



CAJA NACIONAL DE SALUD

PRESIDENCIA EJECUTIVA
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
DPTO. NACIONAL MEDICINA DEL TRABAJO
COMISION NACIONAL DE PRESTACIONES

REGLAMENTO DE LAS COMISIONES DE PRESTACIONES

La Paz - Bolivia
2.000

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W. A. ...', is written over the bottom right corner of the page.

CAJA NACIONAL DE SALUD

PRESIDENCIA EJECUTIVA
GERENCIA SERVICIOS DE SALUD
DEPTO NAL MEDICINA DEL TRABAJO
COMISION NACIONAL DE PRESTACIONES

REGLAMENTO DE LAS COMISIONES DE PRESTACIONES

La Paz – Bolivia
2000

PLANTA EJECUTIVA

- ♦ Dr. Jaime Gallo Garabito
Presidente Ejecutivo

- ♦ Ing. Jaime J. Ascarrunz Eduardo
Gerente General

- ♦ Dr. Sergio Soliz Antezana
Gerente Servicios de Salud

- ♦ Lic. Alfredo Chavez Mercado
Gerente Servicios Generales

PRESENTACION

La actual gestión de la Gerencia de Servicios de Salud, esta empeñada en procurar que los canales de comunicación intra - institucional, cuenten con normas y reglamentos; para una utilización adecuada por cada uno de los responsables del área correspondiente en la Caja Nacional de Salud.

Las características del proceso de cambio en el que está inmersa la dinámica nacional, obliga a adecuar el espíritu de la Seguridad Social sobre las responsabilidades institucionales. Dada la demanda de servicios de salud, cada vez más numerosa; esta realidad nos obliga ha llegar a los asegurados con normativas y reglamentos que garanticen la adecuada aplicación de las disposiciones legales en actual vigencia.

En este entendido, la Gerencia de Servicios de Salud a mi cargo, a través de la difusión del presente **REGLAMENTO DE LAS COMISIONES DE PRESTACIONES**, pretende lograr una ejecución ecuánime y equitativa en la toma de las decisiones, a fin de que las resoluciones de los problemas técnicos, médicos y sociales, emergentes de la gestión de la Seguridad Social, sean eficientes y oportunas

Dr. Sergio Soliz Antezana
GERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

La Paz, Febrero de 2000

RESOLUCION DIRECTORIO N° 117/95¹

La Paz, Noviembre 13, de 1995

VISTOS Y CONSIDERANDO:

La nota C.N.P. – 392- 95 de la Comisión Nacional de Prestaciones remitiendo el proyecto de Reglamento de las Comisiones de Prestaciones de la Institución y sus Anexos y todo cuanto convino ver;

Que, la Presidencia Ejecutiva de la Institución mediante nota N° 1036 de 18- VII-95, solicita la consideración del documento señalado y su aprobación correspondiente.

Que, este Cuerpo Colegiado en diferentes sesiones ordinarias y extraordinarias analizó el Proyecto del Reglamento antes señalado, en sus diferentes etapas.

Que, después de esforzadas sesiones de tratamiento, con criterio unánime este Cuerpo Colegiado, aprobó en sus etapas "grande, detalle y revisión" el Reglamento de las Comisiones de Prestaciones de la Institución y sus Anexos.

POR TANTO:

El Honorable Directorio de la Caja Nacional de Salud, en uso de sus legítimas atribuciones:

RESUELVE:

UNICO: Aprobar el Reglamento de las Comisiones de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, en sus ocho capítulos y 25 artículos, sus Anexos 1 (Normas y Procedimientos para proceder a reembolsos), en sus 20 puntos y Anexo 2, en sus 11 puntos. Dichos Documentos entrarán en vigencia, previa homologación por la autoridad superior inmediata.

Regístrese, comuníquese y archívese

¹ Transcripción *ad integrum*, de la Resolución del Honorable Directorio N° 117/95, de fecha 13 de Noviembre de 1995

**REGLAMENTO DE LAS COMISIONES DE
PRESTACIONES. CAJA NACIONAL DE SALUD**

INDICE

Capítulo I	Marco Legal
Capítulo II	Conformación de las Comisiones Nacional y Regionales de la Comisión de Prestaciones
Capítulo III	Jurisdicción e instancias
Capítulo IV	Determinación de prestaciones
Capítulo V	Reembolsos de gastos por atención médica en centros sanitarios ajenos a la C.N.S
Capítulo VI	Otras prestaciones de salud.
Capítulo VII	Procedimientos y plazos para interponer los recursos
Capítulo VIII	Disposiciones finales

ANEXO N° 1

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PROCEDER A REEMBOLSOS

1. De los reembolsos
2. De la ampliación en el otorgamiento de prestaciones médicas
3. De las declaratorias de invalidez para beneficiarios hijos
4. De la provisión de prótesis – vital y funcional.
5. De las transferencias a centros ajenos.
6. Del certificado de incapacidad temporal retroactivo.

A N E X O N° 2

CONCEPTOS A TOMAR EN CUENTA PARA LA CORRECTA APLICACIÓN DEL ART. 21, DEL REGLAMENTO DE LAS COMISIONES DE PRESTACIONES DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD.

1. Accidentes culposos o mal llamados extraordinarios.
2. Accidentes de trabajo "*in itinere*"
3. Accidente en estado etílico
4. Riñas o peleas callejeras, domiciliarias o asaltos.
5. Otros casos especiales.

REGLAMENTO DE LAS COMISIONES DE PRESTACIONES DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD

CAPITULO I

DEL MARCO LEGAL

Art. 1° El presente reglamento se halla enmarcado en las siguientes disposiciones legales:

Código de Seguridad Social, Ley de 14 de Diciembre de 1956.

Reglamento del Código de Seguridad Social (D.S. 05315 de 30 de Septiembre de 1959)

D.S. 13214 de 24 de Diciembre de 1975. (En sus partes pertinentes)

D.S. 14643 de 3 de junio de 1977. (En sus partes pertinentes)

Resoluciones Administrativas pertinentes del ex -Instituto Boliviano de Seguridad Social (I.B.S.S.) y del Instituto Nacional de Seguros de Salud (I.N.A.S.E.S).

Estatuto Orgánico de la Caja Nacional de Salud.

Otras disposiciones conexas

CAPITULO II

DE LA CONFORMACION DE LAS COMISIONES NACIONAL Y REGIONALES DE PRESTACIONES

Art. 2° La Comisión Nacional de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud esta conformada por:

- El Gerente de Servicios Generales, como Presidente
- El Jefe Médico Regional de La Paz.
- El Jefe del Departamento de Medicina del Trabajo.
- El Jefe del Departamento de Administración Sanitaria.
- El Jefe de la División Jurídico Social, que además fungirá como Secretario de la Comisión.

Art. 3° Las Comisiones Regionales de Prestaciones, estarán constituidas por:

- El Administrador Regional, como Presidente.
- El Jefe Médico Regional.
- El Jefe de Servicios Generales.
- El Médico Regional del Trabajo ó el Médico de Prestaciones donde estos existan.
- El Asesor Legal Regional, que además actuará como Secretario.

Art. 4° La Comisión Nacional de Prestaciones y las Comisiones Regionales solo podrán variar su conformación y representatividad, en caso de ausencia temporal y justificada de cualquiera de sus miembros titulares

debiendo en tal circunstancia concurrir su reemplazante designado por autoridad superior, con el fin de mantener la continuidad en el cumplimiento de sus específicas funciones. En caso de ausencia del Presidente, el Secretario asumirá las funciones de conducción de la Comisión.

Art. 5°

La Comisión Nacional de Prestaciones y las Comisiones Regionales se reunirán en forma ordinaria una vez a la semana, pudiendo en caso necesario realizar reuniones extraordinarias. El quórum será de la mitad más uno de sus cinco miembros y sus decisiones se adoptarán por simple mayoría. En casos de empate, el Presidente dirimirá con su voto.

Art. 6°

Para el cumplimiento de sus funciones, las Comisiones Nacional y Regional de Prestaciones contarán con los medios y personal de apoyo necesario.

CAPITULO III

DE LA JURISDICCION E INSTANCIAS

Art. 7° Cada Comisión Regional tiene jurisdicción en el ámbito que le corresponde, definiéndose a la Comisión Nacional como instancia de revisión en relación a las Regionales de todo el país, excepto en la Sede de Gobierno en la que asume funciones de Comisión Regional de Prestaciones de La Paz.

Art. 8° La Comisión Regional de Prestaciones actuará como Tribunal de Primera Instancia y sus resoluciones podrán ser recurridas en grado de **REVISION** ante la Comisión Nacional de Prestaciones, en el plazo *de cinco días de su notificación oficial*.

Art. 9° Las Resoluciones de la Comisión Nacional de Prestaciones podrán ser recurridas en grado de **RECLAMACION** ante el Honorable Directorio, en el plazo de cinco días hábiles a partir de su notificación oficial. Cuando la Comisión Nacional actúe como Regional de La Paz, éste recurso será en grado de **REVISION**.

Art. 10° Las decisiones que emanen de las Comisiones Nacional y Regionales de Prestaciones, necesariamente deberán traducirse en Resoluciones Administrativas, fundamentadas, tipificadas, fechadas y enumeradas correlativamente.

En caso de Recursos, se dictarán Autos de concesión o negativa del mismo, por el órgano que emitió la Resolución impugnada.

CAPITULO IV

DE LA DETERMINACION DE PRESTACIONES

Art. 11° Las Comisiones Regionales y la Nacional que en el caso de La Paz ejercerá además funciones como Comisión Regional, conocerán los siguientes casos:

- **Reembolsos por compra de medicamentos** que figurando en el vademécum de la Institución, no existieran en las farmacias de la misma. ⁸ Procederá el reembolso por compra de medicamentos que no figuren en el vademécum cuando el médico tratante presente la justificación científica del caso y ésta sea considerada pertinente por la Jefatura Médica Regional y/o Gerencia de Servicios de Salud.
- El reembolso por compra de medicamentos que se señala en la primera parte del párrafo anterior, deberá realizarse en un tiempo no mayor a 48 horas de aprobada la solicitud, bajo responsabilidad del Jefe Médico Regional y el encargado de Farmacia
- Ampliación en el otorgamiento de Prestaciones Médicas.
- Declaratorias de invalidez para beneficiarios hijos.
- Provisión de prótesis (vital y/o funcional).
- Autorización o aval de transferencia de pacientes asegurados y beneficiarios en centros ajenos a la Caja Nacional Salud.
- Solicitud de compra de servicios especializados y exámenes complementarios en centros ajenos a la C.N.S., en casos individuales.
- Autorización para extensión de Certificados de Incapacidad Temporal retroactivos.
- Atenciones médicas en Centros Sanitarios distintos a la C.N.S.

CAPITULO V

DE LOS REEMBOLSOS POR GASTOS DE ATENCION MEDICA EN CENTROS SANITARIOS AJENOS A LA CNS.

Art. 12° Además de las causas que dan lugar a la acción de reembolso y que figuran en el Anexo N° 1 del presente Reglamento, se procederá al mismo por la atención médica realizada en centros sanitarios ajenos a la C.N.S., cuando dada la urgencia y el riesgo que corría la vida del asegurado o beneficiario, no pudo llegar o ser trasladado a su centro de adscripción o a cualquier otro de la C.N.S., acudiendo en consecuencia a dicha atención. Estas circunstancias deberán ser debidamente evidenciadas mediante informes de Trabajo Social de la Institución y otras reparticiones especializadas.

Art. 13° Los trámites relativos a reembolsos de gastos por atenciones médicas en centros ajenos a la Institución, se regirán por el Procedimiento de Reembolsos pertinente, el mismo que figura como Anexo 1 y forma parte del presente Reglamento.

Art. 14° Las Comisiones Regionales de Prestaciones para estos casos, podrán autorizar reembolsos hasta Bs. 3000- (TRES MIL 00/100 BOLIVIANOS), en cada caso. Tratándose de montos superiores y con la fundamentación de la Comisión Regional de origen, se enviarán antecedentes completos a la Comisión Nacional de Presentaciones para su consideración.

En caso de asegurados de Regionales diferentes, la solicitud de reembolso deberá ser considerada, resuelta y ejecutada en la Regional donde fue atendido el asegurado.

Art. 15° ATENCIONES EN EL EXTERIOR.

De acuerdo al Reglamento del Código de Seguridad Social en su Art. 45, la Caja Nacional de Salud **NO está autorizada a enviar** por su cuenta enfermos al exterior de la República para su tratamiento, examen u otra atención de cualquier naturaleza

CAPITULO VI**DE OTRAS PRESTACIONES DE SALUD****Art. 16° PRESTACIONES DE SALUD A TRABAJADORES DE EMPRESAS NO AFILIADAS O EN MORA.**

En caso de atención médica por enfermedad o accidente a trabajadores comprendidos en el campo de aplicación del Seguro Social a Corto Plazo, cuyas empresas no estén afiliadas o estuvieren en mora, el costo de la misma será cobrado al Empleador, independientemente de las sanciones económicas que la Caja Nacional de Salud debe imponer conforme a normas legales en vigencia.

Art. 17° ATENCION MEDICA A TRABAJADORES APORTANTES SIN DOCUMENTOS DE AFILIACION.

Para estos casos el trabajador deberá exhibir la última papeleta de pago de salario, en virtud a la que se le otorgará la prestación médica; debiendo el caso ser derivado al Departamento de Trabajo Social para la afiliación correspondiente.

Art. 18° ATENCION MEDICA DE URGENCIA A PARTICULARES

La Caja Nacional de Salud, otorgará atención médica de urgencia a personas particulares. Su costo será pagado por la persona que recibió la prestación, sus familiares y /o garante. Al efecto, la Caja en el respectivo centro asistencial, contabilizará el ingreso, debiendo efectuar la entrega de la factura detallando el tipo de prestación y los costos por los servicios médicos, auxiliares de diagnóstico, farmacia y otros.

Art. 19° PRESTACIONES POR PROTESIS.

La Caja Nacional de Salud, reconocerá a través de sus Comisiones de Prestaciones, la colocación de prótesis que correspondan. Estas autorizaciones pueden ser previas o posteriores al acto operatorio.

Art. 20° OTRAS ATENCIONES EN SERVICIOS AUXILIARES.

La Caja Nacional Salud, autorizará a través de las Comisiones de Prestaciones, las demandas médicas de uso de servicios auxiliares en centros ajenos, cuando la Institución no cuente con estos; o en casos plenamente justificados. Las solicitudes deberán ser requeridas por el médico tratante, tener el informe de Junta Médica y con el visto bueno del Director del Centro.

Art.21° PRESTACIONES MEDICAS POR RIESGO EXTRAORDINARIOS.

El otorgamiento de las prestaciones en riesgos no profesionales, se regirá de acuerdo a lo dispuesto por el Art. 7° del D.L. 14643 de 3/6/77; a cuyo efecto, la presunción de la existencia de dolo, culpa o responsabilidad será conocida por el Director del Centro Hospitalario y el Asesor Legal, para fines de que la Caja Nacional de Salud cobre al responsable el costo de dichas prestaciones, si hubiere lugar a ello.

En los servicios de emergencia, los días no laborables y feriados, el Médico Coordinador o Jefe de Guardia será el encargado de conocer y canalizar los trámites respectivos. Los procedimientos para la correcta aplicación de las acciones que correspondan, se sujetarán al Anexo N° 2 que forma parte del presente Reglamento.

CAPITULO VII

DEL PROCEDIMIENTO Y PLAZOS PARA INTERPONER RECURSOS

Art. 22° La solicitud de recurso de revisión y reclamación, necesariamente deberá ser interpuesta por escrito ante la Comisión que dictó la respectiva Resolución.

Para estos casos se establecen los siguientes plazos:

- a) Cinco días hábiles, para formular solicitud de Revisión.
- b) Cinco días hábiles, para interponer recurso de Reclamación.

Estos plazos correrán a partir del día de la notificación escrita al interesado, con la respectiva Resolución, en la que deberá constar el plazo de que dispone para acogerse a los recursos de revisión y/o reclamación.

Art. 23° Las Comisiones Regionales de Prestaciones, tendrán plazo de ocho (8) días hábiles, computables a partir de la presentación de la solicitud del interesado, para pronunciarse sobre la procedencia o improcedencia del recurso interpuesto.

CAPITULO VIII**DISPOSICIONES FINALES**

Art. 24° Los casos no contemplados por el presente Reglamento, serán resueltos dentro del marco que establecen las disposiciones legales que rigen la materia, sin perjuicio de aplicarse por **analogía** disposiciones de Leyes Civiles, Laborales y de Familia.

Art. 25° El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de su aprobación por el Honorable Directorio mediante Resolución expresa y su homologación por el Organismo Superior inmediato.

ANEXOS

A N E X O N° 1

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PROCEDER A REEMBOLSOS

PUNTO 1°

El reembolso es un derecho establecido en los Arts. 20° del Código de Seguridad Social y 42° de su Reglamento, en virtud de los cuales los asegurados pueden recobrar las sumas de dinero erogadas en el pago de prestaciones médico - quirúrgicas, auxiliares de diagnóstico, farmacéuticas y otras que la Institución no pudo concederles por las circunstancias que a continuación se establecen.

- a) Cuando la Caja no disponga en sus propios Centros Sanitarios establecidos en todo el país de los servicios necesarios para prestar atención especializada que requiere el trabajador asegurado o sus beneficiarios
- b) En los casos de imposibilidad material por parte de los centros sanitarios para el otorgamiento de las prestaciones requeridas.
- c) Por causa de súbita aparición de enfermedades ocurrida en siniestro, por accidente, o situaciones imprevisibles que impida al asegurado o beneficiario, recurrir a los servicios médicos de la Caja y que por tanto dieron lugar a atención médica o internación en centros ajenos a la institución.

En todos los casos, será necesaria la autorización expresa y motivada de la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud respectiva.

PUNTO 2º

Las solicitudes de reembolso hasta la suma de Bs. 3000 serán consideradas en las Administraciones Regionales por la Comisión de Prestaciones respectiva, prohibiéndose para este objeto el fraccionamiento de las sumas consignadas en las facturas.

Cuando las solicitudes se refieran a sumas mayores a la anteriormente señalada, previo pronunciamiento de la Regional de origen mediante Resolución expresa, serán remitidas a la **COMISION NACIONAL DE PRESTACIONES**, con todos sus antecedentes debidamente foliados para su revisión y pronunciamiento final.

PUNTO 3º

En concordancia con el punto 1ro. del presente Anexo, si en el momento de la atención solicitada no existiesen camas vacantes y/o la imposibilidad material para conceder las prestaciones sanitarias requeridas, se entregará obligatoriamente al asegurado o beneficiario, un comprobante de No Admisión (Form. DM-118), debidamente firmado por la Trabajadora Social y/o el responsable de admisión del centro sanitario u hospital.

PUNTO 4º

En los casos de inexistencia de productos farmacéuticos prescritos en recetarios oficiales de la Caja Nacional de Salud, debe utilizarse SELLO DE SIN EXISTENCIA, que estampará el responsable de Farmacia con su firma y rúbrica y en su caso extenderá una Orden de Compra.

PUNTO 5°

En caso de internación en centros sanitarios ajenos a la Caja Nacional de Salud, el asegurado o sus familiares comunicarán el hecho a la Gerencia de Servicios de Salud o Jefatura Médica Regional respectiva de la Caja dentro el término **DE TRES (3) DIAS HÁBILES** (salvo imposibilidad por fuerza mayor comprobada).

PUNTO 6°

El asegurado o beneficiario que solicite reembolso, deberá acompañar los documentos siguientes, según el caso:

- a) Form. AVC-04 y última papeleta de pago.
- b) Certificado Médico en formulario valorado del Colegio Médico.
- c) Comprobante de **NO ADMISION**, debidamente llenado y firmado cuando corresponda.
- d) Recetarios oficiales de la Institución, con sello de **SIN EXISTENCIA** debidamente llenados y firmados por el responsable.
- e) Facturas originales expedidas por el facultativo o clínica, ajena a la Institución. (Con número del Registro Unico de Contribuyentes -R.U.C.- y a nombre de la C.N.S)
- f) Copia de la nota de aviso a que se refiere en el Punto 5° del presente Anexo.

Las solicitudes con la documentación pertinente, serán presentadas, según corresponda, en la Gerencia de Servicios de Salud o en las Jefaturas Médicas de las Administraciones Regionales, quienes instruirán el Informe Social correspondiente, el mismo que deberá ser técnico, investigativo y ceñido al caso específico. Procesado así el expediente, será remitido a la Comisión de Prestaciones respectiva.

PUNTO 7º

Los reembolsos aprobados por las Comisiones de Prestaciones, serán cancelados con fondos propios de cada Administración (Concordante con el Artículo del Reglamento de las Comisiones de Prestaciones). ART. 14

PUNTO 8º

Los reembolsos aprobados por las Comisiones de Prestaciones Regionales, podrán ser revisados de oficio por la Comisión Nacional de Prestaciones.

PUNTO 9º

La acción para solicitar reembolsos prescribe en el plazo de TRES (3) MESES, a partir de la fecha de alta del asegurado o beneficiario en clínica ajena a la Institución.

DE LA AMPLIACION EN EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES MEDICAS

PUNTO 10º

La ampliación de Presentaciones Médicas se realizará mediante solicitud expresa del médico tratante de la Caja Nacional de Salud, antes del cumplimiento de primeras 26 (veintiséis) semanas, en el que demostrará clínicamente que existe fundada posibilidad de recuperación del enfermo y con VºBº del Jefe del Servicio, según establece el Art. 16º del Código de Seguridad Social y 39º de su Reglamento.

La solicitud será presentada a la Gerencia de Servicios de Salud, o a la Jefatura Médica en las Administraciones Regionales, acompañando el Form. AVC 04 y última papeleta de pago.

DE LAS DECLARATORIAS DE INVALIDEZ PARA BENEFICIARIOS HIJOS

PUNTO 11°

La Declaratoria de Invalidez para Beneficiarios Hijos establecida por el Inc. b) del Art. 14° del Código de Seguridad Social y Art. 34° de su Reglamento, deberá ser concedida automáticamente por las instancias de la Caja Nacional de Salud, para lo que el médico tratante deberá presentar obligatoriamente un informe **ANTES DEL CUMPLIMIENTO DE LOS 19 AÑOS DEL BENEFICIARIO.** (Art. 19° Inciso a y f) del Decreto Ley N° 13214 del 24/12/75).

PUNTO 12°

El Informe del Médico Tratante² será presentado a la Gerencia de Servicios de Salud o a la Jefatura Médica en las Administraciones Regionales, acompañando el Formulario AVC 04 y/o AVC 06 y última papeleta de pago. El expediente será transferido al Tribunal Médico Calificador de Incapacidad para su análisis y pronunciamiento respectivo.

DE LA PROVISION DE PROTESIS – VITAL Y FUNCIONAL

PUNTO 13°

La provisión de prótesis vital, está amparada por el Art. 10° del Decreto Ley 14643 de Junio 3 de 1977 y se solicitará mediante Informe del Departamento de la especialidad³

² Debe adjuntarse el Informe del Servicio de Trabajo Social, en cumplimiento a la Circular 1502 / 95 de la Comisión Nacional de Prestaciones

³ Se proporcionará al afiliado en caso de peligrar su vida, al margen de su causa por Riesgo Profesional o Riesgo Común.

PUNTO 14°

Será presentada con V°B° del Director del Centro Médico u Hospitalario, a la Gerencia de Servicios de Salud o a la Jefatura Médica en las Administraciones Regionales, adjuntando Formulario de Afiliación y última papeleta de pago.

PUNTO 15°

La prótesis funcional se proveerá cuando por causa de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el Tribunal Médico Nacional Calificador de Incapacidades, así haya valorado y calificado (Art. 28° del Código de Seguridad Social, 55° y 116° de su Reglamento).

PUNTO 16°

La solicitará el Médico Tratante, con V°B° del Director del Centro u Hospital a la Gerencia de Servicios de Salud o a la Jefatura Médica en Administraciones Regionales, acompañando:

- a) Formulario de afiliación y última papeleta de pago.
- b) Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo, si así corresponde.

DE LAS TRANSFERENCIAS A CENTROS AJENOS

PUNTO 17°

El Art. 43° del Reglamento del Código de Seguridad Social, prevé la compra de servicios médicos en centros **NACIONALES** ajenos a la Caja Nacional de Salud, cuando no disponga en sus propios centros sanitarios de la atención especializada que requiera un trabajador asegurado o beneficiario.

PUNTO 18°

La solicitud estará respaldada por informe de la Junta Médica del Servicio Correspondiente, con V°B° del Director del Centro u Hospital y será presentada a la Gerencia de Servicios de Salud o a la Jefatura Médica en Administraciones Regionales, adjuntando formularios de afiliación y última papeleta de pago.

DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL RETROACTIVO

PUNTO 19°

El CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL RETROACTIVO, se otorga por la vía de **EXCEPCIÓN**, en casos en los que el trabajador asegurado recurrió **VOLUNTARIAMENTE** a servicios médicos ajenos a la Institución. **NO SE LE RECONOCERA REEMBOLSO DE NINGUNA NATURALEZA** y solamente le servirá para justificar la ausencia en su fuente de trabajo.

PUNTO 20°

El asegurado realizará solicitud escrita a la Gerencia de Servicios de Salud o a la Jefatura Médica en Administraciones Regionales, con la siguiente documentación.

- a) Formulario AVC 04 y última papeleta de pago.
- b) Certificación médica en formulario valorado del Colegio Médico.
- c) Informe Social Técnico que señale además el tiempo exacto de baja solicitado por el asegurado.

A N E X O

Nº 2

Para una correcta interpretación y aplicación del Art. 21 del Reglamento de las Comisiones de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud, se establece que, para el otorgamiento de prestaciones médicas emergentes de Riesgo Común y Riesgo Extraordinario, se consideren las siguientes regulaciones:

1. De conformidad con los Artículos 78 y 79 del Reglamento del Código de Seguridad Social, los **accidentes no profesionales**, están protegidos por el Seguro Social, consecuentemente los asegurados y beneficiarios tienen derecho a las prestaciones médicas, en caso de Riesgos Comunes¹.
2. Se recuerda que el Art 7º del Decreto Ley 14643 de 3 de Junio de 1977, se encuentra en plena vigencia, consiguientemente el asegurado o sus beneficiarios calificados, tienen derecho a las atenciones médicas independientemente de las circunstancias y causas que hubieran motivado la enfermedad o accidente.
3. En aplicación de esta norma legal, todos los asegurados y beneficiarios deberán ser atendidos en los Policlínicos y Hospitales, sin mayor exigencia que la de exhibir o comprobar su condición de afiliados cotizantes a la Caja Nacional de Salud.
4. Como consecuencia de lo anteriormente señalado, si la enfermedad o accidente causante de la contingencia, **fuera fortuita, involuntaria o causada por tercera persona no identificada, el costo deberá ser absorbido por la Caja Nacional de Salud**, sin lugar a transferirse el costo a los asegurados.

¹ Independientemente de los riesgos comunes.

5. De conformidad con el Art. 162 del Reglamento del Código de Seguridad Social y última parte del Art 7° del Decreto Ley 14643, si existiera una tercera persona identificada como causante del accidente o lesiones físicas inferidas al asegurado o beneficiario o fuera indubitable el hecho intencional de **CULPA O DOLO**, el costo deberá repetirse contra éstos, mediante los instrumentos coercitivos señalados por Ley.

ACCIDENTES CULPOSOS O MAL LLAMADOS EXTRAORDINARIOS

6. Cuando la persona trabaja en una **EMPRESA QUE NO ESTÁ COTIZANDO POR ESE TRABAJADOR, ESTÉ RECIBIRÁ LAS PRESTACIONES MÉDICAS Y EL CORRESPONDIENTE SUBSIDIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL: EL COSTO TOTAL SERÁ TRANSFERIDO A LA EMPRESA NO COTIZANTE.**

ACTOS IRRESPONSABLES Y CULPOSOS EN ACTIVIDADES INHERENTES AL DESEMPEÑO DEL TRABAJO

7. Si el trabajador es lesionado, los costos y subsidios serán transferidos al trabajador ó a la tercera persona causante.

Si existiera culpabilidad del trabajador lesionado en este tipo de actos, deja de ser accidente de trabajo y se factura el costo al trabajador: en caso de tercera persona y no culpabilidad del trabajador, se factura al tercero responsable y se constituye en Accidente de Trabajo.

ACCIDENTE DE TRABAJO "IN ITINERE"⁵

8. *El accidente IN ITINERE, esta considerado como RIESGO PROFESIONAL (Accidente de Trabajo), cuando es el resultado del desplazamiento del trabajador en trayecto del domicilio al trabajo o viceversa; y siempre que en el intermedio del mismo no hubiera efectuado labores particulares, el accidente se tipifica como riesgo de trabajo.*

Si en este caso (Accidente de Trabajo) las autoridades que corresponda, señalan culpabilidad del trabajador en algún porcentaje, este será absorbido por la Caja Nacional de Salud. El costo tanto de prestaciones médicas como de subsidio de incapacidad temporal será cobrado al causante del accidente.

⁵ Modificado por la Ley de Pensiones 1732, que tipifica como Accidente de Trabajo las siguientes condiciones:

- (a) En el lugar de trabajo y durante las horas de trabajo
- (b) En el lugar de Trabajo, fuera de las horas de trabajo, si el afiliado o el asegurado se encuentran realizando funciones encomendadas por su empleador
- (c) En un lugar diferente al lugar de trabajo, si el afiliado o asegurado se encuentra realizando actividades relacionadas con su actividad laboral, encomendadas por su empleador.
- (d) Durante el horario de trabajo independientemente del lugar donde se produzca, siempre que el asegurado o afiliado se encuentre realizando una diligencia relacionada con su actividad.
- (e) EN EL TRAYECTO DE / O HACIA SU FUENTE DE TRABAJO, SIEMPRE QUE EL EMPLEADOR PROVEA LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE

Si existe lesión permanente indemnizable, se comunicará al F.OP.E.B.A con antecedentes para fines legales⁶.

Si el accidente es común, es decir fuera del accidente de trabajo "*in itinere*", con el informe respectivo de las autoridades correspondientes⁷, la Caja Nacional de Salud tomará las providencias del caso para que las prestaciones médicas y los subsidios de incapacidad temporal sean transferidos al tercero causante, si este es habido y sin perjuicio del asegurado o beneficiario.

ACCIDENTE EN ESTADO ETILICO

9. Si la persona estuviere trabajando en estado etílico, el costo del accidente será transferido a la Empresa así como los Subsidios por Incapacidad Temporal.

Las personas, como parte de una sociedad, no están prohibidas de participar en actos de carácter estrictamente sociales con ingesta moderada de bebidas alcohólicas y los accidentes producidos en esta situación, no significan infracción a disposición legal alguna, siempre que los análisis establezcan claramente la NO EXISTENCIA DE ESTADO ETILICO⁸.

La relación entre concentración alcohólica en la sangre y la sintomatología sirven para establecer el grado de incapacidad del individuo por los trastornos que pueda

⁶ Si existiera una incapacidad parcial permanente, mayor al 10% es indemnizable, se tramitará ante a la Dirección General de Pensiones, para todos aquellos asegurados, que han sufrido una lesión permanente anterior al 1° de Mayo de 1997.

Los asegurados que hubieran sufrido una lesión permanente, posterior al 1° de Mayo de 1997, se comunica a las Administradoras de Fondos de Pensiones (A.F.P's)

⁷ Informe y/o nota del Empleador

⁸ Previa determinación de Alcoholemia

sufrir en función de la concentración sanguínea, lo que sirve para establecer la responsabilidad de los daños que pueda originar a la sociedad o a terceras personas y ante todo INFRINGIENDO LA LEY QUE PROHIBE EL INGRESO AL TRABAJO EN ESTADO ETÍLICO O CONDUCIR VEHÍCULOS, en cuyos casos están claramente establecidas las sanciones correspondientes.

Para la tipificación del estado etílico, se procederá a un análisis de alcohol en la sangre y de acuerdo a los cuadros universalmente aceptados con porcentajes causantes de inhabilitación para ejercitar el trabajo o la conducción de vehículos. Estos análisis serán realizados por las autoridades competentes.

RIÑAS O PELEAS CALLEJERAS, DOMICILIARIAS O ASALTOS

10. Para la tipificación de éstos, luego de otorgarse la atención debida, se solicitará al asegurado el Certificado de la Denuncia presentada a la Policía Técnica Judicial, en la que consten los antecedentes del caso. Si la tercera persona causante de la riña, pelea o asalto no es habida por la P.T.J., LA CAJA NACIONAL DE SALUD, ABSORVE EL COSTO DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS Y LOS SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN BASE A LA DENUNCIA.

OTROS CASOS ESPECIALES

11. Se presentan casos múltiples y variados, en los cuales se debe investigar el grado de **CULPABILIDAD Y DOLO** para determinar si el accidente fue **CULPOSO O DOLOSO.**⁹

⁹ Accidente culposo, cuando el accidente ha sido súbito y violento, y no estaba previsto. Su acontecimiento fue un hecho del azar

Accidente doloso, cuando el accidente ha sido premeditado. Su acontecimiento fue un hecho planificado