

Regulación de la incapacidad temporal en Bolivia

NORMATIVA

- a) Constitución Política del Estado Plurinacional.
- b) Código de Seguridad Social y sus reglamentos
- c) Decreto Ley nº13214 de 24 de diciembre de 1975 elevado a rango de ley mediante Ley nº006 de 1º de mayo de 2010.
- d) Ley 3505 de 26 de octubre de 2006.
- e) Ley 924 de 15 de abril de 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 de 2010.
- j) Ley 977 de 29 de septiembre 2017.
- k) Ley 548 Código niño, niña y adolescente.
- l) Decreto Supremo 20991 de 1 de agosto de 1985.
- m) Decreto Supremo nº3561 de 16 de mayo de 2018.
- n) Decreto Supremo nº1115 de 21 de junio 1997.
- o) Decreto Supremo nº3174
- p) Decreto Ley 1463 de 03 de junio 1977.
- q) Decreto Ley 16998 de 02 de agosto 1979
- r) Resolución Administrativa de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo nº064/2018.

INCAPACIDAD TEMPORAL REGULACIÓN

1. Campo objetivo protección del Código Seguridad Social boliviano.

El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familiares en los casos siguientes:

- a) enfermedad;
- b) maternidad;
- c) riesgos profesionales;
- d) invalidez;
- e) vejez; y
- f) muerte.

2. La baja médica:

El médico tratante será el único facultado para expedir el Certificado de Incapacidad

Temporal del asegurado, por periodos no mayores a siete días, cada vez, en consultas ambulatorias.

La enfermedad o el accidente serán reconocidos por los servicios médicos de la Caja. El asegurado y sus beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideren indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia médica y dental, general y especializada, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo.

Certificado de Incapacidad Temporal:

Cuando el médico tratante califique la incapacidad temporal del asegurado, expedirá el Certificado de Incapacidad Temporal, 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.

En casos de hospitalización podrán ampliarse los plazos a juicio del médico tratante.

En los casos que se demuestre clínicamente que existe fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la comisión de prestaciones en uso de sus atribuciones podrá ampliar la Incapacidad Temporal.

En los casos que no exista fundada posibilidad de recuperación del enfermo y se haya establecido que la patología es irreversible, el médico tratante convocará a una junta médica para determinar lo que corresponda, quienes emitirán un informe técnico para su remisión a las instancias correspondientes, para su consideración.

En caso de que la trabajadora o trabajador reciba asistencia médica que implique incapacidad temporal y sea durante el transcurso del periodo de vacaciones, se suspenderá inmediatamente el plazo del periodo de vacación, reiniciándose el mismo a partir de la fecha de alta por el tiempo restante.

3. Solicitud:

- **Ante las entidades privadas**

1. Solicitud dirigida a la Autoridad competente.
2. Planilla de incapacidades (original y dos copias), que señale identificación del empleador, el trabajador, salario, días de incapacidad, porcentaje de incapacidad y monto de reembolso.
3. Formulario Certificado de Incapacidad Temporal original.
4. Fotocopia de la última planilla de salarios.
5. Fotocopia de último comprobante de pago de cotizaciones.

- **Ante las entidades públicas**

1. Solicitud dirigida a la Autoridad competente.
2. Planilla de incapacidades (original y dos copias), que señale identificación del empleador, el trabajador, salario, días de incapacidad, porcentaje de incapacidad y monto de reembolso.
3. Formulario Certificado de Incapacidad Temporal original.
4. Fotocopia de la última planilla de salarios.
5. Fotocopia del formulario C-31 reporte SIGMA.

4. Inicio y duración del subsidio de incapacidad temporal por enfermedad común:

En caso de que la enfermedad determine un estado de incapacidad para el trabajo, el asegurado tiene derecho, a partir del cuarto día del reconocimiento de la incapacidad por los servicios médicos de la Caja, a un subsidio diario que se pagará mientras dure la asistencia sanitaria. El subsidio por enfermedad común se iniciará a partir del 4 ° día de incapacidad, con duración máxima de 26 semanas, prorrogable por otras 26 semanas más si con ello se evita el estado de invalidez.

5. Duración de la asistencia sanitaria en caso de enfermedad común:

Las prestaciones médicas se conceden por un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un período de 12 meses consecutivos. En los casos en que exista clínicamente fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la Comisión de Prestaciones de la Caja puede autorizar la ampliación de las prestaciones hasta un máximo de otras 26 semanas por una sola vez. Sin embargo, cesará en cualquier momento el derecho a las prestaciones si el enfermo es declarado inválido.

6. Responsables del pago:

En caso de enfermedad común y accidente no laboral los empleadores deben abonar 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 pago de la incapacidad temporal: Los subsidios serán pagados directamente por el empleador y reembolsados por la Entidad Gestora en los treinta días siguientes al mes en que se efectuaron los pagos y contra presentación de los originales de los "Certificados de Incapacidad Temporal" expedidos por médicos de la Entidad Gestora, cuantificados por esta última y firmados por el asegurado.

7. Entidades competentes:

Los Entes Gestores del sistema de Seguridad Social de Corto Plazo son los encargados de preservar la salud de la población económicamente activa, otorgando prestaciones en especie y dinero en los Seguros de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de Corto Plazo a través de sus unidades médicas y administrativas, generando, además, programas de promoción de la salud del trabajador y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de manera conjunta y coordinada.

8. Cuantía del subsidio.

El subsidio de enfermedad es equivalente al 100% del salario del trabajador.

9. Plazo de reembolso de la incapacidad temporal.

Plazo para solicitar el reembolso de los subsidios por Incapacidad Temporal. 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 el mes siguiente al que se efectuó el pago de subsidio por el empleador.

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.

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 en un plazo no mayor a noventa días calendario.

11. La obligación de pago parte del ente gestor de salud caduca en un año conforme prevé el Art, 22 Inc, b) del D.L 14643.

12. Requisito para el pago:

El subsidio se pagará al asegurado que tenga un mínimo de dos meses de cotizaciones mensuales anteriores a la enfermedad.

ESPECIALIDADES INCAPACIDAD TEMPORAL POR RIESGO PROFESIONAL

1. Inicio y duración de la incapacidad temporal por riesgo profesional:

El Subsidio por riesgo profesional se reconocerá a partir del primer día de la incapacidad calificada por el médico tratante, sobre la base de la denuncia de accidente de trabajo.

Su duración máxima será de 26 semanas prorrogables por otras 26 semanas, solo si con ello se evita la incapacidad permanente, pero podrá interrumpirse por el alta médica, fallecimiento o declaración de la incapacidad permanente sea total o parcial.

2. Concepto de accidente del trabajo y enfermedad profesional.

a) Por accidente del trabajo se entiende, toda lesión orgánica o trastorno funcional producido por la acción súbita y violenta de una causa externa, con ocasión o como consecuencia del trabajo, y que determine disminución o pérdida de la capacidad de trabajo y de ganancia o muerte del asegurado.

b) Por enfermedad profesional se entiende, a todo estado patológico producido por consecuencia del trabajo, que sobrevenga por evolución lenta y progresiva, que determine la disminución o pérdida de capacidad de trabajo y de ganancia o muerte del asegurado; y que sea provocada por la acción de los agentes nocivos.

3. Derecho asistencia sanitaria en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho:

- a) A la necesaria asistencia médica y dental, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado;
- b) A la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso Se estima necesario por causa de la lesión; y
- c) Al tratamiento adecuado para su recuperación y readaptación profesionales.

4. Duración del derecho asistencia sanitaria en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional:

El derecho a las prestaciones en especie comienza desde el acaecimiento del accidente del trabajo o el reconocimiento de la enfermedad profesional por los servicios médicos de la Caja hasta un máximo de 52 semanas. Sin embargo, las prestaciones cesarán en cualquier momento si el trabajador accidentado o enfermo, es declarado con incapacidad permanente total o parcial por los servicios médicos de la Caja.

5. Comunicación de accidente de trabajo o enfermedad profesional:

El asegurado que haya sufrido un accidente de trabajo o presuma que esté afectado por una enfermedad profesional debe comunicar este hecho al empleador directamente o por medio de tercera persona. El empleador debe comunicar a la Caja en el término de 24 horas el siniestro ocurrido o la enfermedad presunta, mediante los formularios de denuncia de accidente o de declaración de enfermedad profesional. En caso de que el empleador no presente oportunamente dicha denuncia será pasible de una multa cuyo monto establecerá el Reglamento. Los gastos de

atención sanitaria, otorgada al asegurado correrán por cuenta del empleador hasta que éste presente la denuncia.

6. Forma de la Comunicación:

El accidente de trabajo o la enfermedad profesional presunta deberá necesariamente ser comunicado por el empleador al ente gestor en el plazo máximo de 1 día hábil de ocurrido el accidente.

La Denuncia de Accidente de Trabajo o la Declaración de Enfermedad Profesional será efectuada mediante la presentación del formulario «Form. S.P. 04/97), o Declaración de Enfermedad (Form. S.P. 05/97), 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.

Para la procedencia del subsidio 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, de conformidad al Art. 60 del Reglamento del Código de Seguridad Social en el plazo

de 24 horas, firmado por el médico tratante y la unidad administrativa respectiva del Ente Gestor de Salud.

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 a la aseguradora 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.

7. Cuantía:

El trabajador percibirá el 100% de su salario.

8. Trámite de Invalidez:

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 tratante deberá otorgar al asegurado el Certificado Médico o Informe Médico para que éste inicie el trámite de Invalidez en el Sistema Integral de Pensiones.

PRESTACIONES DE SERVICIOS EN DOS O MAS 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.
- Consecuentemente, al encontrarse al día sus cotizaciones, corresponde otorgar el Certificado de Incapacidad Temporal para cada una de las empresas donde presta servicios el trabajador.