

Artículo 41.—El encargado de la bodega tendrá la obligación de verificar que los artículos que está recibiendo estén de acuerdo con los requisitos y características señaladas en la orden de compra y la factura respectiva.

Artículo 42.—Para control de existencias, cada mes debe realizarse inventarios por sistema de muestreo y una vez al año un inventario general físico en coordinación con el Equipo de Contabilidad. Una vez concluido el inventario, la Proveeduría debe realizar un informe final en que se detalle: nombre y código del artículo, cantidad según conteo manual, cantidad según existencias en el sistema, diferencias. Debe remitirse a Contabilidad una copia de dicho informe durante el mes posterior a la terminación del inventario. De darse diferencias, el encargado de la Bodega deberá justificar éstas y, de ser necesario efectuar las reposiciones que correspondan.

Artículo 43.—El funcionario que esté a cargo de la bodega será el responsable de las existencias en el Almacén. Velará para que en ningún momento ingresen o tengan acceso otros funcionarios del Registro Nacional, proveedores o personas ajenas a la institución.

CAPÍTULO XV

Del retiro de las mercancías de bodega

Artículo 44.—Para proceder a retirar artículos, equipo y mercadería en existencia en la bodega se debe seguir uno de los siguientes tres mecanismos:

1. La requisición, que debe ser presentada en la Bodega por cada dependencia en forma mensual y en las fechas o días que al efecto ha señalado la Proveeduría. En esta se señala además de los datos del solicitante, el código de mercadería, su descripción y cantidad requerida. El encargado de la Bodega, en coordinación con el Proveedor, podrá determinar si no se entrega la totalidad de lo solicitado, tomando como criterio las existencias con que se cuenta y los requerimientos de otras dependencias. Una vez que la requisición es retirada, se traslada a la Proveeduría para que la persona encargada proceda con el registro correspondiente.
2. El adelanto de mercadería, para lo cual el solicitante deberá presentar nota escrita en que manifieste el tipo y cantidad de mercadería que requiere, así como una breve justificación. Si el proveedor da visto bueno a la solicitud, la persona encargada del control elabora una boleta de adelanto, cuya copia junto con la del documento de solicitud deben presentarse en la Bodega para el retiro de mercadería. Las boletas de adelanto que no se hagan efectivas en el lapso de dos días hábiles son anuladas, pues se parte del criterio de que este procedimiento es para atender situaciones de urgencia que no permiten esperar hasta la presentación y retiro de la requisición.
3. El formulario de entrega de activos, en el cual se registran las características y número de patrimonios que se asignan a una dependencia. Una copia de ésta es remitida a Contabilidad para el registro correspondiente.

Artículo 45.—Promulgación. Este Manual de Procedimientos de Compras comenzará a regir a partir de su aprobación por la Junta Administrativa del Registro Nacional y su publicación en el Diario Oficial *La Gaceta*.

Lic. Dagoberto Sibaja Morales, Director General a. i.—1 vez.— (Solicitud N° 8201).—C-238140.—(23163).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Junta Directiva

REFORMA REGLAMENTARIA

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 5° de la sesión 7612, celebrada el 10 de enero de 2002, dispuso reformar el artículo 15 del Reglamento Interno de la Junta Directiva, para que en adelante se lea así:

REGLAMENTO INTERNO DE LA JUNTA DIRECTIVA

“Artículo 15.—

Para el mejor desempeño de sus funciones, la Junta Directiva se dividirá en las siguientes comisiones de estudio:

- 1) Comisión de Salud.
- 2) Comisión de Pensiones.
- 3) Comisión Administrativa Financiera y de Contratación Administrativa.
- 4) Comisión Administrativa Financiera y de Impugnaciones patronales:

Las comisiones anteriores las nombrará el Presidente o, en su caso, el Vicepresidente de la Junta Directiva, durante las dos primeras sesiones de cada año; durarán un año en sus funciones y los Directores que las integren podrán ser reelectos.

Acuerto firme”.

San José, 20 de marzo del 2002.—Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva.—1 vez.—C-4070.—(21937).

REGLAMENTO DEL SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN INTEGRAL

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 22° de la sesión N° 7631, celebrada el 14 de marzo de 2002, acordó:

I.—Aprobar el siguiente Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral:

REGLAMENTO DEL SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN INTEGRAL

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1.—Definiciones Terminológicas

- a) SISTEMA: Combinación de operaciones, procesos y procedimientos que controlan y llevan a cabo una actividad, con objeto de brindar un servicio.
- b) SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN INTEGRAL: Es una forma alternativa de prestación de servicios de salud que se le brinda al asegurado y que consiste en la facultad de los mismos de contratar directamente, por su cuenta y riesgo los servicios de atención integral ambulatoria del o los profesionales en ciencias de la salud de su preferencia, en el ejercicio privado de éstos y el derecho de recibir como beneficio por parte de la Caja los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento según la normativa institucional que se establezca.
- c) ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS: Es una forma de abordar las diferentes necesidades y problemas en salud en los individuos, familias y comunidades, en el cual el resultado de salud - enfermedad se considera como un proceso de construcción social dinámicos 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.
- d) INSCRIPCIÓN: Componente del proceso de autorización y del Sistema de Información 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 (C.C.S.S.) velar por la calidad y seguridad de este sistema en beneficio de los usuarios, acorde con lo que establece la ley vigente.
- e) INFRAESTRUCTURA: Lugar o espacio físico, en el cual se suministrarán los servicios de salud demandados, propiedad del o los profesionales, persona jurídica o empresa que cumplan con lo establecido en la Ley General de Salud.
- f) PROFESIONAL: Persona con educación en ciencias médicas debidamente inscrito y autorizado por los respectivos Colegios Profesionales de Costa Rica.
- g) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL: En adelante denominada como Caja, es una institución de la Seguridad Social que conforme con lo establecido en el Artículo 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.
- h) CLÍNICA: Unidad prestataria de servicios de salud y de atención directa a las personas que forma parte de la red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- i) OFICINA DE LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Lugar o espacio físico del órgano evaluador y controlador general del Sistema, representa a la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la Gerencia de División Médica.
- j) DIRECTOR: Profesional en ciencias médicas responsable de la gestión y prestación de los servicios en salud de su área de adscripción.
- k) DIRECTOR REGIONAL: Profesional en ciencias médicas responsable de la gestión de los servicios de salud de una región o jurisdicción geográfica, previamente establecida por la Caja.
- l) SERVICIO: Producto final de las diferentes actividades que componen el proceso de atención integral directa a la persona.
- m) OBJETIVO DEL SISTEMA: Proporcionar a los asegurados, una forma alternativa y opcional de servicios de atención integral de la salud, que permita promover su conservación en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

CAPÍTULO II

De los tipos de prestaciones y sus requisitos

Artículo 2°—Beneficiarios del Sistema Mixto de Atención Integral. Son beneficiarios de este Sistema Mixto de Atención Integral todos los asegurados que en forma voluntaria deseen hacer uso del mismo, mediante la contratación directa de los servicios particulares, de un profesional en ciencias médicas de su escogimiento y que esté adscrito a este sistema.

Artículo 3°—Ingreso al Sistema Mixto de Atención Integral. Para ingresar al Sistema Mixto de Atención Integral, él, o los profesionales, interesados deberán presentar una solicitud ante el Director de la Clínica, Hospital o Área de Salud de su adscripción, en donde se recibirá la documentación correspondiente.

La unidad de adscripción procederá posteriormente a efectuar la revisión de la infraestructura en la cual se brindarán los servicios de salud.

La copia de la documentación completa y aprobada se remitirá a la Oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios (OSAPS) de la Dirección Técnica de Servicios de Salud.

Artículo 4°—Cancelación de la autorización. Si el profesional en el ejercicio de sus funciones incurriere en falta grave o de dolo en relación con alguna de las siguientes faltas:

- a) Incumplimiento de las normas morales y éticas en la atención que suministre.
- b) Superposición de horarios para la prestación de los servicios de esta modalidad.
- c) El incumplimiento de las normas establecidas por la Caja, que regulan, evalúan y controlan la gestión sobre el ejercicio de las funciones.
- d) La suspensión, los impedimentos o la pérdida de los requisitos que señala el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

El incumplimiento de uno o varios de los anteriores aspectos serán motivos suficientes para la cancelación de la autorización extendida.

La o las quejas de los usuarios podrán plantearse ante el Director de la Clínica, Hospital o Área de Salud de su adscripción para el estudio respectivo.

Artículo 5°—Igualdad en las prestaciones de los servicios. Los servicios de apoyo que brindará la Caja dentro del Sistema Mixto de Atención Integral, 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.

En el caso de los médicos especialistas se respetará la especialidad inscrita para el profesional ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

CAPÍTULO III

Derechos y Obligaciones

Artículo 6°—Derechos de los asegurados. Todo asegurado tiene el derecho de utilizar el Sistema Mixto de Atención Integral, en el cual puede escoger libremente el profesional de su preferencia autorizado dentro del Sistema y 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 VI, Artículo 75, 76 y 77 del Reglamento del Seguro de Salud.

Artículo 7°—Obligaciones de los asegurados. Para acogerse a los servicios que se ofrecen en este reglamento se requiere que el asegurado cumpla con lo que estipula el artículo 74 del Reglamento del Seguro de Salud.

Así como cumplir con lo que establece el Artículo 78 en lo referente a las obligaciones y responsabilidades de los asegurados.

Artículo 8°—Derechos de los profesionales. El o los profesionales autorizados para laborar en el Sistema Mixto de Atención Integral tendrá el derecho de recibir el pago directo por parte del asegurado que desee utilizar sus servicios.

Tiene derecho al uso de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento que se definen en artículos posteriores, así como a referir al asegurado, 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 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 y tratamiento que la persona recibió.

Artículo 9°—Obligaciones de los profesionales. Sin perjuicio de lo pactado en la relación contractual fijada entre los profesionales y el asegurado, 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 No. 1 del Reglamento del Expediente de Salud de la C.C.S.S.)

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.

Debe brindar oportunamente a la Clínica, Hospital o Área de Salud 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.

Enviar copia de los expedientes médicos a la Clínica, Hospital o Área de Salud de adscripción, en el evento de que el profesional en Ciencias de la Salud se retire del Sistema voluntariamente, por incumplimiento, cierre de la actividad o traslado a otra región. Dado esto a que por principio el expediente de salud es del asegurado, y por ser de interés institucional debe formar parte del expediente único.

Artículo 10.—Emisión de Informes. Los profesionales autorizados remitirán a la Dirección de la Clínica, Hospital o Área de Salud de adscripción, un informe mensual sobre el comportamiento de la consulta que esté acorde a las necesidades del Departamento de Estadísticas Servicios de Salud para la captura de la información necesaria (fórmula 4-70-07-0180 que actualmente se está utilizando).

La Dirección de la Clínica, Hospital o Área de Salud a la cual están adscritos él o los profesionales autorizados remitirá un informe ejecutivo y gerencial a la Dirección Regional de Servicios Médicos correspondiente.

Las Clínicas Metropolitanas, Hospitales Desconcentrados y Dirección Regional de Servicios Médicos de la unidad a la cual están adscritos él o los profesionales autorizados remitirá un informe ejecutivo y gerencial a la Oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios en forma mensual dentro de los primeros diez días naturales de cada mes.

Artículo 11.—Derechos de la caja. Ejercer evaluación mediante las dependencias correspondientes (Áreas de Salud, Clínicas, Hospitales de adscripción, Auditoría Interna, Dirección Técnica de Servicios de Salud, u otras) según lo que se establece en el artículo 5 de la Ley General de Salud y los artículos 26 y 27 del Reglamento del Expediente de Salud, respetando el derecho privado de confidencialidad del usuario, también podrá solicitar mediante la Dirección de la Clínica, Hospital o Área de Salud de adscripción la información que sea de interés local y nacional.

Artículo 12.—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.

CAPÍTULO IV

Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento

Artículo 13.—Igualdad en la prestación de los servicios. Los servicios de apoyo que brindará la Caja dentro del Sistema Mixto de Atención Integral, deben ser similares a los autorizados para las diferentes unidades de Primer Nivel de Atención de la Consulta Externa.

Para los efectos de las especialidades, se respetará la especialidad inscrita para el profesional ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Artículo 14.—Lugar de realización. La realización de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, citologías, así como farmacia serán realizados en la unidad de adscripción según el lugar de residencia del beneficiario.

Artículo 15.—Exámenes de laboratorio.

Hemograma completo (hemoglobina, hematocrito, leucograma)
Glicemia, Curva de tolerancia a la glucosa, glicemia dos horas posprandial
Nitrogeno ureico, Creatinina, Orina general, Urocultivo
U.C.G, Heces, VDRL
Ácido Úrico
V.E.S.
Amilasaemia
Citologías
Prueba Elisa por V.I.H.
Sangre oculta en heces
Pruebas de función renal
Pruebas de función tiroidea
Perfil lipídico completo
Hemoglobina glicosilada
Factor reumatoideo
Antígeno prostático

Artículo 16.—Resultados de exámenes. Los exámenes solicitados serán procesados en la clínica de adscripción del asegurado y el resultado se le entregará al paciente, la copia de sus resultados se enviará al expediente personal que constará en dicha unidad.

Si los interesados no hacen retiro oportuno de los medicamentos, de los resultados de los exámenes radiológicos y de laboratorio clínico, el servicio respectivo debe remitirlos al director del centro para que se tomen las medidas correctivas, a fin de evitar a la Caja la realización de esfuerzos innecesarios.

Artículo 17.—Imágenes. El cuadro básico de imágenes y estudios de gabinete para los usuarios del Sistema Mixto de Atención Integral, 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, ginecológico, próstata y mamas. Gastroscopia. Electrocardiograma.

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

Mamografía
Colon por enema, P.I.V.

Artículo 18.—Otros servicios. Según las diferentes necesidades de los asegurados, se ofrece otros servicios de acuerdo a la solicitud respectiva ante la especialidad.

Artículo 19.—Servicio de farmacia. La prescripción y el despacho de los medicamentos se regirán según lo estipulado en el Capítulo II, Normas para la Prescripción y Despacho de Medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos. Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Farmacoterapia. Comité de Farmacoterapia.

Para los efectos de prescripción de medicamentos autorizados para especialidades, se respetará la especialidad inscrita para el profesional ante el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Artículo 20.—Lista de profesionales autorizados. Las farmacias institucionales y farmacias contratadas contarán con un listado actualizado de los profesionales del Sistema Mixto de Atención Integral. El listado será facilitado por la Dirección u oficina encargada de la unidad de adscripción; con copia a la Oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios de la Dirección Técnica de Servicios de Salud.

CAPÍTULO V

Subsidios

Artículo 21.—Incapacidades y licencias. La Caja podrá atender recomendaciones de incapacidad y licencias a un trabajador asegurado, formuladas por un médico consultado privadamente o en el Sistema Mixto de Atención Integral de conformidad con lo establecido en el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades y Licencias a los Beneficiarios del Seguro de Salud en su artículo 5.

CAPÍTULO VI

Otras disposiciones

Artículo 22.—Suministro de papelería. Los profesionales inscritos en el Sistema retirarán en la unidad de adscripción que le corresponda papelería correspondiente para la atención de los asegurados, la misma se otorgará al precio de costo determinado por la Institución. La cantidad se entregará de acuerdo con el consumo promedio de los profesionales adscritos, a fin de tener un uso racional de los recursos.

Artículo 23.—Responsabilidad por uso y custodia de la documentación. Los profesionales adscritos serán responsables del buen uso y de la custodia de la papelería entregada por la Caja Costarricense de Seguro Social. A su vez, velará por la no sustracción de la misma por personas ajenas a su unidad de trabajo.

En caso que el médico permanezca definitivamente fuera del sistema, es obligación del mismo devolver inmediatamente la papelería sobrante, ante la oficina de los Sistemas Alternativos de Prestación de Servicios. De no cumplir con esta obligación, la Caja se reserva el derecho de establecer una reclamación legal, por la mala utilización de los formularios propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.).

Artículo 24.—Retiro de formularios de psicotrópicos. Los profesionales adscritos al Sistema podrán solicitar los formularios o recetarios de 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 25.—Registros estadísticos. Para efectos estadísticos, la 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, fluoroscopías 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 en los primeros 5 días hábiles de cada mes para su inclusión en el boletín mensual.

Artículo 26.—Por tratarse de un contrato privado entre el asegurado 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 en el sistema, no les confiere ningún derecho subjetivo que les permita reclamar derechos adquiridos, en el evento de cancelárseles la autorización.

Este Reglamento rige a partir del ... de ... del año 2002 y deroga el Reglamento del Sistema Mixto de Atención Integral a las Personas, aprobado en el artículo 33°, Acuerdo primero de la sesión número 7447, celebrada el 8 de junio del año 2000.

II.—Aprobar el siguiente Reglamento del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa:

REGlamento DEL SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA DE EMPRESA

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°—Definiciones Terminológicas

a) ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS: Es una forma de abordar las diferentes necesidades y problemas en salud en los individuos, familias y comunidades, en el cual el resultado de 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.

- b) ACREDITACIÓN: Componente del proceso de autorización y del Sistema de Información 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 (C.C.S.S.) velar por la calidad y seguridad de este Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa en beneficio de los usuarios, acorde con lo que establece la ley vigente.
- c) EMPRESA: Entidad mercantil, de servicios o industrial pública o privada que tiene su propia autonomía como persona jurídica independiente y separada de la persona física a quien pertenezca.
- d) OFICINA DE LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Lugar o espacio físico del órgano evaluador y controlador general del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, representa a la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la Gerencia de División Médica.
- e) LOS RIESGOS DEL TRABAJO, ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD DEL TRABAJO se definen de acuerdo a lo estipulado en el Código de Trabajo, Título Cuarto: "De la protección de los trabajadores durante el ejercicio del trabajo", artículos 195, 196 y 197 respectivamente.
- f) SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA DE EMPRESA: Sistema de asistencia médica exclusiva para los asegurados, empleados de la empresa, sus familiares, así como aquellos trabajadores pensionados de la 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 referente a enfermedad no relacionada con riesgos del trabajo.

CAPÍTULO II

De los tipos de prestaciones y sus requisitos

Artículo 2°—Beneficiarios del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa. Son beneficiarios del Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, los trabajadores directos inscritos en planillas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Los familiares dependientes de dichos trabajadores y los trabajadores pensionados de la empresa adscrita al Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa pueden ser beneficiarios siempre y cuando la empresa lo autorice.

Artículo 3°—Ingreso al Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa. Para ingresar al Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, la empresa interesada deberá formular la solicitud ante el director del Área de Salud, Clínica u Hospital de su adscripción, o en la oficina que el mismo 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 de Atención Integral de Medicina de Empresa.

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 análisis e inclusión en la base de datos.

La autorización se divide en dos aspectos:

- a) 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 Atención Integral de Medicina de Empresa.
- b) De los profesionales en ciencias médicas mediante la acreditación del profesional. Las solicitudes deben ser tramitadas en forma independiente.

Artículo 4°—Escogimiento de Profesionales. En el Sistema de Atención Integral de Medicina de Empresa, las empresas, libremente, escogerán y contratarán a los profesionales en ciencias médicas. Los profesionales en ciencias médicas deberán cumplir con los requisitos legales y reglamentarios que la legislación costarricense tenga establecido para el ejercicio de la profesión.

Artículo 5°—Terminación de contrato o sustitución del médico. Cuando la empresa dé por terminada la contratación con el profesional en ciencias médicas, o deba sustituirlo (vacaciones, incapacidad, permiso con o sin goce de salario, etc.) deberá comunicarlo a la Dirección Médica u oficina respectiva de su centro de adscripción y realizar los trámites administrativos correspondientes para inscribir al nuevo médico. Los servicios de apoyo no se otorgarán hasta que la empresa realice estos trámites y tenga por escrito su aprobación.

Artículo 6°—Cancelación o suspensión de la autorización. Si la empresa, el profesional, o ambos, incurrieren en incumplimiento a las normas administrativas de la Caja Costarricense de Seguro Social y a sus deberes éticos, se suspenderá o cancelará la autorización hasta tanto no se subsane la falta.