



Estado Plurinacional
de Bolivia



AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA ASUSS N° 064-2018

La Paz, 20 NOV 2018

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que el Parágrafo III del Artículo 45 de la Constitución Política del Estado, determina que el régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

Que, el Parágrafo I y II Artículo 48 de la Constitución Política del Estado, determina que las disposiciones sociales y laborales son de cumplimiento obligatorio, y las normas laborales se interpretarán y aplicarán bajo los principios de protección de las trabajadoras y de los trabajadores como principal fuerza productiva de la sociedad.

Que, el Artículo 232 de la Constitución Política del Estado prevé que la Administración Pública se rige por los principios de legitimidad, legalidad, imparcialidad, compromiso e interés social, ética, transparencia, igualdad, competencia, eficiencia, calidad, calidez, honestidad, responsabilidad y resultados.

Que, la Ley N°1178 de Administración y Control Gubernamentales, de 20 de julio de 1990, tiene por objetivo regular los sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado y su relación con los Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública.

Que el Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018, crea la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, con la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, en base a sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social su Reglamento y normas conexas, otorgándole carácter de una institución pública descentralizada, técnica y operativa, con personalidad jurídica y patrimonio propio, independencia administrativa, financiera, legal y técnica.

Que, el inc. aa) del artículo 11 del Decreto Supremo precitado, señala el reglamentar, supervisar y coordinar la ejecución de prestaciones y planes de contingencia con los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, relacionados con situaciones de emergencia sanitaria y riesgo a la salud pública, en el marco de las políticas y lineamientos nacionales, la cual se realizara mediante normativa específica

Que, la Dirección Técnico de Fiscalización y Control de Servicios de Salud, mediante Informe ASUSS/DE/UPE/008-INF/2018 de fecha 20 de noviembre de 2018, el cual señala en sus conclusiones, que el resultado de las reuniones de trabajo efectuado en la ASUSS dio como resultado la proyección y revisión del Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, en sus 5 títulos, desarrollados en sus respectivos capítulos, 76 Artículos, Disposiciones Transitorias, y Disposiciones Finales. Asimismo, recomienda al Director General Ejecutivo de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, aprobar el Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, debiéndose, remitir un ejemplar a la Dirección Jurídica para su aprobación mediante Resolución Administrativa que permita su implementación y aplicación en la ASUSS, empresas, entes gestores, trabajadores (as) y sus beneficiarios.



Estado Plurinacional
de Bolivia



AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO

Que, el Informe Legal ASUSS/DJ/INF/084/2018 de 20 de noviembre de 2018, señala que corresponde en estricta sujeción y aplicación del inc. aa) del artículo 11 del Decreto Supremo 3561 de 16 de mayo de 2018, en cumplimiento del Memorandum de CITE ASUSS – DGE N° 075/2018 que conforma el equipo multidisciplinario que realizó la proyección del presente reglamento, el sustento técnico del Informe de CITE: ASUSS/DTFCCS/UFA/INT/009/2018 emitido por la Jefa de Unidad de Fiscalización y Auditoría Médica de la Dirección Técnico de Fiscalización y Control de Servicios de Salud de la ASUSS, recomendando que como resultado de la proyección y revisión del Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, en sus 5 títulos, desarrollados en sus respectivos capítulos, 76 Artículos, Disposiciones Transitorias, y Disposiciones Finales. Se proceda aprobar el Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, mediante Resolución Administrativa expresa para su implementación y aplicación respectiva en cumplimiento de los objetivos institucionales planteados.

POR TANTO:

El Director General Ejecutivo Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo - ASUSS, en aplicación de las facultades conferidas en el inciso b) del artículo 9 del Decreto Supremo N° 3561 de fecha 16 de mayo de 2018.

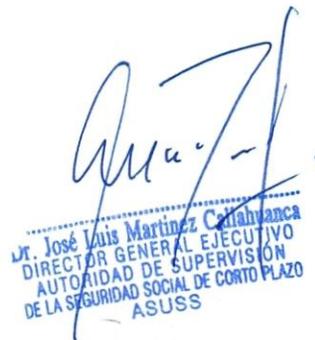
RESUELVE:

Primero. - APROBAR el REGLAMENTO ÚNICO DE PRESTACIONES DEL SEGURO SOCIAL DE CORTO PLAZO DE LA AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO - ASUSS, cuyo documento en ANEXO forma parte indisoluble de la presente Resolución Administrativa.

Segundo. - Encomendar a la Dirección Técnico de Fiscalización y Control de Servicios de Salud de la ASUSS la implementación y difusión del Reglamento Específico al que hace referencia la anterior disposición, a efecto de su aplicación y cumplimiento.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dr. Richard Claros Jiménez
DIRECTOR JURÍDICO
LA AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA
SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO
"ASUSS"


Sr. José Luis Martínez Collahuanga
DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO
AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN
DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO
- ASUSS

"REGLAMENTO ÚNICO DE PRESTACIONES"

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I OBJETO Y MARCO LEGAL

ARTÍCULO 1. (Objeto) El presente Reglamento tiene como objeto regular y normar la otorgación de prestaciones a las(os) empleadas(os) aseguradas(os), titulares activos, pasivos, como sus beneficiarios, en el Sistema de la Seguridad Social de Corto Plazo.

ARTÍCULO 2. (Base legal) El presente Reglamento se basa en la siguiente normativa legal vigente:

- a) Constitución Política del Estado.
- b) Código de Seguridad Social y sus reglamentos.
- c) Decreto Ley N° 13214 de 24 de diciembre de 1975 elevado a rango de Ley mediante Ley N° 006 de 1ro de mayo de 2010.
- d) Ley 3505 de 26 de octubre de 2006.
- e) Ley 924 de 15 de abril 1987 y su reglamento.
- f) Ley 3131 de 8 de agosto de 2005 y su decreto reglamentario.
- g) Ley 475 de 30 de diciembre de 2013.
- h) Ley 223 de fecha 12 de febrero de 2014.
- i) Ley 065 y su Decreto Reglamentario del 10 de diciembre 2010.
- j) Ley 977 y su Reglamento 29 de septiembre 2017.
- k) Ley 548 Código niña, niño y adolescente.
- l) Decreto Supremo 20991 de 1 de agosto de 1985.
- m) Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018.
- n) Decreto Supremo N° 1115 del 21 de junio 1997.
- o) Decreto Supremo N° 3174.
- p) Decreto Ley 1463 de 3 de junio 1977.
- q) Decreto Ley 16998 de fecha 2 de agosto de 1979
- r) Resolución Ministerial 0090/2008 (PRONACS).
- s) Resolución Ministerial 039 del 30 de enero de 2013 (Referencia/transferencia)
- t) Resolución Ministerial 1035 de fecha 19 de agosto de 2015.
- u) Sentencia Constitucional 0019/2006, del 5 de abril 2006.
- v) Disposiciones legales conexas.

ARTÍCULO 3. (Campo de aplicación) El presente reglamento es de aplicación obligatoria para todos los Entes Gestores y Seguros Delegados, empresas e instituciones (públicas o privadas), trabajadores asegurados, beneficiarios, derechohabientes, pasivos y/o rentistas.



ARTÍCULO 4. (Sistema de comunicación y acceso a la información)

Los Entes Gestores tienen la obligación de implementar sistemas de comunicación e información regulados por la ASUSS, que permitan mantener permanentemente informados a los asegurados sobre los procesos de gestión realizados en su institución, cambios de horarios de las prestaciones, ausencia de los médicos que realizan los procesos de atención médica y otros necesarios que afecten o beneficien la prestación de los servicios.

ARTÍCULO 5. (Definiciones)

ASUSS.- Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo.

Accidente de trabajo.- Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa. También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función (queda exento el riesgo extraordinario).

Accidente común o no profesional.- Accidente no comprendido en el riesgo profesional, ocurrido al titular del derecho, trabajador y su grupo familiar, por causa común y/o externa del lugar de trabajo. Se encuentra protegido por el Seguro de Enfermedad.

Accidente extraordinario.- El provocado de manera premeditada o por exposición voluntaria al riesgo. No se encuentra cubierto por ningún seguro.

Sin embargo, no excluye de la obligación a los Entes Gestores de otorgar las prestaciones en especie de emergencia/urgencia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el o los responsables.

Accidente de Trabajo en trayecto o in itinere.- El accidente en trayecto o in itinere, es aquel producido entre el domicilio del trabajador y su fuente laboral o viceversa, contemplando un trayecto lógico.

Accidente de tránsito.- Es el evento súbito, imprevisto, ajeno a la voluntad de las personas intervinientes, que se produce en vía pública, área de libre circulación vehicular o en otras áreas, pero, provocado por uno o más vehículos motorizados que estaban circulando por vía pública, que provoca el fallecimiento o lesiones corporales de una o más personas.



Ampliación de prestaciones médicas.- Periodo de tiempo extra otorgado al beneficiario, después de concluida la vigencia de su derecho a los 19 años.

Atención a particulares.- Atención médica, hospitalaria y otros, realizada a personas no aseguradas por el Ente Gestor, solo en casos de emergencia/urgencia.

Beneficiarios.- Son los familiares del o la titular del derecho; Cónyuge, hijos menores de 19 años de edad, padres, hermanos, hijastros y nietos, previo trámite de afiliación.

Certificado de incapacidad temporal.- Formulario que es extendido por el Ente Gestor a través del médico tratante del o la titular del derecho (baja médica), que justifica la ausencia al trabajo por el tiempo que fuere necesario hasta que el trabajador o la trabajadora se restablezca de su dolencia.

Certificado Médico.- Certificación gratuita, que el médico tratante emite, a requerimiento del paciente o por orden judicial, sobre los procesos de salud y enfermedad del paciente, de acuerdo al registro del expediente clínico.

Comisión Regional de Prestaciones.- Órgano multidisciplinario colegiado conformado en las Oficinas Regionales de los Entes Gestores de salud, encargada de emitir resoluciones sobre calificación y reconocimiento de prestaciones, autorización de hospitalización en clínicas particulares y demás determinaciones en materia de prestaciones que prevé el Código de Seguridad Social y su Reglamento.

Comisión Nacional de Prestaciones.- Órgano multidisciplinario especializado con jurisdicción nacional que revisa a petición de los asegurados y beneficiarios, las resoluciones emitidas por las Comisiones Regionales de Prestaciones, por lo que en la vía de recurso de revisión, se encarga de pronunciarse sobre la calificación del otorgamiento de las prestaciones en especie y económicas de las Comisiones Regionales de Prestaciones; define situaciones de discrepancia o no previstas en las disposiciones legales vigentes, de acuerdo a las facultades otorgadas por el artículo 349 del Reglamento del Código de Seguridad Social.

Contrareferencia/transferencia.- Es la acción consistente en un informe escrito de la valoración y el tratamiento realizado, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el establecimiento de salud que recibió al paciente, con el objeto de que éste continúe con la atención en el establecimiento de salud de origen.

Donación.- Acción y efecto voluntario de donar u otorgar gratuitamente órganos, células y tejidos que le pertenecen a favor de otra persona que lo acepte, para efectos de trasplante.



Donante vivo.- Es toda persona que en vida y por voluntad propia dona sus órganos gratuitamente.

Donante Cadavérico.- Es toda persona con muerte encefálica, que en vida hubiera manifestado su voluntad de donar órganos, células y tejidos o por la autorización expresa de los familiares habilitados dona sus órganos gratuitamente.

Derecho-habiente.- Los beneficiarios que dependieron del o la causante fallecido/a titular del derecho, que como consecuencia de las prestaciones del Seguro Social Obligatorio de largo plazo (pensiones de sobrevivientes), tienen derecho al Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.

Dispositivo médico.- Se entiende por dispositivo médico para uso humano, cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en el Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.

Duración de prestaciones del o la titular y sus beneficiarios.- Tratándose del titular, cónyuge y los padres, las prestaciones si bien son permanentes y vitalicias, se encuentran sujetas al igual que para los demás beneficiarios a la vigencia del derecho.

Concluida la relación con el empleador, se amplían las prestaciones en especie por dos meses más, tanto para el o la titular del derecho y sus beneficiarios.

Emergencia/urgencia.- Una emergencia/urgencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. Normalmente estamos frente a una emergencia/urgencia cuando: la persona afectada está inconsciente, se sospecha que ha sufrido un infarto o tiene un paro cardíaco, hay una pérdida abundante de sangre, se sospecha que puede haber traumatismos óseos, se sospecha que puede haber heridas profundas, por ejemplo, de arma blanca, cuando se observan disnea, cuando se observan quemaduras severas, cuando se observa una reacción alérgica severa y otros.

Establecimiento de Salud para trasplante de órganos.- Es el establecimiento autorizado y acreditado para realizar actividades de procuración, ablación y trasplante de órganos, células y tejidos humanos.

Empresas no afiliadas.- Persona jurídica o natural que pese a ejercer una actividad comercial, de servicio, con o sin fines de lucro, incumpliendo disposiciones sociales, no cuentan con inscripción y registró en un Ente Gestor de Corto Plazo.



Empresas en mora.- Persona jurídica o natural que, contando con su respectiva inscripción en el Ente Gestor de Corto Plazo, se encuentra en mora en el pago de sus aportes.

Enfermedad.- Toda alteración en la salud, que importe un estado patológico de evolución lenta y progresiva, provocado por la acción de agentes externos nocivos o por razones congénitas y que determine la disminución de capacidad de trabajo y de ganancia o muerte.

Enfermedad profesional.- Es todo estado patológico producido por consecuencia del trabajo, que sobrevenga por evolución lenta y progresiva de naturaleza incapacitante, que determine la disminución o pérdida de capacidad de trabajo y de ganancia o muerte del asegurado. La causa y efecto, determinará sin lugar a dudas, la enfermedad profesional.

Enfermedad común o no profesional.- Producido por consecuencia común, que sobrevenga por evolución, y que cause disminución de capacidad de trabajo y de ganancia o muerte tanto del titular del derecho como de su grupo de beneficiarios. Se encuentra protegido por el Seguro de Enfermedad.

Expediente Clínico.- Es el conjunto de documentos escritos e iconográficos, evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud.

Formulario de Baja del o la asegurada titular.- Documento que debe ser llenado por el empleador para dar de baja a su dependiente, por la empresa o la institución (pública /privada) que actúa como agente de retención y/o el Ente Gestor para los asegurados, ante la conclusión de la relación laboral o cierre de la empresa.

Formulario de Denuncia de Accidente o Enfermedad.- Formulario oficial extendido por las Administradoras de Fondos de Pensiones, a través de los cuales el empleador tiene la obligación de comunicar al Ente Gestor de Corto Plazo, dentro del primer día hábil de ocurrido el accidente o de conocida la enfermedad.

Gestión de la calidad.- Es el sistema obligatorio de garantía de la calidad, que tiene como objetivo proveer servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.

Incapacidad temporal.- Impedimento del titular del seguro, para asistir a su fuente de trabajo, como consecuencia de una contingencia emergente de riesgo común, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional.

Junta Médica.- Es el acto que reúne al médico tratante con uno o más médicos e integrantes del equipo de salud para considerar y tomar decisiones respecto al estado clínico del paciente, analiza cuidadosamente los antecedentes retrospectivos



y actuales relacionados con la enfermedad del paciente, así como las previsiones necesarias que se deben adoptar para una evolución mas adecuada.

Listado Básico de Medicamentos.- Listado básico de productos farmacéuticos, autorizados a través de norma legal, que deberá ser revisado y actualizado periódicamente, para la prescripción en el tratamiento médico de un paciente.

Médico tratante.- Es aquel profesional médico, claramente identificado y aceptado por el paciente o en caso de menores de edad e impedimento mental por el familiar inmediato o tutor jurídicamente responsable; que se encuentre directamente a cargo de la atención de dicho paciente ejecutando actos y o procedimientos individuales o mancomunados con otros miembros del equipo humano de salud, ya sea del propio establecimiento o de otro de mayor o menor complejidad cuyos servicios pudiesen ser requeridos.

Personas con Discapacidad.- Son aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Prestaciones.- Son otorgadas por los Entes Gestores de Corto Plazo en especie y en dinero para proteger la salud de los riesgos y contingencias que pudiere causar daño al titular del derecho y su grupo familiar: i) En especie: son los servicios necesarios para proteger la salud, como ser los programas de educación, prevención, la atención médica, farmacéutica, exámenes complementarios, hospitalización y otros, ii) En dinero: Los subsidios por incapacidad temporal que se otorga a los asegurados y otros.

Prótesis.- Aparato o pieza destinada a reemplazar parcial o totalmente un órgano o miembro del cuerpo humano, es un elemento que se adapta al organismo para reemplazar una estructura faltante o que no funciona adecuadamente.

Receta médica.- La receta o prescripción médica constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignando los siguientes datos: Nombre completo del paciente, Nombre genérico del medicamento prescrito, vía y cuidados especiales para la administración, concentración y dosificación, frecuencia de administración en 24 horas, duración del tratamiento, precauciones especiales para la administración del producto o productos prescritos, indicaciones especiales para el paciente, datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional).

Receptor.- Es la persona en cuyo cuerpo se realizará el implante de órganos, células y tejidos procedentes de otra persona.



Reembolso.- Devolución de recursos por parte del Ente Gestor, emergentes de pagos realizados por el o la titular del derecho, sus beneficiarios o su empleador, por prestaciones médicas, medicamentos, insumos y otros.

Responsabilidad en riesgo extraordinario.- Cuando él o la titular del derecho o sus beneficiarios se exponen voluntariamente al riesgo, cubrirán los costos de las prestaciones que les otorgue el Ente Gestor, cuando un tercero sea el responsable, éste cubrirá el importe que facture el Ente Gestor por las prestaciones otorgadas. Cuando él o la titular del derecho o sus beneficiarios no se sometieron voluntariamente al riesgo y el tercero responsable no pueda ser habido, el Ente Gestor cubrirá el riesgo.

Referencia/transferencia.- Es la remisión del paciente de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive con el objeto de solucionar su problema de salud.

Riesgo Vital.- Toda situación que condiciona riesgo de muerte o secuela funcional grave en el asegurado.

Titular del derecho.- La persona, hombre o mujer, con relación de dependencia o sin ella, que se encuentre sujeto al campo de aplicación del Sistemas de Seguridad Social en el Régimen del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.

Urgencia.- La atención urgente surge cuando se hace necesaria la asistencia inmediata, ya sea: por accidente, por la aparición súbita de un cuadro grave, por empeoramiento de una enfermedad crónica.

TITULO II VIGENCIA DEL DERECHO

CAPITULO I DE LA VIGENCIA DEL DERECHO DEL ASEGURADO

ARTÍCULO 6. (Vigencia del derecho del asegurado). El o la trabajador(a) que ha recibido el "Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador", tiene derecho a recibir las prestaciones en especie y en dinero en los seguros de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales.

- I. El derecho a dichas prestaciones se activa con la afiliación y el pago de aportes, conforme a normas legales, derecho que estará vigente hasta la fecha de conclusión de la relación laboral, comunicada por el empleador en el formulario del Ente Gestor, de "Aviso de Baja del Trabajador".



- II.** La vigencia del derecho del asegurado voluntario, como del asegurado perteneciente a grupos incorporados por normas especiales se activa con los aportes y afiliación, exceptuando las prestaciones en dinero.

ARTÍCULO 7. (Parte de baja del empleado).

Cuando la institución o empresa (pública o privada) proceda a dar de baja a sus dependientes, sea por cierre temporal o definitivo, este deberá presentar el Formulario de Baja al Ente Gestor, en un plazo de (treinta) 30 días, imposterablemente, su incumplimiento será sujeto a sanciones, según norma específica.

ARTÍCULO 8. (De la cesantía).

- I.** Cuando el trabajador(a), fuera dado de baja de su fuente laboral, conservara junto con sus beneficiarios el derecho a las prestaciones en especie sin limitación y de manera obligatoria, durante los dos meses siguientes a la fecha de la baja, comprendido dentro del periodo de cesantía.
- II.** En caso de que el trabajador o sus beneficiarios estuvieran cursando una enfermedad con riesgo vital y hubiere sido comprobado por el médico tratante responsable del proceso de atención, antes o durante la vigencia del periodo de la cesantía laboral, el derecho a las correspondientes prestaciones en especie, por esa misma enfermedad no se interrumpirán y podrá continuar hasta la conclusión del tratamiento médico o su rehabilitación, previa extensión de certificado médico correspondiente.
- III.** Para tener derecho a las prestaciones en especie durante el periodo de cesantía, no es necesario que el asegurado tenga depositadas un mínimo de cotizaciones.
- IV.** La trabajadora, asegurada titular o beneficiaria esposa o pareja en unión libre embarazada, con "Aviso de Baja del Trabajador", cuyo estado de gestación haya sido constatado por el Ente Gestor durante el periodo de cesantía, tiene derecho a percibir prestaciones en especie hasta que concluya el periodo del puerperio (Cuarenta y cinco (45) días después del parto).

ARTÍCULO 9. (Deficiencia en la calidad de atención) Si como resultado del proceso deficiente de atención en el Ente Gestor, el asegurado o su beneficiario, llegara a presentar un grado de discapacidad de grave a muy grave, el Ente Gestor deberá continuar otorgando las prestaciones mientras se mantenga la discapacidad, concordante con el Capítulo IX, Declaratoria de invalidez.



TITULO III DE LAS PRESTACIONES

CAPITULO I REFERENCIA Y/O TRANSFERENCIA/CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

ARTÍCULO 10. (De la referencia/transferencia y contrareferencia para la cobertura de prestaciones a nivel nacional).

- I. La prestación de servicios de asegurados y beneficiarios que requieran ser referidos a otras regionales del mismo Ente Gestor, con el propósito de resolver la patología cursante, no requiere la baja en la regional de origen, siendo que se cuenta con un Único Número Patronal, con cobertura a nivel Nacional.
- II. El Único número patronal asignado por el Ente Gestor a las empresas o instituciones (públicas o privadas) garantizara la prestación de servicios a nivel nacional de los asegurados y beneficiarios que requieran ser referidos a otras regionales, con el propósito de resolver la patología cursante, para este fin solo se requerirá el formulario de referencia/transferencia, debidamente llenado y firmado por el médico tratante, acompañado de una copia legalizada del Expediente Clínico y los resultados de los medios de diagnóstico y tratamiento realizados en el lugar de origen. En caso de requerir continuidad de atención para su rehabilitación, podrá ser referido a otro establecimiento de salud de mayor complejidad.
- III. Cuando un trabajador se traslade de una regional a otra en forma transitoria y demande atenciones médicas regulares, previa verificación de la vigencia de sus derechos, estas deberán otorgarse a sola presentación del carnet de asegurado, no pudiendo limitarse las prestaciones que por derecho le corresponden.
- IV. Una vez resuelta la patología, el paciente será remitido a su regional de origen para su seguimiento y control, portando su formulario de contrareferencia/transferencia.
- V. El asegurado que por cualquier causa se encuentre en tránsito en el interior del país, podrá solicitar atención médica en los centros dependientes del Ente Gestor, en la regional donde se encuentre, para lo que deberá presentar obligatoriamente su carnet de asegurado vigente.

ARTÍCULO 11. (Referencia/transferencia definitiva de Asegurados Activos y Pasivos)

Para la atención de trabajadores o rentistas que son referidos en forma definitiva de una Regional a otra, el empleador o rentista deberá comunicar a la Regional de origen, solicitando el traslado a la Nueva Regional del expediente clínico original y toda documentación relacionada al proceso de atención, del asegurado y/o sus beneficiarios, debiendo quedar una copia legalizada del mismo en la regional de



origen.

- a) La Oficina regional de destino, que reciba la documentación de la o el trabajador(a) referido(a) o de un(a) asegurado(a) del sector pasivo, deberá verificar los carnets de asegurado(a) titular y sus beneficiarios, para no exigir un nuevo carnet.
- b) Para los casos de beneficiarios que permanezcan, por indicación del titular, en la regional de origen deberá procederse a identificar su expediente clínico, las que consignarán con claridad la regional a la que pertenece el o la titular del derecho, a fin de que no sean enviadas al nuevo destino. Estos beneficiarios podrán demandar atenciones médicas a sola presentación del carnet de asegurado y/o de la documentación que corresponda, siendo obligación del Ente Gestor contar con la información del pago de los aportes.

ARTÍCULO 12. (Reconocimiento de gastos de Pacientes referidos "transferidos").

En caso de que él o la asegurada(o) titular o beneficiario (a) que, por indicación médica debidamente documentada, requiriera la atención en una regional diferente a la de origen, podrá ser referido, previa coordinación con unidades y/o áreas involucradas del Ente Gestor.

Para este efecto, será responsabilidad de la regional de origen:

- a) Los costos de transporte de ida y vuelta del paciente serán cubiertos por la regional de origen del Ente Gestor. El medio de transporte para el traslado de pacientes, será por vía aérea, terrestre o fluvial, siendo definido de acuerdo a la emergencia/urgencia y/o posibles complicaciones.
En caso en que la vida del paciente (titular y/o beneficiario) se encuentre en grave riesgo, de acuerdo al informe del médico que trató al paciente, y éste se halle en una localidad alejada, se podrá contratar helicóptero, avioneta o cualquier medio de transporte necesario.
- b) Para la referencia/transferencia de pacientes se reconocerá el costo de pasaje, estadía y alimentación de un acompañante definido por el titular.
- c) En casos de fallecimiento del paciente evacuado, el Ente Gestor receptor reconocerá los gastos en transporte regular, que implique el traslado del cadáver al lugar de la regional de origen, con cargo a este último.

ARTÍCULO 13. (De la compra de servicios en localidades donde no tenga presencia el Ente Gestor)

- I. En las localidades en las que el Ente Gestor no tenga presencia física, el



asegurado o sus beneficiarios que requiera de prestaciones de emergencia/urgencia o por riesgo de vida, el Ente Gestor reembolsara en la totalidad las prestaciones recibidas a la persona quien erogo el gasto, con la presentación de la siguiente documentación:

- a) Factura a nombre del Ente Gestor;
- b) Informe o certificado médico emitido por el médico tratante;
- c) Informe social emitido por el Ente Gestor;
- d) Fotocopia legalizada del expediente clínico, a simple solicitud del interesado;
- e) Fotocopia simple de Cedula de Identidad.

Tramite que no requiere la aprobación de la Comisión de prestaciones.

La presentación de solicitud de reembolso deberá realizarse en un plazo de 15 días hábiles, a partir de presentada la solicitud.

II. El Ente Gestor no reconocerá ningún tipo de prestaciones en el exterior del país, a asegurados o beneficiarios que por cuenta propia decidan ser atendidos en el extranjero.

III. Excepcionalmente el Ente Gestor que no cuente con capacidad resolutive y que el Sistema de Salud del país no cuente con las prestaciones requeridas, para precautelar el derecho a la salud y la vida bajo los principios rectores de la Seguridad Social, podrá comprar servicios de salud en el exterior, previo pronunciamiento expreso de la Comisión de Prestaciones en concordancia al art. 349 del Reglamento de Seguridad Social.

IV. Se reconocerán la otorgación del Certificado de Incapacidad Temporal o Baja Médica, previo trámite y pronunciamiento expreso de la Comisión de Prestaciones. En aquellos casos donde el asegurado por decisión propia se traslade a otro país para resolver su cuadro clínico, en estos casos no habrá reconocimiento de prestaciones en especie y en dinero.

V. La extensión de Certificados médicos será realizada con carácter gratuito y obligatorio a simple requerimiento del paciente, en un plazo no mayor a siete (7) días calendario.

CAPITULO II PERIODO DE VIGENCIA DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 14. (Período de las Prestaciones Médicas).

Las prestaciones comienzan a partir de la afiliación del trabajador al Ente Gestor y concluyen al culminar el periodo de cesantía.



Las prestaciones médicas se otorgarán:

- a) Con tratamientos eficientes y eficaces para resolver la enfermedad o contingencia.
- b) En los casos que se demuestre clínicamente que no existe posibilidad de recuperación del enfermo, el Ente Gestor deberá cumplir con los procedimientos respectivos hasta la emisión del informe del médico tratante, que determine la irreversibilidad del diagnóstico. En caso del titular del derecho, el médico del trabajo del Ente Gestor deberá, emitir el resumen clínico ocupacional debidamente sustentado con exámenes de laboratorio, gabinete e informes de las especialidades pertinentes, con este resultado, el o la asegurado(a) podrá iniciar el trámite para acceder al seguro de largo plazo.
- c) Para los beneficiarios que cuenten con un pronóstico irreversible, del que derive la calificación de invalidez, el Ente Gestor los declarará con atención médica sin límite de edad previa certificación de la unidad de discapacidad del SEDES.
- d) Las prestaciones en especie que conecten con las de dinero, en el caso de los o las asegurados(as) titulares y beneficiarios(as), las recaídas producidas en el plazo de 30 días, se considerarán como continuación de la misma enfermedad.

ARTÍCULO 15. (Prestaciones a trabajadores con relación de dependencia, no afiliados)

En las prestaciones a trabajadores no afiliados, el Ente Gestor deberá hacer cumplir lo siguiente:

- a) En caso de atención médica por enfermedad o accidente de un trabajador, por quién el empleador no hubiese presentado el Formulario "Aviso de Afiliación o Reingreso del Trabajador", al Ente Gestor pese a encontrarse al día en sus aportes, el costo de las prestaciones será pagado por el empleador, independientemente de las sanciones económicas que corresponden por incumplimiento de la obligación de afiliar.
- b) Si el empleador hubiere presentado el Formulario señalado en el inciso a) del presente artículo, y el titular del derecho no haya procedido a su afiliación en el Ente Gestor respectivo, quien previa comprobación de aportes, otorgará las prestaciones y concederá el plazo de cinco (5) días hábiles al trabajador(a) para que concrete el trámite de su afiliación. El plazo puede ampliarse a solicitud escrita del asegurado, justificando las causas que motivan el atraso.



ARTÍCULO 16. (Prestaciones no consideradas como riesgos extraordinarios)

Todas aquellas a las que él o la asegurada(o) y sus beneficiarios no se hubieren expuesto voluntariamente al riesgo y las lesiones producidas en la práctica de deportes, exceptuando los deportes extremos, serán cubiertas por el seguro de enfermedad.

CAPITULO III PRESTACIONES EN ESPECIE SEGURO DE ENFERMEDAD

ARTÍCULO 17. (Prestaciones).

I. En caso de enfermedad reconocida por los servicios médicos del Ente Gestor, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a:

- Programas de promoción de la salud;
- Programas de prevención de enfermedades;
- Asistencia médica general y/o especializada;
- Servicios de diagnóstico y tratamiento;
- Intervenciones quirúrgicas;
- Servicios dentales generales y/o especializados;
- Suministro de medicamentos;
- Trasplantes de Órganos;
- Rehabilitación Física;
- Prótesis Vitales y Funcionales;
- Salud sexual y reproductiva;
- Dispositivos médicos que coadyuven al funcionamiento de un órgano y otros;
- Casos especiales debidamente fundamentados; y,
- Medicina tradicional.

II. Implementar las prestaciones en especie, acorde al avance de la ciencia y tecnología en salud, ampliando y modernizando sus prestaciones, además de implementar procedimientos de mejora continua en cada uno de sus servicios, para favorecer la atención integral de servicios con calidad, eficiencia, efectividad y eficacia.

III. El asegurado y los beneficiarios gozan de igual derecho, exceptuando la otorgación de prestaciones en dinero.

ARTÍCULO 18. (Otorgación de prestaciones).

I. Las prestaciones se otorgarán a través de consulta externa, internación, emergencia/urgencias y domicilio de acuerdo a la patología y condiciones de salud, del asegurado o beneficiarios en una red de servicios que garantice la integralidad, continuidad, calidad de atención, debiendo caracterizarse por ser

eficientes, eficaces y efectivos.

- II.** Las prestaciones para adolescentes hasta cumplidos los 18 años deberán ser otorgadas por el **servicio de Pediatra** de acuerdo a normativa vigente, no excluyendo la afiliación de los hijos hasta los 19 años.

ARTÍCULO 19. (Gestión de calidad en la prestación) Los entes gestores deben implementar la gestión de calidad en los establecimientos de salud, para promover procesos de mejora continua que permitan garantizar las prestaciones otorgadas y lograr la satisfacción del asegurado y sus beneficiarios.

ARTÍCULO 20. (Cumplimiento de normativa) La prestación de servicios en los Entes Gestores, debe cumplir y garantizar en sus establecimientos de salud, la aplicación obligatoria de: normas, procesos, procedimientos técnicos - administrativos, protocolos de atención actualizados de la gestión, medicina basada en la evidencia y normas de atención clínica emitidos por la ASUSS, su incumplimiento será sujeta a sanción de acuerdo a normativa vigente.

ARTÍCULO 21. (Acceso a la prestación de servicios)

- I.** Se entiende por prestación de servicios a la Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Recuperación de la salud y Rehabilitación del paciente, debiendo los Entes Gestores garantizar el proceso de atención de acuerdo a:

- a) Para la hospitalización la prestación debe realizarse en un tiempo no mayor a 24 hrs.
- b) Para la atención de emergencia/urgencias la prestación del servicio es inmediata.
- c) Para medios de diagnóstico y tratamiento, la prestación de servicio se realizará en un plazo no mayor a 15 días, de acuerdo a la valoración de posibles complicaciones, definidas por el médico tratante.

- II.** En lugares donde los Entes Gestores no cuenten con servicios de salud, deberán garantizar las prestaciones a través de la compra de servicios por orden de prelación:

- a) Convenios con otros Entes Gestores.
- b) Convenios con Establecimientos Públicos.
- c) Contratos con Servicios Privados.

- III.** Los aranceles para toda compra de servicios, serán establecidos de acuerdo a reglamentación específica emitida por la ASUSS.



ARTÍCULO 22. (De la medicina preventiva).

- I. Los Entes Gestores deberán exigir a las Empresas afiliadas, a través de sus servicios médicos, la presentación con copia a la ASUSS, del programa de medicina preventiva, de acuerdo al perfil epidemiológico en salud ocupacional, el informe del control médico anual y de vacunación; en el primer trimestre de pasada la gestión.
- II. El examen post-ocupacional deberá ser realizado antes de la desvinculación laboral.
- III. Durante la relación laboral los Entes Gestores, harán seguimiento del cumplimiento a la valoración clínica, laboratorial y de gabinete, de los trabajadores de las Empresas afiliadas, permitiendo la valoración anual y preventiva de enfermedades profesionales y programas ministeriales vigentes.

ARTÍCULO 23. (Prestaciones en Trasplante de Órganos).

I. Los Entes Gestores promoverán la prestación de servicios en caso de trasplante de órganos, previo cumplimiento de todas las normas y protocolos, dentro del marco establecido por la Ley No.1716 de 5 de noviembre de 1996 de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, así como de sus Decretos Supremos Reglamentario y modificatorios, procedimientos y ejecuciones que estarán sujetas a auditorías médicas periódicas.

II. La ASUSS, habilitará y acreditará los establecimientos de salud y los bancos de tejidos, órganos y células que posean capacidad instalada (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos, insumos y otros) para realizar la práctica de procuración, ablación, preservación, almacenamiento, transporte y trasplante de órganos, células y tejidos humanos, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 4 inciso a) del Reglamento de la Ley 1716.

III. Los órganos, células y tejidos provenientes de seres humanos sólo podrán ser donados gratuitamente y destinados únicamente a trasplante en seres humanos.

IV. El Ente Gestor, en caso de trasplante de órganos canalizados de manera directa por los pacientes, cubrirá los costos que demanden los estudios de laboratorio, estudios de histocompatibilidad, así como las correspondientes cirugías del receptor y del donante, concluyendo con este acto la responsabilidad del Ente Gestor en cuanto respecta al donante hasta su recuperación como consecuencia del trasplante. El Ente Gestor está obligado a otorgar las prestaciones del Donante en caso de que este no se encuentre afiliado.



ARTÍCULO 24. (Fiscalización).

- I. La ASUSS, será responsable de la fiscalización de las actividades relacionadas con la práctica de procuración, ablación, preservación, almacenamiento, transporte y trasplante de órganos, células y tejidos humanos.
- II. Los centros hospitalarios y los bancos de células y tejidos deben facilitar, a las entidades previamente señaladas, el acceso a todas sus instalaciones y archivos computarizados y/o impresos.
- III. Todo ingreso y salida del territorio del Estado Plurinacional de Bolivia de órganos, células o tejidos humanos destinados a trasplante, deberá contar con autorización expresa del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 25. (Prestaciones en Especie – Riesgos Profesionales)

Cubre los Accidentes de trabajo y las Enfermedades profesionales.

- I. Desde la constatación del accidente de trabajo o el reconocimiento de la enfermedad profesional.
- II. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional el asegurado titular tiene derecho:
 - a) Asistencia médica y de especialidad.
 - b) Asistencia dental, quirúrgica, hospitalaria.
 - c) Suministro de los medicamentos e insumos.
 - d) Medios terapéuticos y de diagnóstico que requiera su estado de salud.
 - e) Provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis, ortopedia y dispositivos médicos, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión.
 - f) Tratamiento médico especializado, para su recuperación y readaptación al trabajo.

CAPITULO IV PRESTACIONES EN DINERO REEMBOLSOS POR SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

ARTÍCULO 26 (De la duración de las prestaciones médicas).

- a) El médico tratante será el único facultado para expedir el Certificado de



Incapacidad Temporal del asegurado.

- b) Para los Certificados de Incapacidad Temporal por Maternidad se expedirá el certificado Pre Natal 45 días antes de la fecha probable del parto o cesárea y el certificado Post Natal 45 días a partir del parto eutócico o por cesárea.
- c) Los Certificados de Incapacidad Temporal serán emitidos por el médico tratante, las veces que sean necesarios; la valoración médica, necesariamente deberá realizarse en ambientes de consulta externa, emergencia u hospitalización y para su emisión deberá estar obligatoriamente registrada en el Expediente Clínico.

Para cada baja médica sucesiva, deberá seguirse el procedimiento precitado, mismo que será pasible a control por auditoria médica y administrativa financiera de acuerdo a pertinencia.

En los casos en que se demuestre clínicamente la fundada posibilidad de incapacidad permanente, la comisión de prestaciones, en pleno uso de sus atribuciones, emitirá la Resolución para la incorporación al largo plazo.

- d) Los Certificados de Incapacidad Temporal retroactiva deben ser considerados como un hecho excepcional, serán autorizados por la Comisión de Prestaciones, sin derecho a reembolso de prestaciones en dinero y especie.

ARTÍCULO 27. (De las prestaciones en dinero y en especie).

- a) En caso de Enfermedad y Accidente Común los empleadores deben cancelar los subsidios por incapacidad temporal a sus trabajadores por los tres primeros días, a partir del cuarto día corresponde al Ente Gestor de Salud el reconocimiento de este derecho.
El trabajador percibirá el 100% de su salario.

- b) Cuando el médico tratante califique la incapacidad temporal del asegurado, expedirá el Certificado de Incapacidad Temporal, considerando días calendario que le servirá al asegurado para justificar su ausencia en su fuente laboral; y al empleador, para que cancele el subsidio autorizado y solicite el reembolso al Ente Gestor de Salud, cuando así corresponda.

- c) Para la procedencia de los subsidios de incapacidad temporal por Enfermedad, Maternidad o Riesgos Profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), la trabajadora o el trabajador o uno de sus familiares deberá presentar al empleador el correspondiente Certificado de Incapacidad Temporal, en el plazo de 24 hrs., firmado por el médico tratante y la Autoridad del establecimiento de Salud.

- d) El Ente Gestor otorgará la autorización para el subsidio prenatal, natalidad,



lactancia y sepelio, conforme a normas legales vigentes.

- e) Cuando el asegurado solicite alta médica y proceda a buscar atención médica en otro establecimiento de salud no perteneciente al ente gestor, este no reconocerá los gastos efectuados por el asegurado

ARTÍCULO 28. (Del plazo para solicitar el reembolso de los subsidios por incapacidad temporal).

I. Dentro del Seguro de Enfermedad y Accidente Común, Maternidad y Riesgos Profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), el reembolso de los subsidios de Incapacidad Temporal debe ser solicitado al mes siguiente al que se efectuó el pago de subsidio por el empleador.

II. La solicitud del reembolso de los subsidios por incapacidad temporal por parte de la empresa o institución (pública o privada), se realizará al Ente Gestor, dentro de los primeros 10 días de cada mes.

III. Los Entes Gestores una vez recibida la solicitud de reembolso por subsidio por incapacidad temporal, deberán hacer efectivo el pago a las empresas o instituciones (públicas o privadas) en un plazo no mayor de noventa (90) días calendario, sujeto al reglamento de sanciones establecido por la ASUSS.

ARTÍCULO 29. (Certificado de Incapacidad Temporal).

- I.** En las prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, el Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) es el medio por el que los Entes Gestores reconocen y reembolsan las prestaciones en dinero de acuerdo al porcentaje que corresponda del salario cotizante del o la titular de derecho, debiendo alcanzar el 100% de su salario.
- II.** El médico tratante será el único facultado para expedir el Certificado de Incapacidad Temporal del asegurado, debidamente refrendando por la Autoridad del Establecimiento de Salud.
- III.** El Certificado de Incapacidad Temporal emitido en Servicios Hospitalarios, debe contener la fecha de inicio de la internación, señalando con claridad el régimen de cobertura por la que se le está extendiendo la incapacidad, los días de la incapacidad, la fecha de emisión, además el sello y firma del médico tratante, el sello y la firma de la Autoridad del Establecimiento de Salud.
- IV.** En los Servicios de Consulta Externa, los médicos tienen la obligación de emitir el certificado de incapacidad temporal con la fecha de la consulta y registro en el expediente clínico de la valoración por el médico tratante, debidamente justificado y los días de baja médica.



- V. Se encuentra expresamente prohibido la extensión del Certificado de Incapacidad Temporal, con interrupción de fines de semana y/o feriados por la misma enfermedad, sujeto a control por auditoría médica y administrativa financiera.
- VI. Todo Certificado de Incapacidad temporal que no se encuentre debidamente justificado, sustentado y respaldado será pasible a las sanciones legales vigentes.

ARTÍCULO. 30. (Certificado de Incapacidad Temporal para pacientes referidos).

Para paciente referidos de una regional a otra de mayor capacidad resolutive el médico tratante deberá extender el Certificado de Incapacidad Temporal por un periodo de hasta 7 días, debidamente registrado en el expediente clínico, una vez en destino el médico tratante del lugar de referencia otorgará el Certificado de Incapacidad Temporal por el periodo que sea necesario.

**CAPÍTULO V
SEGURO DE MATERNIDAD**

ARTÍCULO 31. (De las prestaciones en dinero y especie).

- a) La asegurada titular o la beneficiaria esposa o pareja en unión libre, una vez reconocido el embarazo por el Ente Gestor, tendrá la necesaria asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de los medicamentos y exámenes complementarios que requiera el estado de la misma, debidamente registrados en el Expediente Clínico, durante los periodos de gestación, parto y puerperio.
- b) La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio al subsidio de maternidad por el plazo de 45 días anteriores al parto y/o fecha programada de la cesárea y de 45 días posteriores a él, las prestaciones no se encuentran condicionadas a cotizaciones.
- c) El Certificado de Incapacidad Temporal Prenatal, se otorgará con la presencia física de la asegurada, de acuerdo al diagnóstico establecido por su Ginecologo – Obstetra.
- d) El Certificado de Incapacidad Temporal Postnatal se otorgará a partir de la fecha en que se produjo el parto con producto vivo o muerto por 45 días post natal.
- e) En caso de producirse el parto en Establecimiento de Salud ajeno al Ente Gestor, la asegurada tiene derecho al subsidio de incapacidad temporal Post Natal por 45



días, previa presentación del certificado médico emitido por el profesional que asistió el parto/cesárea. El Certificado de Incapacidad Temporal en el presente caso será homologado por el Jefe Médico del Ente Gestor.

- f) En los casos en que la fecha probable de parto no coincida con la fecha de nacimiento, el Certificado de Incapacidad Temporal se extenderá por todos los días que falten hasta la fecha del parto o cesárea.
- g) Queda prohibido que la asegurada titular gestante no haga uso del periodo prenatal, así como de convenir trasladar el periodo prenatal para uso junto al periodo postnatal.
- h) No se interrumpirá el reconocimiento por parte del Ente Gestor del Certificado de Incapacidad Temporal Post Natal en caso de óbito fetal o fallecimiento del recién nacido, debiendo también reconocerse el subsidio de sepelio conforme a normativa vigente.

CAPITULO VI DE LAS PRESTACIONES EN DINERO REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REEMBOLSOS DE SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

ARTÍCULO 32. (Para las entidades privadas).

Deberán presentar la siguiente documentación:

- a) Solicitud de reembolso dirigida a la Autoridad competente del Ente Gestor.
- b) Planilla de incapacidades (original y dos copias), que señale Número Único Patronal, datos del trabajador, salario, días de incapacidad, porcentaje de incapacidad y monto de reembolso.
- c) Certificado de Incapacidad Temporal original o fotocopia legalizada.
- d) Fotocopia de último comprobante de pago de cotizaciones.

ARTÍCULO 33. (Para las entidades públicas).

Deberán presentar la siguiente documentación:

- a) Solicitud de reembolso dirigida a la Autoridad competente.
- b) Planilla de incapacidades (original y dos copias), que señale Número Único Patronal, datos del trabajador, salario, días de incapacidad, porcentaje de incapacidad y monto de reembolso.
- c) Certificado de Incapacidad Temporal original o fotocopia legalizada.
- d) Fotocopia del formulario C-31 reporte SIGMA.



ARTÍCULO 34. (Del procedimiento).

I. Las solicitudes interpuestas serán admitidas por las unidades de cotización, para su revisión, cuantificación y certificación.

a) La revisión considerara la cuantificación del reembolso que corresponda por subsidios de incapacidad temporal previa compatibilización de salarios entre el señalado en la planilla de incapacidades y la planilla de salarios.

b) Establecida la cuantificación, se emitirá la certificación respectiva, documento que acreditará el derecho a la deducción del aporte mensual a realizarse.

II. La certificación emitida, deberá ser presentada a la unidad de Recaudaciones del Ente Gestor de Salud para efectos de deducción del aporte mensual a cancelarse.

ARTÍCULO 35. (Del Plazo para el reembolso). Presentada la solicitud con la documentación requerida, el Ente Gestor tiene un plazo máximo no mayor de 90 (noventa) días calendario, para hacer efectivo el reembolso, sujeto al Reglamento de Sanciones de la ASUSS.

ARTÍCULO 36. (Reembolso en situaciones de emergencia/urgencia).

Cuando él o la asegurada (a) titular y/o sus beneficiarios acudan a servicios médicos particulares en situación de emergencia/urgencia, el hecho deberá ser comunicado por éste, familiares o tercera persona a las autoridades del Ente Gestor, por escrito, en un plazo máximo de 48 horas (2 días hábiles) posteriores a la emergencia/urgencia.

I. La condición vital del paciente determinara su traslado al Ente Gestor para continuidad del tratamiento, previo informe de la comisión de seguimiento y fiscalización, concordante al capítulo XIV del presente reglamento.

II. Previa verificación de la Vigencia del Derecho del Asegurado, la Comisión de Prestaciones, emitirá la correspondiente Resolución en un plazo no mayor a 24 hrs., con la finalidad de resolver la solicitud y continuidad de tratamiento.

III. En caso de incumplimiento al plazo establecido no se reconocerá el reembolso.

ARTÍCULO 37. (Reembolso por situaciones no resueltas en el Ente Gestor).

Los reembolsos de dinero, por gastos efectuados por asegurados(as) o beneficiarios(as), procederán:

a) Cuando él o la paciente asegurado(a) del Ente Gestor, considere que su enfermedad no está siendo oportunamente diagnosticada, tratada o manejada debidamente, podrá solicitar, a través de la Jefatura Médica, la realización de



Junta Médica, petición que deberá ser atendida en el tiempo máximo de 48 horas calendario siguientes a su solicitud.

- b) Si el Ente Gestor no cuenta con el mínimo de dos profesionales de la especialidad para consulta y Junta Médica, deberá comprar servicios profesionales de un médico externo de la especialidad para tener una segunda opinión.
- c) De acuerdo a disposiciones legales vigentes, el asegurado por cuenta y riesgo propio, podrá solicitar la presencia de un médico ajeno al Ente Gestor en la Junta Médica.
- d) La Junta Médica establecerá el diagnóstico y conducta terapéutica a seguir por el médico tratante y cumplimiento por el paciente, emitirá informe a la Dirección del Establecimiento de Salud, en un plazo no mayor a 24 horas de realizada la misma.
- e) En caso de que el(a) paciente asegurado(a) no esté de acuerdo con el diagnóstico establecido por el médico tratante y conclusiones de la Junta Médica y decida realizar consultas ambulatorias y de hospitalización en servicios ajenos al Ente Gestor a su cuenta y riesgo, el Ente Gestor no reconocerá ningún monto por las consultas, tratamientos y estudios realizados fuera de sus servicios.
- f) En caso de no contar con una Junta Médica el director del Establecimiento de Salud solicitará se realice una Auditoría Médica Inducida, que deberá resolver a través de un dictamen en el plazo de ocho (8) horas, con la finalidad de reconducir el diagnóstico o la conducta terapéutica.

ARTÍCULO 38. (Reembolsos por gastos en medicamentos).

Para que proceda la solicitud de devolución de gastos, los Entes Gestores deberán:

- a) Toda solicitud de reembolso se atenderá, previa verificación de la vigencia del derecho del asegurado o beneficiario, cuando el medicamento sea prescrito por el médico tratante en consulta externa u hospitalización del Ente Gestor, y cuando el medicamento no exista en farmacia institucional y/o farmacia particular contratada en los lugares donde no cuente con este servicio el Ente Gestor, la responsable de farmacia de turno sellará las recetas con el "sello de no existencia", habilitando al paciente o asegurado o familiar a la compra del medicamento para su posterior reposición por el Ente Gestor.
- b) Todo medicamento prescrito que no pueda ser otorgado en el momento de la prestación (consulta externa, emergencia u hospitalización) deberá inmediatamente contar con el "sello de no existencia" para su compra por el asegurado y posterior reposición.
- c) El paciente para solicitar la reposición por la compra de medicamentos de no



existencia, deberá presentar una nota dirigida al Director del Establecimiento de Salud adjuntando:

- La factura original con el nombre y NIT del Ente Gestor correspondiente.
- Receta médica original expedida por el médico tratante, que cuente con el "sello de no existencia".
- Para medicamentos sicotrópicos o controlados presentara copia de la receta valorada.

La documentación precedente deberá ser presentada en un plazo no mayor a 72 horas al Director del Establecimiento de Salud y el Ente Gestor, quien deberá reembolsar en un plazo no mayor de 15 días calendario.

- d) Ante el incumplimiento por parte del Ente Gestor, el solicitante, presentará la queja correspondiente ante la oficina regional de la ASUSS, esta instancia procederá a conminar al pago bajo sanción administrativa, en un plazo no mayor de 72hrs.
- e) Cuando él o la asegurada(a) titular y/o sus beneficiarios adquieran medicamentos por cuenta propia y sin la correspondiente receta médica prescrita por los profesionales médicos y especialistas del Ente Gestor, el importe de los mismos, no será reconocido por el Ente Gestor.

CAPITULO VII SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES A CORTO PLAZO

ARTÍCULO 39. (De la comunicación de accidente de trabajo o enfermedad profesional).

- a) El accidente de trabajo o la enfermedad profesional presunta deberá necesariamente ser comunicado por el empleador al Ente Gestor, en el plazo máximo del primer día hábil de ocurrido el accidente.
- b) La Denuncia de Accidente de Trabajo o la Declaración de Enfermedad Profesional será efectuada, mediante la presentación del formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo por el empleador, en un plazo no mayor a 5 días hábiles en el área urbana y 10 días hábiles en el área rural de ocurrido el accidente o la enfermedad.
- c) En caso de que el empleador no presente oportunamente la Denuncia de Accidente de Trabajo o la Declaración de Enfermedad Profesional, los gastos de atención médica otorgadas al titular, correrán por cuenta del empleador hasta que se presente el formulario de Denuncia del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, así como los subsidios de incapacidad temporal.



ARTÍCULO 40. (Valoración por Médico del Trabajo en caso de Enfermedad Profesional).

Se debe cumplir el siguiente procedimiento:

- a) El empleador debe comunicar al Ente Gestor, la presunta enfermedad profesional manifestada por el(a) asegurado(a) titular, para ser evaluado por el médico del trabajo del Ente Gestor.
- b) En caso de que la Departamental o Regional del Ente Gestor, no cuente con este profesional, debe contratar los servicios por evento de un médico del trabajo.
- c) El médico del trabajo deberá emitir informes, certificaciones, tipificaciones del cuadro clínico, en un plazo no mayor a 10 días impostergablemente y realizar el seguimiento posterior.

ARTÍCULO 41. (Del reconocimiento de subsidios).

- a) El subsidio por Riesgos Profesionales se reconocerá a partir del primer día de la incapacidad, calificada por el médico del trabajo, sobre la base de la denuncia de Accidente de Trabajo, en caso de accidente de trabajo equivalente al 90%, y por enfermedad profesional al 75%, el tiempo de incapacidad temporal será determinada por el médico tratante.
- b) El Certificado de Incapacidad Temporal por Riesgo Profesional podrá ser otorgado sobre la base de la comunicación o denuncia del Accidente de trabajo o Enfermedad Profesional por el Ente Gestor.
- c) El médico que atendió el caso en primera instancia, obligatoriamente debe proceder al llenado inmediato de la 5ta, casilla del formulario de accidente de trabajo (para ser llenado por el Ente Gestor), a requerimiento del trabajador, familiar, empleador o trabajadora social del Ente Gestor de Salud.
- d) Una vez llenado el formulario de accidente de trabajo por el empleador, el personal de Vigencia de los Derechos, debe proceder al sellado inmediato del original y copias con identificación clara de la fecha de recepción, para posteriormente derivar al médico tratante para el llenado de la parte correspondiente.
- e) En caso de que el médico que atendió en primera instancia al trabajador accidentado, se encuentre ausente por turno, vacación, comisión, etc., obligatoriamente el médico reemplazante o Jefe de Servicio, debe proceder al llenado de la quinta casilla del formulario de Accidente de Trabajo; transcribiendo de la historia clínica el diagnóstico y tratamiento, con la finalidad de no interferir



la entrega oportuna del formulario y en consecuencia evitar sanciones al empleador.

- f) En caso de ocurrir el Accidente de Trabajo en otra Regional o Distrital, el formulario de Accidente de Trabajo, debe ser llenado por el médico que atendió el caso en primera instancia.
- g) En caso de accidente de trabajo, ocasionado por tercera persona identificada, el médico tratante deberá otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal como accidente de trabajo, sin perjuicio de que la institución recupere el costo de las prestaciones médicas del tercero responsable sobre la base de la denuncia o informe de instancia policial o judicial correspondiente.
- h) En caso de accidente de trabajo ocasionado por tercera persona no identificada, el médico tratante deberá otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal como accidente de trabajo, previa denuncia e informe a la instancia correspondiente (FELCC, TRANSITO u otro organismo especializado).

ARTÍCULO 42. (Prestación de servicios a dos o más empleadores).

Cuando el asegurado presta servicios a dos o más empleadores que coticen a un mismo Ente Gestor del Seguro Social a Corto Plazo, se reembolsará el Subsidio de Incapacidad Temporal a cada uno de los empleadores de acuerdo al salario percibido por el asegurado en cada trabajo, siempre y cuando cada uno de ellos coticen sobre la base del mínimo nacional o por encima del mismo, corresponde otorgar en doble ejemplar el Certificado de Incapacidad Temporal, para cada una de las empresas donde presta servicios el trabajador.

ARTÍCULO 43. (Atención médica voluntaria en centros particulares).

En caso de que el Asegurado voluntariamente y sin autorización previa del Ente Gestor, reciba atención médica en centros ajenos al Ente Gestor de Salud, este último no realizara reembolso del costo de las atenciones médicas erogadas por el asegurado, solo realizara el reembolso de los subsidios en dinero por incapacidad temporal.

ARTÍCULO 44. (Control Periódico de salud).

Los Entes Gestores del Sistema, a través de sus Unidades de Medicina del Trabajo, tienen la obligación de programar controles periódicos de salud, con la finalidad de detectar tempranamente la acción de los contaminantes presentes en el ambiente de trabajo, que deberán ser diseñados de acuerdo al riesgo existente en el medio laboral, previa presentación del plan de higiene y seguridad industrial anual, debiendo presentar el informe de seguimiento y cumplimiento en el primer trimestre de cada gestión a la ASUSS.



ARTÍCULO 45. (De los programas de Medicina del Trabajo).

Las Unidades de Medicina del Trabajo tienen la obligación de implementar Programas de Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Profesionales en las empresas e instituciones (públicas/privadas) debiendo remitir en el primer trimestre de cada gestión a la ASUSS.

ARTÍCULO 46. (Comités de Higiene y Seguridad Industrial).

Toda empresa e institución (pública o privada) constituirá uno o más Comités Mixtos de Higiene, Seguridad Ocupacional y Bienestar, para vigilar el cumplimiento de las medidas de prevención de riesgos profesionales de acuerdo a normativa vigente, quienes deberán priorizar la exposición al contaminante presente en el ambiente laboral y riesgo, y la valoración anual de los trabajadores.

ARTÍCULO 47. (Dirección o Unidad de Higiene y Seguridad Industrial).

Todo Ente Gestor debe contar con una Dirección o Unidad de Higiene y Seguridad Industrial, de acuerdo a la población afiliada, a nivel nacional y en sus regionales, para la atención a las empresas e instituciones (públicas/privadas) afiliadas y la salud ocupacional de todo el personal institucional.

ARTÍCULO 48. (Coordinación con los Comités Mixtos de Higiene y Seguridad Industrial).

Los Comités Mixtos de Higiene y Seguridad Industrial de las empresas e instituciones (públicas/privadas), deben coordinar de manera permanente el desarrollo de sus actividades de prevención de riesgos laborales con los servicios especializados de Medicina del Trabajo del Ente Gestor respectivo, a efecto de programar controles periódicos de salud, actividades informativas y de capacitación en prevención de riesgos laborales y cuidado de la salud respecto a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como el Ente Gestor dispondrá acciones de prevención de acuerdo a estudio previo del perfil epidemiológico ocupacional.

ARTÍCULO 49. (Prestaciones al o la Trabajador(a) de Empleadores en Mora)

El o la trabajador(a) y sus beneficiarios de los empleadores en mora, tendrán derecho a todas las prestaciones en especie, previa presentación de papeleta de pago, el costo que demande la prestación requerida será pagada por el empleador moroso en el doble de su costo, sin perjuicio de que el Ente Gestor recupere los aportes devengados.

ARTÍCULO 50. (Inamovilidad durante la Incapacidad temporal).

La relación laboral de los asegurados, no se interrumpe ni cesa por el hecho de que el



asegurado esté en goce de algún subsidio de incapacidad temporal (prestación en dinero), cualquiera sea la causa que hubiera provocado dicha incapacidad.

CAPITULO VIII DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO

ARTÍCULO 51. (Accidente de Trabajo).

I. El accidente de trabajo deberá necesariamente ser comunicado al empleador, en el plazo máximo del primer día hábil de ocurrido el accidente. En caso de que el empleador se resista a denunciar el caso, él (a) asegurado (a) titular o apoderado legal podrá efectuar la denuncia a la AFP correspondiente.

II. En caso de que la empresa o institución (pública/privada) no presente el formulario "denuncia de accidente de trabajo", los gastos de atención médica otorgadas él (a) asegurado (a) titular, correrán por cuenta del empleador de forma obligatoria, no pudiendo los Entes Gestores retener al paciente por falta de pago.

III. En un mismo caso pueden coexistir un Accidente de Trabajo con un Riesgo Extraordinario o Accidente de tránsito, por orden de prelación se aplicará y tratará como accidente de Trabajo, sin perjuicio de realizar la investigación correspondiente, se procederá con la presentación del formulario "denuncia de accidente de trabajo", en el plazo máximo del primer día hábil de ocurrido el accidente. Si el empleador se resiste a denunciar el caso, él (a) asegurado (a) titular o apoderado legal podrá efectuar la denuncia a la AFP correspondiente.

IV. En el caso de coexistir un Accidente de Trabajo con un Accidente de tránsito, las prestaciones serán cubiertas por el SOAT hasta su tope máximo, de existir saldo para cubrir el total de las prestaciones, estas serán cubiertas por el Ente Gestor.

CAPITULO IX DECLARATORIA DE INVALIDEZ PARA BENEFICIARIOS

ARTÍCULO 52. (Declaratoria de Invalidez).

La declaratoria de invalidez por la Comisión de Prestación se realizará, con los siguientes requisitos:

- a) Informe de la Unidad de Discapacidad emitida por el SEDES.
- b) Carnet de Discapacidad emitida por el SEDES.



ARTÍCULO 53. (Obligación del Ente Gestor de difundir y asesorar sobre el trámite y el plazo).

Si bien, la declaratoria de invalidez se efectúa a petición del o la titular del derecho, no exime al Ente Gestor de la obligación ineludible de difundir este derecho, máxime cuando el Ente Gestor ha otorgado prestaciones al o la beneficiario(a) hijo(a) y conocido de su problema de salud, que hace viable la tramitación de prestaciones en especie sin límite de edad por invalidez, la obligación de guiar a sus progenitores, personas individuales, colectivas o instituciones que se encuentran a cargo de estos menores, para que realicen el trámite dentro el plazo vigente, debiendo ser registrado en el expediente clínico.

ARTÍCULO 54. (Prestaciones vitalicias para los beneficiarios)

La administración regional de cada Ente Gestor, declarara procedente la solicitud de inserción del o la beneficiaria(o) con atención sin límite de edad, sobre la base de la certificación emitida por la Secretaria Departamental de Salud de cada departamento (SEDES), las prestaciones otorgadas serán vitalicias.

CAPITULO X DOTACIÓN, COMPRA, PROVISION, REPARACION Y RENOVACION DE PROTESIS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTROS

ARTÍCULO 55. (Dotación de prótesis).

La dotación de prótesis, procederá:

- a) En caso de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional, se reconocerá la dotación de aparatos de prótesis vitales y funcionales, internas y externas.
- b) En caso de accidente y o enfermedad común se dotará de aparatos de prótesis internas y funcionales (cadera, rodilla, muñeca, codo, y otros.) al o la asegurada (o) y sus beneficiarios (as) para mejorar y prolongar la vida con calidad, siendo vitales desde el punto de vista funcional e imprescindibles para propender a alcanzar la salud completa.
- c) Para el suministro de dispositivos médicos, insumos u otros (lentes intraoculares, ortesis, válvulas cardiacas, marcapasos, y otros.) que coadyuven el funcionamiento de un órgano, serán considerados vitales desde el punto de vista funcional e imprescindibles para propender a alcanzar la salud completa.
- d) La adquisición de los aparatos de prótesis, dispositivos médicos, insumos u otros se registrá a las Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y



Servicios vigente en el país, aprobado por el órgano rector. Debiendo considerar excepcionalmente su adquisición directa en casos de riesgo grave para la vida del paciente.

e) El médico tratante emitirá la solicitud e informe de justificación para la adquisición de aparatos de prótesis, dispositivos médicos, insumos u otros, a la Dirección del Establecimiento de Salud, quien coordinará administrativamente para su provisión de acuerdo a las necesidades vitales y funcionales del paciente.

f) La importación podrá realizarse conforme dispone el Código de Seguridad Social.

ARTÍCULO 56. (Provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis, ortopedia, dispositivos médicos y otros).

En caso de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho a la provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis, ortopedia, dispositivos médicos y otros, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión y tratamiento adecuado para su recuperación y readaptación.

ARTÍCULO 57. (De la Comisión de Prestaciones).

La Comisión de prestaciones, será la única instancia que emitirá necesariamente la Resolución Administrativa aprobando la adquisición de prótesis, dispositivos médicos y otros insumos vitales para el asegurado, concordante al artículo 69 del presente Reglamento, el pronunciamiento deberá realizarse en un plazo no mayor a 7 días calendario desde su solicitud.

CAPITULO XI COMPRA DE SERVICIOS MEDICOS, AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MEDICAMENTOS

ARTÍCULO 58. (Aranceles para la compra de servicios).

La definición de aranceles se establecerá mediante reglamentación específica; para tal efecto los Entes Gestores están obligados a suscribir convenios interinstitucionales.

ARTÍCULO 59. (Compra de Servicios).

I. El Ente Gestor debe cubrir todas las prestaciones en especie, para el asegurado y sus beneficiarios; en caso de no contar con dichos servicios o tener capacidad resolutive saturada, en concordancia con el art. 21 del presente reglamento, deberá comprar servicios a Establecimientos de Salud, (priorizando la compra de servicios en otro Ente Gestor, posteriormente al Sistema Público, y en caso excepcional a



Servicios Particulares) debiendo cubrir los gastos que demande la prestación autorizada.

II. Cuando el asegurado y/o sus beneficiarios, por voluntad propia o sin autorización del Ente Gestor acudan a la compra de servicios particulares; el Ente Gestor, no reconocerá el costo de estos servicios.

III. El párrafo precedente no será aplicado para casos de emergencia/urgencia comprobada.

IV. La compra excepcional a privados, estará sujeto a reglamentación específica.

ARTÍCULO 60. (Provisión de Medicamentos no incluidos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales - LINAME)

La provisión de medicamentos extra LINAME, procederá cuando:

Se autoriza la compra excepcional de medicamentos legalmente comercializados en el Estado Plurinacional de Bolivia; que no están contemplados en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME) para enfermedades no prevalentes, siempre y cuando el medicamento excepcional esté indicado para la patología que presenta el paciente, de acuerdo a protocolo y debidamente justificado en el expediente clínico. Debiendo priorizar la adquisición de medicamentos genéricos siempre como primera opción, con la documentación correspondiente, el Ente Gestor procederá a la aprobación y reembolso en forma inmediata.

CAPITULO XII ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA/URGENCIA A PARTICULARES

ARTÍCULO 61. (Atención Médica de Emergencia/urgencia a Paciente Particular).

I. La atención médica a pacientes particulares, procede únicamente en casos de emergencia/urgencia, cuyo costo y cobro de la misma será del 100% del total de la prestación; en caso de existir imposibilidad de pago al contado, no se podrá retener al paciente debiendo el Ente Gestor buscar los mecanismos legales para efectivizar el pago.

II. Una vez estabilizado el paciente, de manera inmediata, debe ser referido/transferido al Sistema Público de Salud; no eximiendo al paciente de la obligación contraída con el Ente Gestor previa intervención de trabajo social.



CAPITULO XIII RIESGOS NO PROFESIONALES/RIESGOS EXTRAORDINARIOS

ARTÍCULO 62. (Riesgos No Profesionales/Riesgos Extraordinarios).

Los Entes Gestores del Sistema, están obligados a prestar atención en los casos de riesgos no profesionales/riesgos extraordinarios, máxime si son de emergencia/urgencia, dentro de los siguientes parámetros:

- a) El (la) asegurado(a) titular y sus beneficiarios tienen derecho a las prestaciones del seguro de enfermedad, independientemente de las circunstancias y causas que hubiesen motivado la enfermedad o el accidente, sin perjuicio de que el Ente Gestor cobre al responsable el costo de dichas prestaciones en casos de culpa o dolo.
- b) Cuando el (la) asegurado(a) o beneficiario(a) demande atención en consulta ambulatoria o de hospitalización, en situación de emergencia/urgencia o regular, por lesión originada en ese momento por un supuesto riesgo extraordinario, todos los trabajadores del Ente Gestor están obligados a facilitar y otorgar toda la atención médico-quirúrgica y farmacéutica que corresponda de acuerdo a la patología que presente el paciente, informándole que su atención se sujetara al trámite administrativo pertinente.
- c) Serán considerados como riesgo extraordinario sin que sea limitativo los siguientes:
- Exposición Voluntaria al Riesgo.
 - Estado de Ebriedad de acuerdo a las circunstancias y previa certificación del grado de alcoholemia (mayor a 0.5 gramos x 100 cc en sangre).
 - Accidente de Tránsito como conductor bajo las siguientes circunstancias:
 - Estado de ebriedad
 - Bajo efectos de sustancias controladas
 - Conducción sin licencia o licencia caducada.
 - Violencia Intrafamiliar.
 - Aborto provocado.
 - Deportes extremos (automovilismo, motociclismo, boxeo, esquí, andinismo, motocrós, "vale todo", descenso en bicicleta, bicicrós en circuito, paracaidismo, parapente) y otros.
 - Intento suicida.
- d) En caso de agresión por terceros identificados, el o la asegurado(a) debe realizar la denuncia a la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen – FELCC en forma inmediata; debiendo presentar al Ente Gestor copia de la denuncia interpuesta en



un plazo no mayor a 48 horas de ocurrido el hecho, a objeto de efectuar el trámite de recuperación del o los responsables de los costos en los que ha incurrido.

- e) En caso de agresión por terceros desconocidos y no habidos, el o la asegurado(a) debe realizar la denuncia a la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen – FELCC en forma inmediata y presentar al Ente Gestor copia de la denuncia interpuesta en un plazo no mayor a 48 horas de ocurrido el hecho y de acuerdo a Informe de Trabajo Social el Ente Gestor asumirá el costo de las prestaciones otorgadas.
- f) En caso de accidente de tránsito provocado por terceras personas o por si mismo, la denuncia realizada por el o la asegurad(a)o a instancias competentes y el informe que corresponda deberá ser entregado al Ente Gestor en el plazo de 5 días hábiles de ocurrido el hecho y se seguirá la reglamentación establecida por disposiciones legales vigentes (SOAT – FISO), para cubrir los gastos incurridos hasta el tope reconocido por este seguro (SOAT), de no ser suficiente el mismo, deberá cobrarse el saldo al responsable y de no ser habido, cubrirá el Ente Gestor.
- g) El médico del Ente Gestor que atendió el riesgo, deberá registrar en el Expediente Clínico, además del estado y condiciones de salud del o la asegurada(o) en el momento de su primera intervención, las circunstancias de manera detallada, el estado de ebriedad, el intento de suicidio, envenenamiento y otros que creyere importante y relevante para la calificación del riesgo.

ARTÍCULO 63. (Procedimientos a aplicar en las Administraciones Regionales, en caso de Riesgos Extraordinarios).

Todo Riesgo Extraordinario debe contar con la documentación de respaldo y procedimiento siguiente:

- a) El médico que atendió el riesgo debe comunicar, de forma escrita e inmediata, al Director del Establecimiento de Salud donde se atendió el caso.
- b) El Director del Hospital, Policlínico o Centro médico del Ente Gestor sobre la base del Expediente Clínico, solicitará informes a Trabajo Social y Asesoría Legal del área correspondiente.
- c) Trabajo Social realiza la investigación correspondiente y emitirá Informe Social, en un plazo no mayor a 72 horas.
- d) La Unidad Legal emitirá el informe jurídico, resolviendo el caso, quien comunicará a la Dirección del Establecimiento de Salud para su ejecución y cumplimiento en un plazo no mayor a 48 horas.



ARTÍCULO 64. (Procedimientos a aplicar en las Agencias Distritales, Zonales y Sub-Zonales en caso de Riesgos Extraordinarios).

Las Agencias Distritales, zonales y sub-zonales, en base al informe registrado en el Expediente Clínico, a través del Director del Establecimiento, y ante la ausencia del área Legal y/o Trabajo Social, calificará el riesgo, remitirá todos los antecedentes y el informe del médico tratante a la Administración Regional a la que pertenece para su definición.

ARTÍCULO 65. (Recuperación de Costos en Riesgos Extraordinarios).

Las prestaciones realizadas en casos de riesgos extraordinarios, deberán ser obligatoriamente registradas en el expediente clínico por todo el equipo de salud involucrado en el proceso de atención, para fines de determinar las sumas erogadas, el incumplimiento a la presente disposición conllevará las responsabilidades establecidas en norma legal vigente.

CAPITULO XIV DEL SEGUIMIENTO Y FISCALIZACIÓN

ARTÍCULO 66. (Comisión de seguimiento y fiscalización).

Cada Director de Establecimiento de Salud designará una comisión multidisciplinaria conformada por un médico especialista de acuerdo a la patología, un médico auditor y un profesional de trabajo social que tendrán las siguientes funciones:

- a) Seguimiento a asegurados hospitalizados cuya data de internación sea mayor a 10 días para las especialidades de medicina interna y cirugía general; cinco (5) días para las especialidades de pediatría y gineco obstetricia. Las otras especialidades estarán sujetas a normas de diagnóstico y tratamiento vigentes.
- b) Seguimiento a asegurados cuya consulta médica externa no tengan definición diagnóstica a partir de la 3ra. consulta.
- c) Para pacientes asegurados que se encuentren internados en Establecimientos de Salud ajenos al Ente Gestor ya sea por compra de servicios o por caso fortuito, se procederá al seguimiento a partir de las 48 horas de internación.
- d) La comisión deberá emitir informe documentado al Director del Establecimiento de Salud y a la comisión de prestaciones, cuando corresponda, y de acuerdo a la valoración realizada.

TITULO IV
DE LA COMISION DE PRESTACIONES
CAPITULO I
COMISIÓN REGIONAL DE PRESTACIONES

ARTÍCULO 67. (Definición).

De conformidad al artículo 349 del Reglamento del Código de Seguridad Social define a la Comisión Regional de Prestaciones, como el ente encargado de:

Resolver los casos no previstos en el presente reglamento y las disposiciones legales vigentes, que requieren solución a problemas específicos de gestión del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.

ARTÍCULO 68. (Conformación)

La Comisión Regional de Prestaciones se regirá a lo establecido en los siguientes incisos.

a) La Comisión Regional de Prestaciones estará conformada únicamente por:

- Administrador Regional en calidad de presidente o su representante.
- Jefe Médico.
- Jefe de Servicios Generales o Jefe Administrativo Financiero.
- Médico del Trabajo (donde exista).
- Encargado de afiliación o Seguros.
- Supervisora de Trabajo Social.
- Asesor Legal.

b) Los miembros de la Comisión Regional de Prestaciones tienen derecho a voz y voto y pueden hacer constar en acta las excusas o disidencias sobre los casos tratados.

c) El Asesor Legal tiene derecho a voz, pero no a voto. Avalara con su firma la Resolución emitida por la Comisión de Prestaciones.

d) El Presidente de la Comisión por delegación será el Administrador Regional, teniendo el presidente el voto dirimidor en caso de empate.

e) La Comisión Regional de Prestaciones, cuando el caso lo requiera, de ser necesario, solicitará la presencia de funcionarios del Ente Gestor y de especialistas que estén relacionados con el tema a tratarse.



ARTÍCULO 69. (Atribuciones)

La Comisión Regional de Prestaciones tendrán las atribuciones establecidas en los siguientes incisos:

a) Son atribuciones de la Comisión Regional de Prestaciones atender los casos siguientes:

- Inserción de beneficiarios(as) hijos(as) con atención vitalicia, previa calificación de invalidez;
- Autorización y/o convalidación excepcional de Certificados de Incapacidad Temporal retroactiva por Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales y Riesgos Extraordinarios;
- En caso de discrepancia, calificar el Riesgo Extraordinario;
- Autorización de reembolso por gastos de atención médica en Establecimientos de Salud ajenos al Ente Gestor

b) Deberán pronunciarse en un periodo no mayor a 15 días calendario, en casos de demostrada emergencia/ urgencia el pronunciamiento se realizará en un plazo no mayor a 48 horas.

c) La Comisión Regional de Prestaciones actuara como tribunal de primera instancia y sus Resoluciones podrán ser recurridas para su revisión ante la Comisión Nacional de Prestaciones en un plazo no mayor de los 5 días hábiles computables a partir de la notificación oficial.

d) Las Resoluciones emitidas por la Comisión Nacional de prestaciones deben ser recurridas en grado de Reclamación ante el Honorable Directorio en un plazo no mayor a los cinco días hábiles a partir de la notificación oficial.

e) Las resoluciones emitidas por el Honorable Directorio de los Entes Gestores serán recurridas como última instancia administrativa ante la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo-ASUSS, quien emitirá la Resolución expresa resolviendo el caso.

CAPITULO II

COMISIÓN NACIONAL DE PRESTACIONES

ARTÍCULO 70. (Competencia).

La Comisión Nacional de Prestaciones es el órgano jurisdiccional que actúa como segunda instancia de revisión de los aspectos social, legal y médico, considerando

cada caso en forma independiente, previo a notificar con la Resolución de la Comisión Regional de Prestaciones que declare la improcedencia de la solicitud.

La Comisión Nacional de Prestaciones, encargada de revisar, absolver y resolver la calificación de derechos o no previstos en las disposiciones legales vigentes que requieren solución a problemas específicos de gestión del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo, así como de los casos planteados por sectores incorporados al seguro a través de normas especiales.

ARTÍCULO 71. (Conformación).

Las Comisiones Nacionales de Prestaciones se regirán a lo establecido en los siguientes incisos.

a) La Comisión Nacional de Prestaciones estará únicamente conformada por:

- Gerente General que puede delegar al Gerente de Servicios de Salud o Director de Salud – en calidad de Presidente.
- Jefe Nacional de Hospitales, Gerencia o Dirección Médica
- Jefe Nacional de Medicina del Trabajo.
- Jefe Nacional de Afiliación o Seguros.
- Jefe Nacional de Trabajo Social.
- Asesor Legal, con derecho a voz y sin voto pudiendo actuar en calidad de secretario.

b) El Presidente de la Comisión Nacional de Prestaciones en caso de empate tendrá voto dirimidor. En ausencia del presidente, presidirá el siguiente en línea.

c) La Comisión Nacional de Prestaciones, cuando el caso lo requiera, solicitará la presencia de jefes, personal de sus áreas técnicas, así como de especialistas en el tema a tratarse.

ARTÍCULO 72. (Atribuciones).

Las Comisiones Nacionales de Prestaciones tendrán las atribuciones establecidas en los siguientes incisos.

- a)** Revisión de las Resoluciones emitidas por las Comisiones de Prestaciones Regionales, ante discrepancia.
- b)** Otras determinaciones en materia de prestaciones no contempladas en el presente reglamento y disposiciones legales vigentes.
- c)** Deberán pronunciarse en un periodo no mayor a 15 días calendario.

**TITULO V
DEL REGIMEN SANCIONATORIO
CAPITULO UNICO
DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES**

ARTÍCULO 73. (De los y las Asegurados(as), Empleadores, Entes Gestores)

Las infracciones cometidas por los asegurados(as), empleadores y Entes Gestores, como: omisión, falsificación, suplantación, declaraciones falsas, entrega de Certificados de Incapacidad Temporal indebidos, negligencia e incumplimiento al presente Reglamento y otros cometidos; darán lugar a sanciones, de acuerdo a la gravedad de las mismas, que serán impuestas por las instancias pertinentes, en el marco establecido por el Reglamento de Sanciones de la ASUSS y otras disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 74. (Del cobro por la extensión de Certificaciones / informes médicos y otros)

Todo certificado o informe que se requiera por la prestación del servicio o por defunción del asegurado, deberán ser emitidos por el médico tratante o medico designado por el Director del Establecimiento de Salud, en el formato establecido de acuerdo a normativa, son gratuitos, queda expresamente prohibido que el personal de salud cobre por la emisión del mismo.

ARTÍCULO 75. (De la suplantación del asegurado).

Toda persona que reciba prestaciones en reemplazo del asegurado titular o beneficiario, deberá ser sancionada penal y civilmente por el Ente Gestor.

De comprobarse que el asegurado titular o beneficiario; participo en una suplantación, será sujeto a procesos legales, penales y civiles por el Ente Gestor.

El personal de salud y administrativo, que participare en la suplantación de un asegurado titular o beneficiario será pasible a sanciones civiles y penales por el Ente Gestor, y por la ASUSS como tercer interesado.

En caso de duda sobre la identidad del asegurado el Ente Gestor podrá solicitar el carnet de identidad para su verificación

Artículo 76. (Del abandono de pacientes).

Toda persona que abandone a un niño, niña adolescente, persona con capacidades



diferentes, inválidos, personas de la tercera edad, en el Ente Gestor donde se encuentre internado y ya cuente con el alta médica, serán pasibles al inicio de acciones legales pertinentes por parte del Ente Gestor.

DISPOSICIONES FINALES

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA.- Cuando los servicios médicos del Ente Gestor de Salud declaren "no procede más la atención curativa" por haberse consolidado la lesión provocada por Accidente de Trabajo o Enfermedad profesional, el médico del trabajo deberá otorgar al asegurado el Certificado Médico o Informe Médico para que éste inicie el trámite de Invalidez en el Sistema Integral de Pensiones.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA.- El cumplimiento del presente Reglamento, queda bajo la entera responsabilidad de la Máxima Autoridad Ejecutiva de cada Ente Gestor.

DISPOSICIÓN FINAL TERCERA.- El Honorable Directorio del Ente Gestor fiscalizara el cumplimiento del presente Reglamento.

DISPOSICIÓN FINAL CUARTA.- El Reglamento de Aranceles para la compra de servicios entre Entes Gestores, será regulado por la ASUSS.

DISPOSICIÓN FINAL QUINTA.- En caso de asegurados que por su riesgo vital requieran de prestaciones "especiales" (bariátrica, y otras) serán remitidas a la Comisión Regional de Prestaciones para su resolución debiendo salvaguardar la vida del paciente.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

DISPOSICION TRANSITORIA PRIMERA.- Los Entes Gestores deberán crear la Dirección o Unidad de Higiene y Seguridad Industrial, a nivel nacional y regional en un plazo no mayor de 2 años, para su implementación, en cumplimiento del presente reglamento.

DISPOSICION TRANSITORIA SEGUNDA.- La implementación del presente Reglamento por parte de los Entes Gestores, se realizará hasta en un plazo de 180 días calendario a partir de su publicación.

DISPOSICION DEROGATORIA

DISPOSICION DEROGATORIA UNICA. - Se derogan todos los reglamentos anteriores y/o contrarios al presente Reglamento.

Abog. Paola P. Monje Alvarado
JEFE DE UNIDAD DE GESTIÓN Y ANÁLISIS JURÍDICO Y ANÁLISIS DE LA AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO "ASUSS"

Abog. Bladimir C. Toño Branez
PROFESIONAL EN ELABORACIÓN Y ANÁLISIS DE NORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL AUTORIDAD SOCIAL DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO "ASUSS"

Dr. Ricardo Claros Jiménez
DIRECTOR JURÍDICO AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO "ASUSS"

Dra. María Inés Carrasco Gil
JEFE DE LA UNIDAD DE FISCALIZACIÓN Y AUDITORÍA MÉDICA AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO "ASUSS"