

Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud	
Reglamento 8755 del 11/12/2014	
Datos Generales:	
Ente Emisor:	Caja Costarricense de Seguro Social
Versión de la norma:	1 de 1 del 11/12/2014
Contenido:	23 artículos 1 Transitorios
Datos de la Publicación: N° Gaceta: 23 del: 03/02/2015	

REGLAMENTO DEL SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN EN SALUD
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

JUNTA DIRECTIVA

**Aprobación Reglamento del Sistema Mixto
de Atención en Salud**

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 3º de la sesión número 8755, celebrada el 11 de diciembre del 2014, aprobó el siguiente Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud:

REGLAMENTO DEL SISTEMA MIXTO

DE ATENCIÓN EN SALUD

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1º-Definiciones

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 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) **Director:** profesional en Ciencias Médicas responsable de la gestión y prestación de los servicios en salud de su área de adscripción.

e) **Director Regional:** profesional en Ciencias Médicas responsable de la gestión de los servicios de salud de una región o jurisdicción geográfica, previamente establecida por la Caja.

f) **Infraestructura:** lugar o espacio físico, en el cual se suministran los servicios de salud demandados, propiedad del o los profesionales, persona jurídica o empresa que cumplan con lo establecido en la Ley General de Salud.

g) **Inscripción:** proceso mediante el cual el profesional en salud se incorpora a este sistema de atención, lo que permitirá a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) velar por la calidad y seguridad en beneficio de los usuarios, acorde con lo que establece la normativa vigente.

h) **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.

i) **Profesional:** persona con educación en Ciencias de la Salud debidamente inscrito y autorizado por los respectivos Colegios Profesionales de Costa Rica. Se incluye en esta definición, para efectos reglamentarios, los médicos generales y especialistas, odontólogos, psicólogos, enfermeros y farmacéuticos.

j) **Riesgos del Trabajo:** son los accidentes y las enfermedades que ocurren a los

trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades. (artículo 195, Código de Trabajo).

k) **Riesgo Excluido:** se trata de todas aquellas atenciones de tipo médico-quirúrgico que no se contemplan dentro del tipo de seguro que ofrece la CCSS, por saber invalidez, vejez, muerte, enfermedad y maternidad. Se consideran riesgos excluidos los riesgos del trabajo y los riesgos por seguro obligatorio automotor.

l) **Servicio:** producto final de las diferentes actividades que componen el proceso de atención en salud directa a la persona.

m) **Sistema:** combinación de operaciones, procesos y procedimientos que se realizan con el objeto de brindar un servicio, en este caso, la prestación de servicios de salud.

n) **Sistema Mixto de Atención en Salud:** es una forma alternativa de prestación de servicios de salud que se le brinda al asegurado y que consiste en la facultad de los asegurados 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.

o) **Unidad Responsable del Sistema de Atención:** 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 debe ser designado por la Gerencia Médica de la CCSS y dado a conocer a los interesados.

p) **Caso de Urgencia:** es el tipo de atención en salud que se requiera brindar de manera impostergable ante situaciones que generen un riesgo inmediato para la vida de la persona.

Artículo 2º-Del Objetivo del Sistema

a) Ofrecer a los asegurados una modalidad alternativa de acceso a los servicios de atención en salud no urgente que brinda la CCSS, de manera que el usuario pueda elegir profesionales privados de su elección, accediendo, a través de éste, a una oferta de servicios institucionales definida.

b) El presente Reglamento no pretende limitar la prestación de los servicios de salud que

los profesionales autorizados deseen brindar en su ámbito privado sino enmarcar, específicamente, el proceso de atención en salud que llevará a cabo el profesional como parte de la alianza con la CCSS.

Artículo 3º-Beneficiarios y Usuarios del Sistema Mixto de Atención en Salud

a) Son beneficiarios de este Sistema Mixto de Atención en Salud todos los asegurados que se encuentren al día con la seguridad social y que en forma voluntaria deseen hacer uso de él, mediante la contratación directa de los servicios privados de un profesional en Ciencias de la Salud de su escogencia y que esté adscrito a este sistema.

b) Son usuarios de este sistema los profesionales en ciencias de la salud que voluntariamente deseen inscribirse y que, cumpliendo con los requisitos establecidos, la CCSS autorice para dicho fin.

c) Para los efectos correspondientes, la CCSS autoriza en este acto a los profesionales en medicina (médicos generales y especialistas) para que puedan voluntariamente optar por su inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud.

d) La CCSS se reserva el derecho de incluir otros profesionales en ciencias de la salud, previo análisis de conveniencia para los asegurados y de sostenibilidad financiera para la Institución, para lo cual se deberá definir la oferta de servicios a la que tendría acceso dicho profesional.

CAPÍTULO II

De la Inscripción al Sistema y sus Requisitos

Artículo 4º-Del Proceso de Inscripción

a) Para ingresar al Sistema Mixto de Atención en Salud, el profesional interesado deberá solicitar el Formulario "Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud" en el Área de Salud de la CCSS o acceder a él en la página WEB de la Institución.

b) Se le permite al profesional en salud inscribir más de un consultorio, para cada uno de los cuales debe seguir el procedimiento de inscripción que se detalla, por lo que la inscripción al sistema implica una autorización para acceder a la oferta desde determinado consultorio, el cual debe estar ligado a un profesional.

c) No se autorizan horarios repetidos con otros profesionales para laborar en un mismo consultorio.

d) El profesional interesado deberá completar el formulario de inscripción del punto a) y adjuntar la siguiente documentación:

. Certificación de incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, con no más de 90 (noventa) días de emitido, donde conste la especialidad que ostenta.

. Fotocopia de Habilitación del Consultorio Médico expedido por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento, Decreto 34728-S, y con la Norma para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa y Especialidades Médicas, Decreto 30699-S.

e) El profesional interesado deberá entregar el formulario completo y la documentación indicada en el Área de Salud de la CCSS en la que le corresponde por área de adscripción, según ubicación del consultorio, tomando en cuenta que la firma en el formulario de inscripción implica una aceptación y compromiso de cumplir con todo lo estipulado en el presente Reglamento.

f) El Área de Salud correspondiente procederá a la revisión de los documentos aportados y en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles deberá indicarle al profesional si debe realizar alguna corrección en la información suministrada.

g) El Área de Salud remitirá la información completa a la unidad responsable del Sistema en el Nivel Central de la CCSS o, en su defecto, donde la entidad competente defina en sus procesos, según la mejora continua y trabajo en red, en un plazo de 3 (tres) días hábiles posteriores a constatar que los requisitos entregados cumplen con la normativa, en donde se incorporará la información del médico en la base de datos del Sistema Mixto de Atención en Salud.

h) En un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles después de recibida la información de forma satisfactoria, la unidad responsable del Sistema en el Nivel Central de la CCSS o, en su defecto, donde la entidad competente defina en sus procesos, según la mejora continua, deberá comunicarle al profesional y al área de salud correspondiente, por los medios disponibles, que fue inscrito satisfactoriamente y que puede iniciar con la utilización de los servicios prestados.

i) El profesional deberá actualizar la información presentada en el Formulario "Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud", ante alguna de las siguientes situaciones: a) vencimiento del permiso de funcionamiento del consultorio, b) cambio de ubicación; c) cuando sea solicitado por la unidad responsable del Sistema de la CCSS.

j) Para actualizar la información, el profesional deberá presentar el formulario de inscripción y copia del permiso de funcionamiento vigente del consultorio al área de salud donde se encuentra inscrito en un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales posteriores a la

ocurrencia de alguna de las situaciones indicadas en el inciso anterior.

Artículo 5º-Del recurso humano, instalaciones y equipos

a) Los profesionales en ciencias de la salud inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud proporcionarán la infraestructura, equipamiento tecnológico y el recurso humano técnico y administrativo necesario, que asegure la calidad adecuada de los servicios de salud, con base a lo estipulado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y el Ministerio de Salud, que permita cumplir con los procesos estipulados en el Sistema.

b) Para todos los casos, el profesional en ciencias de la salud deberá contar con un consultorio, el cual tendrá que estar habilitado por el Ministerio de Salud, debiendo cumplir este requisito para la inscripción en el Sistema.

Artículo 6º-De la papelería

a) Para tener acceso a la oferta de servicios de este Sistema de atención, los profesionales inscritos deben utilizar solamente la papelería oficial autorizada para este fin.

b) La CCSS proporcionará la papelería Institucional que los profesionales requieren para tener acceso a la oferta establecida en el presente Reglamento.

c) La papelería de la CCSS disponible, para uso de los profesionales autorizados dentro de ese Sistema de atención, es la siguiente:

Papelería	Código Institucional
Receta de medicamentos	4-70-03-0160
Receta Inyectables	4-70-06-1640
Psicotrópicos / Estupefacientes	4-70-03-0205
Referencia y Contrareferencia	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

d) Los profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud retirarán, en el área de adscripción que le corresponda, la papelería que requieran para la atención de los asegurados.

e) La papelería se otorgará a precio de costo. Las proveedurías de los centros de salud de la CCSS o quien se establezca en cada nivel local como responsable de la venta de los formularios actualizarán el precio de la papelería, con la información que genera el Sistema Informático de Contabilidad de Suministros (SICS), mediante solicitud al Área de Contabilidad Control de Activos y Suministros.

f) La cantidad se entregará de acuerdo con la necesidad del profesional, considerando su consumo promedio y, según la disponibilidad de formularios, en el área de adscripción correspondiente.

g) El profesional adscrito deberá cumplir con lo establecido en el Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, así como con lo dispuesto por parte de la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes. Los profesionales podrán solicitar los formularios o recetarios de psicotrópicos (4-70-03-0205) en la oficina que se defina en cada área de salud, otorgándoseles, un máximo de dos, cuando se trate de la primera solicitud y, posteriormente, a la entrega del formulario lleno se otorgará uno nuevo. Para el caso de estupefacientes, los prescriptores a nivel privado adquieren en forma individual los recetarios en el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, los cuales son rotulados a nombre de cada prescriptor. Estos recetarios de estupefacientes deben ser recibidos en las farmacias de la CCSS sin necesidad del sello descrito en el inciso h), siempre y cuando se ajusten a la oferta permitida para este tipo de medicamentos en este Sistema y el profesional se encuentre debidamente inscrito en él.

h) Los centros de salud de la CCSS deben asegurarse de que todos los formularios que sean entregados para ser utilizados bajo este Sistema de atención 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, con el fin de mantener un adecuado control sobre el particular. Además, deben verificar que los profesionales que soliciten la papelería estén, efectivamente, adscritos a ese centro de salud y se encuentren

activos en el Sistema Mixto de Atención en Salud al momento de la solicitud. En caso contrario, no se les deberá hacer entrega de la papelería.

i) La entrega de toda la papelería se hará de manera personal al profesional inscrito o a 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. Para todos los casos se debe solicitar documento de identificación de quien recibe la papelería.

j) Los centros de salud llevarán un registro con los nombres de los profesionales a los que se les vende papelería, indicando la cantidad entregada de cada formulario, la fecha, el consecutivo, así como nombre y cédula de la persona que recibe.

k) Los profesionales deben incorporar a los formularios que se les entregue, un sello con su nombre, código y especialidad inscrita, lo que deben verificar los centros de salud de la CCSS para la entrega de la oferta solicitada.

CAPÍTULO III

Proceso de consulta

Artículo 7º-Referente a los Asegurados

a) Todo asegurado tiene el derecho de utilizar el Sistema Mixto de Atención en Salud, en el cual puede escoger libremente al profesional privado de su preferencia autorizado dentro del Sistema y a recibir, de parte de la CCSS, los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento solicitados por el profesional, dentro de la oferta de servicios establecida en artículos posteriores, según las posibilidades financieras institucionales y lo que se establece en el Capítulo VI, artículos 75, 76 y 77 del Reglamento del Seguro de Salud. Lo anterior en igualdad de condiciones que los usuarios de otras modalidades de atención.

b) Para acogerse a los servicios que se ofrecen en este Reglamento se requiere que el asegurado presente en el área de salud correspondiente, la orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango con fotografía y el carné de asegurado vigente. (Artículo 74 Reglamento de Salud).

c) Todo asegurado debe utilizar racionalmente los servicios que le ofrece la CCSS en este Sistema Mixto de Atención en Salud. Esto incluye, entre otros, el retiro de los medicamentos, resultados de exámenes de laboratorio clínico, imágenes médicas y asistencia a citas en los tiempos establecidos institucionalmente para dicho fin.

Artículo 8º-Referente a los Profesionales

a) Sin perjuicio de lo pactado en la relación contractual fijada entre los profesionales y el asegurado, los profesionales inscritos en el Sistema deben brindar servicios de atención integral en salud a las personas, considerando los lineamientos establecidos para este Sistema y aquellos que en un futuro se decida en materia de atención directa a las personas, ingreso a la red de atención de la CCSS, prescripción de medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete, imágenes médicas y pruebas especiales.

b) Para que los pacientes de los profesionales puedan tener acceso a la oferta de servicios, el profesional en salud será responsable de la ejecución de las actividades que se le definen en el presente Reglamento.

c) El profesional autorizado tiene la obligación de llevar un expediente de salud individual único de los pacientes que atiende, anotando en él todos los datos de interés clínico y cualquier servicio solicitado a la CCSS dentro de la oferta descrita en este Reglamento. Dicho expediente podrá ser físico o digital y estará sujeto a la evaluación por parte de la Caja, respetando el derecho privado y confidencialidad del usuario. De contar con un sistema digital de expediente de salud, este sistema no sustituye la papelería definida en el artículo 6 del presente Reglamento. Lo relacionado con el expediente clínico debe apegarse a lo normado por el Ministerio de Salud y el Colegio profesional respectivo para el ejercicio privado de la profesión y son dichos entes quienes deben velar por el adecuado manejo del expediente clínico en el consultorio privado.

d) La CCSS pondrá a disposición de los médicos inscritos en este Sistema los módulos que considere convenientes que son parte del Expediente Digital Único en Salud, lo anterior al momento en que la Institución cuente con la capacidad instalada requerida y de acuerdo con el protocolo de operacionalización que se confeccione para dicho fin, en el entendido que todo recurso necesario para la puesta en funcionamiento del EDUS en los consultorios privados debe ser aportado por el profesional inscrito.

La administración debe garantizar los mecanismos de control para que los módulos del EDUS sean utilizados exclusivamente para los fines institucionales.

d) Los profesionales adscritos serán responsables del buen uso, de la confidencialidad de la información y de la custodia de la papelería y documentación entregada por la Caja Costarricense de Seguro Social.

e) En caso que el profesional extravíe la papelería, debe comunicarlo al área de salud de adscripción del consultorio, para que se tomen las medidas correspondientes. En caso de que el extravío corresponda a formularios de psicotrópicos o estupefacientes, el profesional debe cumplir con lo establecido en el Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas, así como con lo dispuesto por parte de la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes referente al procedimiento por seguir en caso de

pérdida de un formulario.

f) Si el profesional decide permanecer definitivamente fuera del Sistema, es obligación de él comunicarlo a la unidad de adscripción y devolver inmediatamente la papelería sobrante, ante la unidad que se la vendió. De no cumplir con esta obligación, la Caja se reserva el derecho de establecer una reclamación legal por la mala utilización de los formularios propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 9º-Registros estadísticos e información sobre el Sistema

a) Para efectos estadísticos los profesionales autorizados deben llevar los registros diarios respecto de los servicios que se brindan en el Sistema Mixto de Atención en Salud, en cada consultorio inscrito, específicamente, información de consulta externa, causas de consulta y referencias, así como de toda variable que, eventualmente, la CCSS considere incorporar y por los medios y formularios que ésta defina.

b) Estos datos consolidados en las herramientas que la CCSS instruya para tal fin, deben ser entregados al área de salud de adscripción de cada consultorio inscrito por el profesional en los primeros 10 (diez) días hábiles del mes y deben seguir los canales necesarios de acuerdo con lo que instruya la unidad responsable de la estadística institucional. Esta última debe asegurar que la información esté disponible para la mejora continua del sistema de atención.

c) Las áreas de salud deben llevar registro de la entrega de estos formularios, por parte de los profesionales, mensualmente e informar de los incumplimientos a la unidad responsable del sistema, para que se tomen las medidas reglamentarias correspondientes.

CAPÍTULO IV

Sobre el Control del Sistema por parte de la CCSS

Artículo 10.-Control del Sistema

a) Para la entrega de la oferta establecida en este Reglamento, los servicios de los centros de salud deben verificar que el profesional solicitante se encuentre inscrito y activo dentro del Sistema de atención; en caso contrario, no tendrá acceso a la oferta. Asimismo, deberán verificar la condición de aseguramiento de los usuarios tal y como está descrito en el artículo 7 inciso b).

b) Para efectos de verificación sobre la inscripción y el estado de los profesionales, la unidad responsable del Sistema, en el nivel central, debe poner a disposición de los centros de salud la información respectiva, a través de los medios disponibles. De igual manera los centros de salud deben garantizar que dicha información esté disponible para consulta en los distintos servicios con los que el usuario se debe relacionar dentro de los

centros para acceder a la oferta en este Sistema de atención (proveeduría, farmacia, laboratorio clínico, radiología, registros de salud y todos los que se consideren necesarios).

c) El nivel regional o quien en su momento asuma como función la supervisión sobre el nivel local de la CCSS, supervisará el cumplimiento de lo establecido a través de lineamientos y en el presente Reglamento, específicamente, los controles operativos que son responsabilidad de los centros de salud correspondientes a su red de acuerdo con lo descrito en los artículos 4 incisos f) y g), 6 incisos d), e), f), g), h), i), j) y k), 7 incisos b) y c), 9 incisos b) y c), 10 inciso b), 12 inciso b), 13 inciso c), 14 incisos b) y c), 15 inciso f), 16 inciso g) y 20 inciso d).

d) Es compromiso de la CCSS, a través de la unidad responsable del sistema, realizar las siguientes acciones para su control.

i. Emitir normas de control y evaluación del Sistema Mixto de Atención en Salud.

ii. Evaluar y asesorar la supervisión operativa ejercida por los niveles regionales sobre los niveles locales que establece el inciso c) del presente artículo.

iii. Evaluar el funcionamiento y objetivos del Sistema Mixto de Atención en Salud.

e) Al ejercer la evaluación, mediante las dependencias correspondientes, según lo que se establece en el artículo 5 de la Ley General de Salud, la CCSS podrá solicitar la información que sea de interés local y nacional.

f) La CCSS tiene el derecho a evaluar, por los medios que ésta defina, el cumplimiento del presente Reglamento, por parte de los profesionales adscritos a este Sistema.

Artículo 11.-Mejora continua del Sistema

a) La CCSS, a través de la unidad responsable del Sistema, deberá realizar las siguientes acciones como parte del proceso de su mejora continua.

i. Proponer, con base en las evaluaciones realizadas, posibles cambios en el Sistema y en el presente Reglamento.

ii. Revisar continuamente los procesos e instrumentos de trabajo relacionados con el Sistema, con el fin de identificar e implementar posibles mejoras.

iii. Gestionar la actualización del Sistema de información, conforme con las necesidades

diarias y de acuerdo con la frecuencia requerida.

Artículo 12º-Asesoría técnica sobre el Sistema

a) La CCSS, a través de la unidad responsable del Sistema, deberá proveer la información y la asesoría técnica respecto del Sistema Mixto de Atención en Salud a las instancias institucionales y profesionales externos que así lo requieran, de la manera más expedita posible.

b) La asesoría técnica será ofrecida de forma escrita, presencial, telefónica o por los medios electrónicos disponibles. Ella podrá solicitarse en el área de salud de adscripción o directamente a la unidad responsable del Sistema en el Nivel Central.

CAPÍTULO V Oferta de Servicios

Artículo 13.-Complejidad de la prestación de los servicios

a) Los servicios de apoyo que brindará la Caja dentro del Sistema Mixto de Atención en Salud, deben ser homólogos a los brindados por la CCSS en el primer nivel de atención, según el modelo de atención vigente, excepto por lo así estipulado para casos específicos en el articulado de este Reglamento.

b) El profesional médico puede referir al usuario a la red de la CCSS, mediante referencia directa en la boleta código 4-70-04-0140, a las áreas de salud tipo 1 y a las siguientes especialidades disponibles en la red: Pediatría, Medicina familiar, Psiquiatría, Medicina interna, Cirugía general y Ginecoobstetricia, en todos los casos según el lugar de residencia de la persona.

Las referencias a especialidades de la CCSS se realizan respetando el siguiente orden ascendente: Áreas de Salud tipo 2, Áreas de Salud tipo 3, Hospital Periférico, Hospital Regional y Hospital Nacional, es decir, se referirá a la unidad institucional de menor complejidad que cuente con la especialidad requerida, según la red correspondiente al usuario.

c) Los centros de salud de la CCSS deben asegurar el cumplimiento de lo estipulado en el inciso b) del presente artículo y para ello cuenta con los diferentes sellos definidos en el artículo 6, incisos h) y k) y con la información disponible sobre la inscripción de los profesionales.

Artículo 14.-Lugar de Realización

a) La realización, por parte de la CCSS, de los servicios de consulta a especialistas, así como de apoyo al diagnóstico y tratamiento descritos en este Reglamento serán realizados en la unidad de adscripción del usuario, según su lugar de residencia.

b) Para los casos de profesionales que laboran para la CCSS y estén adscritos al sistema mixto, no se autoriza que dichos profesionales se refieran pacientes a sí mismos desde su consulta privada a la pública. Lo anterior es permitido únicamente para los casos en que el lugar de adscripción de la persona y el nivel de complejidad correspondiente a dicha atención coincida con el centro de trabajo del profesional, y que éste sea el único profesional en ese centro que ostente la especialidad a la que se está refiriendo. Las unidades que asignan citas serán las responsables de velar por este requisito.

c) El orden de atención a los usuarios referidos, para cualquier servicio definido en la oferta de este Reglamento, desde el Sistema Mixto de Atención en Salud a los centros de la CCSS, será en igualdad de condiciones que con aquellos referidos desde las unidades internas institucionales.

Artículo 15.-De los Servicios de Apoyo Farmacéutico

a) El despacho de recetas de medicamentos se realizará en el lugar de adscripción del paciente o en su defecto donde así sea dispuesto por la CCSS.

b) La prescripción y el despacho de los medicamentos aplica para medicamentos almacenables incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), de acuerdo con los lineamientos institucionales de uso emitidos por parte del Comité Central de Farmacoterapia, para el primero y segundo nivel de atención, y se regirán, según lo estipulado en las Normas para la Prescripción, Dispensación y Administración de Medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) vigente, que actualmente está disponible en la página web de la Caja Costarricense de Seguro Social en la siguiente dirección electrónica: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Farmacoepidemiologia

c) Para los efectos de prescripción de medicamentos autorizados para especialidades médicas, se respetará la especialidad médica del prescriptor, siempre y cuando no corresponda a medicamentos de uso hospitalario, medicamentos regulados por protocolos específicos, ni medicamentos para atender casos de patologías refractarias a otros tratamientos de uso institucional, en cuyo caso serían autorizados con la valoración individualizada del especialista institucional, refiriéndolo al centro de salud institucional de adscripción del paciente. En caso que los medicamentos autorizados no estén disponibles en el área de adscripción del asegurado, corresponde el despacho a la unidad de adscripción correspondiente de mayor complejidad donde esté disponible, según la red de servicios.

d) El paciente presentará la receta del medicamento en el servicio de farmacia de su área de

adscripción o en su defecto donde así sea dispuesto por la CCSS, con los siguientes documentos de identificación y aseguramiento: documento de identificación con fotografía, carné de asegurado y documento de comprobación de derechos vigentes, como es el caso de la orden patronal. En los casos en los que la receta sea presentada por un tercero, deberá presentar el carné de asegurado y documento de comprobación de derechos vigentes del paciente, como es el caso de la orden patronal.

e) En los casos en los que el paciente no cuente con la orden patronal al día, deberá de presentarse en la unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos (Validación de derechos) para la verificación del estado de aseguramiento.

f) Las farmacias institucionales o contratadas para este fin deberán llevar un registro de las recetas de medicamentos despachadas y las recetas de medicamentos reintegradas por no retiro correspondientes al Sistema Mixto de Atención en Salud.

g) La prescripción máxima de medicamentos para los pacientes de rutina será por treinta días de tratamiento, según lo establecido en la LOM.

h) En casos de tratamiento crónico, el período máximo para emisión de recetas continuas con cobertura mensual es de seis meses, para lo cual el prescriptor podrá emitir una receta original y hasta un máximo de 5 (cinco) copias, en el entendido de que son para un único y mismo paciente.

i) No se autorizará el despacho de Penicilina benzatínica en este Sistema de atención. En el caso de que algún paciente requiera que se le administre este medicamento, deberá ser referido a su centro de adscripción (Circular CCF 1306-09-04 del Comité Central de Farmacoterapia).

j) La prescripción y dispensación de medicamentos inyectables con clave E (para prescripción por médico especialista) y RE (uso restringido para prescripción por médico con la especialidad correspondiente), aplica para las especialidades establecidas en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) y de acuerdo con los lineamientos vigentes emitidos por el Comité Central de Farmacoterapia. No aplica para medicamentos inyectables de uso hospitalario ni los regulados por protocolos específicos, tampoco para aquellos utilizados para atender casos de patologías refractarias a otras alternativas terapéuticas LOM.

k) Para el caso de medicamentos inyectables de uso intrahospitalario, éstos deben ser administrados por el personal de enfermería de la CCSS, siempre y cuando el médico prescriptor envíe la referencia al Servicio de Enfermería, donde se consigne la siguiente información: nombre completo del paciente, número de cédula, diagnóstico, nombre del (los) medicamento(s), dosificación, fuerza, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento. El Servicio de Enfermería establecerá un mecanismo para archivar la referencia.

l) Cuando exista algún medicamento en el que, con base en el diagnóstico, el profesional debidamente autorizado para prescribirlo catalogue como caso que requiere el inicio prioritario del tratamiento, el prescriptor deberá justificarlo con una nota clara en el reverso de la receta y firmada por el mismo médico, para ser despachado por la farmacia, con la mayor brevedad posible.

m) Cuando alguno de los medicamentos prescritos contenidos en la LOM se encuentre sin existencia en la farmacia, el farmacéutico responsable de la farmacia despachante lo comunicará al prescriptor, mediante el "formulario de devolución de la receta médica", para que éste valore la posibilidad de sustituir por otro medicamento del mismo grupo terapéutico de la LOM y que se encuentre disponible en la farmacia.

Artículo 16.-De los Servicios de Laboratorio Clínico

a) Toda solicitud de exámenes de laboratorio deberá enviarse en el formulario 4-70-03-0460 debidamente lleno y firmado por el médico responsable.

b) No se prevé la atención de exámenes de laboratorio con carácter de urgencia, para lo cual el paciente dispondrá de los servicios de urgencias institucionales para ser valorado en caso que así sea requerido y deseado.

c) Se entenderá por urgente la atención en salud que se requiera brindar de manera impostergable ante situaciones que generen un riesgo inmediato para la vida de la persona.

d) La oferta básica de servicios de Laboratorio Clínico es la siguiente:

i. Química Clínica: Albúmina, Amilasa, Bilirrubinas, Calcio, , Fosfatasa Alcalina, General de Orina, Glucosa, Hemoglobina Glicosilada, Colesterol total, HDL-Colesterol, LDL-Colesterol, Triglicéridos, Nitrógeno Ureico, Creatinina, Proteínas Totales, T3 (Triyodotiroxina), T4 Libre, T4 (Tetrayodotiroxina), TSH (Hormona Estimulante Tiroides), Transaminasa Glutámico Pirúvico (TGP/ Alanina Amino Transferasa), Transaminasa Glutámico Oxalacetica (TGO/ Aspartato Amino Transf.), Colinesterasa, Electrolitos.

ii. Hematología: Hemograma completo (automatizado), Espermogramas, Estudios por Hematozoarios, Morfología de Glóbulos Rojos, Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina Parcial (TPT), Velocidad de Eritrosedimentación (VSG).

iii. Inmunología y Serología: Antígeno Prostático Total (PSA), Antígeno Prostático Específico (PSA-Libre), Antiestreptolisina O, Brucella, Factor reumatoide, Hormona Gonadotrofina Coriónica (Fracción Sub Beta - embarazo), Mononucleosis infecciosa, Paratifoidea A, Paratifoidea B, Proteína C Reactiva, Proteus OX19, Tifoideo H, Tifoideo O, Tuberculina, VDRL y Tamizaje por VIH.

iv. Bacteriología: Exudados por cultivo (abscesos, uretrales, faríngeos, etc.), Estudios por hongos (microscopía y cultivo), Prueba de sensibilidad a los Antibióticos (PSA), Tinciones (Gram, Giemsa, Ziehl-Neelsen, China), Urocultivo.

v. Parasitología: Coproparasitológico, Oxiuros, Trichomonas, Leishmania, Sangre oculta en heces.

e) Los exámenes solicitados serán procesados en el área de salud de adscripción del asegurado y el resultado se le entregará al paciente por escrito dentro de los ocho días hábiles posteriores a la toma de la muestra. El retiro no deberá superar los 30 (treinta) días naturales. Una vez vencido el plazo estipulado para el retiro de exámenes de laboratorio por parte del asegurado, éstos deberán enviarse al expediente personal del asegurado que se disponga, en el área de salud donde se realizó el examen.

f) Los exámenes solicitados serán procesados en los laboratorios clínicos de la Caja Costarricense del Seguro Social, bajo las mismas normas de calidad de uso en la Institución.

g) Los laboratorios clínicos deberán llevar un registro de los exámenes retirados y no retirados correspondientes al Sistema Mixto de Atención en Salud.

Artículo 17.-De los Estudios Radiológicos, Imágenes y otros.

a) Toda solicitud de estudios radiológicos o imágenes deberá enviarse en el formulario A.G.4-70-03-0420 debidamente lleno y firmado por el médico responsable. Asimismo, deben cumplir con protocolos de envío y restricciones que, eventualmente, sean establecidos por la CCSS.

b) No se prevé la realización de estudios radiológicos con carácter de urgente, para lo cual el paciente dispondrá de los servicios de urgencias institucionales para ser valorado en caso que así sea requerido y deseado.

c) Las solicitudes de electrocardiograma se realizarán en el formulario 4-70-03-0300.

d) El cuadro básico de imágenes, estudios de gabinete y otros para los usuarios del Sistema Mixto de Atención en Salud, son las siguientes:

. Rx de tórax P.A. y A.P.

. Senos paranasales.

- . Rx de cráneo A.P y lateral.
- . Rx de huesos largos A.P y lateral
- . Mastoides.
- . Columna cervical, dorsal, lumbar y sacra A.P. y lateral.
- . Rx. de Abdomen simple.
- . Electrocardiograma.
- . Ultrasonido: simple de abdomen, ginecológico, próstata y mamas.
- . Gastroscopía.
- . Mamografía.

Artículo 18.-De las recomendaciones de licencias e incapacidades.

a) Toda recomendación de licencia o incapacidad otorgada por médicos autorizados que laboran en Medicina Mixta, debe ser emitida en los formularios oficiales establecidos por el Colegio de Médicos, en presencia del paciente y en el lugar donde el médico preste sus servicios.

b) Todo formulario emitido por profesionales del Sistema Mixto de Atención en Salud, con referencia a días de reposo como parte del tratamiento de un asegurado(a) activo(a), tendrá carácter de recomendación para la Caja y deberá ser otorgado en la misma fecha en que el paciente es atendido.

c) En el caso de las recomendaciones de incapacidad de la consulta externa de los profesionales en Medicina que laboran en el Sistema Mixto de Atención en Salud, solo podrán otorgarse incapacidades por un máximo de tres días. Los asegurados (as) activos (as) que, por su condición de salud, requieran un número mayor de días de incapacidad deben acudir a su centro de adscripción, a efecto de que sean valorados en el servicio de medicina general y se otorgue la incapacidad por los días que requiera y, de ser necesario, se refiera al paciente al nivel correspondiente.

d) El asegurado(a) activo(a) de la Caja que haya recibido una recomendación de incapacidad por Médicos Privados, del Sistema de Medicina Mixta, contará con un (1) día hábil, contados a partir del siguiente a la fecha en la que se emitió la recomendación, para gestionarla ante la dirección médica de su área de adscripción, en forma personal o por medio de un tercero debidamente autorizado.

e) En casos excepcionales, si la presentación de la documentación se realiza posterior al día hábil de expedida, plazo que no podrá ser mayor a tres (3) días hábiles, la admisión, modificación o denegatoria del período recomendado queda sujeta a la justificación que presente el interesado, la cual debe estar acorde con la patología del caso. En casos muy calificados la dirección del centro podrá remitir a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades para su admisión, modificación o denegatoria, recomendaciones de incapacidad presentadas en plazos mayores a los tres (3) días hábiles pero que no superen los cinco (5) días hábiles, quedando dicho acto sujeto a la justificación que presente el interesado, incluyendo prueba fehaciente de la imposibilidad para presentarse en el plazo estipulado. Este acto debe quedar registrado en el expediente de salud del asegurado(a). En ningún caso se analizarán y tramitarán recomendaciones de incapacidad que superen el plazo de cinco (5) días hábiles.

f) La recomendación de días de incapacidad debe ser avalada por la dirección médica del centro o la autoridad que ésta delegue e ingresada al Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades, según se establece en los artículos 24°, 26° y 27° del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud y demás normativa establecida.

g) La Dirección Médica del Centro, o la autoridad que ésta delegue, deberá verificar que los días de incapacidad recomendados se ajusten al estándar de días de incapacidad por patología establecida por la Gerencia Médica y que no superen lo establecido en el inciso c) de este artículo. La dirección médica o la autoridad que ésta delegue queda facultada para remitir el caso a la Comisión Local Evaluadora de Incapacidades, para la aplicación de lo establecido en el inciso h) de este artículo.

h) La Comisión Local Evaluadora de Incapacidades puede citar al paciente para una revaloración, en caso de estimarlo necesario, ya sea por duda diagnóstica, cantidad de días recomendados o más de dos recomendaciones continuas de un mismo médico o también por alguno de los supuestos del artículo 17° del Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud, y de este Reglamento. Si producto de la revaloración del paciente se estima que los días otorgados o el diagnóstico no corresponden con la situación clínica del paciente, se procederá a la modificación de los días de incapacidad recomendados, mediante un nuevo acto médico, el cual debe quedar debidamente anotado en el expediente clínico del asegurado activo.

i) El derecho a cobrar subsidios de las incapacidades y licencias producto de la recomendación de un tercero sólo aplicará a partir del otorgamiento de la incapacidad por los profesionales de la Caja autorizados.

CAPÍTULO VI

Atención de Riesgos Excluidos

Artículo 19.-De la atención de riesgos excluidos

a) 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.

b) El profesional que presta sus servicios en el Sistema Mixto de Atención en Salud, debe aplicar las disposiciones que emita la CCSS relacionadas con la atención de riesgos excluidos, incluidas entre éstas: circulares, protocolos médicos, instructivos u otros, y aquellas asociadas a lograr una adecuada identificación de los casos de riesgos excluidos, para su posterior facturación.

Artículo 20.-De la detección y facturación de riesgos excluidos

a) El profesional que presta sus servicios, en el Sistema Mixto de Atención en Salud, debe adoptar todas las acciones que resulten necesarias para garantizar una oportuna y eficiente identificación, desde el punto de vista técnico-médico, de aquellas atenciones que brinde y que correspondan a coberturas de riesgos excluidos de los que administra la Caja.

b) El profesional que presta sus servicios en el Sistema Mixto de Atención en Salud, en caso de identificar un riesgo excluido, que por sus características de oportunidad en la atención, requiera utilizar la oferta de servicios establecida en este Sistema, deberá remitir a la unidad médica del lugar de adscripción, en el plazo de 3 (tres) días hábiles contados a partir del día siguiente al que se brindó dicha atención, copia del expediente de salud completo debidamente foliado, una copia de la referencia médica emitida a la aseguradora y el formulario para facturación de riesgos excluidos en el Sistema Mixto de Atención en Salud, debidamente lleno.

c) El profesional que presta sus servicios en el Sistema Mixto de Atención en Salud, en caso de determinar en la atención médica que se trata de una enfermedad laboral no diagnosticada en sus consultas previas, en las cuales haya requerido los servicios de la Caja, debe constatar la primera atención brindada por la patología afín, revisando las consultas en el expediente de salud. Una vez determinada la fecha de origen de prestación de servicios por el riesgo excluido de que se trate deberá remitir a la unidad médica del lugar de adscripción, en el plazo de 3 (tres) días hábiles contados a partir del día siguiente al que se brindó dicha atención, copia del expediente de salud completo debidamente foliado, una copia de la referencia médica emitida a la aseguradora y el formulario para facturación de riesgos excluidos en el Sistema Mixto de Atención en Salud, debidamente lleno.

d) Para el caso de los incisos b) y c) de este artículo, la unidad médica, una vez recibida la documentación, procederá a través de su Unidad de Validación y Facturación de Servicios Médicos, a generar la correspondiente cuenta por cobrar, facturando las atenciones médicas que se hubieren brindado, a efecto de lograr un cobro oportuno a la aseguradora o al patrono, según corresponda.

CAPÍTULO VII

Exclusión del Sistema y Procedimientos Varios

Artículo 21.-Exclusión del Sistema

a) Cuando el profesional en salud desee, por las razones que fueren, quedar excluido voluntariamente del Sistema, debe comunicarlo a los encargados por los medios que se dispongan y devolver la papelería en el centro de salud donde le fue vendida, de acuerdo con el procedimiento que se establezca para ese fin.

Artículo 22.-De los procedimientos ante diversos escenarios

a) Los escenarios se clasifican en tipo A y tipo B.
b) Las siguientes son escenarios tipo A:

i. No suministro de información a la CCSS, por parte de los profesionales en ciencias de la salud, en el tiempo establecido: Fórmulas de registro estadístico, Registro de causas de consulta y referencias.

ii. Incumplimiento de cualquier artículo definido en este Reglamento, no catalogado como escenario tipo B.

c) Las siguientes son escenarios tipo B:

i. No actualización oportuna de información del profesional en ciencias médicas cuando se presenten cambios o así sea solicitado por la CCSS.

ii. Intentar acceder a la oferta establecida en este Reglamento, incumpliendo los requisitos de inscripción estipulados en él.

iii. Manejo de los expedientes contrario a lo estipulado en el presente Reglamento.

iv. Utilización inadecuada de la papelería institucional.

v. Disposición de un "stock" de medicamentos suministrados por la CCSS.

vi. 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.

vii. Recurrencia de un escenario tipo A en más de una ocasión.

d) Ante escenarios tipo A procede la comunicación al profesional sobre el escenario específico que se detectó, de manera que proceda a corregir o aclarar la situación; si se repitiera el mismo escenario tipo A en dos ocasiones o éste no se corrigiera o aclarara se considerará tipo B.

e) Ante escenarios tipo B procede realizar el comunicado al profesional sobre la situación y establecer un estatus de inactivo a nivel del sistema, hasta tanto no se corrija el escenario o aclare la situación y se siga el proceso de activación dentro de la base datos.

f) La CCSS tiene la potestad, ante cualquier escenario, de iniciar los procedimientos administrativos y legales que considere oportunos y que pudiesen derivar en la cancelación definitiva de la autorización.

CAPÍTULO VIII

Disposiciones Finales

Artículo 23.-Exclusión de responsabilidad

a) Al brindarse los servicios de salud en los consultorios mediante un contrato privado entre el paciente y los profesionales en salud o la persona jurídica correspondiente, la Caja Costarricense de Seguro Social no asume responsabilidad alguna de índole civil o de cualquier otro tipo por el trabajo que ellos desarrollen dentro de su quehacer profesional. Se entiende que la aceptación del profesional en ciencias de la salud, en el Sistema Mixto

de Atención en Salud, no les confiere ningún derecho subjetivo que les permita reclamar derechos adquiridos, en el evento de cancelárseles la autorización.

b) Este Reglamento fue aprobado por la Junta Directiva en el artículo 3° de la sesión N° 8755, celebrada el 11 de diciembre del año 2014 y deroga el aprobado en el artículo 22° de la sesión N° 7631, del 14 de marzo del año 2002.

Transitorio:

1. Se prevé un plazo de dos meses posterior a aprobado el presente Reglamento, de manera que los profesionales inscritos puedan adquirir y sellar la papelería con el sello establecido en el artículo 6, inciso k).

2. Se otorga un plazo de seis meses posterior a la aprobación del presente Reglamento, de modo que los profesionales inscritos actualmente que ostentan varios consultorios en el territorio nacional puedan inscribirlos en sus correspondientes áreas de salud, de acuerdo con el artículo 4 inciso b) y quede de esa manera registro de todos los consultorios en los que podrá acceder a la medicina mixta".