

CONSIDERANDO:

Que las Comisiones Médico Calificadoras, son los organismos encargados de establecer el estado de incapacidad de asegurados activos, inactivos, beneficiarios; grado de incapacidad permanente, pensión absoluta en caso de riesgos profesionales y la condición médica del beneficiario inválido;

Que las Comisiones Médico Calificadoras no cuentan con un instrumento legal que reglamente y defina sus funciones;

Que se hace necesario llenar este vacío legal, para que, a través de una debida reglamentación concretar las funciones de dicho organismo y procurar las herramientas legales para la agilización de su labor;

Que con este propósito, la Comisión de Riesgos Profesionales e Invalidez de la Junta Directiva, elaboró un proyecto de reglamento de las Comisiones Médico Calificadoras, que fue analizado por Consejo Técnico y remitido posteriormente al Pleno de la Junta Directiva;

Que después de los debidos análisis, la Junta Directiva aprobó el día 19 de julio de 1993, en primer debate el Reglamento de las Comisiones Médico Calificadoras;

RESUELVE:

APROBAR en segundo debate el Reglamento de las Comisiones Médico Calificadoras.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Acópiteme a y b del Artículo 17 de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

DR. GUILLERMO ROLA PIMENTEL
Presidente de la Junta Directiva

LIC. ALEANDRO PEREZ S.
Secretario General

REGLAMENTO DE LAS COMISIONES MEDICO CALIFICADORASI. FUNCIONES.

Las Comisiones Médico Calificadoras serán los organismos encargados de evaluar y dictaminar sobre lo siguiente:

- 1.1. Determinar el estado de incapacidad de asegurados activos o inactivos o beneficiarios, cuando dicho dictamen se requiera para el trámite de alguna actuación o prestación consagrada en la Ley Orgánica y los Reglamentos de la Caja de Seguro Social.
- 1.2. Grado de incapacidad permanente, parcial o absoluta en casos de riesgos profesionales.
- 1.3. La condición médica del beneficiario inválido.
- 1.4. Cualquier otra valoración que se estime conveniente y sea solicitada por la vía de la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas.

II. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA.

- 2.1. Los miembros de las Comisiones Médico Calificadoras tanto del área metropolitana como del Interior, serán designados por los respectivos Subdirectores Médicos.
Estas designaciones estarán sujetas a la consideración y aprobación de la Dirección Nacional de los

Servicios y Prestaciones Médicas y su ratificación

por la Dirección General.

- 2.2. Se constituirán tantas Comisiones Médico Calificadoras como sea considerado conveniente por la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas.
- 2.3. Se podrá crear de igual manera Comisiones Médicas Asesoras Especiales que emitan sus conceptos privativamente a la Junta Directiva en los casos de apelación.
- 2.4. Igualmente, se podrán crear Comisiones Calificadoras de la Inhabilidad Social en las regiones y las instancias necesarias, cuya constitución y procedimientos de organización del trabajo y criterios de evaluación técnica aplicables a los casos tratados, serán objeto de reglamentación aparte.

PARAGRAFO: La creación de las Comisiones Calificadoras de la Inhabilidad Social a que alude el punto 2.4., estarán sujetas a un estudio financiero.

III. DEPENDENCIA TECNICO NORMATIVA.

- 3.1. Las Comisiones Médico Calificadoras darán cuenta ante la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas, Comisión de Prestaciones y la Junta Directiva, según la instancia que se ventile por la emisión de sus recomendaciones técnicas y dichas instancias administrativas tendrán facultad para solicitar cualquier información que se desee
- 3.2. El Presidente de cada Comisión será responsable de la confección de un informe estadístico de los casos evaluados.
- 3.3. Las Comisiones Médico Calificadoras serán técnicamente dependiente de una Comisión de Estudio, Normación y Auditoría de la Invalidez designada por la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas.
- 3.4. Las normas, tablas de valoración, guías de procedimientos y otros documentos tales como fichas de valoración clínica y fichas de registro de las actividades o de interés epidemiológico se basarán en las instrucciones de la Comisión de Estudio, Normación y Auditoría de la Invalidez.

V. PROCEDIMIENTOS DE CONSTITUCION DE LA COMISION MEDICO CALIFICADORA.

- 4.1. Las Comisiones Médico Calificadoras estarán conformadas por un mínimo de tres (3) y un máximo de cinco (5) médicos idóneos de I ó II categoría, de los cuales dos

(2) pertenecerán a las patologías que generan mayor demanda en el área.

En las Comisiones Médico Calificadoras que evalúen Riesgos Profesionales participará un médico de Medicina del Trabajo.

- 4.2. Serán apoyados por un Trabajador Social con derecho a voz y no a voto, quien aportará la documentación que será evaluada por la Comisión, así como también aportará aspectos sociales que los comisionados consideren para su deliberación, acuerdos y decisiones.
- 4.3. Los Miembros de las Comisiones Médico Calificadoras serán designados por un período hasta por tres (3) años y devengarán quince balboas (B/.15.00) por sesión a que asistan, por un tiempo no menor del 75% del período que dura la misma y hasta un máximo de trescientos balboas (B/.300.00) de emolumentos mensuales. Los Miembros de estas Comisiones sólo podrán ser reelegibles por un (1) período.

Los cambios de los Miembros de la Comisión se efectuará en forma escalonada.

- 4.4. Cada Comisión contará con un Presidente nombrado por la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas y un Secretario designado por el Presidente de la Comisión, quienes serán responsables de la tramitación de documentos de dicho organismo y velarán porque la Comisión esté dotada del equipo de oficina y papelería, así como el equipo médico necesario para su buen funcionamiento.

V. PROCEDIMIENTOS INTERNOS DE TRABAJO.

- 5.1. A cada Comisión Médica Calificadora se le asignará acorde con la necesidad una secretaria permanente y una oficina consultorio en donde reposará el archivo correspondiente y se atenderán y evaluarán a los asegurados que según la Ley Orgánica y los Reglamentos que la desarrollan deban ser examinados.
- 5.2. Las Comisiones se reunirán por lo menos una vez por semana. Este número de sesiones podrá incrementarse (nunca disminuirse) de acuerdo al número de casos pendientes.
- 5.3. Se llevará una lista de asistencia de cada reunión, la cual deberá ser refrendada por el Presidente y remitida a la Dirección Médica correspondiente.

- 5.4. La Comisión sesionará sólo ante la presencia de tres (3) o más de sus miembros.
El horario de trabajo de las diferentes Comisiones será de dos (2) horas mínimas y ocho (8) máximas.
- 5.5. El peticionario no podrá ser evaluado en ausencia, salvo en condiciones excepcionales plenamente justificadas y las consignadas en el Artículo 6.6.
- 5.6. Los acuerdos a que se lleguen serán aprobados por mayoría y deberán ser firmados por los médicos que han participado en la evaluación, con sus respectivos códigos.
- 5.7. Los médicos que conforman la Comisión Médico Calificadora quedarán dispensados de la realización de sus labores habituales de atención directa a pacientes, durante el tiempo correspondiente a las sesiones, salvo en aquellos casos que requieran su presencia por razones de extrema urgencia.
- 5.8. La Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médica podrá autorizar a los miembros de las Comisiones, para que puedan sesionar en otras regiones, en días específicos previamente establecidos.
- 5.9. Cuando el asegurado reclamante, sea paciente o pariente dentro del cuarto grado de consaguinidad y segundo de afinidad de algún Comisionado, éste quedará inhabilitado para participar en la discusión y decisión del caso.
- 5.10. En cada caso individual se deberá producir un dictamen que reposará en el expediente administrativo del asegurado.

VI. PROCEDIMIENTOS TECNICO DE EVALUACION DE LOS CASOS:

- 6.1. Previo a la evaluación por parte de la Comisión Médica Calificadora, el asegurado pasará por las siguientes fases:
- a) Examen preliminar.
 - b) Informe de especialistas consultado.
 - c) Informe del Departamento de Trabajo Social.
 - d) Informe de la Inhabilidad social.
- 6.2. El examen preliminar será realizado en la unidad ejecutora correspondiente al solicitante, por un médico general con funciones específicas en esta materia.

Este médico será designado por el Jefe de la Unidad Ejecutora y dependerá administrativamente de

- esta Jefatura y normativamente deberá responder ante la Comisión Médico Calificadora del área.
- 6.3. Cuando la persona solicitante esté inhabilitada por razones de salud a trasladarse al centro de atención médica, el examen preliminar será practicado donde se encuentre el paciente. El Departamento de Trabajo Social será el encargado de verificar oportunamente si existe esta situación.
- 6.4. A los solicitantes que al momento de este trámite se encuentren hospitalizados en algún centro hospitalario propio de la Caja de Seguro Social, se les obviará del examen preliminar y sustituyéndolo por el historial clínico hospitalario y la Comisión Médico Calificadora podrá asistir en el pleno o designar a tres (3) de sus miembros para la visita, a fin de recopilar la información requerida.
- 6.5. Los solicitantes hospitalizados en otros centro hospitalarios públicos o privados del país, serán evaluados por el médico designado para el examen preliminar correspondiente, quien presentará el informe a la Comisión Médico Calificadora.
- 6.6. En el supuesto de asegurados que residen en el exterior, la Comisión Médico Calificadora podrá dictaminar, basándose en informes médicos, exámenes clínicos u otros documentos que acrediten su incapacidad, expedido fuera del país, siempre y cuando dicha documentación cumpla con los requisitos formales para tener plena validez, en el territorio nacional.

En cualquier caso, la Comisión Médica Calificadora podrá exigir la presencia física del paciente si así lo estimare conveniente para la práctica de evaluaciones clínicas o de gabinete o en su defecto dispondrá la realización de peritajes institucionales de convalidación de los criterios externos, basando estos peritajes en la auditoría de la documentación aportada cuando ella tenga origen extra-institucional.

Los pronunciamientos que resulten en estos casos deberán estar debidamente fundamentados indicando los motivos por los cuales se requirió la comparecencia del asegurado, las razones científicas para basarse en documentos provenientes del exterior o las que tuvieran para desestimarlos o para exigir nuevas evaluaciones en la Institución.

La Caja de Seguro Social no será responsable si por culpa, ausencia u omisión del asegurado, la Comisión Médica Calificadora no pudiera evaluar debidamente el caso y se negare la pensión de invalidez.

- 6.7. La función del médico de precalificación será la de evaluar integralmente al peticionario con el objeto de determinar la o las patologías y aparatos o sistemas comprometidos y que a su juicio incidan en la posibilidad del establecimiento de una incapacidad en la posibilidad del establecimiento de una incapacidad física. Una vez terminado ésto, procederá a referirlo al médico especialista correspondiente, previa realización de los exámenes complementarios pertinentes.

La consulta preliminar podrá tomar el tiempo de dos cupos.

- 6.8. El Departamento de Prestaciones Médicas, previo requerimiento de Trabajo Social, deberá recabar y remitir al médico preliminar, al especialista y a la Comisión Médico Calificadora, todos los expediente clínicos del asegurado.
- 6.9. Una vez finalizado el examen preliminar se procederá a la evaluación por parte del médico (s) especialistas (s).
- 6.10. Las citas con los médicos preliminares y los especialistas consultores serán tramitadas y comunicadas al asegurado por el Departamento de Trabajo Social y tendrán un trámite preferencial facilitándose la reconsulta necesaria según un trámite igualmente preferencial el cual no debe exceder de quince (15) días calendarios.
- 6.11. El especialista consultado, basado en la información suministrada por el Médico Preliminar y en sus propias conclusiones, procederá a rendir el informe llenando en su totalidad el formulario correspondiente.
- 6.12. Trabajo Social tramitará la cita del solicitante con la Comisión Médico Calificadora en un término no mayor de quince (15) días, una vez obtenga la totalidad de los informes de los especialistas consultores, incluyendo el médico tratante, si lo tuviere.

En esta cita el Departamento de Trabajo Social presentará los expedientes clínicos, que junto a los informes recopilados, coadyuven a la valoración por parte de la Comisión Médico Calificadora.

- 6.13. El paso siguiente será la evaluación por parte de la Comisión Médico Calificadora.

La emisión del dictamen final de la Comisión Médico Calificadora se basará en la guía o tabla de valoración de incapacidad elaborada por la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas, a través de la Comisión de Estudio, Normación y Auditoría de la Invalidez, nombrada para tal fin.

En Riesgos Profesionales, las Comisiones basarán su dictamen en el informe del médico tratante y en la tabla de valoración existente en el Reglamento vigente.

El inicio de la invalidez, que deba señalar la Comisión Médico Calificadora y que consagra el requisito c) del Artículo 46 de la Ley Orgánica, se deberá establecer de acuerdo a los elementos presentados e indicando el momento en que la enfermedad produce la incapacidad para el trabajo de acuerdo a criterios homogéneos suministrados por la Comisión de Estudio, Normación y Auditoría de la Invalidez.

- 6.14. La Comisión Médica Calificadora podrá solicitar cualquier informe o examen adicional que requiera para su pronunciamiento.
- 6.15. Una vez finalizado el proceso evaluador de la incapacidad física por la Comisión Médico Calificadora, ésta emitirá la calificación que se consignará en el formulario confeccionado para tal fin y el cual reposará en el expediente administrativo del asegurado.
- 6.16. Los dictámenes de la Comisión Médico Calificadora deberán ser certificados por la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas que remitirá la documentación a la Dirección Nacional de Prestaciones Económicas, para continuar el trámite administrativo en un término no mayor de quince (15) días, para que ésta la tramite en forma expedita.

*APROBADO EN PRIMER DEBATE EL DIA 19 DE JULIO DE 1993.

*APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EL 19 DE AGOSTO DE 1993.