

# Oferta de Servicios en el Sistema Mixto de Atención en Salud

(TEXTO EXTRAIDO DEL REGLAMENTO VIGENTE)

## Artículo 1º: 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 Ginecobstetricia, 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 2º: 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 3º: De los Servicios de Apoyo Farmaceutico

- 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](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, refiriéndole 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 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 4º: 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 (Tiriodotiroxina), T4 Libre, T4 (Tetratiroxina), 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 5º: 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 realizará 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.
- Gastroscoopia.
- Mamografía.

#### **Artículo 6: 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.