

REGLAMENTOS

BANCO HIPOTECARIO DE LA VIVIENDA

La Junta Directiva del Banco Hipotecario de la Vivienda, en su sesión 39-2000, artículo 5, del 28 de junio del presente año, tomó el acuerdo N° 3 que indica lo siguiente:

“Acuerdo N° 3

Considerando:

- Que el artículo 109 de la Ley de Contratación Administrativa en relación con el 103, de la Ley General de la Administración Pública, facultan a cada ente público, para dictar los reglamentos complementarios de organización o de servicio que se requieran para el trámite de la contratación administrativa.
- Que es necesario dictar las normas reglamentarias sobre las competencias para iniciar los procedimientos de contratación administrativa, el trámite de la contratación y la emisión del acto de adjudicación, **Por tanto**, se acuerda:

Aprobar y emitir las siguientes:

Normas sobre la distribución de competencias para la contratación administrativa del Banco Hipotecario de la Vivienda

Artículo 1°—En los procedimientos de contratación administrativa que celebre el Banco Hipotecario de la Vivienda, corresponderá a la gerencia general, el dictado del acto inicial del procedimiento, incluyendo la confección y publicación del cartel cuando proceda, y el dictado del acto de adjudicación, cuando se trate de licitaciones públicas, licitaciones por registro, licitaciones restringidas y contrataciones directas, en este último caso con la excepción que se dirá en el artículo siguiente. Los procedimientos de remate o subasta pública serán autorizados por la Gerencia General y su trámite y adjudicación se llevará a cabo conforme lo señale en cada caso dicho órgano, mediante el respectivo cartel y reglamento del remate.

Artículo 2°—Corresponderá a la Dirección Administrativa y Financiera autorizar y adjudicar los procedimientos de contratación administrativa tramitados bajo el sistema de fondos de caja chica y los procedimientos de contratación administrativa de contratación directa iguales o inferiores a quinientos mil colones. Para éste último caso de la Gerencia General podrá dictar las normas de control o fiscalización que considere conveniente. Asimismo, corresponderá a la citada Dirección, llevar a cabo los actos de trámite de los procedimientos de contratación y de los respectivos expedientes conforme a las instrucciones que al efecto emita la Gerencia General.

Artículo 3°—En materia de recursos se estará a lo dispuesto en la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento en la Ley General de la Administrativa Pública.

Artículo 4°—Derogatoria y vigencia. Se deroga el acuerdo número 6 de la sesión 41-98, del 3 de setiembre de 1998. Rige a partir de su publicación en el diario oficial. Acuerdo Unánime.

San José, 13 de julio del 2000.—David López (Presidente), Asesor Jurídico
Junta Directiva.—(46138).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
AREA ESPECIALIZADA DE INFORMACION
UNIDAD DE DOCUMENTACION
JUNTA DIRECTIVA
APROBACION REGLAMENTO

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 33, Acuerdo Segundo de la sesión N° 7447, celebrada el 8 de junio del 2000, dispuso aprobar el siguiente Reglamento del Sistema de Atención Integral de Salud Laboral:

La Junta Directiva, con fundamento en el Artículo 14, inciso (f), en relación con el artículo 3, ambos de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (Ley No. 17, del 22 de octubre de 1943) dicta el presente Reglamento del Sistema de Atención Integral de Salud Laboral:

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°—**Definiciones Terminológicas.** Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

Atención Integral a las Personas: Es una forma de abordar las diferentes necesidades y problemas en salud en los individuos, familias y comunidades, en el cual el proceso salud - enfermedad se considera como un proceso de construcción social dinámico y multicausal, cuyos determinantes son de origen biológico, económico, psicológico, ambiental, entre otros. Con una participación social, dirigido al desarrollo de las potencialidades y responsabilidades, tanto individuales como colectivas, lo que incluye actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Acreditación: Componente del proceso de autorización para el ingreso y funcionamiento dentro del Sistema de Atención Integral en Salud Laboral, que se aplicará a los profesionales en ciencias médicas, a las instalaciones físicas y al equipo a utilizar en la prestación de los servicios de salud, lo que permitirá a la Caja Costarricense de Seguro Social, velar por la calidad y seguridad de este Sistema en beneficio de los usuarios, acorde con lo que establece la legislación vigente.

Consejo Coordinador de los Sistemas Alternativos: Órgano Colegiado de análisis, de carácter recomendativo adscrito a la Gerencia de División Médica, el cual será conformado por el Consejo Regional.

Empresa: Entidad mercantil o industrial pública o privada que tiene su propia autonomía como persona jurídica independiente y separada de la persona física a quien pertenezca.

Infraestructura: Lugar o espacio físico, en el cual se suministrarán los servicios de salud, propiedad de la empresa, o de los profesionales o persona jurídica, que junto con el equipo tecnológico cumplan con los estándares mínimos de calidad, actualización y seguridad para el usuario.

Oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios: Lugar o espacio físico del órgano evaluador y contralor general del Sistema, el cual representa a la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la Gerencia de División Médica y funciona también como Organismo Asesor del Consejo Coordinador de los Sistemas Alternativos.

Riesgo: Situación de exposición física a diversos factores que puede sufrir una persona o trabajador y que puede producir alguna alteración del estado de la salud de la misma, en virtud de su trabajo. Dentro del concepto de atención integral se considera que en el proceso de salud la enfermedad está condicionada o determinada por los denominados factores de riesgo. Para efectos del escenario laboral, es importante considerar los factores de riesgo propio de cada trabajador aunado al conocimiento de los riesgos propios de la actividad laboral, a fin de contribuir con la preservación del estado de salud de los trabajadores de una empresa.

Sistema: Combinación de operaciones, procesos y procedimientos que controlan y llevan a cabo una actividad, con objeto de brindar un servicio.

Sistema de Atención Integral de Salud Laboral: Forma alternativa de prestación de servicios de salud, que se le brinda a los asegurados directos y pensionados que laboran en una empresa. Consiste en una contratación directa de los servicios de Atención Integral en salud por parte de la empresa y los profesionales en ciencias médicas, el otorgamiento del personal de apoyo y la infraestructura necesaria para la prestación del servicio y el derecho de recibir como beneficio por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social los servicios de farmacia, laboratorio, imágenes y otros servicios contemplados dentro de este Reglamento.

Visión del Sistema de Atención Integral de Salud Laboral: Contribuir al fortalecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social y a la consolidación de su imagen como Institución de prestigio y líder en el campo de la atención integral de la salud, brindando en forma conjunta con el sector empresarial al asegurado directo un servicio oportuno, eficaz y de calidad.

Misión del Sistema de Atención Integral de Salud Laboral: Contribuir con el cumplimiento de la misión institucional brindando servicios de atención integral de la salud, en el escenario laboral y promoviendo su conservación en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, realizando las acciones a favor del ambiente, y que promueva hábitos y estilos de vida saludables.

CAPÍTULO II

De los Tipos de Prestaciones y sus Requisitos

Artículo 2°—**Beneficiarios del Sistema.** Son beneficiarios del Sistema de Atención Integral en Salud Laboral, los trabajadores directos inscritos en planillas de la Caja Costarricense de Seguro Social, los familiares dependientes de dichos trabajadores, así como aquellos trabajadores pensionados de la empresa adscrita al sistema.

Artículo 3°—**Ingreso al Sistema.** Para ingresar al Sistema de Atención Integral de Salud Laboral, la empresa interesada deberá formular la solicitud ante el director de la clínica u hospital de su adscripción, o en la oficina que se asigne, en donde se recibirá la documentación correspondiente y se procederá a la revisión de los parámetros que se establezcan en el instructivo de este sistema.

Posteriormente, se remitirá la información a la Oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios, adscrita a la Dirección Técnica de la Gerencia de División Médica para su conocimiento, revisión y presentación al Consejo Coordinador de Servicios Médicos para la debida autorización

La autorización se divide en dos aspectos:

Aceptación de la empresa y acreditación de la misma sobre la base de los parámetros que se establezcan en el instructivo de este sistema.

De los profesionales en ciencias médicas mediante la acreditación del profesional. Las solicitudes pueden ser tramitadas en forma independiente.

Artículo 4°—**Escogencia de Profesionales.** En el Sistema de Atención Integral de Salud Laboral, las empresas libremente escogerán a los profesionales en ciencias médicas, los cuales deberán ser autorizados y acreditados dentro del Sistema por la Dirección Técnica de Servicios de Salud. Sin detrimento de lo anteriormente descrito.

Artículo 5°—**Terminación de Contrato con Médico.** Cuando la empresa de por terminada la contratación con el profesional en ciencias médicas, deberá comunicarlo a la Dirección u oficina respectiva y proponer el nombre del sustituto.

Artículo 6°—**Cancelación de la Autorización.** Si la empresa o el profesional en el ejercicio de sus funciones incurriera en falta grave en:

- a) Incumplimiento de las normas morales y éticas en la atención que suministre.
- b) Superposición de horarios de los profesionales contratados para la prestación de los servicios de esta modalidad.
- c) El incumplimiento de los reglamentos y normas establecidas por la Caja que regulan, evalúan y controlan la gestión de servicios de salud.
- d) Los impedimentos que señalen los diferentes colegios profesionales del país.
- e) Incumplimiento de las normas de calidad de la infraestructura.

Los anteriores aspectos serán motivos suficientes para la cancelación de la autorización extendida, para lo cual previamente se deberá realizar el debido proceso, de conformidad con lo que establece la Ley General de Administración Pública.

El informe inicial de la existencia de alguna de estas irregularidades, será elaborado por el director de la clínica u hospital de su adscripción y se remitirá al Consejo Coordinador de Servicios Médicos, quien podrá efectuar la cancelación, previo y de conformidad con lo que establece la Ley General de Administración Pública en el Artículo 214 siguientes y concordantes.

En caso de oposición a la decisión emitida, se puede apelar ante el Consejo Coordinador de Sistemas Alternativos y lo que este órgano decida, a su vez, puede ser apelado en última instancia ante la Gerencia de la División Médica, quien resolverá lo pertinente y dará por agotada la vía administrativa.

Artículo 7°.—Contra el acto final cabrán los recursos de revocatoria y apelación. Estos deberán interponerse dentro de los diez días siguientes al de la notificación. Si dentro de ese plazo el médico o la empresa no recurriere la resolución, ésta cobrará firmeza sin necesidad de hacer pronunciamiento expreso.

Artículo 8°.—Los recursos se presentarán por escrito ante el órgano que dictó la resolución o acto recurrido. Bajo pena de inadmisibilidad, deberán ser fundamentados expresando las razones y aportando u ofreciendo las pruebas pertinentes. El escrito deberá señalar lugar para notificaciones.

Artículo 9°.—El recurso de revocatoria lo resolverá el órgano que dictó el acto, dentro de un plazo de veinte días contados a partir del recibo del expediente administrativo, o de que éste se tenga por completo, si hubiere que evacuar nueva prueba para mejor resolver.

Artículo 10.—El recurso de apelación lo resolverá la Gerencia División Médica, según se trate de resoluciones dictadas por las Direcciones de Hospitales y Clínicas, dentro de un plazo de veinte días contados a partir del recibo del expediente administrativo, o de que éste se tenga por completo, si hubiere que evacuar nueva prueba para mejor resolver.

La Gerencia de División Médica dará por agotada la vía administrativa.

CAPÍTULO III

Derechos y Obligaciones

Artículo 11.—**Derechos de los Asegurados.** Los beneficiarios de este Sistema de Atención tienen el derecho a recibir servicios de atención integral de primer nivel, por parte de los profesionales contratados por la empresa y autorizados por la Caja; además aquellos propios del ámbito de la salud ocupacional.

Asimismo, tiene derecho en manera igualitaria a recibir de parte de la Caja los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento acorde con la problemática que presenta y dentro del cuadro básico establecido en artículos posteriores, según las posibilidades financieras institucionales y a lo que establece en el Capítulo VI, Artículo 75, 76 y 77 del Reglamento del Seguro de Salud.

Todo trabajador que sea atendido en este sistema tiene derecho al Respeto de confidencialidad, según los artículos 10 y 19 del Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Artículo 12.—**Derechos de la Empresa.** Toda empresa adscrita al presente Sistema tiene el derecho de realizar la libre escogencia y contratación de los profesionales en ciencias médicas.

La empresa y sus trabajadores recibirán servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento que serán proporcionados por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Las empresas recibirán en forma solidaria el soporte técnico por parte de la Caja, que garantice la calidad de los servicios en salud que recibirán los trabajadores de dicha empresa.

Artículo 13.—**Derechos de los Profesionales.** Tiene derecho al uso de la misma documentación utilizada por la Caja en la empresa, para tener acceso de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento que se definen en artículos siguientes, así como a referir al asegurado directo o familiar, que por su condición de salud lo amerite, a las unidades de mayor complejidad que conforman la red de servicios de salud de la Caja.

En caso de haber referido a un asegurado directo, familiar o pensionado de la empresa en la cual labora hacia otros centros de mayor complejidad, tiene el derecho de recibir la contra referencia respectiva en donde se anote todo lo relacionado con la atención, evaluación, procedimientos y tratamiento que la persona recibió y entregarle al médico tratante.

Artículo 14.—**Derechos de la Caja.** Al ejercer la evaluación mediante las dependencias correspondientes (Direcciones de Áreas de Salud, Clínicas u Hospitales de adscripción, Auditoría Interna, Dirección

Técnica de Servicios de Salud, Direcciones de Área de Salud) según lo que se establece en el artículo 5 de la Ley General de Salud y artículos 26 y 27 del Reglamento del Expediente de Salud, respetando el derecho privado de confidencialidad del usuario, también podrá solicitar mediante la clínica u hospital de adscripción la información que sea de interés local y nacional.

Artículo 15°—Obligaciones del Consejo Coordinador de los Servicios Médicos.

Conocer periódicamente el informe, que el responsable de la oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios le presente. Evaluar el impacto, así como el comportamiento de este Sistema. Emitir normas de control y evaluación del presente Sistema de Atención.

Artículo 16°—**Obligaciones de la Empresa.** Las empresas adscritas a este sistema proporcionarán la infraestructura y el recurso humano necesario, que asegure la calidad adecuada de los servicios de salud.

Los profesionales adscritos y las empresas serán responsables del buen uso, de la confidencialidad de la información y de la custodia de la documentación entregada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). A su vez, deben evitar la sustracción de la misma por personas ajenas a su unidad de trabajo.

Artículo 17.—**Obligaciones de la Caja.** Brindar a los beneficiarios aquellos servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento que se definen en los artículos posteriores y proporcionar la papelería utilizada por la institución destinada para este fin.

Artículo 18.—**Obligaciones de los Asegurados.** Para acogerse a los servicios que se ofrecen en este reglamento se requiere que el asegurado directo o el familiar cumpla con la presentación de la orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango y el carné de asegurado.

Artículo 19.—**Obligaciones de los Profesionales.** Sin perjuicio de lo pactado en la relación contractual fijada entre los profesionales y la empresa, se considera que estos profesionales deben brindar servicios de Atención Integral de Salud a las personas de acuerdo al ordenamiento jurídico previsto al respecto, así también conforme con los lineamientos institucionales establecidos y de aquellos que en un futuro decida en materia de atención directa a las personas, prescripción de medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete.

El profesional tiene la obligación de llevar un expediente médico individual único de los pacientes que atiende, anotando en él todos los datos de interés, según las normas que rigen el uso de expediente clínico en el ámbito institucional (Artículo N. 1, del Reglamento del Expediente de Salud).

Dicho expediente estará sujeto a la evaluación por parte de la Caja, respetando el derecho privado de confidencialidad del usuario.

Cabe señalar que las referencias que se emitan a otras unidades de mayor complejidad deberán contar con todos los datos necesarios, incluyendo los tratamientos empleados recientes o anteriores, con el fin de que los profesionales de los respectivos centros de referencia tengan un mayor conocimiento de la problemática en salud del paciente referido. Estos documentos quedarán registrados en el expediente médico del paciente.

La Auditoría Interna de la Institución, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 26 y 27 del Reglamento del Expediente de Salud, están autorizados para solicitar el expediente médico de los trabajadores de la empresa a efecto de cumplir con las actividades que se le han asignado.

Deberá brindar oportunamente a la clínica u hospital de adscripción la información que sea de interés de la Caja y que permita determinar aspectos de interés local y nacional.

Deberá crear o tener los mecanismos necesarios que aseguren el cumplimiento de la comprobación del derecho al uso de este Sistema, por parte de los asegurados.

Devolver los expedientes médicos a la clínica u hospital de adscripción, en el evento de que la empresa se retire del Sistema voluntariamente, por incumplimiento, cierre de la actividad o traslado a otra región. Igual procedimiento se sigue si el trabajador deja de laborar en la empresa, dado que por principio el expediente de salud es del asegurado, y por ser de interés institucional debe formar parte del expediente único. En estos procedimientos se incluyen expedientes médicos de los familiares que se atienden en la empresa.

CAPÍTULO IV

Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Artículo 20.—**Igualdad en la Prestación de los Servicios.** Los servicios de apoyo que brindará la Caja dentro del Sistema de Medicina Laboral, deben ser similares a los autorizados para las diferentes unidades de Primer Nivel de Atención de la Consulta Externa. No se deberán exceder los costos institucionales.

Artículo 21.—**Lugar de Realización.** La realización de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, citologías, así como de farmacia serán realizados en:

Casos de urgencia en la unidad prestadora de los Servicios de Salud de adscripción de la empresa.

En exámenes de rutina en la unidad de adscripción según el lugar de residencia del beneficiario.

Artículo 22.—**Exámenes de Laboratorio.** Los usuarios del Sistema tendrán acceso a los servicios básicos de laboratorio, autorizados en el primer nivel de atención del resto de las unidades prestatarias de los servicios de salud que conforman la red de la Caja Costarricense de Seguro Social y que se detallan:

Hemograma completo (hemoglobina, hematocrito, leucograma)
 Glicemia, Curva de tolerancia a la glucosa, Glicemia dos Hrs.
 Posprandial
 Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL
 Nitrógeno Ureico, Creatinina, Orina, Uroculévo
 U.C.G. Heces, VDRL
 Exámenes preoperatorios
 Acido Úrico
 V.E.S.
 Amilaseamia
 Citologías
 También se incluyen pruebas de función hepática, renal, reumáticas y antígeno prostático, según casos calificados, mediante justificación y visto bueno del especialista.

Artículo 23.—**Imágenes.** El cuadro básico de imágenes para los usuarios del Sistema, 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; Serie Gastroduodenal, Rx de Abdomen simple. Ultrasonido: simple de abdomen y ginecológico.

Los siguientes estudios para su realización requieren de la solicitud de la especialidad respectiva, para lo cual en la solicitud deberá anotar la justificación del caso:

Mamografía. (anotar otros datos epidemiológicos).
 Ultrasonido de próstata se autoriza en aquellos casos en que existe una determinación de antígeno prostático específico sospechoso.
 Colon por enema. P.I.V
 Gastroscopia
 Electrocardiograma

Artículo 24.—**Resultado de Exámenes.** El resultado de los exámenes solicitados será procesado en instalaciones de la Caja Costarricense del Seguro Social, los cuales se entregarán a la persona interesada, a un mensajero de la empresa, debidamente identificado. Esta entrega se realizará en un lapso de ocho días, salvo aquellos solicitados de manera urgente.

En caso de no retiro de los exámenes, estudios o medicamentos solicitados: el jefe del servicio respectivo remitirá informe al director de la unidad, a fin de que el mismo evalúe y tome las decisiones pertinentes al respecto, lo que permita asegurar el uso adecuado de los recursos institucionales.

Artículo 25.—**Servicio de Farmacia.** El asegurado directo, familiar o pensionado de este Sistema pueden retirar hasta tres medicamentos por consulta, excepto en casos de pacientes con patología crónica, en cuyo caso la justificación deberá ser anotada en el dorso de la receta (Paciente Crónico: eje: diabético, hipertenso. Los medicamentos prescritos deberán estar incluidos en el cuadro básico y se pueden prescribir por un plazo no mayor de un mes, exceptuando los pacientes con patología crónica que por su condición requiera de tratamiento periódico.

Para los efectos de prescripción de medicamentos autorizados para especialidades, se respetará la especialidad inscrita por el profesional ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y la certificación ante la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Artículo 26.—**Copias de Recetas de Medicamentos.** En caso de pacientes cuyas patologías crónicas requieran de un tratamiento constante, se autoriza al profesional el emitir hasta un número de tres copias de la receta, anotando en la misma la fecha a la cual corresponden.

Artículo 27.—**Uso de Inyectables.** El uso de inyectables, prescripción y administración será responsabilidad del profesional en salud que para tal efecto ha sido contratado.

Artículo 28.—**Lista de Profesionales Autorizados.** Las farmacias acreditadas contarán con un listado actualizado mensualmente de los profesionales autorizados en este Sistema. Este listado será elaborado por el Consejo Coordinador de los Sistemas Alternativos.

CAPÍTULO V

Subsidios

Artículo 29.—**Incapacidades o Licencias.** El médico que presta sus servicios en el Sistema de Atención Integral de Salud Laboral, podrá otorgar incapacidades en el formulario respectivo, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Incapacidades en los artículos 8 y 17 vigente para los profesionales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Dichas incapacidades se tramitarán en un plazo máximo de dos días en la clínica de adscripción del asegurado.

Se incluye la autorización para la extensión de incapacidades debido a licencias por maternidad (Artículo 18 del Reglamento para el otorgamiento de incapacidades).

CAPÍTULO VI

Otras Disposiciones

Artículo 30.—**Riesgos Profesionales.** El médico está en la obligación de consignar en los documentos derivados de la consulta, recetas, órdenes de exámenes, referencias a especialistas que se trata de un accidente de trabajo o riesgo profesional que está a cargo del Instituto Nacional de Seguros.

Artículo 31.—**Emisión de Informes.** Las diferentes empresas remitirán a la Dirección Regional de Servicios Médicos, un informe trimestral en el formulario respectivo, sin detrimento de lo establecido en el artículo anterior.

La dirección de la unidad a la cual están adscritos él o los proveedores, remitirá un informe ejecutivo y gerencial a la Dirección Técnica de Servicios de Salud, en forma trimestral dentro de los diez primeros días.

La Oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios realizará un informe global del comportamiento del Sistema, ante el Consejo Coordinador para la toma de decisiones respectivas. Este informe se realizará en forma trimestral.

Artículo 32.—**Suministro de Papelería.** Los profesionales inscritos en el Sistema retirarán en la unidad de adscripción que le corresponda la papelería que requieran para la atención de los asegurados. La misma se otorgará a precio de costo.

La cantidad se entregará de acuerdo con el consumo promedio de cada empresa, en esta forma se pretende un uso racional de los formularios.

Las fórmulas de incapacidad que son utilizadas en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) podrán ser otorgadas a los profesionales de las empresas adscritas al Sistema, registrando las series numéricas consecutivas de los formularios y la firma de recibido conforme por parte del profesional (empresa, nombre y firma del mismo).

Artículo 33.—**Retiro de Formularios de Estupefacientes y Psicotrópicos.** Los profesionales adscritos al sistema podrán solicitar los formularios o recetarios de estupefacientes y psicotrópicos en la oficina respectiva, otorgándose a los mismos, un máximo de dos, cuando se trate de la primera solicitud y posteriormente a la entrega del formulario lleno se otorgará uno nuevo.

En el formulario deberá constar el sello distintivo del Sistema a fin de asegurar un adecuado control entre los que usan normalmente los profesionales que laboran institucionalmente y los usuarios de esta forma alternativa de prestación de servicios.

Artículo 34.—**Registros Estadísticos.** Para efectos estadísticos, cada clínica, área u hospital, deben llevar los registros diarios respecto a los servicios que se brindan al Sistema, básicamente en cuanto a totales de medicamentos despachados, informes radiológicos, fluoroscopias o placas utilizadas, exámenes de laboratorio clínico, según tipo, días de incapacidad otorgados y días pagados. Al cierre de mes estos datos deben ser entregados a la oficina de Bioestadística de la clínica para su inclusión en el boletín mensual.

Artículo 35.—**Exclusión de Responsabilidad.** Por tratarse de un contrato privado entre la empresa y los profesionales en Ciencias Médicas o la persona jurídica correspondiente, la Caja Costarricense de Seguro Social no asume responsabilidad alguna de índole civil o de cualquier otro tipo, por el trabajo que los mismos desarrollen. Se entiende que la aceptación del médico o de la empresa en el Sistema, no les confiere ningún derecho subjetivo que les permita reclamar derechos adquiridos, en el evento de cancelarseles la autorización.

Este Reglamento rige a partir del 8 de junio del 2000, y deroga el Reglamento del Sistema Médico de Empresa y del Sistema Mixto de Atención Médica aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en el artículo 8 de la sesión N° 5506, celebrada el 9 de abril de 1981.

En consecuencia, deberá modificarse el Instructivo para la prestación alternativa de servicios de salud Caja Costarricense de Seguro Social-Empresas emitido por la Gerencia de División Médica en junio de 1996 y puesto en práctica a partir del 1° de julio de 1997.

Acuerdo firme".

San José, 21 de junio del 2000.—Ejemplo C. Zúñiga Valverde,
 Secretaria Junta Directiva.—I vez.—(18402)

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
 AREA ESPECIALIZADA DE INFORMACION
 MUNICIPALIDADES DE LA UNIÓN
 MUNICIPALIDAD DE LA UNIÓN
 REGLAMENTO DE SESIONES Y ACUERDOS DEL CONCEJO MUNICIPAL DE LA UNIÓN Y SUS COMISIONES

Al amparo de lo dispuesto en los artículos 169 y 170 de la Constitución Política de Costa Rica, artículos 4° inciso a), artículo 13 inciso c) y 50 del Código Municipal, en Concejo Municipal, en la sesión ordinaria N° 169, celebrada el 1° de junio del 2000, acordó el presente Reglamento de Sesiones y Acuerdos del Concejo Municipal de La Unión y sus Comisiones, el cual para los efectos del caso se conocerá en adelante como el Reglamento.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°—El presente Reglamento será de aplicación en todas las sesiones que celebre el Concejo Municipal y sus Comisiones, según corresponda.

Artículo 2°—De igual manera será aplicable a la toma de acuerdos por parte del Concejo Municipal y sus Comisiones, según corresponda.

CAPÍTULO II

Artículo 3°—Todas las sesiones del Concejo Municipal se llevarán a cabo a partir de las 19.00 horas, en la sede de la Municipalidad de La Unión.

Artículo 4°—El Concejo Municipal sesionará ordinariamente una vez por semana. Dicha sesión se realizará los días jueves de cada semana.

Artículo 5°—El Concejo Municipal sesionará extraordinariamente los segundos y cuartos martes, y cuando se requiera, ajustando tal acción a lo estipulado en los artículos 36 y 37 del Código Municipal.