.	Unidad Ejecutora	Cuenta individual	Actividad	Servicio	EBAIS	Débito	Crédito
105-01-1	1		# Depósito o Nota de Crédito				XXXX	
133-XX-X	0	X	Unidad Ejecutora	X	X			XXXX

4- Los asientos de diario serán remitidos de la siguiente forma, de acuerdo con las fechas preestablecidas a nivel institucional:

- a) Los Establecimiento de Salud deberá remitir los asientos de diario a los Fondos Rotatorios de cada unidad de adscripción.
- b) Oficinas Centrales únicamente deberán remitir los asientos de diario a la Subárea Contabilidad Operativa.

Se deberá adjuntar copia de la verificación de todos depósitos o transferencias consultados previamente al Área Tesorería General.

5- La conciliación de las cuentas por cobrar, habilitadas por este concepto, estarán bajo responsabilidad de las Direcciones Regionales Médicas en conjunto con las unidades médicas adscritas según corresponda, para lo cual la Subárea de Contabilidad Operativa remitirá mensualmente el detalle de las cuentas individuales de cada cuenta a las Dirección Regional Médica.

12. Fin del procedimiento

La papelería vendida es de uso exclusivo del profesional que la adquirió, esta no podrá ser compartida con otros profesionales ni podrá ser utilizada para otros fines no institucionales. Queda totalmente prohibida la reventa parcial o total de los formularios institucionales.

Los profesionales que desean ser excluidos del Sistema Mixto de Atención en Salud, deberán devolver inmediatamente la papelería sobrante. De no cumplir con esta obligación, la CCSS se reserva el derecho de establecer una reclamación legal por el uso de los formularios propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Diagrama de flujo

#	Descripción de la actividad	Participantes	
		Profesional o persona autorizada	Funcionario Centro de Salud
1	Inicio del procedimiento	<pre> graph TD Start([Inicio]) --> Step1[] Step1 --> Step2[] Step2 --> Step3[] Step3 --> Step4{¿El profesional solicitante se encuentran activo en el Sistema y le corresponde en ese centro de salud la compra de papelería?} Step4 -- Sí --> Step5[] Step4 -- No --> Step6[] Step5 --> Step7[] Step6 --> Step7[] Step7 --> Step8[] Step8 --> Step9[] Step9 --> Step10[] Step10 --> Step11[] Step11 --> Step12[] Step12 --> End([Fin]) A((A)) --> Step6 A((A)) --> Step12 </pre>	
2	Solicita la papelería oficial necesaria para acceder a la oferta del Sistema Mixto de Atención en Salud, en el centro de salud al cual se encuentra adscrito el consultorio.		
3	Verifica que el profesional solicitante se encuentra activo en el Sistema y si le corresponde ahí la compra de papelería.		
4	¿El profesional solicitante se encuentran activo en el Sistema y le corresponde en ese centro de salud la compra de papelería?		
5	Le comunica al profesional o persona autorizada, la razón del por qué no le puede vender la papelería y le indica las acciones a realizar.		
6	Le comunica al profesional o persona autorizada la cantidad de papelería de la que puede disponer y el precio de esta.		
7	Cancela el monto respectivo, ya sea mediante depósito bancario, transferencia electrónica de fondos o pago directamente en la Sucursal de la CCSS.		
8	Se presenta con el comprobante de pago en el centro de salud correspondiente para retirar la papelería		
9	Registra la venta de papelería indicando el nombre del profesional al que se le vende papelería, la cantidad entregada de cada formulario, la fecha, el consecutivo cuando corresponda, así como nombre y cédula de la persona que recibe.		
10	Entrega la papelería correspondiente al profesional o persona autorizada, verificando que todos los formularios consten de un sello rojo distintivo del Sistema Mixto de Atención en Salud que incluya la leyenda "Medicina Mixta", el logo oficial de la CCSS y el número de unidad programática del centro de salud.		
11	Realiza el registro contable de la transacción.		
12	Fin del procedimiento		

8.3 Procedimiento: Asesoría Técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud

8.3.1 Asesoría técnica a profesionales y usuarios del sistema

1. Inicio del procedimiento
2. El profesional inscrito o un usuario solicita asesoría técnica respecto al Sistema Mixto de Atención en Salud.

Esto lo puede hacer por medio de una consulta por correo electrónico, llamada telefónica o de forma presencial en el centro de salud de adscripción según ubicación del consultorio, en la Dirección Regional respectiva o en la oficina de la unidad responsable del Sistema en el nivel central. En el caso del Nivel Central los números telefónicos son 2539-1257, 2539-1253, 2539-0594 y el correo electrónico es psistalt@ccss.sa.cr

3. El funcionario responsable por parte de la CCSS, ya sea del centro de salud, del nivel regional o del nivel central, analiza la solicitud del profesional o del usuario.
4. ¿El funcionario responsable requiere información adicional (documentación) del profesional o del usuario para poder resolver la consulta? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 5 de lo contrario continúa con la actividad 8.
5. El funcionario responsable por parte de la CCSS solicita la información adicional al profesional o al usuario.
6. El profesional o el usuario entrega la información solicitada.
7. El funcionario responsable por parte de la CCSS analiza la información adicional aportada.
8. ¿El funcionario responsable requiere tiempo adicional o coordinación con otro nivel de gestión antes de emitir un criterio al respecto? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 9, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 10.
9. El funcionario responsable por parte de la CCSS asesora al profesional o al usuario, aclarándole su inquietud. Fin del procedimiento.
10. El funcionario responsable por parte de la CCSS solicita los datos del profesional o del usuario (nombre completo, teléfono y correo electrónico) y le informa que se le dará respuesta lo más pronto posible.
11. El funcionario responsable por parte de la CCSS hace la gestión y coordinación respectiva para resolver la solicitud del profesional o del usuario.
12. El funcionario responsable por parte de la CCSS prepara la respuesta y la comunica al profesional o al usuario, ya sea telefónicamente o vía correo electrónico.
13. Fin del procedimiento

Diagrama de flujo

#	Descripción de la actividad	Participantes	
		Profesional inscrito en el Sistema o usuario	Funcionario responsable CCSS
1	Inicio del procedimiento	<pre> graph TD Start([Inicio]) --> P1[] P1 --> D1{¿Requiere información adicional (documentación) del profesional o del usuario para poder resolver la consulta?} D1 -- Sí --> P2[] D1 -- No --> P3[] P2 --> D2{¿Requiere tiempo adicional o coordinación con otro nivel de gestión antes de emitir un criterio al respecto?} D2 -- Sí --> P4[] D2 -- No --> P3 P4 --> D3{ } P3 --> D3 D3 -- Sí --> P5[] D3 -- No --> P6[] P5 --> P7[] P6 --> P7 P7 --> End([Fin]) </pre>	
2	Solicita asesoría técnica respecto al Sistema Mixto de Atención en Salud.		
3	Analiza la solicitud del profesional o del usuario.		
4	¿Requiere información adicional (documentación) del profesional o del usuario para poder resolver la consulta?		
5	Solicita la información adicional al profesional o al usuario.		
6	Entrega la información solicitada.		
7	Analiza la información adicional aportada.		
8	¿Requiere tiempo adicional o coordinación con otro nivel de gestión antes de emitir un criterio al respecto?		
9	Asesora al profesional o al usuario aclarándole su inquietud. Fin del procedimiento.		
10	Solicita los datos del profesional o del usuario (nombre completo, teléfono y correo electrónico) y le informa que se le dará respuesta lo más pronto posible.		
11	Hace la gestión y coordinación respectiva para resolver la solicitud del profesional o del usuario.		
12	Prepara la respuesta y la comunica al profesional o al usuario, ya sea telefónicamente o vía correo electrónico.		
13	Fin del procedimiento		

8.3.2 Asesoría Técnica a los Centros de Salud y Nivel Regional

1. Inicio del procedimiento
2. El funcionario del centro de salud o nivel regional solicita asesoría técnica a la unidad responsable del Sistema Mixto de Atención en Salud en el nivel central.

Esto lo puede hacer por medio de una consulta por correo electrónico, llamada telefónica o de forma presencial. Los números telefónicos son 2539-1257, 2539-1253, 2539-0594 y el correo electrónico es psistalt@ccss.sa.cr
3. El funcionario responsable en el nivel central de la CCSS analiza la solicitud.
4. ¿El funcionario responsable requiere información adicional (documentación) del solicitante para poder resolver la consulta? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 5 de lo contrario continúa con la actividad 8.
5. El funcionario responsable solicita la información adicional al funcionario del centro de salud o del nivel regional.
6. El funcionario del centro de salud o nivel regional entrega la información solicitada.
7. El funcionario responsable en el nivel central analiza la información adicional aportada.
8. ¿El funcionario responsable requiere tiempo adicional o coordinación con otro nivel de gestión institucional antes de emitir un criterio al respecto? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 9, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 10.
9. El funcionario responsable en el nivel central asesora al solicitante, aclarándole su inquietud. Fin del procedimiento.
10. El funcionario responsable en el nivel central solicita los datos del solicitante (nombre completo, teléfono, correo electrónico y centro de salud o dirección regional a la que pertenece) y le informa que se le dará respuesta lo más pronto posible.
11. El funcionario responsable en el nivel central hace la gestión y coordinación respectiva para resolver la solicitud.
12. El funcionario responsable en el nivel central prepara la respuesta y la comunica al solicitante, ya sea telefónicamente o vía correo electrónico.
13. Fin del procedimiento

Diagrama de flujo

#	Descripción de la actividad	Participantes	
		Funcioanrio del Centro de Salud o Nivel Regional	Funcionario responsable Nivel Central
1	Inicio del procedimiento		
2	Solicita asesoría técnica a la unidad responsable del Sistema Mixto de Atención en Salud en el nivel central.		
3	Analiza la solicitud.		
4	¿Requiere información adicional (documentación) del solicitante para poder resolver la consulta?		
5	Solicita la información adicional al funcionario del centro de salud o del nivel regional.		
6	Entrega la información solicitada.		
7	Analiza la información adicional aportada.		
8	¿Requiere tiempo adicional o coordinación con otro nivel de gestión institucional antes de emitir un criterio al respecto?		
9	Asesora al solicitante aclarándole su inquietud. Fin del procedimiento.		
10	Solicita los datos del solicitante (nombre completo, teléfono, correo electrónico y centro de salud o dirección regional a la que pertenece) y le informa que se le dará respuesta lo más pronto posible.		
11	Hace la gestión y coordinación respectiva para resolver la solicitud.		
12	Prepara la respuesta y la comunica al solicitante, ya sea telefónicamente o vía correo electrónico.		
13	Fin del procedimiento		

8.4 Procedimiento: Prestación de Servicios Farmacéuticos para el Sistema Mixto de Atención en Salud

1. Inicio del procedimiento
2. El profesional en ciencias de la salud, inscrito en el Sistema Mixto de Atención en Salud, identifica la necesidad de prescribir una receta de medicamentos al usuario como parte del abordaje farmacoterapéutico.

La oferta de medicamentos que el profesional puede solicitar se establece en el artículo 15 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud y en los diferentes lineamientos emitidos por el Comité Central de Farmacoterapia.

Las solicitudes de medicamentos autorizados en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud que se deriven de la atención de riesgos excluidos (todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social), como por ejemplo accidentes de tránsito o accidentes laborales, deberán seguir los procedimientos establecidos en el Reglamento de Riesgos Excluidos.

3. El prescriptor completa la receta del medicamento y se la entrega al usuario que la requiere.

La prescripción máxima por receta será de un mes de tratamiento (excepciones en la Normativa LOM III.1.12). El periodo máximo de cobertura mensual de recetas continuas es de 6 meses, por lo que el prescriptor podrá emitir 1 receta original y hasta 5 copias.

Los medicamentos parenterales (inyectables claves M y HM) serán despachados únicamente para su aplicación en el centro de salud de adscripción del asegurado o donde se establezca para casos específicos. En estos casos el profesional deberá enviar una referencia solicitando la aplicación del medicamento al Servicio de Enfermería del centro de salud correspondiente. La referencia deberá incluir: nombre completo de paciente, número de identificación, diagnóstico, nombre del o de los medicamentos, dosificación, fuerza, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento, para que el medicamento sea despachado al Servicio de Enfermería y se proceda a su aplicación. El Servicio de Enfermería deberá llevar un archivo (físico/digital) con las referencias recibidas.

4. El usuario entrega la(s) recetas de medicamentos en la ventanilla de la Farmacia del Centro de Salud de menor complejidad que le corresponde según lugar de residencia y que cuente con el servicio.

Los tiempos establecidos, tanto, para presentar la receta original, como para retirar los medicamentos solicitados es de 3 días hábiles de lunes a viernes, excepto los centros de salud que cuenten con horarios extendidos (sábado y domingos) para el despacho de medicamentos del Sistema Mixto de Atención en Salud.

Los centros de salud que realicen cambios en sus procedimientos locales o que realicen la tercerización de un servicio autorizado, deberán dar el acompañamiento

necesario a los asegurados provenientes del Sistema Mixto de Atención en Salud para localizar el lugar donde deben entregar las recetas de medicamentos.

Las solicitudes de medicamentos urgentes no están autorizadas en este Sistema de Atención, sin embargo, en caso de medicamentos que sean considerados en base al diagnóstico clínico, como de inicio prioritario, el prescriptor deberá anotar claramente y firmar la justificación en el reverso de la receta, para que el medicamento sea despachado con la mayor brevedad posible, según los horarios de atención de las Áreas de Salud.

5. El funcionario asignado en el Servicio de Farmacia realiza la revisión administrativa de la(s) receta(s) y verifica el estado del asegurado y del profesional en el Sistema, para corroborar que cumpla con los requisitos según la normativa vigente.

Como parte de esta revisión se verifica que el medicamento solicitado esté autorizado en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud y que la receta se haya completado de manera correcta, cumpliendo los siguientes requisitos: a) nombre y apellidos, número de identificación y edad del paciente, b) fecha de emisión de la receta, c) sello del profesional que incluye nombre, código y especialidad, d) papelería con el sello del Sistema Mixto de Atención de la CCSS.

La condición de aseguramiento de los usuarios se verifica en el sistema establecido por la Institución, para lo cual se solicita únicamente la cédula o documento de identificación (original). En el caso de tratarse de una persona autorizada, se requiere que presente copia del documento de identificación del usuario.

El estado del profesional que solicita un servicio en el Sistema se realiza automáticamente a través de SIFA o de forma manual mediante el buscador de la página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>, de esta manera, se establece si este puede o no acceder a la oferta de servicios.

6. ¿La receta cumple con los requisitos institucionales? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.
7. El funcionario asignado en el Servicio de Farmacia devuelve al usuario las recetas que incumplen requisitos, indicándole los aspectos que se deben corregir para que coordine lo correspondiente con el profesional prescriptor. Fin del procedimiento.
8. El funcionario asignado en el Servicio de Farmacia aplica el método local establecido para la recepción y registro de recetas del Sistema Mixto de Atención.
9. El funcionario asignado en el Servicio de Farmacia comunica al usuario el plazo para retirar el o los medicamentos y proporciona la contraseña para el retiro de estos.

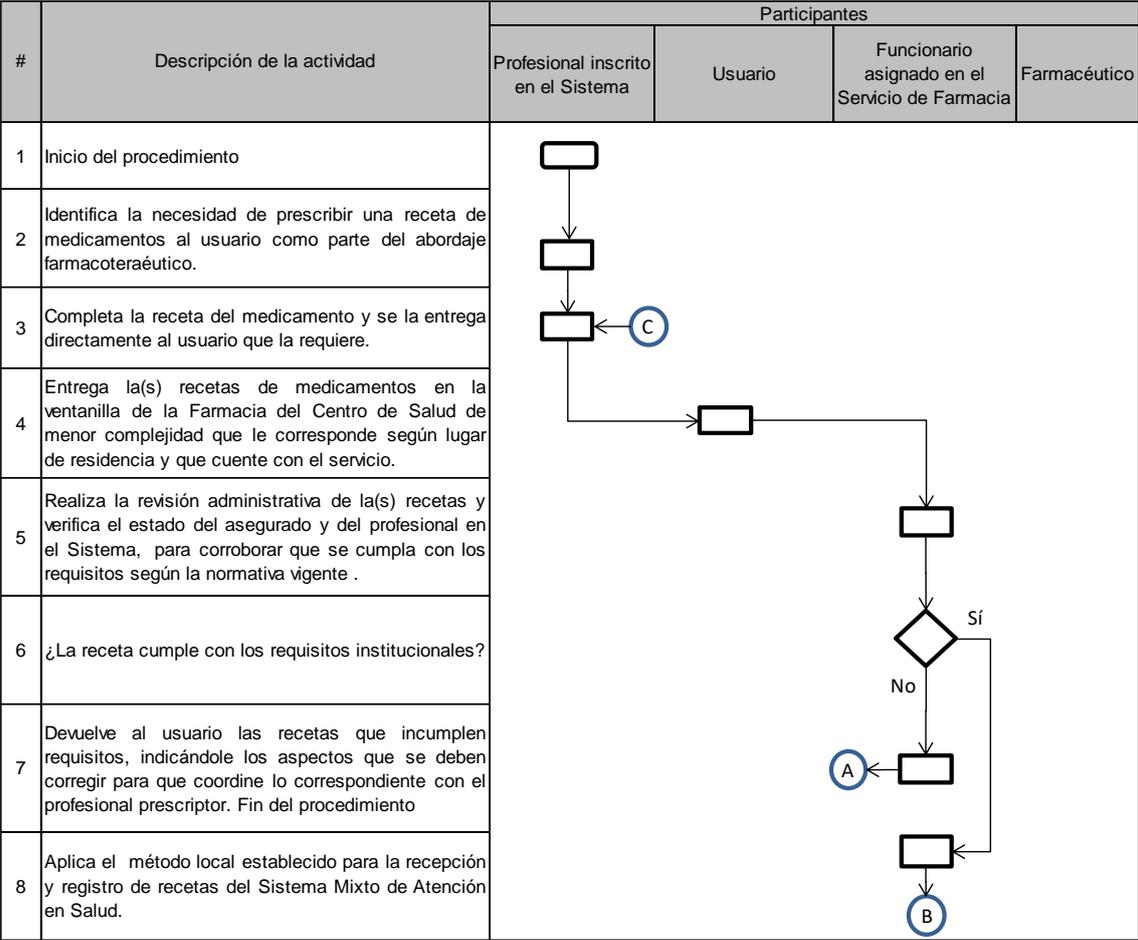
El orden de atención de los asegurados que son referidos por profesionales del Sistema Mixto de Atención en Salud será en igualdad de condiciones que los pacientes enviados desde las unidades internas institucionales.

10. El farmacéutico revisa los criterios científicos, técnicos, administrativos y legales de la prescripción para verificar si cumple con los mismos.
11. ¿La receta cumple con los criterios científicos, técnicos, administrativos y legales de la prescripción? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 11, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 12.
12. El farmacéutico devuelve la receta con el formulario institucional, “Devolución de receta Farmacia” indicando los motivos de esta devolución, para que el usuario la lleve al profesional prescriptor. Fin del procedimiento.
13. El funcionario asignado en el Servicio de Farmacia realiza la preparación de la receta (etiquetado y acopio de los medicamentos) según el método local.
14. El farmacéutico realiza la revisión técnico-científica final de las recetas de medicamentos.
15. El usuario se presenta a retirar los medicamentos en la fecha indicada, con la contraseña proporcionada para dicho fin.
16. El funcionario asignado en el Servicio de Farmacia entrega los medicamentos al usuario según el método local establecido.

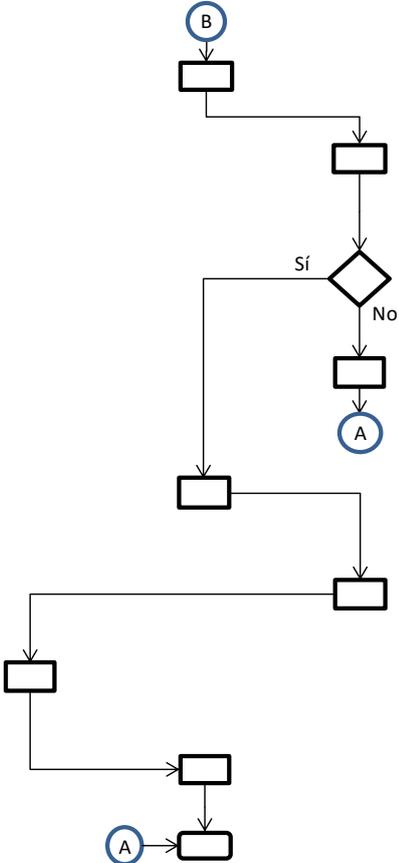
El Servicio de Farmacia debe mantener un registro de las recetas del Sistema Mixto de Atención en Salud que no fueron retiradas en el tiempo establecido.

17. Fin del procedimiento

Diagrama de flujo



#	Descripción de la actividad	Participantes			
		Profesional inscrito en el Sistema	Usuario	Funcionario asignado en el Servicio de Farmacia	Farmacéutico
9	Comunica al usuario el plazo para retirar el o los medicamentos y proporciona la contraseña para el retiro de estos.				
10	Revisa los criterios científicos, técnicos, administrativos y legales de la prescripción para verificar si cumple con los mismos.				
11	¿La receta cumple con los criterios científicos, técnicos, administrativos y legales de la prescripción?				
12	Devuelve la receta con el formulario institucional, "Devolución de receta Farmacia" indicando los motivos de esta devolución, para que el usuario la lleve al profesional prescriptor. Fin del procedimiento				
13	Realiza la preparación de la receta (etiquetado y acopio de los medicamentos) según el método local.				
14	Realiza la revisión técnico-científica final de las recetas de medicamentos				
15	Se presenta a retirar los medicamentos en la fecha indicada, con la contraseña proporcionada para dicho fin.				
16	Entrega los medicamentos al usuario según el método local establecido.				
17	Fin del procedimiento				



8.5 Procedimiento: Solicitud de Exámenes de Laboratorio Clínico para el Sistema Mixto de Atención en Salud

1. Inicio del procedimiento.
2. El profesional en ciencias de la salud identifica la necesidad de solicitar exámenes de laboratorio clínico, como medio para prevenir, orientar, confirmar un diagnóstico y controlar un tratamiento, utilizando el Sistema Mixto de Atención en Salud.

La oferta de exámenes de Laboratorio que el profesional puede solicitar se establece en el artículo 16 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud. Todos los exámenes solicitados en este Sistema utilizan el mismo formulario, incluidos los de pruebas especiales.

Las solicitudes de análisis autorizados en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud que se deriven de la atención de riesgos excluidos (todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social), como por ejemplo accidentes de tránsito o accidentes laborales deberán seguir los procedimientos establecidos en el Reglamento de Riesgos Excluidos.

3. El profesional completa el formulario "Solicitud de análisis de laboratorio" (4-70-03-0460), facilitado por la CCSS, y lo entrega al usuario, con los sellos respectivos.
4. El usuario entrega la solicitud de análisis y la documentación respectiva en el Servicio de Laboratorio Clínico del centro de salud de adscripción, según lugar de residencia.

En el caso de pruebas que no se realizan en el Laboratorio del centro de salud de adscripción, se debe seguir la misma vía que para los usuarios que ingresan a través de EBAIS que requieren de exámenes que no se realicen en el mismo centro de salud, lo cual puede incluir toma de muestra o envío del paciente al nivel de complejidad correspondiente.

Los centros de salud que realicen cambios en sus procedimientos de atención o que realicen la tercerización de un servicio autorizado deberán dar el acompañamiento necesario a los asegurados provenientes del Sistema Mixto de Atención en Salud para localizar el lugar donde deben realizar la solicitud del servicio correspondiente.

Las solicitudes de exámenes de Laboratorio urgentes no están autorizadas en este Sistema de Atención.

5. El funcionario asignado en el Laboratorio recibe y revisa la solicitud y la documentación del usuario y verifica si el profesional se encuentra activo en el Sistema.
6. ¿La solicitud cumple con los requisitos institucionales y el profesional en salud se encuentra activo? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.

Como parte de esta revisión se verifica si el análisis solicitado está autorizado en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención, y si la solicitud fue llenada de forma correcta.

La condición de aseguramiento de los usuarios se verifica en el sistema establecido por la Institución, para lo cual se solicita únicamente la cédula o documento de identificación (original).

El estado del profesional que solicita un servicio en el Sistema se realiza mediante el buscador de la página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>, de esta manera, se establece si este puede o no acceder a la oferta de servicios.

7. El funcionario asignado en el Laboratorio rechaza la solicitud y brinda las explicaciones correspondientes al usuario. Fin del procedimiento.
8. El funcionario asignado en el Laboratorio programa la cita al usuario, le indica las instrucciones correspondientes y registra la solicitud. La solicitud se registra como proveniente del Sistema Mixto de Atención en Salud.

El orden de atención de los asegurados que son referidos por profesionales del Sistema Mixto de Atención en Salud será en igualdad de condiciones que los pacientes enviados desde las unidades internas institucionales, por lo que queda totalmente prohibido la programación de citas o la creación de listas de espera diferenciadas para el Sistema Mixto de Atención en Salud.

9. El usuario se presenta la fecha de la cita al Laboratorio y presenta los documentos y muestras si fue requerido.
10. El funcionario asignado en el Laboratorio revisa la documentación y verifica los criterios de aceptación de la muestra, cuando corresponda, y le indica al usuario la fecha en que estarán listos los resultados.

Como parte de esta revisión se verifica que la solicitud y la muestra coincidan con la identificación del usuario y que la muestra cumpla con los criterios de aceptación. De no cumplirse con lo anterior se le indica al usuario la corrección que corresponda.

El tiempo máximo para la entrega de resultados es de 8 días hábiles, salvo exámenes excepcionales que deben ser enviados a un Laboratorio de Referencia, en cuyo caso se le informará al usuario un tiempo estimado para que el resultado esté listo.

11. El funcionario asignado en el Laboratorio realiza la toma de muestras al usuario, cuando corresponda.
12. El funcionario asignado en el Laboratorio analiza las muestras, valida y refrenda los resultados.
13. ¿Se requiere comunicar resultados alterados o con valores críticos? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 13, si es negativa continúa con la actividad 14.
14. El funcionario asignado en el Laboratorio se comunica con el usuario o con el profesional que envió la solicitud para informarle de los resultados con valores críticos. Ante dudas en los medios de comunicación con el profesional

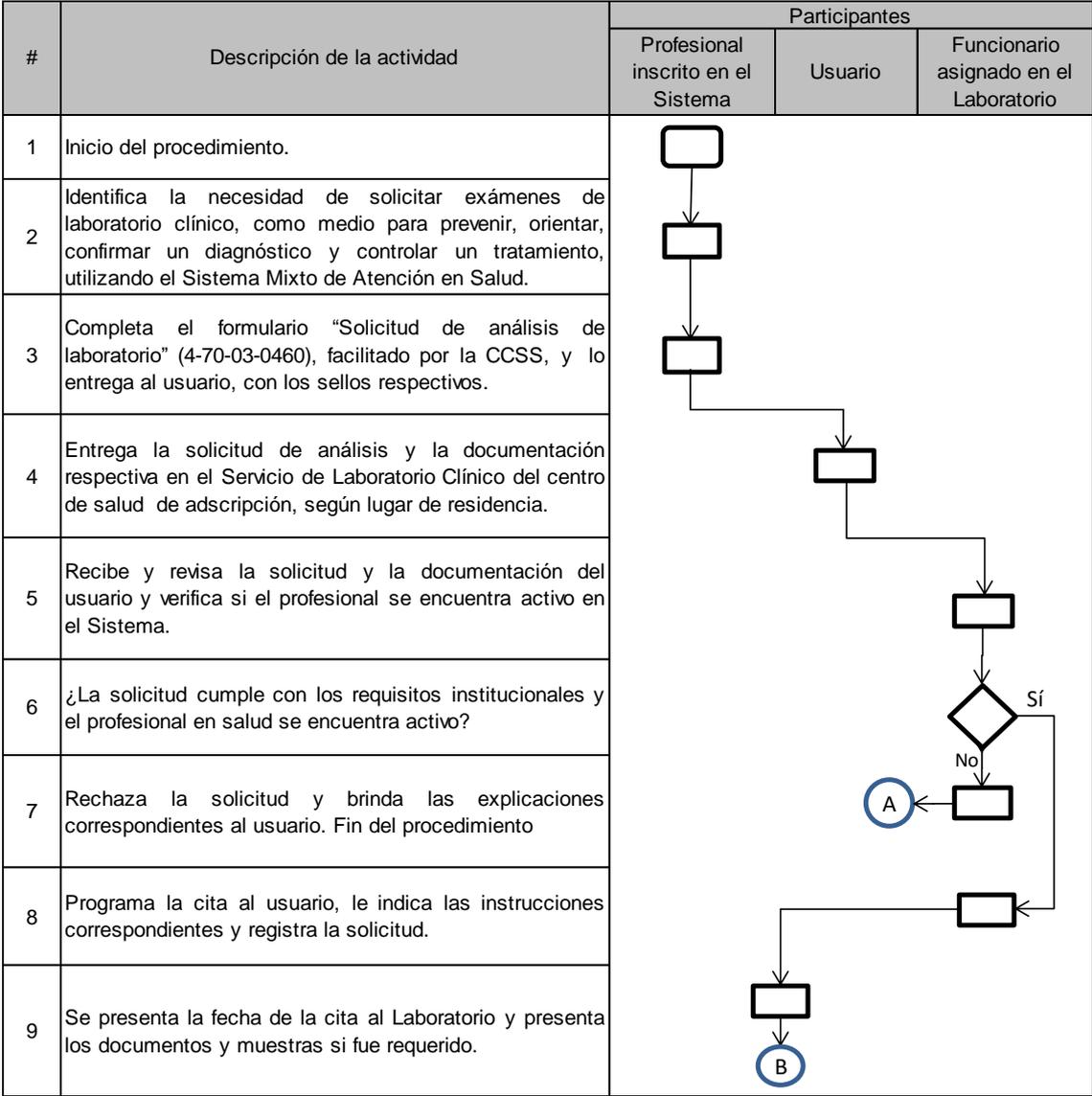
prescriptor, se debe contactar a los funcionarios del Programa de Sistemas Alternativos en el Nivel Central.

15. El usuario se presenta al Laboratorio a retirar los resultados de los exámenes en la fecha indicada.
16. El funcionario asignado en el Laboratorio entrega los resultados de los exámenes y registra la entrega mediante firma del usuario, indicando la fecha.

El Servicio de Laboratorio debe mantener un registro de los resultados del Sistema Mixto de Atención en Salud que no se retiraron en el tiempo establecido, y transcurridos 30 días naturales gestionar su incorporación en el expediente de salud del usuario.

17. El usuario entrega los resultados de los exámenes de Laboratorio al profesional que envió la solicitud, para la incorporación en su expediente personal.
18. Fin del procedimiento

Diagrama de flujo



#	Descripción de la actividad	Participantes		
		Profesional inscrito en el Sistema	Usuario	Funcionario asignado en el Laboratorio
10	Revisa la documentación y verifica los criterios de aceptación de la muestra, cuando corresponda, y le indica al usuario la fecha en que estarán listos los resultados.			
11	Realiza la toma de muestras al usuario, cuando corresponda.			
12	Analiza las muestras, valida y refrenda los resultados.			
13	¿Se requiere comunicar resultados alterados o con valores críticos al usuario?			
14	Se comunica con el usuario o con el profesional que envió la solicitud para informarle de los resultados con valores críticos.			
15	Se presenta al Laboratorio a retirar los resultados de los exámenes en la fecha indicada.			
16	Entrega los resultados de los exámenes y registra la entrega mediante firma del usuario, indicando la fecha.			
17	Entrega los resultados de los exámenes de Laboratorio al profesional que envió la solicitud, para la incorporación en su expediente personal.			
18	Fin del procedimiento			

8.6 Procedimiento: Realización de Estudios Radiológicos, Endoscópicos y otros en el Sistema Mixto de Atención en Salud

Estos servicios no están autorizados a los profesionales en Odontología.

1. Inicio del procedimiento
2. El profesional en ciencias de la salud identifica la necesidad de realizar un estudio radiológico, endoscópico u otro de los establecidos en la oferta del Sistema Mixto de Atención en Salud.

La oferta de estudios radiológicos, diagnósticos, endoscópicos, ultrasonidos y otros que el profesional puede solicitar se establece en el artículo 17 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud.

Las solicitudes de estudios autorizados en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud que se deriven de la atención de riesgos excluidos (todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social), como por ejemplo accidentes de tránsito o accidentes laborales, deberán seguir los procedimientos establecidos en el Reglamento de Riesgos Excluidos.

3. El profesional completa el formulario facilitado por la CCSS para solicitar los estudios y se lo entrega al usuario.
4. El usuario entrega la solicitud de estudios, junto con su documentación personal, en el centro de salud en el cual se encuentra adscrito según su lugar de residencia.

Las solicitudes de estos servicios se realizan en la red institucional a la cual está adscrito el usuario según su lugar de residencia, siguiendo el orden ascendente: EBAIS, Áreas de Salud tipo 1, Áreas de Salud tipo 2, Áreas de Salud tipo 3, Hospital Periférico, Hospital Regional y Hospital Nacional.

El usuario deberá acudir siempre al centro de salud de menor complejidad que posea el servicio solicitado en la red institucional correspondiente.

En el caso de que el usuario sea enviado a un centro de salud en el cual no se posee la oferta solicitada, se ha cambiado el procedimiento de atención o se ha tercerizado el servicio, el funcionario responsable de la atención deberá dar el acompañamiento necesario al asegurado para localizar el lugar donde debe presentarse y la manera de hacerlo.

Los usuarios nunca deben de rechazarse por no prestarse el servicio, deben redirigirse a donde sí se realiza.

Las solicitudes urgentes de este tipo de estudios no están autorizadas en este Sistema de Atención.

5. El funcionario responsable en el centro de salud recibe y revisa la solicitud y la documentación del usuario y verifica si el profesional se encuentra activo en el Sistema.

Como parte de esta revisión se verifica si el estudio solicitado está autorizado en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención, y si el formulario fue llenado de forma correcta.

La condición de aseguramiento de los usuarios se verifica en el sistema establecido por la Institución, para lo cual se solicita únicamente la cédula o documento de identificación (original).

El estado del profesional que solicita un servicio en el Sistema se realiza mediante el buscador de la página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>, de esta manera, se establece si este puede o no acceder a la oferta de servicios.

6. ¿La solicitud cumple con los requisitos institucionales y el profesional en salud se encuentra activo? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.
7. El funcionario responsable en el centro de salud rechaza la solicitud y brinda las explicaciones correspondientes al usuario, de manera que coordine con el profesional solicitante el proceder. Fin del procedimiento.
8. El funcionario responsable en el centro de salud programa la cita al usuario en la próxima fecha disponible y registra la solicitud como proveniente del Sistema Mixto de Atención en Salud.

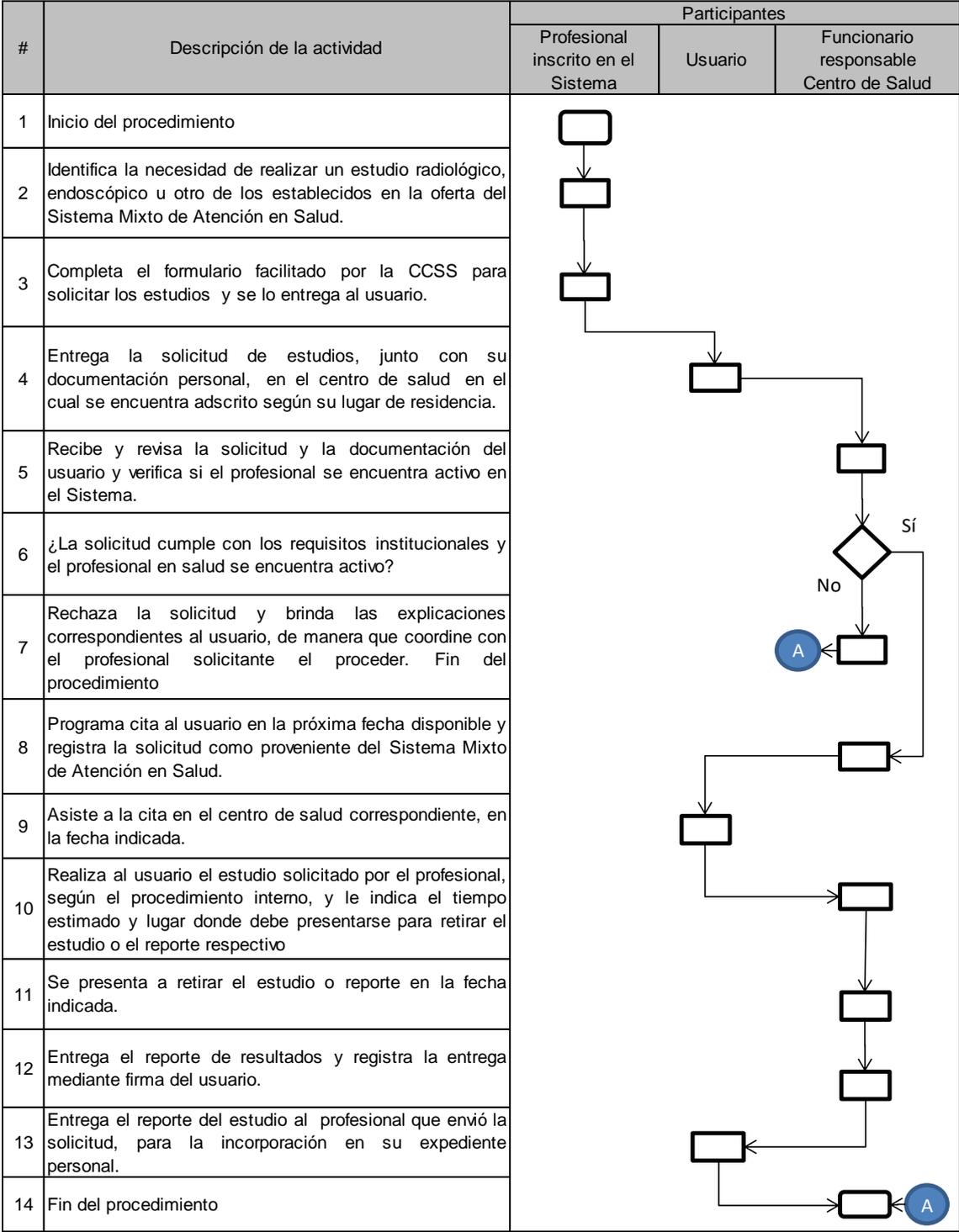
El orden de atención de los asegurados que son referidos por profesionales del Sistema Mixto de Atención en Salud será en igualdad de condiciones que los pacientes enviados desde las unidades internas institucionales, por lo que queda totalmente prohibido la programación de citas o la creación de listas de espera diferenciadas para el Sistema Mixto de Atención en Salud.

9. El usuario asiste a la cita en el centro de salud correspondiente, en la fecha indicada.
10. El funcionario responsable en el centro de salud realiza al usuario el estudio solicitado por el profesional, según el procedimiento interno, y le indica el tiempo estimado y lugar donde debe presentarse para retirar el estudio o el reporte respectivo.
11. El usuario se presenta a retirar el estudio o reporte en la fecha indicada.
12. El funcionario responsable en el centro de salud entrega el reporte de resultados y registra la entrega mediante firma del usuario o persona autorizada.

El centro de salud debe mantener un registro de los resultados del Sistema Mixto de Atención en Salud que no se retiraron en el tiempo establecido, y transcurridos 30 días naturales gestionar su incorporación en el expediente de salud del usuario.

13. El usuario, o persona autorizada, entrega el reporte del estudio al profesional que envió la solicitud, para la incorporación en su expediente personal.
14. Fin del procedimiento

Diagrama de flujo



8.7 Procedimiento: Referencia y Contrareferencia en el Sistema Mixto de Atención en Salud.

1. Inicio del procedimiento
2. El profesional en ciencias de la salud identifica la necesidad de referir al usuario a uno de los servicios de atención directa de la CCSS, autorizados en el Reglamento del Sistema de Mixto de Atención en Salud.

Las referencias a especialista se realizan en la red institucional a la cual está adscrito el usuario según su lugar de residencia, siguiendo el orden ascendente: EBAIS, Áreas de Salud tipo 1, Áreas de Salud tipo 2, Áreas de Salud tipo 3, Hospital Periférico, Hospital Regional y Hospital Nacional.

El usuario deberá acudir siempre al centro de salud de menor complejidad que posea el servicio solicitado en la red institucional correspondiente.

Las consultas por referencia directa autorizadas son:

Medicina General	Medicina Interna
Medicina Familiar	Pediatría
Psiquiatría	Cirugía General
Ginecología y Obstetricia	

Los médicos especialistas además podrán referir al servicio médico de la CCSS propio de su especialidad.

Las solicitudes de servicios autorizados en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud, que se deriven de la atención de riesgos excluidos (todos aquellos riesgos no cubiertos por los Seguros Sociales gobernados y administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social), como por ejemplo accidentes de tránsito o accidentes laborales, deberán seguir los procedimientos establecidos en el Reglamento de Riesgos Excluidos.

3. El profesional completa toda la información solicitada en el formulario de referencia (4-70-04-0140) siendo lo más claro posible, posteriormente firma la solicitud y se la entrega al usuario.

El formulario debe contener al menos: Historial clínico del paciente, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual, diagnóstico presuntivo, tratamiento administrado, estudios realizados y el motivo del envío. Se deben adjuntar los estudios realizados.

4. El usuario entrega la referencia y su documentación respectiva en el centro de salud de la CCSS que le corresponde según su lugar de adscripción.

Las solicitudes del Sistema Mixto van directamente a la unidad de la CCSS que ofrece ese servicio. En el caso de que un usuario sea referido a un servicio que no se presta en ese centro de salud, el funcionario responsable debe indicarle al asegurado cual es el centro de salud que le corresponde según el nivel de complejidad.

Los centros de salud que realicen cambios en sus procedimientos de atención o que realicen la tercerización de un servicio autorizado, deberán dar el acompañamiento

necesario a los asegurados provenientes del Sistema Mixto de Atención en Salud para localizar el lugar donde deben realizar la solicitud del servicio correspondiente.

Las solicitudes urgentes no están autorizadas en este Sistema de Atención.

5. El funcionario responsable en el centro de salud recibe y revisa la solicitud y la documentación del usuario y verifica si el profesional se encuentra activo en el Sistema.

Como parte de esta revisión se verifica si el servicio solicitado está autorizado en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención, y si el formulario de referencia fue llenado de forma correcta.

La condición de aseguramiento de los usuarios se verifica en el sistema establecido por la Institución, para lo cual se solicita únicamente la cédula o documento de identificación (original).

El estado del profesional que solicita un servicio en el Sistema se realiza mediante el buscador de la página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>, de esta manera, se establece si este puede o no acceder a la oferta de servicios.

6. ¿La solicitud cumple con los requisitos institucionales y el profesional en salud se encuentra activo? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.
7. El funcionario responsable en el centro de salud rechaza la solicitud y brinda las explicaciones correspondientes al usuario, de manera que coordine con el profesional solicitante el proceder. Fin del procedimiento.
8. El funcionario responsable en el centro de salud programa la cita al usuario en la próxima fecha disponible y registra la solicitud como proveniente del Sistema Mixto de Atención en Salud.

El orden de atención de los asegurados que son referidos por profesionales del Sistema Mixto de Atención en Salud será en igualdad de condiciones que los pacientes enviados desde las unidades internas institucionales, por lo que queda totalmente prohibido la programación de citas o la creación de listas de espera diferenciadas para el Sistema Mixto de Atención en Salud.

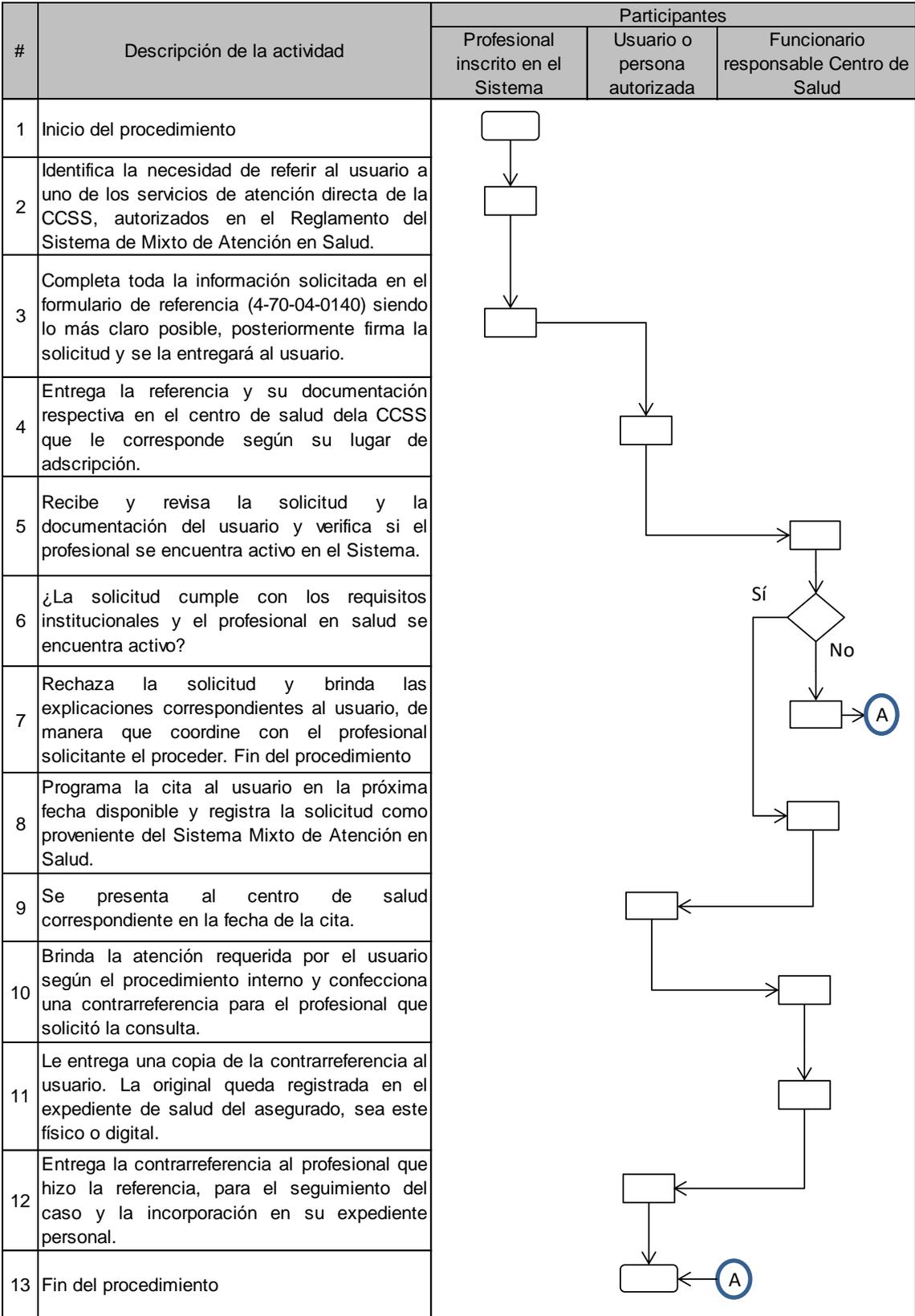
9. El usuario se presenta al centro de salud correspondiente en la fecha de la cita.
10. El funcionario responsable en el centro de salud brinda la atención requerida por el usuario según el procedimiento interno y confecciona una contrareferencia para el profesional que solicitó la consulta.

La contrareferencia debe contener al menos:

1. Resumen de hallazgos clínicos
2. Presunción Diagnóstica, diagnóstico definitivo o la evolución del diagnóstico
3. Tratamiento instituido
4. Recomendaciones de manejo
5. Informar si el paciente amerita seguimiento por la especialidad (nuevas citas) o si tiene alta de la especialidad con seguimiento por el médico de cabecera.

11. El funcionario responsable en el centro de salud le entrega una copia de la contrarreferencia al usuario. La original queda registrada en el expediente de salud del asegurado, sea este físico o digital.
12. El usuario entrega la contrarreferencia al profesional que hizo la referencia, para el seguimiento del caso y la incorporación en su expediente personal.
13. Fin del procedimiento

Diagrama de flujo



8.8 Procedimiento: Registros Estadísticos en el Sistema Mixto de Atención en Salud

1. Inicio del procedimiento
2. El profesional en ciencias de la salud registra diariamente los datos de la consulta de todos los pacientes atendidos en cada consultorio inscrito, ya sea que utilizaron o no los servicios de apoyo del Sistema Mixto de Atención.

El registro se realiza en el formulario "Informe Diario de Consulta Externa" (Formulario 4-70-07-0180), siguiendo las indicaciones del Instructivo de llenado que se presenta en el apartado 8.8.1 de este Manual.

Este instrumento podría ser modificado por la unidad encargada de la estadística en el nivel central de la CCSS, según las necesidades de información institucionales y de manera congruente con la realidad de la práctica privada. Lo cual deberá ser comunicado de manera oportuna a los profesionales inscritos en el Sistema para el acatamiento de las nuevas disposiciones.

3. El profesional realiza mensualmente el informe estadístico con el consolidado de los datos diarios de las atenciones brindadas por cada consultorio activo en el Sistema, utilizando el Formulario 4-70-07-0180 o el instrumento que la CCSS defina para este fin. Ver instructivo llenado que se presenta en el apartado 8.8.2 de este Manual.
4. El profesional entrega, en los primeros 3 (tres) días hábiles del mes siguiente, el informe estadístico de cada consultorio en el establecimiento de salud de adscripción correspondiente. Si no hubo pacientes atendidos el reporte igualmente debe de entregarse en cero.

Cada establecimiento de salud deberá comunicarles a los profesionales, al momento de su inscripción, si la entrega del informe estadístico mensual se realizará de forma digital, en formato Excel, o en forma impresa. También deberán dar el soporte técnico necesario para que los profesionales puedan llenar y entregar del informe estadístico correctamente.

El formulario para completar el informe estadístico mensual en formato Excel se puede descargar del sitio web <http://www.ccss.sa.cr/medicina>. El mismo deberá ser entregado vía correo electrónico o llevándolo al establecimiento respectivo en un dispositivo de almacenamiento de datos, según se definida por cada área de salud.

5. El funcionario responsable en el establecimiento de salud revisa el informe estadístico entregado, verificando que se haya presentado de forma correcta.
6. ¿El informe estadístico se presentó de manera correcta? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7, si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 9.
7. El funcionario responsable en el establecimiento de salud solicita al profesional que realice los ajustes en el informe estadístico y lo presente nuevamente.
8. El profesional realiza los ajustes solicitados y lo entrega al establecimiento de salud correspondiente en un plazo de 2 (dos) días hábiles. Regresa a la actividad 5.

9. El funcionario responsable en el establecimiento de salud registra la entrega del informe estadístico por parte del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención.

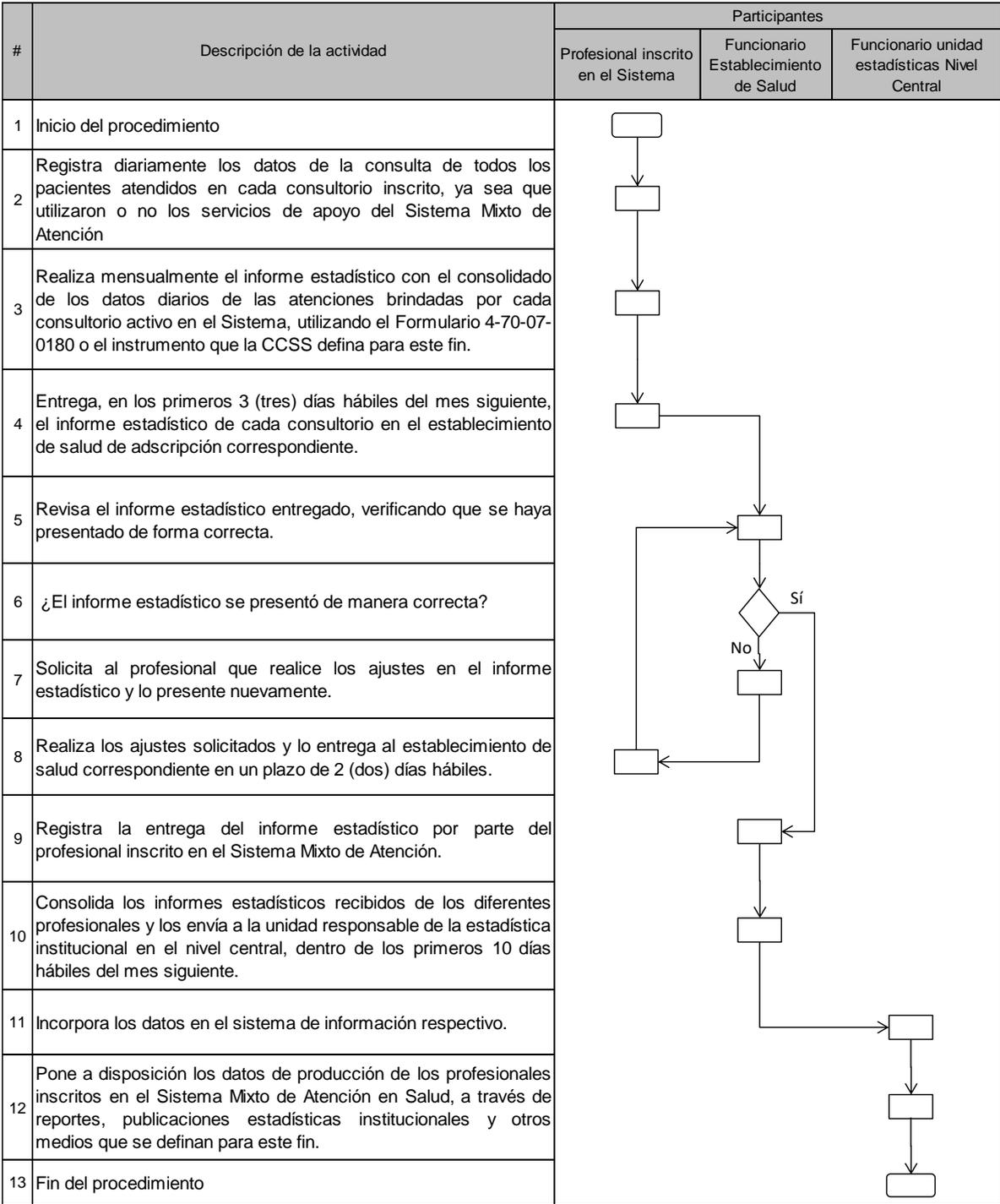
Si los profesionales inscritos no entregan el informe estadístico en los tiempos establecidos o no realizan las correcciones solicitadas, se cuantifican como informes no presentados.

El establecimiento de salud deberá comunicarse con los profesionales que incumplieron con la entrega del informe estadístico para recordarles la remisión de este requisito en los plazos establecidos.

En el caso de persistir el incumplimiento, el funcionario designado por la Dirección Médica del establecimiento de salud deberá remitir mensualmente a la unidad responsable del Sistema en el nivel central, un listado con los nombres de los profesionales que incumplieron con la entrega del informe estadístico, a pesar del apercibimiento, para que se tomen las medidas reglamentarias correspondientes.

10. El funcionario responsable en el establecimiento de salud consolida los informes estadísticos recibidos de los diferentes profesionales y los envía a la unidad responsable de la estadística institucional en el nivel central, dentro de los primeros 10 días hábiles del mes siguiente.
11. El funcionario encargado en la unidad responsable de la estadística institucional incorpora los datos en el sistema de información respectivo.
12. El funcionario encargado en la unidad responsable de la estadística institucional pone a disposición los datos de producción de los profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud, a través de reportes, publicaciones estadísticas institucionales y otros medios que se definan para este fin.
13. Fin del procedimiento

Diagrama de flujo



8.8.1 Instructivo de llenado del Formulario 4-70-07-0180: Informe Diario**BOLETA DE CONSULTA EXTERNA (FÓRMULA 180)****Informe Diario**

Campo	Indicaciones para el Llenado por parte de los profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud
1. Fecha	Indicar el día, mes y año (dd/mm/aa) en que se imparten las consultas. En el caso del consolidado o resumen del total de atenciones que se realiza mensualmente se indica el mes y año (mm/aa)
2. Modelo de Atención Cinco opciones: 1. Tradicional 2. (en blanco) 3. Empresa 4. Cooperativa 5. Otra	Marcar la opción número 5: Otra.
3. Establecimiento de salud o Empresa	Este campo se deja en blanco, ya que no aplica para el Sistema Mixto de Atención.
4. Adscrito a (Serv. De apoyo)	Anotar el nombre del Centro de Salud en el cual está adscrito el consultorio del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención en Salud.
5. Servicio de Consulta Seis opciones: 1. Medicina 2. Cirugía 3. Gineco-obstetricia 4. Pediatría 7. Psiquiatría 27. Odontología	Marcar la opción que aplica de acuerdo con la rama profesional inscrita en el Sistema, según corresponda con alguna de las 5 opciones desplegadas. En el caso de médicos generales deberán marcar la opción 1: Medicina.
6. Nombre especialidad	Anotar el nombre de la especialidad del profesional inscrito o en su defecto Medicina General en caso de no ser especialista. En el caso de los odontólogos anotar si es Odontología General u Odontología Especializada.
7. Atendido por: Siete opciones: 1. Médico General 2. Médico especialista 3. Enfermera 4. Enfermera Especialista 5. Otro Profesional 6. Médico residente 7. Otro especialista	Marcar la opción 1 o 2 según corresponda para los médicos inscritos en el sistema. En el caso de los odontólogos marcar la opción 5.

8. Nombre profesional	Anotar el nombre completo del Profesional en Salud inscrito en el Sistema Mixto de Atención, indicando al final el número de colegiado entre paréntesis.
9. Tipo de Consulta	<p>Cuatro opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Regular 2. Clínica 3. Vespertina 4. Extra <p>La 1 en el caso de que la consulta privada sea la actividad principal realizada en jornada ordinaria, y la opción 3, en caso de que la atención en consultorio privado se trate de una actividad adicional a la actividad realizada en jornada ordinaria.</p>
10. Horas Programadas	Anotar el número de horas de consulta que se programaron para el mes en que se está reportando la informe.
11. Horas utilizadas	Anotar el número de horas de consulta realmente utilizadas en el mes en que se está reportando el informe.

DETALLE DE CONSULTA (DATO POR PACIENTE)	
Expediente	Anotar el número de cédula del paciente
Frecuencia	<p>Dos opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primera Vez: <ul style="list-style-type: none"> -Vida -Año -Especialidad 2. Subsecuente <p>Marcar con "X" la opción correspondiente de acuerdo a la frecuencia de consulta del paciente atendido</p>
Referidos a	<p>Tres opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Especialista 2. Hospitalización 3. Otro Establecimiento <p>Marcar con "X" la opción 1 en caso de haber referido al paciente a alguna especialidad de la CCSS. Las opciones 2 y 3 no aplican para el Sistema Mixto de Atención en Salud.</p>
Citas	<p>Tres opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdidas 2. Sustituidas 3. Recargos <p>Marcar con "X" la opción correspondiente de acuerdo con el control de la agenda de citas que lleva el profesional inscrito en el Sistema Mixto.</p>
Referencia	<p>Dos opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibidas 2. Atendidas <p>Marcar con "X" si la consulta del paciente corresponde a una referencia recibida o atendida, según corresponda. Si no corresponde a referencia, se deja en blanco.</p>
Contrareferencia	<p>Marcar con "X" si la consulta del paciente corresponde a una contrareferencia. En caso contrario se deja en blanco.</p>
Altas	Dejar en blanco, ya que no aplica para el Sistema Mixto de Atención.
Citados	Dejar en blanco, ya que no aplica para el Sistema Mixto de Atención.

DETALLE DE CONSULTA																
N°	Expediente	Frecuencia			Referidos a			Citas		Recargo	Referencia		Contrareferencias	Alias	Citados	
		Primera Vez			Subsec.	Especialista	Hospitalización	Otro Establecimiento	Perdidas		Sustituidas	Recibida				Atendida
		Vida	Año	Esp												
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
32																
33																
34																
35																
36																
37																
38																
39																
40																
41																
42																
43																
44																
45																
46																
47																
48																
49																
50																

Observaciones:

8.8.2 Instructivo de llenado del Formulario 4-70-07-0180: Consolidado mensual**FÓRMULA 180
Consolidado mensual**

Campo	Indicaciones para el Llenado por parte de los profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud
1. Establecimiento de Salud.	Digitar el nombre del establecimiento de salud donde está inscrito el consultorio del profesional del Sistema Mixto de Atención en Salud. Ver apéndice en el siguiente apartado de este manual.
2. Región	Digitar el nombre de la Región a la que pertenece el establecimiento de salud donde está inscrito el consultorio profesional del Sistema Mixto de Atención en Salud: Brunca, Central Sur, Central Norte, Choroteaga, Huetar Atlántica, Huetar Norte, Pacífico Central. Ver apéndice en el siguiente apartado de este manual.
3. Mes	Digitar el nombre del mes correspondiente a la fecha de reporte estadístico.
4. Año	Digitar el año (cuatro dígitos) correspondiente a la fecha de reporte estadístico mensual.
5. Modelo	Digitar el número 5, que corresponde al Sistema Mixto de Atención en Salud.
6. Código del centro médico	Digitar el número de unidad programática del establecimiento de salud donde está inscrito el consultorio del profesional del Sistema Mixto de Atención en Salud. Se puede consultar en el Anexo 1 de este Manual o en el sitio WEB http://www.ccss.sa.cr/medicina
7. Servicio	Digitar el servicio en el que se brinda la consulta del Sistema Mixto de Atención, según corresponda con alguna de las siguientes opciones: 001) Medicina, 002) Cirugía, 003) Gineco- obstetricia, 004) Pediatría, 007) Psiquiatría u 027) Odontología. En el caso de médicos generales deberán anotar la opción 001) Medicina.
8. Especialidad	Digitar el nombre de la especialidad del profesional inscrito en el Sistema Mixto o en su defecto Medicina General en caso de no ser especialista. En el caso de los odontólogos anotar Odontología General u Odontología Especializada según corresponda.
7. Atendido por	Indicar el profesional que atiende la consulta del Sistema Mixto de Atención en Salud, de acuerdo con las siguientes opciones: 1) Médico General o 2) Médico especialista. En el caso de los odontólogos marcar la opción 5) Otro profesional.
8. Código profesional	Anotar el código del profesional de salud inscrito en el Sistema Mixto de Atención en Salud, establecido por el Colegio correspondiente.
9. Nombre del profesional	Digitar el nombre completo del profesional en salud inscrito en el Sistema Mixto de Atención.
10. Total	Digitar la sumatoria de las consultas de primera vez y las subsecuentes realizadas durante el mes por el profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención. Incluir todas las consultas, aunque no hayan requeridos servicios de apoyo de la CCSS. Nota: En el formulario de Excel, este dato se carga automáticamente.

11. Primera vez en la vida	<p>Digitar el total de consultas de primera vez en la vida realizadas por el profesional inscrito en el Sistema Mixto, entendida esta consulta como <i>"...la que hace el paciente por primera vez en su vida ha determinado profesional de salud, lo cual implica que debe pasar por los trámites de identificación, apertura de expediente, etc. Las consultas de primera vez en la vida son parte de las consultas de primera vez en el año y algunas son también de primera vez en la especialidad."</i></p>
12. Primera vez en el año	<p>Digitar el total de consultas de primera vez en el año realizadas por el profesional inscrito en el Sistema Mixto, entendida esta consulta como: <i>"... la primera consulta que hace un paciente durante el año calendario a un profesional en salud, por lo que al inicio del año la mayoría de las consultas serán de este tipo. Si no se están registrando las consultas de primera vez en la vida por separado, las consultas de primera vez en el año indicarán el número de consultantes o personas que han demandado algún servicio del establecimiento en el período considerado. Si las de primera vez en la vida se registran por separado, deberán sumarse a las de primera vez en el año para obtener el mismo dato, que es el número absoluto de consultantes o personas atendidas en un año."</i></p>
13. Primera vez en la especialidad	<p>Digitar el total de consultas de primera vez en la especialidad realizadas por el profesional inscrito en el Sistema Mixto.</p>
14. Subsecuentes	<p>Anotar el total de consultas subsecuentes impartidas por el profesional inscrito en el Sistema Mixto, entendida esta consulta como: <i>"Toda consulta que reciba cierto paciente después de la consulta de primera vez en el año en el mismo establecimiento; una parte de ellas será también de primera vez en la especialidad."</i></p>
15. Horas programadas	<p>Anotar el número de horas que programó en el mes el profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención para atender consultas de pacientes.</p>
16. Horas utilizadas	<p>Digitar las horas efectivamente utilizadas por el profesional de salud en la consulta, de las personas incluidas en su agenda de cita. Se obtiene al restar a la hora de finalización de la consulta, la hora de inicio de esta.</p>
17. Usuarios referidos a Especialista	<p>Anotar el número total de usuarios referidos a especialistas de la CCSS durante el mes, por parte del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención en Salud.</p>
18. Usuarios referidos a Hospitalización	<p>No aplica para profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud.</p>
19. Usuarios referidos a Otro establecimiento	<p>No aplica para profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud.</p>
20. Citas perdidas	<p>Anotar todas las citas que, habiéndose otorgado, los usuarios no acudieron (ausentes).</p>
21. Citas sustituidas	<p>Registrar el número de citas que al haber identificado que el paciente citado no asistió, son otorgadas a otro paciente.</p>
22. Recargos	<p>Anotar el número de consultas del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención que se atendieron durante el mes adicionales al cupo (programadas).</p>
23. Referencias recibidas	<p>Anotar el número de solicitudes de envío (referencias) recibidas durante el mes por parte del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención.</p>

24. Referencias atendidas	Anotar el número de solicitudes de envío (referencias) que concluyeron la atención del paciente durante el mes.
25. Contrarreferencias	Anotar el número de las contrarreferencias emitidas durante el mes por parte del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención.
26. Altas	No aplica para profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud.
27. Progresivo	Anotar el número consecutivo de usuarios atendidos.

Apéndice. Lista de Establecimiento de Salud con su respectiva Región

CODIGO ESTABLECIMIENTO	NOMBRE_ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÓDIGO REGION	NOMBRE REGION
2701	H. Fernando Escalante Pradilla	1	Brunca
2702	H. Manuel Mora Valverde	1	Brunca
2703	H. Tomás Casas Casajús	1	Brunca
2704	H. Ciudad Neilly	1	Brunca
2705	H. San Vito de Coto Brus	1	Brunca
2732	A.S. Buenos Aires	1	Brunca
2758	A.S. Corredores	1	Brunca
2759	A.S. Osa	1	Brunca
2760	A.S. Pérez Zeledón	1	Brunca
2761	A.S. Golfito	1	Brunca
2762	A.S. Coto Brus	1	Brunca
2502	H. Enrique Baltodano Briceño	2	Chorotega
2503	H. La Anexión	2	Chorotega
2504	H. Upala	2	Chorotega
2531	A.S. Santa Cruz	2	Chorotega
2534	A.S. Liberia	2	Chorotega
2535	A.S. Nicoya	2	Chorotega
2536	A.S. Upala	2	Chorotega
2555	A.S. Cañas	2	Chorotega
2556	A.S. Abangares	2	Chorotega
2557	A.S. Bagaces	2	Chorotega
2558	A.S. Tilarán	2	Chorotega
2559	A.S. La Cruz	2	Chorotega
2560	A.S. Carrillo	2	Chorotega
2562	A.S. Nandayure	2	Chorotega
2563	A.S. Hojancha	2	Chorotega
2582	A.S. Colorado	2	Chorotega
2401	H. San Carlos	3	Huetar Norte
2402	H. Los Chiles	3	Huetar Norte
2471	A.S. Fortuna	3	Huetar Norte
2472	A.S. Santa Rosa	3	Huetar Norte
2473	A.S. Aguas Zarcas	3	Huetar Norte
2475	A.S. Pital	3	Huetar Norte
2477	A.S. Guatuso	3	Huetar Norte
2481	A.S. Florencia	3	Huetar Norte
2483	A.S. Ciudad Quesada	3	Huetar Norte
2484	A.S. Los Chiles	3	Huetar Norte

CODIGO ESTABLECIMIENTO	NOMBRE_ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÓDIGO REGION	NOMBRE REGION
2601	H. Tony Facio Castro	4	Huetar Atlántica
2602	H. Guápiles	4	Huetar Atlántica
2631	A.S. Siquirres	4	Huetar Atlántica
2632	A.S. Limón	4	Huetar Atlántica
2634	A.S. Guápiles	4	Huetar Atlántica
2651	A.S. Valle La Estrella	4	Huetar Atlántica
2652	A.S. Cariari	4	Huetar Atlántica
2654	A.S. Matina	4	Huetar Atlántica
2655	A.S. Guácimo	4	Huetar Atlántica
2680	A.S. Talamanca	4	Huetar Atlántica
2131	A.S. Barva	5	Central Norte
2205	H. San Rafael de Alajuela	5	Central Norte
2206	H. San Francisco de Asís	5	Central Norte
2207	H. Carlos Luis Valverde Vega	5	Central Norte
2208	H. San Vicente de Paúl	5	Central Norte
2213	A.S. Tibás-Uruca-Merced (Clorito Picado)	5	Central Norte
2214	A.S. Heredia Cubujuquí	5	Central Norte
2216	A.S. Alajuela Norte (Marcial Rodríguez)	5	Central Norte
2219	A.S. Tibás (Rodrigo Fournier)	5	Central Norte
2230	A.S. San Pablo	5	Central Norte
2231	A.S. Santo Domingo	5	Central Norte
2232	A.S. San Rafael de Heredia	5	Central Norte
2233	A.S. Belén-Flores	5	Central Norte
2235	A.S. Naranjo	5	Central Norte
2236	A.S. Grecia	5	Central Norte
2237	A.S. San Ramón	5	Central Norte
2251	A.S. Atenas	5	Central Norte
2252	A.S. Palmares	5	Central Norte
2253	A.S. Poás	5	Central Norte
2254	A.S. Valverde Vega	5	Central Norte
2255	Clínica La Reforma	5	Central Norte
2272	A.S. Alfaro Ruiz	5	Central Norte
2273	A.S. San Isidro	5	Central Norte
2274	A.S. Heredia-Virilla	5	Central Norte
2276	A.S. Alajuela Sur	5	Central Norte
2277	A.S. Alajuela Oeste	5	Central Norte
2278	A.S. Santa Bárbara de Heredia	5	Central Norte

CODIGO ESTABLECIMIENTO	NOMBRE_ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÓDIGO REGION	NOMBRE REGION
2281	A.S. Alajuela Central	5	Central Norte
2319	A.S. Carpio-León XIII	5	Central Norte
2474	A.S. Puerto Viejo-Sarapiquí	5	Central Norte
2650	A.S. Horquetas-Río Frío	5	Central Norte
2210	A.S. Catedral Noreste	6	Central Sur
2211	A.S. Goicoechea 2 (Jiménez Núñez)	6	Central Sur
2212	A.S. Goicoechea 1	6	Central Sur
2215	A.S. Moravia	6	Central Sur
2217	A.S. Coronado	6	Central Sur
2218	A.S. Pavas (Coopesalud)	6	Central Sur
2305	H. Roberto Chacón Paut	6	Central Sur
2306	H. Max Peralta Jiménez	6	Central Sur
2307	H. William Allen	6	Central Sur
2311	A.S. Mata Redonda-Hospital (Moreno Cañas)	6	Central Sur
2312	A.S. Hatillo (Solón Núñez)	6	Central Sur
2314	A.S. Zapote-Catedral (Carlos Durán)	6	Central Sur
2315	A.S. Desamparados 1 (Marcial Fallas)	6	Central Sur
2317	A.S. Desamparados 2	6	Central Sur
2318	A.S. San Francisco-San Antonio	6	Central Sur
2331	A.S. Puriscal-Turubares	6	Central Sur
2332	A.S. Paraíso- Cervantes	6	Central Sur
2333	A.S. La Unión	6	Central Sur
2334	A.S. Acosta	6	Central Sur
2335	A.S. Aserrí	6	Central Sur
2336	A.S. Alajuelita	6	Central Sur
2339	A.S. Desamparados 3	6	Central Sur
2342	A.S. Cartago	6	Central Sur
2345	A.S. Escazú	6	Central Sur
2347	A.S. S. Sebastián-Paso Ancho	6	Central Sur
2348	A.S. Turrialba-Jiménez	6	Central Sur
2352	A.S. Los Santos	6	Central Sur
2356	A.S. Curridabat	6	Central Sur
2357	A.S. Montes de Oca	6	Central Sur
2358	A.S. San Juan-San Diego-Concepción	6	Central Sur
2382	A.S. Mora - Palmichal	6	Central Sur
2387	A.S. Santa Ana	6	Central Sur

CODIGO ESTABLECIMIENTO	NOMBRE_ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÓDIGO REGION	NOMBRE REGION
2390	A.S. Corralillo	6	Central Sur
2392	A.S. El Guarco	6	Central Sur
2395	A.S. Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	6	Central Sur
2256	A.S. Orotina-San Mateo	7	Pacífico Central
2308	H. Max Terán Valls	7	Pacífico Central
2351	A.S. Parrita	7	Pacífico Central
2501	H. Monseñor Sanabria	7	Pacífico Central
2511	A.S. San Rafael	7	Pacífico Central
2552	A.S. Esparza	7	Pacífico Central
2553	A.S. Montes de Oro (Miramar)	7	Pacífico Central
2554	A.S. Chomes Monteverde	7	Pacífico Central
2579	A.S. Peninsular (Jicaral/Paquera/Cóbano)	7	Pacífico Central
2586	A.S. Chacarita	7	Pacífico Central
2590	A.S. Barranca	7	Pacífico Central
2592	A.S. Garabito	7	Pacífico Central
2594	A.S. Quepos	7	Pacífico Central
2101	H. Rafael A. Calderón Guardia	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2102	H. San Juan de Dios	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2103	H. Dr. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2104	H. México	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2105	H. De Las Mujeres (Adolfo Carit)	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2202	H. Raúl Blanco Cervantes	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2203	Centro Nacional de Rehabilitación	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2304	H. Psiquiátrico (Dr. Manuel Chapui)	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2801	Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2802	Clínica Oftalmológica	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados
2904	Unidad Control del SIDA/ITS	8	Hospitales Nacionales y Centros especializados

8.9 Procedimiento: Gestión Administrativa ante Incumplimientos en el Sistema Mixto de Atención en Salud

1. Inicio del procedimiento
2. El funcionario responsable por parte de la CCSS (en el nivel local, nivel regional o nivel central) identifica el incumplimiento por parte de un profesional de alguno de los requerimientos definidos en el Reglamento y Manual de Procedimientos del Sistema Mixto de Atención en Salud.

De acuerdo con el artículo 21 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud se tipifican como incumplimientos los siguientes:

- i. Incumplimiento en la entrega del Reporte Mensual Estadístico.
- ii. Intentar acceder a una oferta de servicios no establecida en el Reglamento.
- iii. No mantener actualizada la información de registro del profesional cuando se presenten cambios o así sea solicitado por la CCSS.
- iv. Intentar acceder a la oferta de servicios establecida, incumpliendo los requisitos de permanencia en el Sistema Mixto de Atención estipulados en el Reglamento.
- v. Manejo de los expedientes contrario a lo estipulado en el Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud.
- vi. No permitir el acceso a los expedientes de salud a la CCSS para fines de supervisión.
- vii. Utilización inadecuada de la papelería institucional o de las aplicaciones informáticas (EDUS) disponibles en el Sistema Mixto de Atención.
- iii. Disposición de un “stock” de medicamentos suministrados por la CCSS.
- ix. En el caso de profesionales que laboran para la Institución, referirse a sí mismo pacientes desde la consulta privada a su consulta con la CCSS, con las excepciones que plantea este Reglamento.
- x. No contar con un consultorio acreditado por el Ministerio de Salud.
- xi. Estar inactivo o suspendido por el colegio profesional correspondiente.
- xii. No estar afiliado o no estar al día con el pago de las obligaciones a la Seguridad Social.
- iii. Incumplimiento de cualquier artículo definido en este Reglamento, no seguimiento de los procedimientos del Sistema Mixto de Atención en Salud o cualquier otro acto que comprometa los intereses de la CCSS

3. El funcionario responsable por parte de la CCSS conforma un expediente administrativo con las evidencias del caso.

Si el incumplimiento se identificó por parte de un funcionario en el nivel local o regional, puede solicitar asesoría a la unidad responsable del Sistema en el nivel central, sobre las medidas administrativas correspondientes.

4. El funcionario responsable por parte de la CCSS realiza la comunicación formal del incumplimiento al profesional correspondiente, solicitándole subsanar o aclarar la situación.

5. ¿El profesional en ciencias de la salud subsana la situación (justifica el incumplimiento y/o indica las acciones que realizará para corregir o aclarar los hechos) en un plazo máximo de 5 días hábiles? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6, si es negativa continúa con la actividad 7.
6. El funcionario responsable por parte de la CCSS cierra el caso, actualiza el expediente administrativo e informa a los involucrados la determinación tomada. Fin del procedimiento.
7. ¿El incumplimiento fue identificado por un funcionario en el nivel local o regional? Si la respuesta es afirmativa continua en la actividad 8, si la respuesta es negativa continua en la actividad 16.
8. El funcionario responsable por parte de la CCSS en el nivel local o regional informa formalmente del incumplimiento a la unidad responsable del Sistema en el nivel central y remite copia del expediente administrativo del caso para que se tomen las medidas administrativas correspondientes.
9. El funcionario responsable por parte de la CCSS en el nivel central realiza la revisión del caso y del expediente administrativo.
10. ¿Es necesario información adicional para tomar una determinación respecto a la situación identificada? Si la respuesta es afirmativa continua en la actividad 11, si es negativa continua con la actividad 14.
11. El funcionario responsable por parte de la CCSS en el nivel central solicita información adicional al profesional o al funcionario responsable en el nivel local o regional.
12. El profesional o el funcionario en el nivel local o regional presenta la información solicitada, en un tiempo máximo de 5 días hábiles.

Si la información solicitada no es aportada por el profesional o por el nivel local o regional en el tiempo dispuesto se tomará la determinación administrativa con la evidencia existente
13. El funcionario responsable por parte de la CCSS en el nivel central revisa la información adicional solicitada.
14. ¿El caso amerita una gestión administrativa para el profesional? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 15, si es afirmativa continúa con la actividad 16.
15. El funcionario responsable por parte de la CCSS en el nivel central cierra el caso por falta de evidencias o fallos en los procesos administrativos e informa a los involucrados la decisión tomada. Fin del procedimiento.
16. ¿El caso corresponde a un incumplimiento recurrente en un plazo menor a veinticuatro meses por parte del mismo profesional? Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 17, si es afirmativa continúa con la actividad 18.

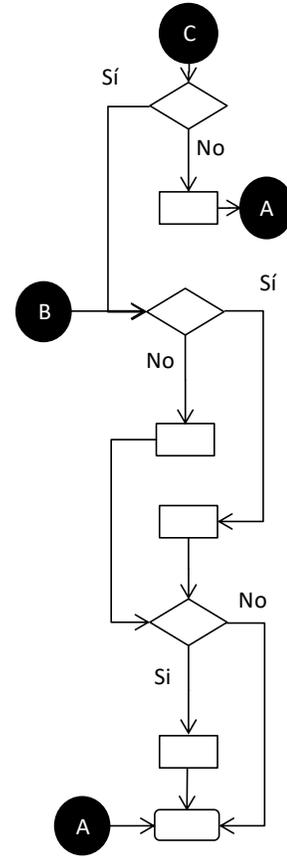
17. El funcionario responsable por parte de la CCSS en el nivel central realiza la inactivación del profesional en el sistema e informa a los involucrados la decisión tomada. Continúa con la actividad 19.
18. El funcionario responsable por parte de la CCSS en el nivel central realiza la inactivación del profesional en el sistema por un periodo de 3 meses e informa a los involucrados la decisión tomada.
19. ¿El profesional realiza la subsanación del incumplimiento y posteriormente al periodo de inactivación solicita formalmente a la unidad responsable del Sistema en el nivel central su reactivación en el Sistema? Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 20, si la respuesta es negativa finaliza el procedimiento.
20. El funcionario de la unidad responsable del Sistema en el nivel central reactiva al profesional en el Sistema y comunica la decisión tomada a los involucrados.
21. Fin del procedimiento.

Según la gravedad o frecuencia de el o los incumplimientos, la CCSS tiene la potestad de iniciar los procedimientos administrativos y legales que considere oportunos y que pudiesen derivar en la cancelación definitiva de la inscripción.

Diagrama de flujo

#	Descripción de la actividad	Participantes		
		Funcionario responsable CCSS	Funcionario responsable Nivel Local o Regional	Funcionario responsable Nivel Central
1	Inicio del procedimiento	<pre> graph TD Start([Inicio]) --> T1[] T1 --> T2[] T2 --> T3[] T3 --> T4[] T4 --> D1{¿El profesional en ciencias de la salud subsana la situación (justifica el incumplimiento y/o indica las acciones que realizará para corregir o aclarar los hechos), en un plazo máximo de 5 días hábiles?} D1 -- Si --> T5[] D1 -- No --> D2{¿El incumplimiento fue identificado por un funcionario en el nivel local o regional?} T5 --> A((A)) D2 -- No --> B((B)) D2 -- Si --> T6[] T6 --> T7[] T7 --> D3{¿Es necesario información adicional para tomar una determinación respecto a la situación identificada?} D3 -- No --> C((C)) D3 -- Si --> T8[] T8 --> T9[] T9 --> T10[] T10 --> C </pre>		
2	Identifica el incumplimiento por parte de un profesional de alguno de los requerimientos definidos en el Reglamento y Manual de Procedimientos del Sistema Mixto de Atención en Salud.			
3	Conforma un expediente administrativo con las evidencias del caso.			
4	Realiza la comunicación formal del incumplimiento al profesional correspondiente, solicitándole subsanar o aclarar la situación.			
5	¿El profesional en ciencias de la salud subsana la situación (justifica el incumplimiento y/o indica las acciones que realizará para corregir o aclarar los hechos), en un plazo máximo de 5 días hábiles?			
6	Cierra el caso, actualiza el expediente administrativo e informa a los involucrados la determinación tomada. Fin del procedimiento.			
7	¿El incumplimiento fue identificado por un funcionario en el nivel local o regional?			
8	Informa formalmente del incumplimiento a la unidad responsable del Sistema en el nivel central y remite copia del expediente administrativo del caso para que se tomen las medidas administrativas correspondientes.			
9	Realiza la revisión del caso y del expediente administrativo.			
10	¿Es necesario información adicional para tomar una determinación respecto a la situación identificada?			
11	Solicita información adicional al profesional o al funcionario responsable en el nivel local o regional.			
12	Presenta la información solicitada en un tiempo máximo de 5 días hábiles.			
13	Revisa la información adicional solicitada.			

#	Descripción de la actividad	Participantes		
		Funcionario responsable CCSS	Funcionario responsable Nivel Local o Regional	Funcionario responsable Nivel Central
14	¿El caso amerita una gestión administrativa para el profesional?			
15	Cierra el caso por falta de evidencias o fallos en los procesos administrativos e informa a los involucrados la decisión tomada. Fin del procedimiento.			
16	¿El caso corresponde a un incumplimiento recurrente en un plazo menor a veinticuatro meses por parte del mismo profesional?			
17	Realiza la inactivación del profesional en el sistema e informa a los involucrados la decisión tomada. Continúa con la actividad 19.			
18	Realiza la inactivación del profesional en el sistema por un periodo de 3 meses e informa a los involucrados la decisión tomada.			
19	¿El profesional realiza la subsanación del incumplimiento y posteriormente al periodo de inactivación solicita formalmente a la unidad responsable del Sistema en el nivel central su reactivación en el Sistema?			
20	Reactiva al profesional en el Sistema y comunica la decisión tomada a los involucrados.			
21	Fin del procedimiento			



Manual de Procedimientos	Sistema Mixto de Atención en Salud	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.PSA.02	Página 63 de 63
--------------------------	------------------------------------	------------------------------	-----------------

9. Contacto para consultas

Programa de Sistemas Alternativos

Números telefónicos: 2539-1257, 2539-1253, 2539-05-94

Correo electrónico psistalt@ccss.sa.cr

10. Monitoreo y auditoria del Manual de Procedimientos

El Programa de Sistemas Alternativos, como unidad responsable del Sistema Mixto de Atención en Salud en el Nivel Central, será la encargada de la revisión y mejora continua del presente Manual de Procedimientos.

Tanto el Programa de Sistemas Alternativos en el Nivel Central, como las Direcciones Regionales, y los centros de salud en el ámbito local, deberá verificar periódicamente que los actores participantes cumplan con las actividades establecidas en este manual de procedimientos, e informar oportunamente a la instancia responsable del Sistema en el Nivel Central.

11. Referencias

- CCSS (2018). Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud. San José, Costa Rica.
- CCSS (2017). Instrucción de trabajo Inscripción de médicos en el Sistema Mixto de Atención en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Código IT.GM.DDSS.PSA.100217-2017. Programa de Sistemas Alternativos.
- Procedimientos e instrucciones de trabajo de los Servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico y Radiología.
- Protocolos de referencia institucionales