



Manual de Procedimientos Sistema Mixto de Atención en Salud

MP.GM.DDSS.PSA.211125

Versión 03

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

2025

<i>ELABORADO POR:</i>	<p><i>Dra. Mariana Rebeca Mayorga Obando</i> <i>Dr. Esteban Gonzalez Quesada</i> <i>Dr. Carlos Roberto Chong Rojas</i> <i>Dra. Adriana Araya González</i> <i>Bach. Daisy Segura Meneses</i> <i>Bach. Nicole Umaña Vindas</i> <i>Dipl. Diana Molina Flores</i> <i>Ing. Andrey Mora Bermúdez</i></p>	<p><i>Coordinador, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente a.i., Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente a.i., Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente, Programa de Sistemas Alternativos</i> <i>Asistente, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento</i></p>
<i>VALIDADO POR:</i>	<p><i>Dra. Rebeca Arias Durán</i> <i>Dr. Alberto Madrigal Vega</i> <i>MSC. Francini Sánchez Rojas</i> <i>Lic. Michael Rodriguez Cordero</i> <i>Licda. Karen Chirino Sánchez</i> <i>Dr. Albert Méndez Vega</i> <i>Dra. Mónica Henríquez García</i></p>	<p><i>Coordinadora, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos</i> <i>Asistente, Coordinación Nacional de Laboratorio Clínico</i> <i>Jefe a.i., Subárea Análisis y Control Calidad Estadística</i> <i>Jefe, Subárea Análisis y Control Calidad Estadística</i> <i>Asesora Legal, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud</i> <i>Director Red, DRIPSSCS</i> <i>Supervisora de Laboratorios Clínicos, DRIPSSCS</i></p>
<i>REVISADO POR:</i>	<p><i>Dr. Mario Mora Ulloa</i> <i>Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez</i></p>	<p><i>Jefe, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento</i> <i>Directora, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud</i></p>
<i>APROBADO POR:</i>	<i>Dr. Alexander Sánchez Cabo</i>	<i>Gerente Médico a.i.</i>
<i>Fecha revisión y aprobación</i>	<i>NOVIEMBRE 2025</i>	
<i>Próxima revisión:</i>	<i>MARZO 2028</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. 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	5
2. Definiciones	6
3. Abreviaturas	7
4. Referencias normativas	7
5. Alcance	7
6. Objetivo General	7
7. Responsabilidades	8
8. Contenido	9
8.1 Procedimiento: Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud	10
8.2 Procedimiento: Compra de Papelería en el Sistema Mixto de Atención en Salud	14
8.3 Procedimiento: Asesoría Técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud	16
8.4 Procedimiento: Prescripción y Despacho de Medicamentos para el Sistema Mixto de Atención en Salud	17
8.5 Procedimiento: Solicitud de Exámenes de Laboratorio Clínico para el Sistema Mixto de Atención en Salud	20
8.6 Procedimiento: Realización de Estudios Radiológicos, Endoscópicos y otros en el Sistema Mixto de Atención en Salud	22
8.7 Procedimiento: Referencia y Contrarreferencia en el Sistema Mixto de Atención en Salud	24
8.8 Procedimiento: Registros Estadísticos en el Sistema Mixto de Atención en Salud	26
8.9 Procedimiento: Gestión Administrativa ante Incumplimientos en el Sistema Mixto de Atención en Salud	27
9. Contacto para consultas	33
10. Monitoreo y auditoria del Manual de Procedimientos	33
11. Anexos	34
Diagrama de flujo: Procedimiento # 1: Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud	34
Diagrama de Flujo: Procedimiento #2: Compra de Papelería en el Sistema Mixto de Atención en Salud	36
Diagrama de Flujo: Procedimiento #3: Asesoría Técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud	37
Diagrama de Flujo: Procedimiento #4 Prescripción y Despacho de Medicamentos para el Sistema Mixto de Atención en Salud	38
Diagrama de flujo: Procedimiento #5: Solicitud de Exámenes de Laboratorio Clínico para el Sistema Mixto de Atención en Salud	39
Diagrama de Flujo: Procedimiento #6: Realización de Estudios Radiológicos, Endoscópicos y otros en el Sistema Mixto de Atención en Salud	40

Diagrama de Flujo: Procedimiento #7: Referencia y Contrarreferencia en el Sistema Mixto de Atención en Salud _____	41
Diagrama de Flujo: Procedimiento #8: Registros Estadísticos en el Sistema Mixto de Atención en Salud _____	42
Instructivo de llenado del Informe Estadístico Mensual en línea: Consolidado mensual _____	43
Diagrama de Flujo: Procedimiento #9: Gestión Administrativa ante Incumplimientos en el Sistema Mixto de Atención en Salud _____	45
12. Referencias _____	47

Manual de Procedimientos	Sistema Mixto de Atención en Salud	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.PSA.211125	Página 5 de 47
--------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------

1. Introducción

El Manual de Procedimientos para el Sistema Mixto de Atención en Salud pretende ser la herramienta que estandarice la forma en cómo la Institución recibe una solicitud proveniente del Sistema Mixto y como las unidades correspondientes prestaran ese servicio solicitado.

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 Mixto de Atención en Salud. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) al reglamentar y establecer una oferta de servicios, 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.

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, 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 Mixto de Atención en Salud.
- b) **Caja Costarricense de Seguro Social:** en adelante denominada como CCSS, es la 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.
- c) **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.
- d) **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.
- e) **Inscripción:** proceso mediante el cual el profesional en salud se incorpora al Sistema Mixto de Atención en Salud.
- f) **Oferta de Servicios:** se refiere al conjunto delimitado de prestaciones que brindan los servicios de salud de la CCSS dentro del marco del presente Sistema de Atención.
- g) **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.
- h) **Sistema Mixto de Atención en Salud:** Sistema alternativo para la prestación no urgente de servicios de salud Institucionales, donde el asegurado de manera voluntaria consulta a un profesional inscrito y este tiene a disposición una oferta de servicios CCSS definida como apoyo al diagnóstico y tratamiento.

- i) **Unidad Responsable del Sistema Mixto de Atención en Salud:** es el equipo de trabajo encargado de llevar a cabo las funciones que se designan en el presente Manual para la supervisión, el control y la mejora continua del sistema de atención, el cual es designado por la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual 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
- e) CMC: Colegio de Médicos y Cirujanos
- f) LOM: Lista Oficial de Medicamentos
- g) PSA: Programa de Sistemas Alternativos
- h) SIAES: Sistema de Información del Área de Estadística en Salud
- i) SIFA: Sistema Integrado de Farmacia

4. Referencias normativas

- a) Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud
- b) Reglamento del Seguro de Salud
- c) Lista Oficial de Medicamentos (LOM)
- d) Normativa de la Lista Oficial de Medicamentos

5. Alcance

Este documento de normalización técnica es de acatamiento obligatorio por todos los centros de atención en salud de la CCSS que prestan los servicios acá enumerados y de conocimiento ineludible de los asegurados y de los profesionales en ciencias de la salud que utilicen el Sistema.

6. Objetivo General

Establecer los procedimientos esenciales para el funcionamiento del Sistema Mixto de Atención en Salud que, en conjunto con su Reglamento, 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 Mixto de Atención en Salud en el nivel central es el Programa de Sistemas Alternativos. Las Direcciones de Redes Integradas de Prestación y Servicios de Salud (DRIPSS) 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 resume 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 1. Actores y su responsabilidad

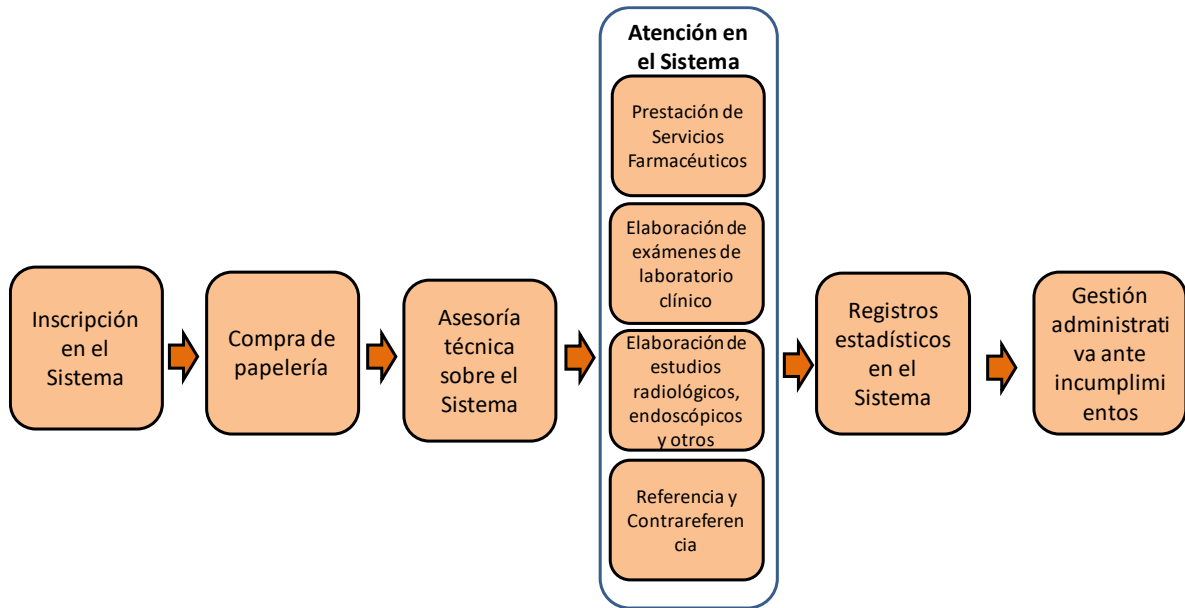
Actor	Responsabilidades principales
Profesionales en Ciencias de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar la inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud y presentar la documentación respectiva. Mantener actualizada su información de registro (consultorios activos, medios de comunicación, entre otros). Disponer en todo momento de la papelería institucional necesaria para la solicitud de servicios. Solicitar únicamente los servicios de la CCSS aprobados para este Sistema. Entregar el informe mensual estadístico de la producción del consultorio. Cumplir con todo lo dispuesto en el Reglamento vigente del Sistema Mixto de Atención en Salud.
Centros de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Recibir las solicitudes de inscripción y verificar el cumplimiento de requisitos. Enviar la documentación de inscripción al nivel central (PSA) en el tiempo dispuesto. Realizar y registrar la venta de la papelería institucional. Brindar asesoría técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud. Verificar el cumplimiento de la entrega de los informes mensuales estadísticos de la producción de los consultorios. Remitir al nivel central (PSA), las solicitudes de exclusión del Sistema y actualización de datos recibidas.
Nivel regional	<ul style="list-style-type: none"> Brindar asesoría técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud. 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.
Programa de Sistemas Alternativos	<ul style="list-style-type: none"> Aprobar las solicitudes de inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud. Verificar la condición de aseguramiento de los profesionales. Mantener al día la base de datos del Sistema con la información generada de las solicitudes de inscripción, exclusión o actualización. Brindar asesoría técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud. Revisar periódicamente el cumplimiento de requisitos de permanencia en el Sistema de los profesionales inscritos Realizar análisis sobre la utilización y producción del Sistema Mixto de Atención en Salud a nivel Nacional. Revisar continuamente este Manual y proponer mejoras. Mantener actualizado el sitio: www.ccss.sa.cr/medicina

Fuente: Programa de Sistemas Alternativos

8. Contenido

En este Manual se describen los procedimientos relacionados con este Sistema y en el apartado de anexos se presenta el diagrama de flujo para cada procedimiento, con el fin de facilitar la comprensión de este.

Figura 1. Procedimientos del Sistema Mixto de Atención en Salud



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 a este Sistema.
3. El profesional en ciencias de la salud, solicita en un área de salud, el formulario “Inscripción al Sistema Mixto de Atención en Salud” o accede al mismo por medio de la página WEB <http://www.ccss.sa.cr/medicina> bajo el ícono “Formularios”.



Fuente: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>

4. Una vez con el formulario, el profesional llena las casillas correspondientes según el instructivo y procede a firmar el documento.
 - a) El formulario es firmado en físico. Continuar con inscripción física actividad 5
 - b) El formulario es firmado digitalmente. Continuar con inscripción digital actividad 6.

Antes de enviar los documentos digitales al área de salud, el profesional deberá asesorarse con este si está disponible la entrega por esta vía.

5. El profesional entrega los documentos físicos en el área de salud que le corresponde según ubicación del consultorio.

Los formularios de inscripción son:

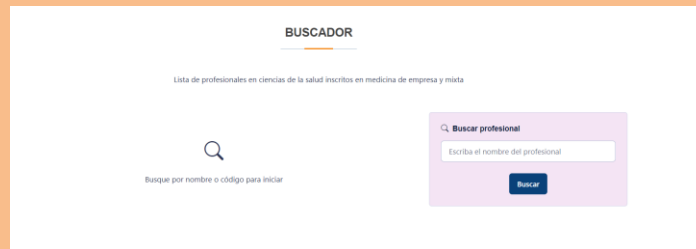
- Formulario lleno y firmado.
- Certificado del colegio profesional donde se indique que el profesional se encuentra activo y al día.
- Copia del permiso sanitario de funcionamiento del consultorio que se está inscribiendo y será el que utilice el profesional una vez inscrito.

6. El profesional entrega de documentos digitales a la cuenta de correo electrónico dispuesta para la recepción de inscripciones digitales por parte del área de salud, que le corresponde según la ubicación del consultorio a inscribir. El profesional deberá compaginar los documentos y proceder a firmar. La firma digital del profesional estaría validando los 3 documentos.
7. El funcionario responsable en el centro de salud recibe los documentos de inscripción (Físico o Digital), determina si esta solicitud les corresponde según ubicación del consultorio y verifica que estos sean correctos, estén completos, se encuentran al día y sean legibles.

8. ¿De acuerdo con la dirección de ubicación del consultorio, la inscripción corresponde al área de salud?
 - a) La inscripción no pertenece al área de salud, continuar actividad 9
 - b) La inscripción pertenece al área de salud, continuar actividad 10
9. El funcionario le indicará al solicitante el área de salud a la cual debe presentar o enviar los documentos de inscripción. Fin del procedimiento.
10. ¿La información aportada es correcta, está completa, al día y es legible?
 - a) Existe un error con la documentación presentada, continuar actividad 11.
 - b) La respuesta es correcta continuar en la actividad 13
11. El funcionario responsable en el centro de salud, contra entrega de la documentación indica al profesional solicitante cual corrección debe realizar al formulario o a los documentos adjuntos.
12. El profesional en ciencias de la salud realiza los ajustes señalados y entrega nuevamente la documentación de inscripción. Continúa en la actividad 7.
13. El funcionario responsable en el centro de salud envía al PSA la documentación de inscripción una vez que esta queda aprobada por la Dirección Médica. Deberá enviar la solicitud física de forma digital en un solo pdf, firmado digitalmente por el director médico o los documentos digitales con firma adicional del director al formulario de inscripción. El envío se realiza por medio del correo electrónico psistalt@ccss.sa.cr. Desde el recibo conforme de la documentación hasta el envío de la inscripción, el área de salud dispone de 3 días hábiles para su envío.
14. El funcionario responsable en PSA, en un plazo máximo de 3 días hábiles, revisa los documentos remitidos por el nivel local.
 - a) Los documentos enviados necesitan rectificación por parte del área de salud. Continuar en la actividad 15.
 - b) Los documentos enviados están correctos. Continuar en la actividad 16.
15. El funcionario responsable en PSA solicita al nivel local la corrección de la documentación y una vez subsanado el área de salud reenvía la solicitud al Programa. Continúa en la actividad 14.
16. El funcionario responsable en PSA da el recibo conforme de los documentos de inscripción e inicia el proceso para la aprobación de la solicitud.
17. El funcionario responsable en PSA revisa a detalle toda la documentación entregada y procede a verificar el cumplimiento de requisitos.
 - a) Se ha encontrado una corrección por parte del profesional interesado. Continuar con la actividad 18.
 - b) La documentación y cumplimiento de requisitos están en orden. Continuar con la actividad 20.
18. El funcionario responsable en PSA se comunica con el profesional para indicarle la situación que debe corregir. El profesional tendrá 5 días hábiles para realizar esta tarea.

- a) El profesional no corrige la situación en el tiempo dispuesto. Continuar con la actividad 19.
 - b) El profesional corrige la situación en el tiempo dispuesto. Continuar con la actividad 20
19. El funcionario responsable en PSA cierra el caso y anota la solicitud como rechazada. El funcionario enviara al correo electrónico del interesado la resolución final de PSA. Fin del procedimiento.
 20. El funcionario responsable en PSA ingresa a la base de datos CPSA, la información del profesional y de su consultorio.
 21. Una vez terminada la digitación de la solicitud, el funcionario encargado del caso procede a anotar la solicitud como aprobada y envía por correo electrónico al profesional y al área de salud, el resultado aprobado de la solicitud.

La incorporación satisfactoria queda reflejada en la página Web, la cual puede ser corroborada utilizando el buscador de la página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>, introduciendo el nombre o código del profesional.



22. 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 según ubicación del consultorio) para la adquisición de los formularios oficiales necesarios para la prestación de la oferta de servicios.
Ver procedimiento de compra de papelería.
23. 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) Cambio en la especialidad del profesional.
- d) Solicitud de exclusión del Sistema Mixto de Atención en Salud
- d) Cuando sea solicitado por la unidad responsable del Sistema.

Para realizar cualquiera de las anteriores tareas o actividades el profesional deberá tramitarlo directamente con el PSA al correo (psistalt@ccss.sa.cr)

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" como lo descrito previamente.

En el caso de que la actualización sea solicitada de forma directa a los profesionales por parte del PSA, los profesionales inscritos deberán acatar el procedimiento que se defina en este escenario.

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 de servicios 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 y Procedimientos Especiales en la Institución	4-70-01-0001
Exámenes de Laboratorio	4-70-03-0460
Control Perinatal	4-70-03-3000

El formulario de psicotrópicos (4-70-03-0205) únicamente será entregado de manera directa por la Dirección Médica del centro de salud 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.

3. El funcionario responsable en el establecimiento 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 encuentra activo en el Sistema y le corresponde en ese establecimiento de salud la compra de papelería?
 - a) Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 5.
 - b) Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 6.
5. El funcionario responsable en el establecimiento 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 establecimiento de salud le comunica al profesional o persona autorizada la cantidad de papelería de la que puede disponer.

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 contra entrega del utilizado podrán solicitar un nuevo formulario.

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

Los establecimientos de salud en todo momento deberán tener actualizada la información del precio vigente para cada código de papelería, a través del Sistema que la CCSS defina.

7. El profesional o persona autorizada cancela el monto respectivo y presenta el comprobante de pago en el establecimiento de salud correspondiente para retirar la papelería.
8. El funcionario responsable en el establecimiento 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.
9. El funcionario responsable en el establecimiento 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 establecimiento de salud.

Para utilizar la papelería que la CCSS provee, 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.

10. El funcionario responsable en el establecimiento de salud realiza el registro contable de la transacción.
11. 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 su propiedad.

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

1. Inicio del procedimiento
2. El usuario interno o externo 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 establecimiento de salud de adscripción (según ubicación del consultorio), o en la Dirección Regional respectiva. En el caso del Nivel Central los números telefónicos son 2539-1257, 2539-1253, 2539-0569, 2539-0000 ext. 20004311 y el correo electrónico es psistalt@ccss.sa.cr

3. El funcionario responsable por parte de la CCSS analiza la solicitud.
4. ¿El funcionario responsable requiere información adicional (documentación) para poder resolver la consulta?
 - a) Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 5.
 - b) Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 8.
5. El funcionario responsable por parte de la CCSS solicita la información adicional.
6. El solicitante entrega la información requerida.
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?
 - a) Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 9.
 - b) Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 10.
9. El funcionario responsable por parte de la CCSS asesora al solicitante aclarándole su inquietud. Fin del procedimiento.
10. El funcionario responsable por parte de la CCSS solicita los datos de contacto (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.
12. El funcionario responsable por parte de la CCSS prepara la respuesta y la comunica al solicitante, ya sea telefónicamente o vía correo electrónico.
13. Fin del procedimiento.

8.4 Procedimiento: Prescripción y Despacho de Medicamentos 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, identifica la necesidad de prescribir un medicamento como parte del abordaje clínico-terapéutico del asegurado.

La oferta general de medicamentos que el profesional puede solicitar se enumera en el Artículo 15 del Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud y mediante el documento DFE-AMTC-1400-2024 y sus actualizaciones, se establecen las condiciones de prescripción para cada medicamento.

3. El profesional en ciencias de la salud prescribe en el recetario oficial los medicamentos siguiendo el procedimiento establecido. Posteriormente le entrega la receta y sus recetas subsecuentes (copias) al asegurado.

Los profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud deberán acatar las normas de prescripción establecidas en el Capítulo III. Normativa para la utilización de medicamentos en la CCSS y específicamente en el inciso III.9.1 Sistema Mixto de Atención en Salud de la Normativa LOM.

La prescripción máxima por receta será de un mes de tratamiento (excepciones en la Normativa LOM II.1.5 f). El período máximo de cobertura mensual de recetas subsecuentes es de 6 meses, por lo que el prescriptor podrá emitir 1 receta original y hasta 5 recetas subsecuentes (copias).

Fecha en la prescripción

La receta original como la subsecuente (copia), deberán ser fechadas con el día en que se brindó la atención al asegurado.

Los medicamentos parenterales en el Sistema Mixto de Atención en Salud no podrán ser retirados directamente por el asegurado. Para efectos de realizar este trámite, el médico debe elaborar una referencia y entregarla al asegurado junto con la receta oficial institucional de inyectables remitiéndolo a su Área de Salud de adscripción para el trámite respectivo.

Requisitos de la referencia:

1. Identificación del paciente: nombre completo y número de identificación.
2. Fecha
3. Diagnóstico y/o información clínica adicional para la toma de decisiones.
4. Medicamento: Nombre del o de los medicamentos, dosificación, fuerza, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento.

4. El asegurado o persona autorizada entrega la receta en la ventanilla del Servicio de Farmacia del Establecimiento de Salud que le corresponde.

Si se generó una receta subsecuente, el prescriptor deberá indicarle al asegurado que debe llevar la receta original junto con la receta subsecuente al servicio de farmacia para su trámite respectivo.

Los tiempos establecidos, tanto, para presentar las recetas, como para retirar los medicamentos solicitados es de 3 días hábiles (72 horas) para cada una de estas acciones a partir de la fecha que al asegurado se le genera su prescripción (fecha en la prescripción).

Los días hábiles corresponden al horario de lunes a jueves de 7 am a 4pm y viernes de 7 am a 3pm. El horario extendido no cuenta como día hábil para el despacho (retiro) de medicamentos en los Sistemas Alternativos.

Medicamentos con carácter urgente:

- El despacho urgente No está autorizado en este Sistema de Atención.

Medicamentos con despacho prioritario:

- El despacho prioritario Si está autorizado en este Sistema de Atención.
- El prescriptor debe colocar en el reverso de la receta la justificación del caso, junto con el diagnóstico clínico y su firma.
- La prescripción será despachada en la mayor brevedad posible.

5. El funcionario del Servicio de Farmacia realiza la validación inicial de requisitos para proceder con el trámite de despacho de medicamentos:
- a) Validación de la condición de aseguramiento.
 - b) Pertenencia del asegurado al Área de Salud.
 - c) Validación del prescriptor.

El asegurado y la receta presentada deben cumplir con todos los requisitos establecidos en la normativa Institucional vigente para optar por el servicio de despacho de medicamentos.

- a) No cumple con los requisitos, continua con la actividad 6.
- b) Si cumple con los requisitos, continua con la actividad 7.

Siempre se debe verificar que el medicamento solicitado esté autorizado para el Sistema Mixto de Atención en Salud y que la receta se haya completado de manera correcta según la Normativa LOM y las especificaciones del Sistema Mixto.

El estado de un profesional en salud dentro del Sistema Mixto se valida automáticamente al digitar al profesional en el SIFA (WEB Service CPSA-SIFA) o de forma manual mediante el buscador de la página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>.

6. El funcionario del Servicio de Farmacia devuelve al asegurado la receta inconsistente junto con la boleta correspondiente para la “devolución de recetas”, que debe incluir de forma clara el motivo de la devolución para que el asegurado o su prescriptor puedan evaluar la situación. Continuar con la actividad 10. Fin del procedimiento.
7. El funcionario del Servicio de Farmacia gestiona la receta presentada y comunica al asegurado la información pertinente al trámite, le entrega la contraseña de sus medicamentos y le indica el tiempo promedio en el que podrá retirar sus medicamentos el mismo día o dentro de los tres días hábiles que indica la normativa según la capacidad operativa del servicio de farmacia.
8. El Servicio de farmacia prepara el pedido de la receta de medicamentos.

De necesitar asistencia el Programa de Sistemas Alternativos pone a disposición estos medios de comunicación: correo psistalt@ccss.sa.cr o al teléfono 2539-1257.

9. El asegurado o persona autorizada se presenta a retirar el medicamento. La persona que retira debe presentar la contraseña del paquete de medicamentos y su identificación.

Para el retiro, en el caso de tratarse de una persona autorizada, debe de presentar la copia del documento de identidad (cédula) del asegurado junto con la contraseña del paquete de medicamentos a retirar.

10. Fin del procedimiento.

Los Establecimientos de Salud que realicen cambios en sus procedimientos para la recepción y despacho de medicamentos o que realicen la tercerización del servicio de farmacia, deberán dar el acompañamiento necesario a los asegurados que utilizan el Sistema Mixto de Atención en Salud para que puedan conocer los cambios efectuados o puedan dirigirse al lugar donde deben entregar su prescripción.

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, inscrito en el Sistema Mixto de Atención en Salud, identifica la necesidad de solicitar una prueba de laboratorio clínico como parte del abordaje clínico-terapéutico del asegurado.

La oferta de pruebas de laboratorio disponibles 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, incluidas las pruebas especiales.

3. El profesional en ciencias de la salud completa el formulario "Solicitud de Análisis de Laboratorio" (4-70-03-0460) y lo entrega al asegurado.
4. El asegurado o persona autorizada entrega la solicitud de laboratorio en el establecimiento de salud de adscripción según residencia.

El asegurado o la persona autorizada dispondrá de 1 mes calendario (a partir de la fecha en que se generó la solicitud) para agendar la cita en el laboratorio clínico según la fecha de su próxima cita médica agendada. Pasado este período la boleta pierde su validez.

5. El funcionario designado por el Laboratorio para el agendamiento de la cita realiza la validación inicial de requisitos para brindar el servicio:
 - a) No cumple con los requisitos, continuar con la actividad 6.
 - b) Si cumple con los requisitos, continuar con la actividad 7.

La solicitud de exámenes con carácter de urgencia NO está autorizada para el Sistema Mixto de Atención en Salud.

Siempre se debe verificar en la solicitud:

1. Que la prueba de laboratorio solicitada se encuentre autorizada para el Sistema Mixto de Atención en Salud.
2. Que la boleta se encuentre llena de manera correcta según la normativa Institucional para los Sistemas Alternativos.
3. Que contenga los sellos correspondientes (del Sistema y del profesional).
4. Que el profesional se encuentre activo para el Sistema Mixto para el área de salud.

El estado de un profesional en salud dentro del Sistema Mixto se valida de forma manual mediante el buscador oficial de PSA, página WEB oficial: <http://www.ccss.sa.cr/medicina>. Mas adelante la Institución estará facilitando esta validación mediante un servicio WEB de interconexión de Sistemas, CPSA-SILC.

6. El funcionario designado por el Laboratorio para el agendamiento de la cita devuelve al asegurado la solicitud y completa la boleta "devolución de solicitud" con la información del motivo de rechazo para que el asegurado y profesional estén enterados del motivo. Continuar actividad 10. Fin del procedimiento.

7. El funcionario designado por el Laboratorio realiza el agendamiento de la cita correspondiente, indicando el día, la hora y las condiciones en que debe presentarse el usuario, a la vez le entrega los insumos de recolección de muestra que se requieran.
8. El asegurado se presenta al servicio de laboratorio a la hora y fecha de la cita asignada, para la toma de muestra.
9. Una vez procesadas las muestras el asegurado podrá consultar el resultado de sus pruebas en el aplicativo EDUS. El asegurado podrá solicitar los resultados impresos ante el establecimiento de salud según a normativa vigente.
10. Fin del Procedimiento.

Los centros de salud que realicen cambios en sus procedimientos de atención (recepción de solicitudes, entrega de muestras o la entrega de resultados) o realicen una tercerización del servicio, deberán dar el acompañamiento necesario a los asegurados que utilizan el Sistema Mixto de Atención en Salud para conocer las nuevas reglas o localizar el lugar donde deben realizar las gestiones.

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.

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 establecimiento 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. El usuario deberá acudir siempre al establecimiento 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 establecimiento 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 si se realiza.

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

5. El funcionario responsable en el establecimiento de salud recibe y revisa la solicitud corroborando que el servicio que encuentre autorizado y, además, verifica si el profesional se encuentra activo en el Sistema Mixto de Atención en Salud.
6. ¿La solicitud cumple con los requisitos institucionales y el profesional en salud se encuentra activo?
 - a) Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7.
 - b) Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.
7. El funcionario responsable en el establecimiento 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 establecimiento 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 establecimiento de salud correspondiente, en la fecha indicada.
10. El funcionario responsable en el establecimiento 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 o persona autorizada se presenta a retirar el estudio o reporte en la fecha indicada.

En el caso de tratarse de una persona autorizada, debe presentar su cédula o documento de identificación, carta de autorización y copia de la cédula o del documento de identificación del usuario.

12. El funcionario responsable en el establecimiento de salud entrega el reporte de resultados y registra la entrega mediante firma del usuario o persona autorizada.
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.

8.7 Procedimiento: Referencia y Contrarreferencia 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. El usuario deberá acudir siempre al establecimiento 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	Ginecología y Obstetricia
Medicina Familiar	Pediatría	
Psiquiatría	Cirugía General	

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

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 en caso de ser necesario.

4. El usuario entrega la referencia y su documentación respectiva en el establecimiento 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 establecimiento de salud, el funcionario responsable debe indicarle al asegurado cual es el establecimiento 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 establecimiento de salud recibe y revisa la solicitud corroborando que el servicio que encuentre autorizado y, además, verifica si el profesional se encuentra activo en el Sistema Mixto de Atención en Salud.

6. ¿La solicitud cumple con los requisitos institucionales y el profesional en salud se encuentra activo?
 - a) Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 7.
 - b) Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.
7. El funcionario responsable en el establecimiento 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 establecimiento 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 establecimiento de salud correspondiente en la fecha de la cita.
10. El funcionario responsable en el establecimiento de salud brinda la atención requerida por el usuario según el procedimiento interno y se contra referirá si el caso lo amerita.

La contrarreferencia 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 establecimiento 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.

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 de manera diaria o mensual, los datos de la consulta de todos los pacientes atendidos en cada consultorio activo, ya sea que utilizaron o no los servicios de apoyo del Sistema Mixto de Atención en Salud. Dispone como fecha límite para incluir la información, el último día hábil del mes. El instructivo de llenado puede consultarse en la sección de anexos.

El registro se realiza a través de la herramienta SIAES del Área de Estadística en Salud en la dirección: <https://siaes.ccss.sa.cr/Login>

3. El profesional se asegura que el informe mensual se registre de forma completa y oportuna. En caso de no haber atenciones en un consultorio durante el mes, debe seleccionar casilla de reporte en cero.

Cada establecimiento de salud deberá comunicarles a los profesionales, al momento de su inscripción, sobre la entrega del informe estadístico mensual en línea. También deberán dar el soporte técnico necesario para que los profesionales puedan llenar el informe estadístico correctamente.

4. El funcionario responsable en el establecimiento de salud revisa los informes en el SIAES presentados por los profesionales de salud inscritos. Debe verificar que los datos registrados sean correctos y completos, incluyendo los reportes en cero.
5. ¿El informe estadístico se presentó de manera correcta?
 - a) Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 6.
 - b) Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 8.
6. El funcionario responsable del establecimiento de salud notifica al profesional para que corrija los datos en un plazo de tres días hábiles, siguiendo las instrucciones de la Instrucción de Trabajo para el Registro de Actividades en Medicina Mixta en SIAES, ubicado en la página WEB <http://www.ccss.sa.cr/medicina> en "LINEAMIENTOS".
7. El profesional realiza los ajustes solicitados e informa al establecimiento de salud correspondiente. Regresa a la actividad 4.
8. Fin del procedimiento.

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.

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

8.9.1 Gestión a nivel local o regional

1. Inicio del procedimiento
2. Durante la atención de una solicitud de prestación de servicios proveniente de los Sistemas Alternativos, un funcionario del nivel local o regional de la CCSS identifica una situación compatible con un incumplimiento a las normas institucionales que rigen el Sistema Mixto de Atención en Salud.
3. El funcionario competente en el establecimiento de salud designa a un responsable o equipo de trabajo que procederá a realizar una investigación preliminar para recabar información de (modo, tiempo y lugar), a fin de documentar los elementos necesarios para identificar si la supuesta situación o hecho corresponde o no a un incumplimiento de las normas institucionales y tomará la siguiente decisión:
 - a) Existen dudas sobre si el hallazgo es o no un incumplimiento, continuar con la actividad 4
 - b) Si el hallazgo es un incumplimiento tipificable, continuar con la actividad 5.
 - c) Si el hallazgo no representa un incumplimiento, finaliza el procedimiento.

Investigación Preliminar

De acuerdo con los procesos locales y con quien corresponda, se procede a analizar la situación (investigación preliminar) y establecer si lo identificado se puede tipificar dentro de un incumplimiento a las normas del Sistema o alguna otra normativa institucional aplicable. De necesitar asistencia en esta fase pueden comunicarse con PSA al correo: psistalt@ccss.sa.cr

4. El funcionario o equipo responsable de realizar la investigación del caso contacta a PSA para valorar en conjunto si lo evidenciado es o no un incumplimiento.
 - a) Se determina que es un incumplimiento. Continuar con la actividad 5.
 - b) Se determina que no es un incumplimiento. Continuar con la actividad 11, fin del procedimiento.
5. El funcionario o equipo responsable del Establecimiento de salud inicia con la revisión del caso, identifica el supuesto hecho y tipo de incumplimiento, y realiza la conformación del expediente administrativo.

Contenido del Expediente Administrativo

1. Documentación referente a los hallazgos (evidencias).
2. Documentación sobre el proceso de comunicación del incumplimiento.
3. Documentación de la respuesta del investigado (aclaraciones, compromisos, etc.).
4. Cualquier otro documento o elemento en relación con el caso que la administración local considere oportuno.

5. Documentación sobre la resolución local final.

La presente información deberá ser consolidada en formato PDF, a fin de asegurar su gestión únicamente por medios digitales.

6. El funcionario responsable o equipo de trabajo que tiene a cargo el análisis del caso comunica formalmente al profesional bajo supuesto incumplimiento, el inicio de la investigación para que proceda a aclarar o corregir el incumplimiento señalado.

Contenido del Comunicado de Investigación

1. Se debe señalar las características del hallazgo identificado y su significado contra el reglamento (el por qué es un incumplimiento) y finalmente indicar la repercusión de la falta preliminarmente identificada y responsable. Debe acompañarse del artículo específico del reglamento que estaría siendo transgredido.
2. Se dará audiencia escrita para solicitar al investigado a efectos de que pueda referirse a los hechos documentados y presente su posición ante estos (aclarar, aceptar y deseo de corregir o rechazar lo señalado). Adicionalmente, en este apartado se solicitará presentar las evidencias o cualquier otro elemento de prueba que considere oportuno aportar para ejercer la defensa.
3. En caso de que durante la atención de un incumplimiento en particular se evidencia alguna otra situación, puede incluirse en el mismo proceso para simplificar la gestión.
4. Se debe hacer referencia al tiempo de ley (10 días hábiles) que se le ofrece al investigado para presentar la respuesta y las consecuencias de no ejercer el derecho de defensa.
5. Finalmente, se debe colocar los medios de comunicación por los cuales el investigado desea que el equipo que lleva el caso se comunique (correo, teléfono, presencial, etc.).

Anexos

1. Toda comunicación hacia un profesional, por un supuesto hecho o situación que se pueda considerar como una falta cometida en un proceso de investigación, debe ir acompañada de la evidencia y/o prueba con que se cuente, correspondiente al caso que se le señala. Esta documentación se incluye como parte de la narración del caso y se anexa al documento.
 2. Sí, el profesional solicita el expediente de la investigación, la administración deberá remitir la información de manera completa dentro del plazo de ley (3 días hábiles).
7. Una vez finalizado el período de respuesta o posterior a la respuesta del profesional investigado, el equipo procede nuevamente a la revisión del caso considerando la información recibida y emite mediante una resolución el resultado del procedimiento con respecto al caso.
8. Al término de la investigación, el funcionario o equipo responsable comunica a todas las partes involucradas la resolución del caso explicando con claridad y detalle el sustento técnico de la determinación y lo incluye en el expediente.

Comunicación de la Resolución.

Se sugiere que esta comunicación se realice mediante el envío de un oficio formal de la unidad que ha llevado el caso hacia la persona o personas investigadas que resume: 1. El supuesto hecho 2. Las evidencias recolectadas 3. La no respuesta o la respuesta del profesional investigado con la documentación aportada. 4. Análisis y la 5. Conclusión-Resolución final.

El comunicado debe contener un análisis de la documentación recolectada y cómo se relaciona esta información para sustentar el caso, las conclusiones y la resolución tomada.

- a. Se determina responsabilidad del investigado. Continuar con la actividad 9.

Responsabilidad

El equipo de investigación determina que el investigado no ha dado respuesta dentro del plazo de ley o que la aclaración y/o las evidencias presentadas son insuficientes para objetar los hechos bajo investigación y la responsabilidad del profesional sobre estos.

- b. El caso es desestimado. Continuar con la actividad 11, fin del procedimiento.

Desestimación

La desestimación se aplicará en aquellos casos en los cuales, durante la evaluación del caso no se logró recabar información suficiente o no se encontraron elementos probatorios que permitan sustentar (el modo, tiempo y lugar) de hechos y/o situaciones, sin lugar a duda la responsabilidad o no del investigado sobre los hechos investigados. Sea ante una imposibilidad material o técnica para recabar los elementos probatorios. En resumen, no es posible avanzar en el proceso y el equipo investigador queda impedido de tomar una resolución con las evidencias recolectadas hasta el momento.

- c. Se determina inocencia del investigado. Continuar con la actividad 11, fin del procedimiento.

Inocencia

El equipo de investigación determina que la aclaración del investigado y/o la documentación presentada son evidencia suficiente para determinar sin lugar a duda la inocencia del profesional o esclarece las responsabilidades sobre el hecho.

9. A partir de la resolución el profesional involucrado:
 - a) Acepta y procede a realizar lo correspondiente para subsanar la falta cometida. Continuar con la actividad 11, fin del procedimiento.
 - b) No acepta o no posee la intención de subsanar la falta cometida. Continuar con la actividad 10.

Reincidencia o no cumplimiento de los acuerdos por una falta cometida.

Si el profesional una vez que procedió a subsanar su falta y el caso se cerró con la resolución de responsabilidad y posterior a esto procedió nuevamente a cometer el mismo tipo de falta, el establecimiento de salud deberá elevar el caso a PSA con el expediente de la resolución

inicial junto con las nuevas evidencias que sustentan la reincidencia. Continuar con la actividad 10.

10. El funcionario responsable en el nivel local o regional eleva el caso a PSA para continuar con la gestión administrativa ante incumplimientos.

Envío del Caso.

Para continuar la gestión administrativa ante incumplimientos en el nivel central, el nivel local deberá elevar el caso mediante solicitud formal, adjuntar el expediente completo y notificar al investigado a los medios indicados por él, de esta gestión de traslado (mediante copia del oficio correspondiente).

11. Fin del procedimiento local.

8.9.2 *Gestión a nivel central*

PSA se reserva el derecho de iniciar el procedimiento administrativo ante incumplimiento por su cuenta en coordinación con la unidad que ha evidenciado el supuesto incumplimiento o directamente desde el PSA si es el que ha evidenciado el incumplimiento. Para esto iniciará el proceso desde la fase de la gestión a nivel local.

1. Una vez recibido el expediente administrativo (el cual sólo se recibirá de manera digital), el funcionario responsable de PSA revisa que la documentación se encuentre completa y legible.
 - a) La documentación no se encuentra completa o legible, continuar con la actividad 2.
 - b) La documentación se encuentra completa y legible, continuar con la actividad 3.
2. El funcionario responsable de PSA se comunica con el establecimiento de salud para coordinar lo correspondiente del caso y procurar el envío de la documentación faltante o corrección de un documento.
3. Una vez con la documentación completa, el funcionario responsable del PSA analiza el caso presentado y determina:
 - a) Que no existe suficiente evidencia o documentación para continuar con el procedimiento administrativo ante incumplimiento. Continuar con la actividad 4.
 - b) Que existe suficiente evidencia y documentación para continuar con el procedimiento administrativo ante incumplimiento, pero es necesario coordinar con otras instancias para completar la documentación y evidencias para el caso. Continuar con la actividad 5.
 - c) Que existe suficiente evidencia y documentación para continuar con el procedimiento administrativo ante incumplimiento. Continuar con la actividad 6.

PSA podrá por los medios que crea convenientes solicitar a otras instancias información, documentación o criterio sobre un tema relacionado con el incumplimiento con el fin de complementar el caso. Esto incluye la solicitud de información o documentación al profesional en supuesto incumplimiento o la supervisión de su consultorio.

4. El funcionario responsable del PSA informa al establecimiento de salud la resolución de imposibilidad de continuar con la investigación con la prueba y documentación remitida e informará al profesional que el caso se ha desestimado. Continuar con la actividad 8, fin del procedimiento.

5. El funcionario responsable del PSA coordina con las instancias pertinentes la adquisición de documentos o evidencias necesarias para complementar el caso. Continuar con la actividad 3.
6. El funcionario responsable del PSA procede a dar una resolución final del caso:
 - a) Se encuentra evidencia suficiente para sustentar la responsabilidad del profesional. Continuar con la actividad 7.
 - b) A partir de la evidencia se determina que no se acredita responsabilidad del profesional investigado, resolución que será comunicada con el profesional. Continuar con la actividad 8, fin del procedimiento.
7. El funcionario responsable del PSA procede a inactivar al profesional investigado y sobre el cual se acredita la existencia de responsabilidad por incumplir la normativa aplicable, y se le comunicara oportunamente la resolución.

La inactivación del profesional podrá ser para la totalidad de sus consultorios o para un consultorio en particular. Si el profesional posee un consultorio de Medicina de Empresa la inactivación podría abarcar esta inscripción.

En caso de una falta reiterada el PSA podrá tomar la determinación de suspender la inscripción por un período de 3 meses.

8. Fin del procedimiento.

Manual de Procedimientos	Sistema Mixto de Atención en Salud	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.PSA.211125	Página 33 de 47
--------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-----------------

9. Contacto para consultas

Programa de Sistemas Alternativos

Números telefónicos: 2539-1257, 2539-1253, 2539-0569, 2539-0000 ext. 2004311

Correo electrónico psistalt@ccss.sa.cr

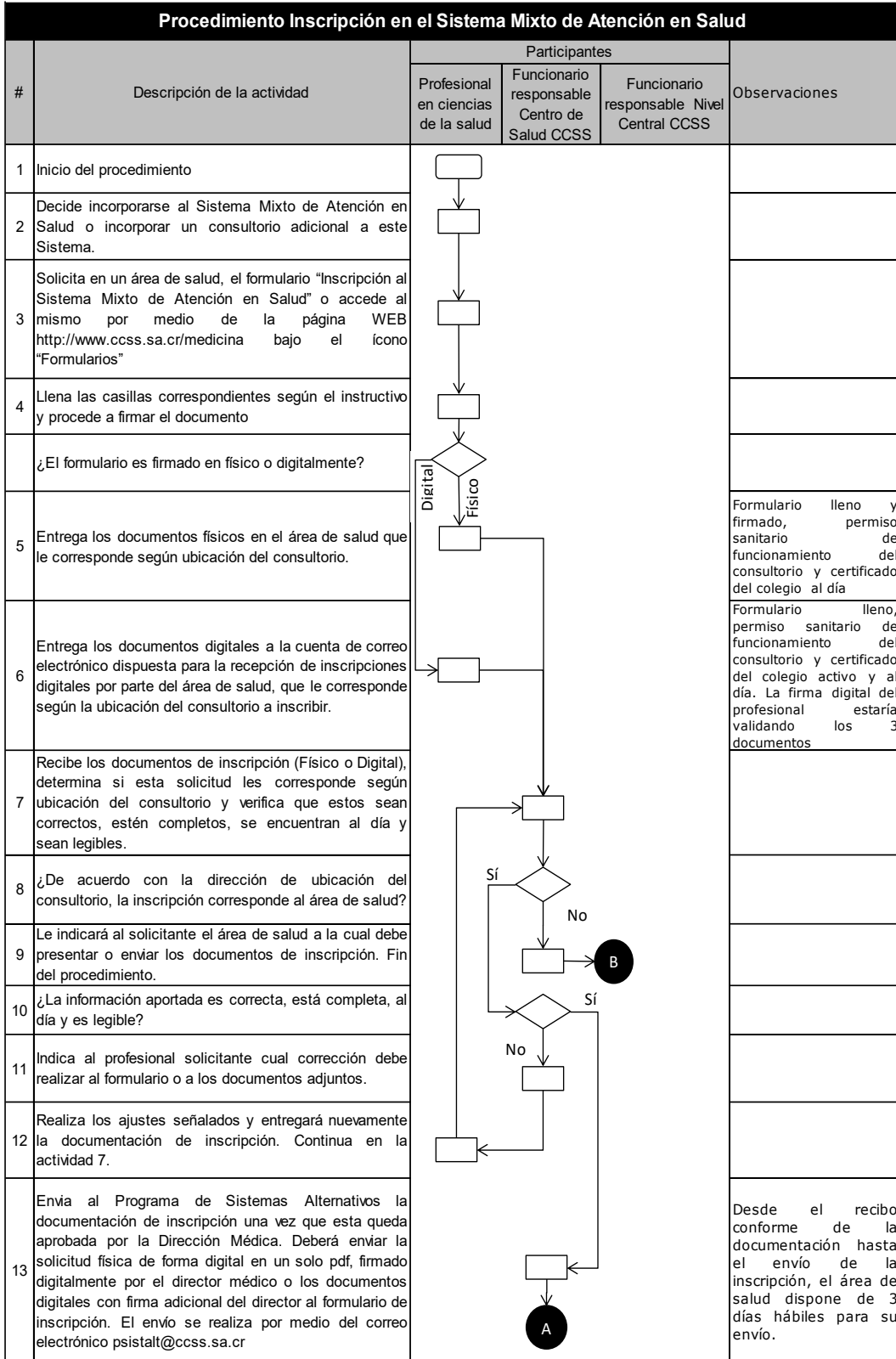
10. Monitoreo y auditoría del Manual de Procedimientos

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 de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, 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. Anexos

Diagrama de flujo: Procedimiento # 1: Inscripción en el Sistema Mixto de Atención en Salud



#	Descripción de la actividad	Participantes			Observaciones
		Profesional en ciencias de la salud	Funcionario responsable Centro de Salud CCSS	Funcionario responsable Nivel Central CCSS	
14	Revisa los documentos remitidos por el nivel local en un plazo máximo de 3 días hábiles.				
	¿Los documentos enviados necesitan rectificación por parte del área de salud?				
15	Solicita al nivel local la corrección de la documentación y una vez subsanado el área de salud reenvía la solicitud al Programa. Continúa en la actividad 14				
16	Da el recibo conforme de los documentos de inscripción e inicia el proceso para la aprobación de la solicitud.				
17	Revisa a detalle toda la documentación entregada y procede a verificar el cumplimiento de requisitos.				
	¿La documentación y cumplimiento de requisitos están en orden?				
18	Se comunica con el profesional para indicarle la situación que debe corregir. El profesional tendrá 5 días hábiles para realizar esta tarea.				
	¿El profesional corrige la situación en el tiempo dispuesto?				
19	Cierra el caso y anota la solicitud como rechazada. El funcionario enviara al correo electrónico del interesado la resolución final del Programa. Fin del procedimiento				
20	Ingresa a la base de datos CPSA, la información del profesional y de su consultorio.				
21	Procede a anotar la solicitud como aprobada y envía por correo electrónico al profesional y al área de salud, el resultado aprobado de la solicitud.				
22	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 según ubicación del consultorio) para la adquisición de los formularios oficiales necesarios para la prestación de la oferta de servicios. Ver procedimiento de compra de papelería.				
23	Fin del procedimiento				

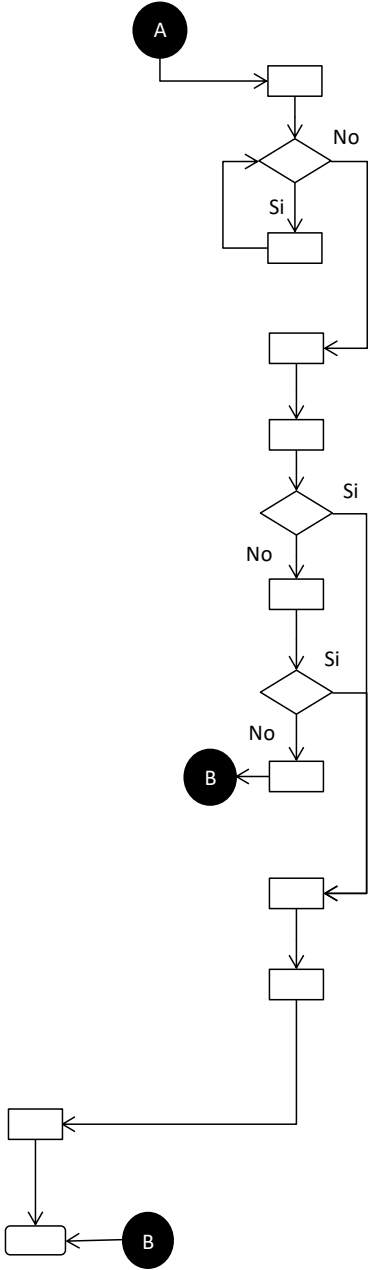


Diagrama de Flujo: Procedimiento #2: Compra de Papelería en el Sistema Mixto de Atención en Salud

Procedimiento Compra de Papelería en el Sistema Mixto de Atención en Salud		Participantes	
		Profesional o persona autorizada	Funcionario Centro de Salud
1	Inicio del procedimiento		
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.		
7	Cancela el monto respectivo y se presenta con el comprobante de pago en el centro de salud correspondiente para retirar la papelería		
8	Registra la venta de papelería indicando el nombre del profesional al que se le vende papelería, la cantidad entregada de cada fomulario, la fecha, el consecutivo cuando corresponda, así como nombre y cédula de la persona que recibe.		
9	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.		
10	Realiza el registro contable de la transacción.		
11	Fin del procedimiento		

Diagrama de Flujo: Procedimiento #3: Asesoría Técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud

Procedimiento Asesoría Técnica sobre el Sistema Mixto de Atención en Salud		
#	Descripción de la actividad	Participantes
		Usuario interno o externo inscrito en el Sistema
1	Inicio del procedimiento	
2	Solicita asesoría técnica respecto al Sistema Mixto de Atención en Salud.	
3	Analiza la solicitud del usuario interno o externo.	
4	¿Requiere información adicional (documentación) del solicitante para poder resolver la consulta?	
5	Solicita la información adicional al solicitante.	
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 solicitante aclarándole su inquietud. Fin del procedimiento.	
10	Solicita los datos de contacto (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 solicitante.	
12	Prepara la respuesta y la comunica al solicitante, ya sea telefónicamente o vía correo electrónico.	
13	Fin del procedimiento	

Diagrama de Flujo: Procedimiento #4 Prescripción y Despacho de Medicamentos para el Sistema Mixto de Atención en Salud

Procedimiento Prescripción y Despacho de Medicamentos para el Sistema Mixto de Atención en Salud						
#	Descripción de la actividad	Participantes				Observaciones
		Profesional inscrito en el Sistema	Asegurado o Persona autorizada	Funcionario del Servicio de Farmacia	Farmacéutico	
1	Inicio del procedimiento					
2	Identifica la necesidad de prescribir un medicamento como parte del abordaje clínico-terapéutico del asegurado.					
3	Prescribe en el formulario (receta) los medicamentos siguiendo el procedimiento establecido y entrega la receta y sus copias al asegurado que deberá llevarla al Servicio de Farmacia que le corresponda.					
4	Entrega la prescripción (receta) en la ventanilla de la Farmacia del Establecimiento de Salud que le corresponde al usuario, según su lugar de adscripción.					
5	Realiza la validación inicial de requisitos para brindar el servicio: validación del derecho del asegurado, pertenencia del asegurado al Área de Salud, validación de la receta de medicamentos.					
	¿La receta cumple con los requisitos?					
6	Devuelve al usuario la receta inconsistente junto con la boleta correspondiente para la "devolución de recetas", que debe incluir de forma clara el motivo de la devolución para que el usuario y su prescriptor puedan evaluar la situación.					
7	Gestiona la solicitud realizada por el centro de trabajo para iniciar con el trámite de las recetas e indica el tiempo probable en el cual debe presentarse para retirar el pedido.					
8	Inicia con la preparación de la solicitud verificando el cumplimiento de los requisitos normativos para tramitar el despacho del medicamento.					
9	Se presenta a retirar el medicamento. La persona que retira debe presentar la contraseña que se le proporcionó a la hora de entregar la solicitud para poder realizar el retiro.					
10	Fin del procedimiento					

Cuando el prescriptor han generado recetas copia, todas las copias junto con la original deben ser presentadas la primera vez que se utiliza el servicio de despacho en la farmacia

El asegurado y la receta presentada deben cumplir con todos los requisitos establecidos en la normativa Institucional vigente para optar por el servicio de farmacia

En caso de no cumplir con los requisitos. Continuar actividad 10. Fin del procedimiento.

Le entrega la receta de sus medicamentos

De necesitar asistencia solicita al Programa de Sistemas Alternativos la asesoría correspondiente.

Diagrama de flujo: Procedimiento #5: Solicitud de Exámenes de Laboratorio Clínico para el Sistema Mixto de Atención en Salud

Procedimiento Solicitud de exámenes de laboratorio clínico para el Sistema Mixto de Atención en Salud					
#	Descripción de la actividad	Participantes			Observaciones
		Profesional inscrito en el Sistema	Asegurado o persona autorizada	Funcionario asignado en el Laboratorio	
1	Inicio del procedimiento.	□			
2	Identifica la necesidad de solicitar una prueba de laboratorio clínico como parte del abordaje clínico-terapéutico del asegurado.	↓ □			
3	Completa el formulario "Solicitud de Análisis de Laboratorio" (4-70-03-0460) y lo entrega al asegurado.	↓ □			
4	Entrega la solicitud de laboratorio en el centro de salud de adscripción según residencia		□		
5	Realiza la validación inicial de requisitos para brindar el servicio.			□	
	¿La solicitud cumple con los requisitos?				
6	Devuelve al asegurado la solicitud y completa la boleta "devolución de solicitud" con la información del motivo de rechazo para que el asegurado y profesional estén enterados del motivo.				Si no cumple con los requisitos. Continuar actividad 10. Fin del procedimiento.
7	Realiza el agendamiento de la cita correspondiente, indicando el día, la hora y las condiciones en que debe presentarse el usuario, a la vez le entrega los insumos de recolección de muestra que se requieran.			□	
8	Se presenta al servicio de laboratorio a la hora y fecha de la cita asignada, cumpliendo las indicaciones dadas en el momento de la cita.		□		
9	Consulta los resultados de sus pruebas en el aplicativo EDUS o recoge en el centro de salud los resultados impresos.		□		
10	Fin del procedimiento		□		

Diagrama de Flujo: Procedimiento #6: Realización de Estudios Radiológicos, Endoscópicos y otros en el Sistema Mixto de Atención en Salud

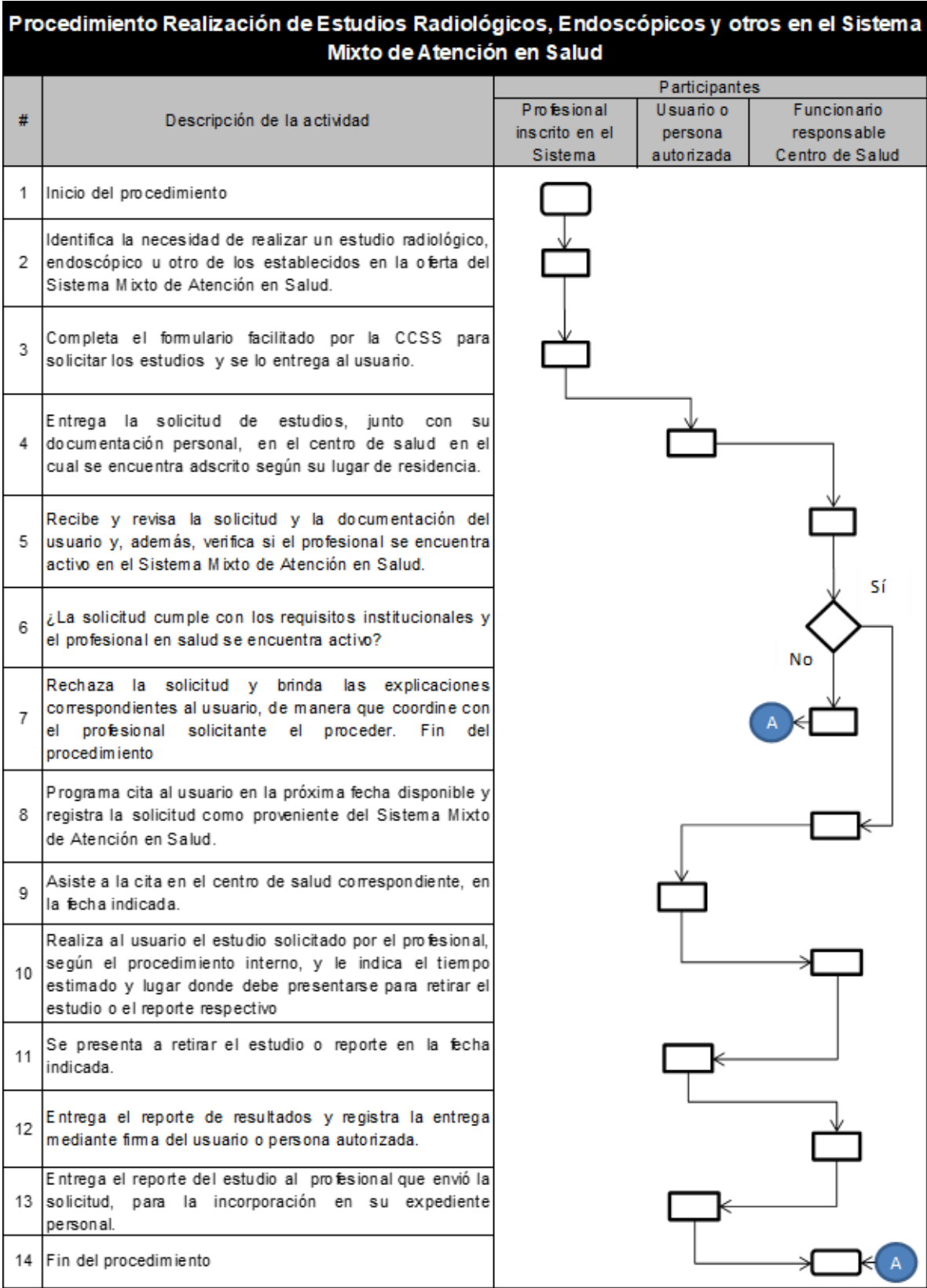


Diagrama de Flujo: Procedimiento #7: Referencia y Contrarreferencia en el Sistema Mixto de Atención en Salud

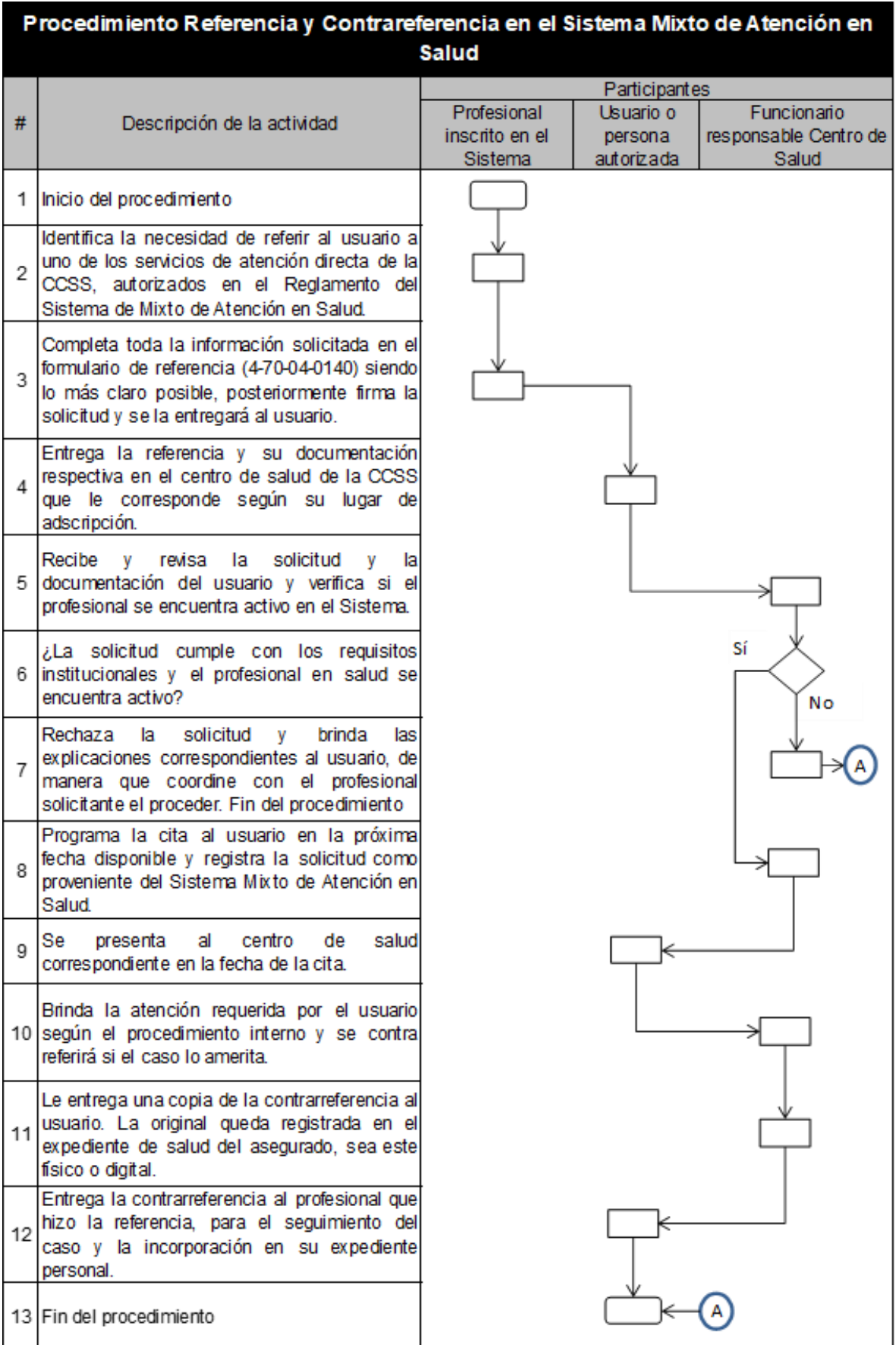


Diagrama de Flujo: Procedimiento #8: Registros Estadísticos en el Sistema Mixto de Atención en Salud

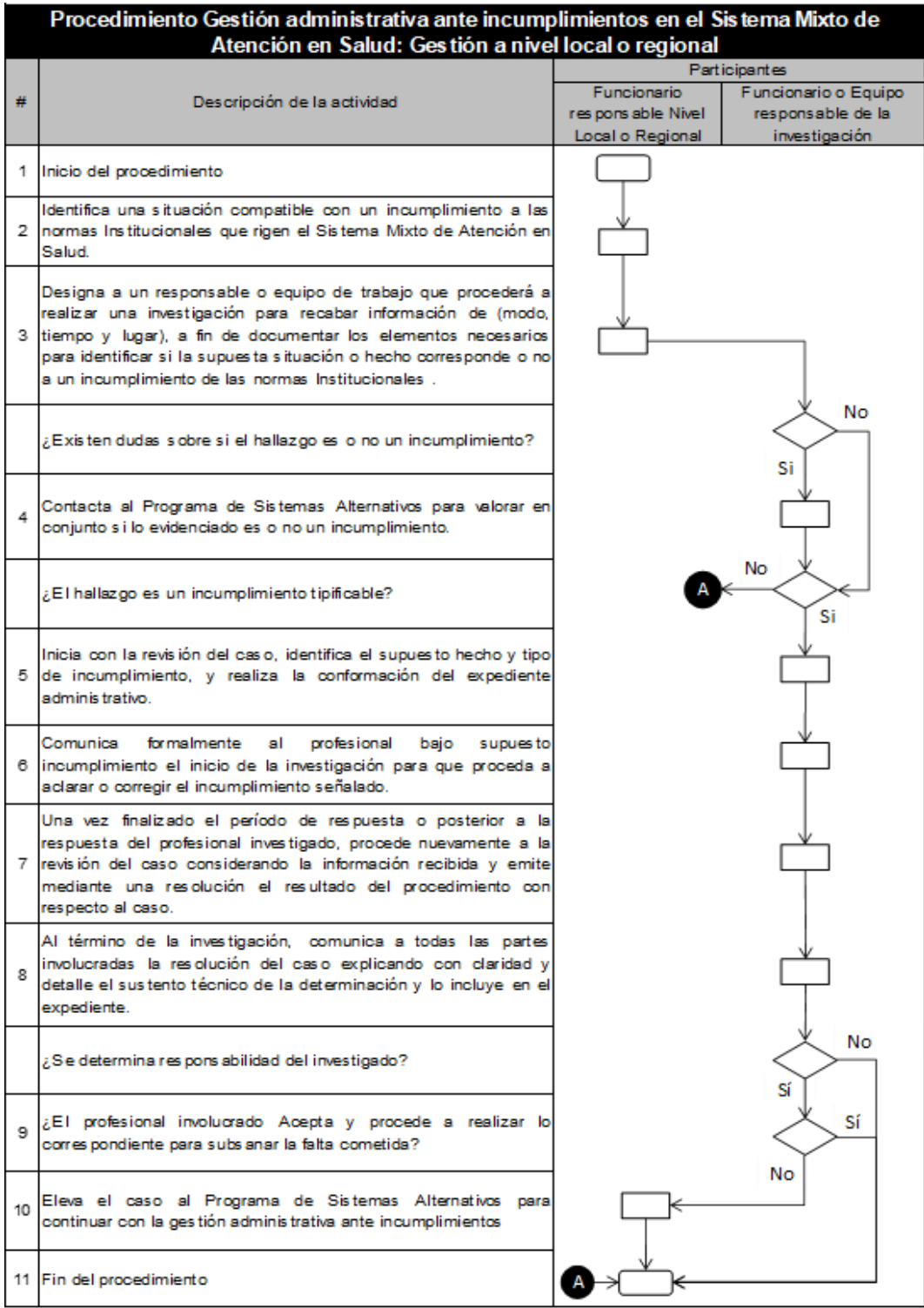
Procedimiento Registros estadísticos en el Sistema Mixto de Atención en Salud				
#	Descripción de la actividad	Participantes		
		Profesional inscrito en el Sistema	Funcionario Establecimiento de Salud	Funcionario unidad estadísticas Nivel Central
1	Inicio del procedimiento	<pre> graph TD Start([Inicio]) --> Step2[2] Step2 --> Step3[3] Step3 --> Step4[4] Step4 --> Step5{5} Step5 -- Sí --> Step8[8] Step5 -- No --> Correction[Corrección] Correction --> Step4 Step8 --> Step9[9] Step9 --> Step10[10] Step10 --> Step11[11] Step11 --> End([Fin]) </pre>		
2	Registra de manera diaria o mensual, los datos de la consulta de todos los pacientes atendidos en cada consultorio activo, ya sea que utilizaron o no los servicios de apoyo del Sistema Mixto de Atención en Salud. Dispone como fecha límite para incluir la información, el último día hábil del mes			
3	Se asegura que el informe mensual se registre de forma completa y oportuna. En caso de no haber atenciones en un consultorio durante el mes, debe seleccionar casilla de reporte en cero.			
4	Revisa los informes en el SIAES presentados por los profesionales de salud inscritos. Debe verificar que los datos registrados sean correctos y completos, incluyendo los reportes en cero cuando corresponda.			
5	¿El informe estadístico se presentó de manera correcta?			
6	Notifica al profesional para que corrija los datos en un plazo de tres días hábiles, siguiendo las instrucciones de la "Instrucción de Trabajo para el Registro de Actividades en Medicina Mixta".			
7	Realiza los ajustes solicitados e informa al establecimiento de salud correspondiente.			
8	Registra la entrega del informe estadístico por parte del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención.			
9	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.			
10	Incorpora los datos en el sistema de información respectivo.			
11	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.			
12	Fin del procedimiento			

Instructivo de llenado del Informe Estadístico Mensual en línea: Consolidado mensual

Campo	Indicaciones para el Llenado por parte de los profesionales inscritos en el Sistema Mixto de Atención en Salud
1. Código profesional	Profesional registra dato para poder ingresar al link.
2. Establecimiento de Salud	Se selecciona una de las opciones que se despliegan de las áreas inscritas al profesional.
3. Nombre del profesional	Dato se registra automáticamente al ingresar los datos del profesional.
4. Región	
5. Código del centro médico	
6. Modelo	Se selecciona la opción "Medicina Mixta" de la lista desplegable (perfil)
7. Mes	Se selecciona el mes a registrar.
8. Año	Se selecciona el año a registrar.
9. Casilla reporte en 0	Se selecciona casilla SÓLO cuando no se utilizó el consultorio médico durante el mes (automáticamente todas las casillas se rellenan con cero y se bloquea opción de registro manual, dejando únicamente la opción de guardar)
10. Servicio	Seleccionar alguna de las opciones que se despliegan, de acuerdo con la clasificación de la especialidad.
11. Especialidad del profesional	Se despliegue para seleccionar.
12. Primera vez en la vida	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>
13. Primera vez en el año	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</i>

	<i>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>
14. Primera vez en la especialidad	Digitar el total de consultas de primera vez en la especialidad realizadas por el profesional inscrito en el Sistema Mixto.
15. Subsecuentes	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>
16. Usuarios referidos a Especialista	Anotar el número total de usuarios referidos a profesionales especialistas de la CCSS durante el mes, por parte del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención en Salud.
17. Contrarreferencias	Anotar el número de las contrarreferencias recibidas durante el mes por parte del profesional inscrito en el Sistema Mixto de Atención.
18. Total	Dato calculado automáticamente.

Diagrama de Flujo: Procedimiento #9: Gestión Administrativa ante Incumplimientos en el Sistema Mixto de Atención en Salud



Procedimiento Gestión administrativa ante incumplimientos en el Sistema Mixto de Atención en Salud: Gestión a nivel central

#	Descripción de la actividad	Participantes
		Funcionario responsable del Programa de Sistemas Alternativos
	Inicio del procedimiento.	<pre> graph TD Start([Inicio]) --> Step1[1] Step1 --> Dec1{¿La documentación se encuentra completa y legible?} Dec1 -- Si --> Step3[3] Dec1 -- No --> Step2[2] Step2 --> Step3 Step3 --> Dec2{¿Existe suficiente evidencia y documentación para continuar con el procedimiento administrativo ante incumplimiento?} Dec2 -- Si --> Step5[5] Dec2 -- No --> Step4[4] Step4 --> A1((A)) A1 --> Step3 Step5 --> Dec3{¿Es necesario coordinar con otras instancias para completar la documentación y evidencias para el caso?} Dec3 -- Si --> Step5 Dec3 -- No --> Step6[6] Step6 --> Dec4{¿Se encuentra evidencia suficiente para sustentar la responsabilidad del profesional?} Dec4 -- Sí --> Step7[7] Dec4 -- No --> A2((A)) A2 --> Step3 Step7 --> Step8[8] </pre>
1	Una vez recibido el expediente administrativo (el cual sólo se recibirá de manera digital), revisa que la documentación se encuentre completa y legible	
	¿La documentación se encuentra completa y legible?	
2	Se comunica con el centro de salud para coordinar lo correspondiente del caso y procurar el envío de la documentación faltante o corrección de un documento.	
3	Una vez con la documentación completa, analiza el caso presentado.	
	¿Existe suficiente evidencia y documentación para continuar con el procedimiento administrativo ante incumplimiento?	
4	Informa al área de Salud la resolución de imposibilidad de continuar con la investigación con la prueba y documentación remitida e informará al profesional que el caso se ha desestimado. Continuar con la actividad 8, fin del procedimiento.	
	¿Es necesario coordinar con otras instancias para completar la documentación y evidencias para el caso?	
5	Coordina con las instancias pertinentes la adquisición de documentos o evidencias necesarias para complementar el caso. Continuar con la actividad 3.	
6	Procede a dar una resolución final del caso.	
	¿Se encuentra evidencia suficiente para sustentar la responsabilidad del profesional?	
7	Procede a inactivar al profesional investigado y sobre el cual se acredita la existencia de responsabilidad por incumplir la normativa aplicable, y se le comunicara oportunamente la resolución.	
8	Fin del procedimiento	

Manual de Procedimientos	Sistema Mixto de Atención en Salud	CÓDIGO: MP.GM.DDSS.PSA.211125	Página 47 de 47
--------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-----------------

12. 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 y Laboratorio Clínico.