

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DP/DJ/N° 1761/2018
La Paz, 20 DIC 2018

REGLAMENTO PARA LA CONFORMACIÓN DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR DE LA GESTORA PÚBLICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LARGO PLAZO Y PROCEDIMIENTOS PARA LA EMISIÓN DE ACTAS E INFORMES TÉCNICO MÉDICOS DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR Y TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR DE REVISIÓN, Y PARA LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y ADICIONAL PARA LA CALIFICACIÓN DE TRÁMITES DE INVALIDEZ DEL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES
(Trámite N° 30116)

VISTOS:

Dentro del proceso administrativo de regulación correspondiente al Sistema Integral de Pensiones, el Informe Técnico INF/DP N° 1105/2018 de 03 de diciembre de 2018, el Informe Legal INF.DJ/1472/2018 de 14 de diciembre de 2018 y demás documentación que ver convino y se tuvo presente.

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política del Estado promulgada el 07 de febrero de 2009, en su artículo 45, señala que la dirección, control y administración de la Seguridad Social, corresponde al Estado; la cual se regirá bajo las leyes y los principios de Universalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad, Interculturalidad y Eficacia.

Que el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, determina la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de lo establecido en la Constitución Política del Estado.

Que conforme el Decreto Supremo N° 0071 de 09 de abril de 2009, se crea la ex Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones – AP como una institución que fiscaliza, controla, supervisa y regula la Seguridad Social de largo plazo, considerando la normativa de Pensiones, Ley N° 3791 de 28 de noviembre de 2007 de la Renta Universal de Vejez; y sus reglamentos en tanto no contradigan lo dispuesto en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que de acuerdo al artículo 167 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010 de Pensiones, se determina que la Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP se denominará en adelante Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS y asumirá las atribuciones, competencias, derechos y obligaciones en materia de Seguros de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero – ASFI.



Que el artículo 168 de la Ley de Pensiones establece las funciones y atribuciones asignadas al Organismo de Fiscalización en materia de Pensiones y Seguros, entre las que se encuentran, fiscalizar, supervisar, regular, controlar, inspeccionar y sancionar a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras entidades bajo su jurisdicción, de acuerdo a la Ley de Pensiones, Ley de Seguros y los reglamentos correspondientes.

CONSIDERANDO:

Que el artículo 70 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, establece: *“La calificación de grado, origen, causa y fecha de invalidez, así como del origen y causa de la muerte y fecha de fallecimiento será realizada por profesionales médicos habilitados por el Organismo de Fiscalización.*

La calificación realizada por los médicos habilitados deberá ser integral y de conformidad al Manual Único de Calificación compuesto por el Manual de Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MANECGI) y Lista de Enfermedades Profesionales (LEP), de acuerdo a reglamento.

A requerimiento del Asegurado, los médicos habilitados deberán solicitar la participación de los Entes Gestores de Salud. En ningún caso los Entes Gestores podrán calificar el grado de invalidez, origen y causa de la invalidez o fallecimiento, ni la fecha de Invalidez o la fecha de fallecimiento.

En caso de que los médicos habilitados requieran estudios médicos adicionales, la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo efectuará el pago de los mismos.

Los dictámenes emitidos por los médicos habilitados serán pasibles de recalificación, de acuerdo a reglamento”.

Que el artículo 71 de la Ley N° 065, prevé que para efectos de la calificación, los Entes Gestores de Salud (EGS) están obligados a remitir a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo (Gestora) todos los exámenes, análisis y estudios que respalden la afección o desorden del Asegurado y la nota en la que se comunica al Asegurado que su afección o desorden es permanente e irreversible, y/o que la atención curativa ya no procede.

Que el artículo 148 del Reglamento de Desarrollo Parcial a la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, en materia de Prestaciones de Vejez, Prestaciones Solidarias de Vejez, Prestaciones por Riesgos, Pensiones por Muerte derivadas de éstas y otros beneficios, aprobado por Decreto Supremo N° 0822 de 16 de marzo de 2011, establece que la calificación de los impedimentos del Asegurado será efectuada por el Tribunal Médico Calificador (TMC) utilizando el Manual Único de Calificación, entidad que está facultada para requerir, a los EGS, la remisión de la totalidad de la información técnico médica que respalde el diagnóstico del Asegurado, y/o en su caso, información técnico médica adicional con cargo al seguro de riesgos que corresponda, con el propósito de efectuar una calificación adecuada y oportuna.

Que el parágrafo XII del artículo 2 del Decreto Supremo N° 1888 de 04 de febrero de 2014, que modifica el parágrafo II e incorpora el parágrafo III al artículo 148 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 0822, señala que el Asegurado podrá presentar exámenes médicos que deberán ser considerados por el Tribunal Médico Calificador (TMC) y Tribunal Médico Calificador de Revisión (TMR) según corresponda, y ante cualquier inconsistencia, éstos podrán solicitar la compra de servicios médicos adicionales con cargo al Fondo de Riesgos.

Que asimismo, dicho parágrafo XII establece que ante el incumplimiento en el envío de información por parte de los Entes Gestores de Salud en los plazos señalados en normativa, la Gestora emplazará al EGS para que remita lo solicitado, en cinco (5) días hábiles administrativos adicionales; y vencido dicho plazo se procederá con la compra de servicios médicos, técnico médicos y otros requeridos para la calificación, revisión y/o recalificación de un trámite de invalidez, cuyo costo será rembolsado al Fondo de Riesgos por el EGS que no hubiera atendido la solicitud de información en el plazo máximo de quince (15) días hábiles administrativos, a Valor Cuota del Fondo de Riesgos.

Que el artículo 152 del Reglamento de Desarrollo Parcial a la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, aprobado por Decreto Supremo N° 0822, señala que la calificación efectuada por el TMC se reflejará mediante la emisión de un dictamen y un formulario de Fecha de Siniestro.

Que el artículo 157 del Reglamento antes citado, establece que tanto el dictamen como el Formulario de Fecha de Siniestro emitidos por el TMC de la Gestora son pasibles de revisión por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, a solicitud expresa del Asegurado, sus Derechohabientes o los Empleadores, dentro de los plazos establecidos para el objeto.

Que el parágrafo XIV del artículo 2 del Decreto Supremo N° 1888, que modifica el parágrafo III del artículo 157 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 0822, señala que ante la solicitud de revisión de dictamen dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de notificados con el dictamen, el Asegurado podrá presentar exámenes médicos adicionales que deberán ser considerados por el TMR.

Que el parágrafo XV del artículo 2 del Decreto Supremo N° 1888, que modifica el parágrafo I del artículo 158 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 0822, establece que recibida la solicitud de revisión, la APS verificará si la misma procede, y emitirá Auto de Admisión o de Rechazo; y en caso de admisión, corresponderá la revisión del caso y emisión del dictamen y/o Formulario de Fecha de Solicitud de revisión por parte del TMR, debiéndose evaluar el puesto y funciones laborales del Asegurado.

Que el artículo 158 del Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 0822, faculta al TMR de la APS a solicitar información médica adicional y/o a la



contratación de profesionales médicos especialistas, en caso de ser necesario. Asimismo, establece que el TMR debe emitir Acta e Informe Técnico Médico.

CONSIDERANDO:

Que conforme al artículo 168 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, entre las funciones de esta Autoridad se encuentran el cumplir y hacer cumplir la Ley y sus reglamentos, asegurando la correcta aplicación de sus principios, políticas y objetivos así como vigilar la correcta prestación de los servicios por parte de las personas y entidades bajo su jurisdicción.

Que dentro los principios que rigen la citada Ley N° 065 están el de Equidad, Unidad de Gestión y Oportunidad.

Que es necesario establecer un procedimiento para la conformación del Tribunal Médico Calificador de la Gestora y para la emisión de Actas del TMC y TMR, así como para la solicitud de la documentación técnico médica complementaria y/o adicional para la calificación de los trámites de Pensión de Invalidez y de Muerte.

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución Suprema N°15661 de 28 de julio de 2015, la Dra. Patricia Viviana Mirabal Fanola ha sido designada como Directora Ejecutiva de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

Que mediante Resolución Administrativa Interna APS/92-2018 de 18 de diciembre de 2018, ha sido designado Director Ejecutivo Interino el Dr. Rigoberto Hernando Paredes Llanos, a partir del 19 de diciembre de 2018 hasta el 04 de enero de 2019.

POR TANTO:

EL DIRECTOR EJECUTIVO INTERINO DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS, EN USO DE LAS ATRIBUCIONES

PRIMERO.- Aprobar el Anexo I “Reglamento para la Conformación, Funciones y Atribuciones del Tribunal Médico Calificador del Sistema Integral de Pensiones”, Anexo II “Procedimiento para la Emisión de Actas e Informes Técnico Médicos del Tribunal Médico Calificador (TMC) y Tribunal Médico Calificador de Revisión (TMR) del Sistema Integral de Pensiones (SIP)” y Anexo III “Procedimiento para la solicitud de información médica y técnico médica complementaria y para la compra de servicios médicos, técnico médicos y otros, que determine el TMC y/o TMR del SIP”, que forman parte indivisible de la presente Resolución Administrativa.



SEGUNDO.- Las disposiciones establecidas en el Anexo II de la presente Resolución Administrativa entrarán en vigencia y se aplicarán a partir del día siguiente hábil de su notificación respectiva.

TERCERO.- Las disposiciones señaladas en los Anexos I y III, entrarán en vigencia y se aplicarán a partir del día en que la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo inicie sus actividades como administradora de los Regímenes Contributivo y Semicontributivo del Sistema Integral de Pensiones.

CUARTO.- La Dirección de Prestaciones de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS queda encargada del control de cumplimiento de la presente Resolución Administrativa.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Rigoberto Paredes Llanos
DIRECTOR EJECUTIVO a.i.
Autoridad de Fiscalización y Control
de Pensiones y Seguros - APS



RPLL/LSP/CJF/FPA/GYR/RRF

ANEXO I

REGLAMENTO PARA LA CONFORMACIÓN, FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR DEL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

CAPÍTULO I OBJETO Y CONFORMACIÓN

ARTÍCULO 1. (OBJETO).- La presente normativa tiene por objeto establecer la conformación, atribuciones y facultades del Tribunal Médico Calificador de la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo (Gestora), conforme a lo determinado por el artículo 148 del Reglamento de Desarrollo Parcial a la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, en materia de Prestaciones de Vejez, Prestaciones Solidarias de Vejez, Prestaciones por Riesgos, Pensiones por Muerte derivadas de éstas y otros beneficios, aprobado por Decreto Supremo N° 0822 de 16 de marzo de 2011.

ARTÍCULO 2. (TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR).- La Gestora deberá contar con al menos un Tribunal Médico Calificador (TMC) que se constituye en la unidad técnico médica especializada.

ARTÍCULO 3. (CONFORMACIÓN).- I. Cada Tribunal Médico Calificador (TMC) deberá estar compuesto por al menos tres (3) profesionales médicos habilitados en el Registros de Médicos Calificadores de la APS, y siempre en número impar.

II. Los médicos calificadores serán contratados por la Gestora con cargo a su presupuesto, no pudiendo utilizarse recursos de los Fondos del Sistema Integral de Pensiones (SIP) para su contratación.

CAPÍTULO II FUNCIONES Y ATRIBUCIONES

ARTÍCULO 4. (FUNCIONES).- I. Entre las funciones del TMC están, el determinar, sobre la base de la documentación que consta en el expediente del caso:

- El grado de incapacidad.
- El origen de la incapacidad, estableciendo si corresponde a Riesgo Común o Riesgo Profesional/Laboral.
- La causa de la incapacidad, sea ésta por accidente o enfermedad.
- La fecha de invalidez.
- El origen del fallecimiento, estableciendo si corresponde a Riesgo Común o Riesgo Profesional/Laboral.
- La causa del fallecimiento, estableciendo si corresponde a enfermedad o accidente.
- La fecha de fallecimiento.

- h) Elaborar, suscribir y llevar un archivo de Actas conforme a lo señalado el Anexo II siguiente.
- i) Emitir dictámenes y Formularios de Fecha de Siniestros (Invalidez o Fallecimiento), conforme a los formatos aprobados para el SIP.
- j) Emitir Informes Técnico Médicos para cada dictamen emitido.
- k) Reportar, a la APS, cualquier irregularidad o declaraciones falsas encontrada en la documentación médica que consta en los expedientes.

II. El TMC deberá utilizar y aplicar el Manual Único de Calificación del SIP que consta del Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MANECCGI) y la Lista de Enfermedades Profesionales (LEP).

ARTÍCULO 5. (ATRIBUCIONES).- Conforme a normativa vigente, el TMC tiene las siguientes atribuciones:

- a) Solicitar, a los Entes Gestores de Salud, información técnico médica complementaria.
- b) Solicitar, a los profesionales o centros médicos, información técnico médica complementaria, cuando corresponda.
- c) Solicitar exámenes e informes técnicos médicos adicionales, cuando corresponda.
- d) Solicitar, conforme señala el Anexo 3, que los exámenes e informes adicionales señalados en el inciso c) anterior sean requeridos de determinados profesionales o centros médicos, o que determinados profesionales o centros médicos no sean considerados.
- e) Sugerir, por escrito, complementaciones y/o modificaciones al MANECCGI o LEP.
- f) Convocar a los Asegurados para una revisión/entrevista médica, cuando considere necesario, debiendo justificarse debidamente en el Acta y en el Informe Técnico Médico (ITM) del caso. De requerirse el traslado del Asegurado se procederá conforme a lo señalado en el Anexo III.
- g) Convocar al o los profesionales médicos que hubieran tratado al Asegurado para presentar y explicar el caso, cuando considere necesario, debiendo justificarse debidamente en el Acta e ITM del caso. La reunión con los médicos tratantes no será considerada una sesión de calificación.

ARTÍCULO 6. (SESIONES DE CALIFICACIÓN).- I. El TMC sesionará y emitirá los dictámenes de invalidez y muerte, y los Formularios de Fecha de Siniestro (invalidez o fallecimiento) por simple mayoría. Los documentos mencionados deberán ser firmados por todos los miembros del TMC. De haber discrepancias, los miembros del TMC podrán hacer constar las mismas en Actas.

II. Para la calificación y emisión del dictamen, el TMC deberá considerar toda la documentación técnico médica que consta en el expediente; y de desestimarse algún documento, se deberá justificar dicha situación en el informe técnico médica del caso.



III. Los miembros del TMC tienen la obligación de excusarse de participar en la calificación y emisión de dictamen de un caso cuando hubieran participado en la elaboración de la documentación técnico médica, tuvieran relación de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad con el Asegurado o Derechohabiente o alguno de los profesionales que hubiera participado en la elaboración de la documentación técnico médica o existiera conflicto de interés.



ANEXO II

PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE ACTAS E INFORMES TÉCNICO MÉDICOS DEL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR (TMC) Y TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR DE REVISIÓN (TMR) DEL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

CAPÍTULO I OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1. (OBJETO).- La presente normativa tiene por objeto establecer el procedimiento para:

- a) La emisión de Actas del TMC y TMR, y
- b) La emisión de Informes Técnico Médicos del TMC y TMR.

ARTÍCULO 2. (ÁMBITO DE APLICACIÓN).- La presente regulación aplica a toda solicitud de Pensión de Invalidez y Pensión por Muerte:

- a) Presentadas a partir de la fecha de notificación de la presente Resolución Administrativa, y
- b) Presentadas en fecha anterior a la notificación de la presente Resolución Administrativa, pero que a dicha fecha se encuentre en proceso de: i) Calificación, ii) Revisión y/o iii) Recalificación y cuyo dictamen sea emitido en fecha posterior a la notificación de la presente Resolución Administrativa.

CAPÍTULO II ACTAS EMITIDAS POR EL TMC Y TMR

ARTÍCULO 3. (ACTAS).- I. Toda sesión del Tribunal Médico Calificador (TMC) así como del Tribunal Médico Calificador de Revisión (TMR), deberá contar con un Acta de sesión en la cual se deberán consignar mínimamente los siguientes conceptos:

- a) Fecha y hora de inicio de sesión.
- b) Nombres, Apellidos y Matrícula de los médicos calificadores que participan en la sesión.
- c) Nombres, Apellidos y Código Único del Asegurado (CUA) de cada uno de los Asegurados cuyos casos hubieran sido revisados en la sesión.
- d) Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) cuando corresponda, Ente Gestor de Salud (EGS) y Matrícula de cada uno de los Asegurados.
- e) Tipo de trámite (Invalidez o Muerte).
- f) Para cada uno de los casos señalar:
 1. La información técnico médica complementaria que se solicita, así como el Ente(s) Gestor(es) de Salud al que se debe solicitar la misma, cuando corresponda.



2. La información técnico médica adicional que se solicita, así como el Ente Gestor de Salud y/o centro médico y/o profesional médico al que deberá solicitarse o que deberá ser excluido, si fuera el caso, o señalar si no hay requerimiento específico del lugar o profesional, cuando corresponda.
 3. N° de Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro, cuando corresponda.
- g) Firma de cada uno de los calificadores que sesionaron.

II. El TMC y TMR deberán llevar un archivo de Actas, mismas que deberán ser numeradas por gestión conforme a lo siguiente:

“Acta N° 0000/20XX”

III. Se deberá emitir un Acta por cada sesión del TMC y TMR, por lo que un Acta podrá corresponder a más de un caso, y un caso podrá tener más de un Acta si el mismo fuera tratado en más de una sesión.

IV. Las Actas deberán ser archivadas de forma independiente a los expedientes, debiéndose abrir archivos de Actas por gestión calendario.

ARTÍCULO 4. (NOTIFICACIÓN DE SOLICITUDES).- I. Las solicitudes de información técnico médica complementaria y/o adicional requerida por el TMC y/o TMR que se especifican en las Actas, deberán ser remitidas por el TMC, EEC (Entidad Encargada de Calificar) o APS según corresponda, a la Gestora, dentro el plazo de dos (2) días hábiles administrativos de emitida el Acta.

II. En los casos de solicitudes expresas de determinados centros y/o profesionales médicos, o exclusión de éstos, en el Acta deberá constar la debida justificación para dicho requerimiento (Ej.: 1. En expediente constan dos audiometrías e informes contradictorios entre sí practicados en el centro de salud “a” y el centro de salud “b”, por consiguiente la audiometría solicitada debe practicarse en un centro o por un profesional diferente a los señalados; 2. En el expediente consta el informe del Dr. X de fecha XXX, por lo que la nueva evaluación debe efectuarse con el mismo profesional médico que atendió al Asegurado; 3. En el expediente consta informe del Dr. X con fecha XXX, profesional del cual en otros casos se han observado certificados médicos idénticos por lo que el nuevo estudio debe ser practicado por otro profesional).

III. Las solicitudes efectuadas a la Gestora por el TMC, EEC y/o APS, deberán contener toda la información general de cada Asegurado, como ser nombres, apellidos, fecha de nacimiento y CUA, así como lo solicitado por el TMC o TMR, según corresponda.

En caso de que el TMC o TMR solicite que los servicios médicos adicionales sean adquiridos de determinados centros y/o profesionales médicos, o que se excluyan estos conforme señala el parágrafo II anterior, la solicitud a la Gestora deberá especificar dicha situación.



IV. La Gestora a su vez deberá solicitar lo requerido por el TMC y/o TMR, al EGS y/o centro y/o profesional médico que corresponda, dentro de los cuatro (4) días hábiles administrativos de recibida la solicitud de información técnico médica complementaria y/o adicional, conforme a lo señalado en el "Procedimiento para la solicitud de información médica y técnico médica complementaria y para la compra de servicios médicos, técnico médicos y otros, que determine el TMC y/o TMR" que se encuentra en el Anexo III de la presente Resolución Administrativa.

V. Las Actas de los Tribunales Médico Calificador y Calificador de Revisión (TMC y TMR) no serán remitidas a otras instancias diferentes de la EEC, Gestora y/o APS según corresponda, por lo que cualquier información que conste en el Acta que deba ser remitida a otra instancia como ser EGS, deberá ser transcrita en la solicitud, en lo que corresponda.

CAPÍTULO III **INFORMES TÉCNICO MÉDICOS DEL TMC Y TMR**

ARTÍCULO 5. (EMISIÓN DE DICTAMEN).- I. De conformidad con el artículo 152 del Reglamento de Desarrollo Parcial a la Ley N° 065, aprobado por Decreto Supremo N° 0822 de 16 de marzo de 2011, una vez que el TMC cuente con toda la documentación médica, técnico médica y otros necesarios para la calificación del caso, tendrá un plazo de cinco (5) días hábiles administrativos, para emitir Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro.

II. En los casos de revisión, conforme dispone el artículo 158 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 0822, la APS deberá emitir una Resolución Administrativa aprobando el Dictamen y Formulario de Fecha de Siniestro emitidos por el TMR, en el plazo máximo de 30 días calendario, computable a partir de recibida toda la documentación médica, técnico médica y otros que se requiera para calificar el caso.

ARTÍCULO 6. (CONTENIDO DE LOS INFORMES TÉCNICO MÉDICO).- I. Todo trámite de invalidez o muerte que cuente con un dictamen deberá contar con un Informe Técnico Médico (ITM) en el cual se señale todos los aspectos considerados en la calificación del caso y emisión de dictamen.

II. Se deberá emitir un ITM por cada dictamen emitido y éste deberá contener al menos lo siguiente:

a) Datos Generales:

- ✓ N° de informe
- ✓ Gestión a la que corresponde
- ✓ Tribunal que emite el informe (TMC o TMR)
- ✓ Entidad a la que pertenece el Tribunal Médico ya sea EEC, Gestora y APS según corresponda



- b) Datos del Asegurado:
- ✓ Nombres y Apellidos
 - ✓ CUA
 - ✓ AFP, cuando corresponda
 - ✓ EA, cuando corresponda
 - ✓ Fecha de Nacimiento
 - ✓ Matricula de Asegurado
 - ✓ Ente Gestor de Salud (EGS)
- c) Datos del Trámite:
- ✓ Tipo de Trámite (Invalidez o Muerte)
 - ✓ Fecha de Solicitud
 - ✓ Fecha de recepción del trámite por parte de la Gestora, EEC o APS
 - ✓ Fecha de recepción del trámite por parte del TMC y TMR
 - ✓ N° de dictamen emitido por el TMC o TMR y fecha de emisión, cuando corresponda.
 - ✓ Grado de incapacidad, origen, causa y fecha de siniestro emitidos por el TMC o TMR, cuando corresponda.
- d) Información Técnico Médica complementaria y adicional:
- ✓ Listar la información técnica médica complementaria solicitada, indicando la fecha de solicitud y la fecha de recepción de la misma, así como las observaciones del TMC y TMR según corresponda.
 - ✓ Listar la información técnica médica adicional solicitada, indicando la fecha de solicitud y la fecha de recepción de la misma, así como las observaciones del TMC y TMR según corresponda.
- e) Análisis del caso:
1. Contenido del Expediente
 - ✓ Listar, en orden cronológico, todos los documentos técnico médicos que contiene el expediente, incluidos los señalados en el inciso d) anterior, que sean pertinentes a la calificación.
 2. Deterioros y/o patologías descritas en la información contenida en el expediente.
 - ✓ Listar los deterioros y/o patologías que presenta el Asegurado, y la documentación médica que las sustenta.
 - ✓ En caso de existir contradicciones en la documentación existente, señalar la misma, así como las acciones efectuadas para dilucidar la misma.
 3. Calificación de la variable A
 - ✓ Listar los deterioros y/o patologías calificadas indicando los capítulos y tablas del MANECGI utilizadas, y señalar las causas por las cuales no se estarían considerando de forma separada ciertos deterioros y/o patologías, si corresponde (Ej. No se califica de forma separada el síndrome de túnel carpiano ya que dicho deterioro es considerado en la calificación de artrosis de mano)
 - ✓ Listar las variaciones entre el dictamen emitido por el TMC y el TMR, cuando corresponda, fundamentando las mismas.



4. Calificación de la variable B
 - ✓ Señalar la calificación y fundamentar la misma, indicando las variaciones entre el dictamen emitido por el TMC y el TMR, cuando corresponda.
 5. Calificación de la variable C
 - ✓ Señalar la calificación y fundamentar la misma, indicando las variaciones entre el dictamen emitido por el TMC y el TMR, cuando corresponda.
 6. Calificación de la variable D
 - ✓ Señalar la calificación y fundamentar la misma, indicando las variaciones entre el dictamen emitido por el TMC y el TMR, cuando corresponda.
 7. Calificación Final
 - ✓ Señalar la calificación final antes de considerar los Factores de Ajuste por edad y económico.
 - ✓ Señalar la calificación final considerando los Factores de Ajuste por edad y económico.
 8. Determinación de Origen
 - ✓ Señalar el origen del caso (Común o Profesional) debidamente fundamentado.
 - ✓ Señalar y justificar las diferencias en origen del siniestro entre el dictamen del TMC y el TMR, cuando corresponda.
 9. Determinación de Causa
 - ✓ Señalar la causa del caso (Accidente o Enfermedad) debidamente fundamentada.
 - ✓ Señalar y justificar las diferencias en causa del siniestro entre el dictamen del TMC y el TMR, cuando corresponda.
 10. Determinación de Fecha de Siniestro
 - ✓ Señalar la Fecha de Invalidez o Fallecimiento debidamente fundamentada.
 - ✓ Señalar y justificar las diferencias en fecha de siniestro entre el dictamen del TMC y el TMR, cuando corresponda.
 11. Necesidad de Recalificación
 - Señalar si hay necesidad de recalificación y de ser así, la fecha en que debe recalificarse, fundamentando la misma.
 - ✓
- f) Conclusiones:
- ✓ Señalar la calificación final, causa, origen y fecha de siniestro, y grado cuando corresponda.

III. En los casos de trámites por muerte, el ITM contendrá todo lo señalado en el parágrafo II anterior, con la diferencia de que en el inciso e), éste sólo contendrá lo señalado en los numerales 1, 8, 9 y 10.

ARTÍCULO 7. (ENVÍO DEL INFORME TÉCNICO MÉDICO).- I. El ITM deberá formar parte del expediente, y será remitido a la Gestora por su TMC, EEC y APS según corresponda, juntamente con el Dictamen de Calificación, Dictamen de Revisión o Dictamen de Recalificación, conforme corresponda.



II. El ITM es un documento interno que respalda la calificación del caso, por lo que no corresponderá su remisión a ninguna otra entidad y/o persona sin la autorización de la APS, salvo, por lo señalado en el parágrafo I anterior, a la Gestora para su archivo en el expediente del caso.

III. En los casos sujetos de revisión y de control concurrente, la Gestora deberá remitir el expediente completo del caso a la APS, incluido el ITM en físico y en medio óptico en versión editable.



ANEXO III

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA Y TÉCNICO MÉDICA COMPLEMENTARIA Y PARA LA COMPRA DE SERVICIOS MÉDICOS, TÉCNICO MÉDICOS Y OTROS ADICIONALES QUE DETERMINE EL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR (TMC) Y/O EL TRIBUNAL MÉDICO CALIFICADOR DE REVISIÓN (TMR) DEL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES

CAPÍTULO I OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1. (OBJETO).- La presente normativa tiene por objeto establecer el procedimiento para:

- La solicitud de información técnico médica complementaria a los Entes Gestores de Salud (EGS).
- La solicitud de información técnico médica adicional a los Entes Gestores de Salud y/o centros y/o profesionales médicos habilitados.

ARTÍCULO 2. (ÁMBITO DE APLICACIÓN).- La presente regulación aplica a todo trámite de Pensión de Invalidez y Pensión por Muerte:

- Con fecha de solicitud posterior a la fecha de notificación de la presente Resolución Administrativa.
- Con fecha de solicitud igual o anterior a la fecha de notificación de la presente Resolución Administrativa, pero cuyo dictamen de calificación, de revisión y/o de recalificación no hubiera sido emitido y siempre que no cuente con información técnico médica complementaria y/o adicional solicitada de forma anterior a la notificación de la presente.

CAPÍTULO II INFORMACIÓN TÉCNICO MÉDICA COMPLEMENTARIA

ARTÍCULO 3. (SOLICITUD DE INFORMACIÓN TÉCNICO MÉDICA COMPLEMENTARIA).- I. La información técnico médica complementaria, requerida por el TMC o TMR, será solicitada por la Gestora, al EGS correspondiente, dentro de los cuatro (4) días hábiles administrativos de recibida la solicitud de su TMC, la EEC o APS, y deberá indicar que la misma debe ser remitida de forma directa a la Gestora.

II. En caso que los EGS no dieran respuesta a lo solicitado en el parágrafo I anterior, dentro de los diez (10) días hábiles administrativos siguientes establecidos en el parágrafo I del artículo 148 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 0822, la Gestora deberá proceder a reiterar lo solicitado otorgándole un plazo adicional de cinco (5) días hábiles administrativos e



informándole que vencido dicho plazo, se procederá con la compra de los servicios solicitados que deberá incluir los gastos de viáticos y otros de ser necesarios, cuando corresponda, cuyo costo más su rentabilidad deberá ser reembolsado por el EGS, a la Cuenta de Siniestralidad (Riesgo Común) del Fondo de Riesgos de acuerdo a lo determinado en el parágrafo III del artículo 148 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 0822, modificado por el Decreto Supremo N° 1888.

III. Cuando el Asegurado presente únicamente documentación médica de un centro o profesional médico particular, de requerirse documentación complementaria, la Gestora deberá solicitar la misma al centro o profesional médico que corresponda y de forma paralela, al Ente Gestor de Salud, la Historia Clínica del Asegurado si éste fuera dependiente; en caso de ser independiente que declare no tener o haber tenido EGS, se obviarán la solicitud al EGS. En caso que la documentación médica complementaria hubiera sido solicitada a un centro médico y/o profesional médico, y éste no diera respuesta en los diez (10) días hábiles administrativos siguientes, la Gestora procederá con la reiteración otorgándole cinco (5) días hábiles administrativos adicionales y solicitará, de forma paralela, los servicios requeridos a otros dos (2) centros médicos y/o profesionales médicos otorgándoles diez (10) días hábiles administrativos para remitir sus cotizaciones.

ARTÍCULO 4. (COMPRA DE SERVICIOS POR INCUMPLIMIENTO DE LOS ENTES GESTORES DE SALUD).- I. Conforme establece el parágrafo II del artículo 3 anterior, ante la no atención de la solicitud de la Gestora, por parte de los Entes Gestores de Salud, la Gestora procederá con la compra de los servicios requeridos según lo señalado en el Capítulo III siguiente.

II. Con el objeto de no perjudicar a los Asegurados y Derechohabientes, la compra de los servicios no atendidos por los Entes Gestores de Salud señalados en el parágrafo I anterior, serán cubiertos inicialmente con recursos de la Cuenta de Siniestralidad (Riesgo Común) del Fondo de Riesgos para su posterior reembolso por parte del EGS que corresponda.

III. Una vez emitido el dictamen y de determinarse el origen de la invalidez como de Riesgo Profesional/Laboral, si el EGS no procedió aún con el reembolso arriba señalado, la Gestora deberá proceder a transferir, a la Cuenta de Siniestralidad, los recursos erogados por la compra de servicios médicos más su rentabilidad, con recursos de la Cuenta de Riesgo Profesional/Laboral del Fondo de Riesgos.

ARTÍCULO 5. (REMBOLSO Y NOTA DE DÉBITO).- I. En el plazo máximo de diez (10) días hábiles administrativos de pagados los servicios señalados en el parágrafo II del artículo 4 anterior y recibidas las facturas, la Gestora remitirá al Ente Gestor de Salud que no dio respuesta a lo solicitado, una nota de débito adjuntando las notas de solicitud señaladas en el artículo 3 anterior detallando los siguientes conceptos, y solicitando el reembolso:

a) Del Asegurado:

1. Nombres y Apellidos
 2. N° de Matrícula
 3. N° de Documento de Identidad
 4. N° de trámite de Pensión de Invalidez en el SIP
- b) De las notas de solicitud remitidas al EGS:
1. N° y fecha de la primera solicitud remitida al EGS
 2. Fecha de recepción de la primera nota de solicitud, por parte del EGS
 3. N° y fecha de la nota de emplazamiento al EGS
 4. Fecha de recepción de la nota de emplazamiento por parte de la EGS.
- c) De los servicios comprados: Detalle de los servicios comprados, indicando para cada uno el médico y/o centro médico que lo atendió y el costo de cada uno de ellos en cuotas y en bolivianos, a valor cuota vigente el día de la emisión de la nota de débito. En caso de haberse incurrido en pago de pasajes y viáticos, éstos deberán ser de igual forma detallados y se indicará el costo en cuotas y en bolivianos, a valor cuota vigente el día de la emisión de la nota de debito.
- d) Del reembolso que debe efectuar el EGS:
1. Citar la normativa aplicada.
 2. Informar al EGS el monto adeudado al Fondo de Riesgos en cuotas y en bolivianos.
 3. Informar al EGS que dicho monto en bolivianos tiene una validez de treinta (30) días calendario. Pasado dicho plazo, el monto adeudado en cuotas deberá ser convertido a bolivianos utilizando el valor cuota vigente a fecha de recalcularlo.

II. Los reembolsos pagados por los Entes Gestores de Salud deberán ser acreditados en la Cuenta de Siniestralidad o Cuenta de Riesgo Profesional/Laboral del Fondo de Riesgos según corresponda conforme a procedimiento contable a ser establecido.

III. De no efectuarse el pago del reembolso dentro de los treinta (30) días calendario siguiente, de notificado al EGS, la Gestora iniciará un proceso de cobranza por la vía judicial, a través del medio legal más idóneo que considere la Gestora.

Los procesos de cobranza judicial iniciados contra los EGS, así como las gestiones efectuadas y su estado, deberán ser reportados a la APS de forma mensual, para el seguimiento y control respectivo.

CAPÍTULO III INFORMACIÓN TÉCNICO MÉDICA ADICIONAL

ARTÍCULO 6. (LISTADO DE PROFESIONALES MÉDICOS Y CENTROS MÉDICOS).- I. En el plazo de noventa (90) días hábiles administrativos de



notificada con la presente Resolución Administrativa, la Gestora deberá establecer acuerdos con médicos profesionales y centros médicos de las diferentes ramas de la medicina, a nivel nacional, para la provisión de servicios técnico médicos adicionales que puedan ser requeridos para la calificación y emisión de dictámenes de trámites de invalidez.

II. Los acuerdos deberán establecer al menos los siguientes puntos:

- a) Plazos máximos para la provisión de los servicios requeridos.
- b) Tarifarios anuales, que no podrán ser mayores a los aranceles del colegio médico de cada Departamento.

III. Establecidos los acuerdos, la Gestora conformará un listado de médicos y/o centros médicos habilitados del SIP, por Departamento, desglosado por especialidades y en orden alfabético por apellido paterno o nombre del centro médico.

IV. En el plazo señalado de los noventa (90) días hábiles administrativos, la Gestora deberá remitir a la APS, el listado establecido en el parágrafo III anterior; y en caso de no contar con el listado deberán remitir un informe detallado y documentado de las acciones y gestiones efectuadas para conformar el mismo.

ARTÍCULO 7. (SOLICITUD DE INFORMACIÓN TÉCNICO MÉDICA ADICIONAL).

I. Cuando la solicitud del TMC o TMR corresponda a información técnico médica adicional, o cuando el EGS no brinde respuesta a lo solicitado conforme señala el parágrafo II del artículo 3 anterior, la Gestora deberá iniciar el proceso de compra de servicios, en el plazo de tres (3) días hábiles administrativos de recibida la solicitud de su TMC, EEC/APS o de vencido el plazo, indicando que la información solicitada deberá ser remitida directamente a la Gestora.

II. La asignación de médicos o centros médicos se realizará conforme a los siguientes criterios:

- a) Se asignará al Asegurado, médicos y/o centros médicos en el lugar de residencia del Asegurado, salvo que no exista dicha especialidad o estudio solicitado, en cuyo caso se procederá conforme a lo señalado en el artículo 9 siguiente.
- b) Se asignarán los médicos y/o centros médicos conforme a las especialidades solicitadas, en orden alfabético, es decir que el primer caso será asignado al primer médico y/o centro médico de la lista de la especialidad requerida, el segundo caso al segundo médico y/o centro médico del listado y así sucesivamente, salvo cuando exista una solicitud expresa para que el caso sea derivado o se excluya a un médico o centro médico específico.



III. En caso que los centros y/o profesionales médicos no dieran respuesta a lo solicitado dentro de los cinco (5) días hábiles administrativos siguientes, la Gestora remitirá una reiteración otorgándole tres (3) días hábiles administrativos y de no recibir respuesta otorgando cita al Asegurado, procederá a solicitar los servicios del siguiente médico o centro médico de la lista.

IV. Los médicos y/o Centro Médicos que no respondieran a las solicitudes de citas y/o incumplieran los plazos establecidos en los Acuerdos, en tres (3) oportunidades en un periodo de seis (6) meses, serán suspendidos del listado de médicos y/o Centro Médicos habilitados del SIP, por los siguientes seis (6) meses.

ARTÍCULO 8. (COSTO DE SERVICIOS MÉDICOS ADICIONALES).- I. De conformidad con el artículo 70 de la Ley N° 065 y los artículo 148 y 158 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 0822, los costos de servicios técnico médicos adicionales que puedan solicitar el TMC y/o TMR, serán cubiertos con recursos de la Cuenta de Riesgos que corresponda del Fondo de Riesgos.

II. Los costos de desplazamiento y viáticos de los Asegurados y acompañante cuando corresponda, serán de igual manera cubiertos con recursos de la Cuenta de Siniestralidad del Fondo de Riesgos. Una vez determinado el origen del siniestro en el dictamen, la Gestora deberá proceder a efectuar la transferencia de recursos entre cuentas, en cuotas, para que los costos queden asignados a la Cuenta de Riesgos que corresponda.

III. La Gestora deberá asegurarse que las facturas por la compra de servicios técnico médicos adicionales requeridos por el TMC y TMR según corresponda, así como por la compra de servicios señalada en el artículo 4 anterior, deberán estar consignadas a nombre del "Fondo de Riesgo-Sistema Integral de Pensiones" y conforme a procedimiento contable a ser establecido.

ARTÍCULO 9. (PASAJES Y VIÁTICOS).- I. De conformidad con el inciso a) del parágrafo II del artículo 6 anterior, se procederá conforme a lo señalado en el parágrafo II siguiente, cuando:

- En el lugar de residencia del Asegurado no existieran médicos y/o centro médicos habilitados de la especialidad requerida.
- Los médicos especialistas y/o centro médico habilitados existentes hubieran sido excluidos por el TMC o TMR.
- Los médicos especialistas y/o centro médico habilitados no estuvieran disponibles dentro de los siguientes treinta (30) días calendario.

II. En las situaciones señaladas en el parágrafo I anterior, la Gestora deberá:



- a) Optar primeramente por la compra de servicios médicos adicionales de médicos y/o centros médicos no habilitados que existan en el lugar de residencia del Asegurado.
- b) En caso de que el Asegurado se encuentre posibilitado de viajar, se concretará la compra de servicios en el lugar más cercano y más accesible, en términos de conexión, para el Asegurado. En los casos en los que el Asegurado requiera del apoyo de una segunda persona, se deberá incluir al acompañante.
- c) En los casos de Asegurados que se encuentren imposibilitados de desplazarse a otro lugar, al menos dos (2) de los médicos calificadoros del TMC y/o TMR se desplazarán a: i) Evaluar al Asegurado y/o ii) Llevar a cabo una reunión con el o los médicos que atienden al Asegurado debiendo suscribirse un Acta de la misma.

III. Si efectuadas las citas, el Asegurado no se presentara a la misma, el EGS deberá reprogramar la misma e informar a la Gestora la fecha de la nueva cita. Si el Asegurado no se presentara por segunda vez a una cita médica programada, el EGS deberá comunicar dicha situación a la Gestora.

La Gestora, en el plazo de dos (2) días hábiles administrativos de recibida la nota del EGS, notificará al Asegurado informándole que debido al incumplimiento, éste debe reprogramar sus propias citas o caso contrario efectuar la compra de los servicios requeridos con sus propios recursos.

IV. En los casos de desplazamiento del Asegurado, la Gestora deberá gestionar la compra de:

- a) Pasajes aéreos en la ruta más directa, y
- b) Pasajes terrestres, en los tramos en los que no existan servicios aéreos, o cuando el TMC y/o TMR lo solicite expresa y debidamente justificado.

En los casos que se requiera de un acompañante, éste deberá viajar juntamente con el Asegurado. Para autorizar que los costos del acompañante sean cubiertos con cargo al Fondo de Riesgos, la Gestora deberá contar con la solicitud expresa de dicho requerimiento, debidamente justificado, por parte del TMC o TMR según corresponda.

V. Cuando el desplazamiento del Asegurado y de su acompañante cuando corresponda, requiera que éste deba pernoctar en un lugar diferente a su lugar de residencia habitual, la Gestora le otorgará un viático diario equivalente al quince por ciento (15%) de un Salario Mínimo Nacional vigente a la fecha de otorgamiento de los viáticos.

En caso de ser necesario un acompañante, éste recibirá un viático igual al diez por ciento (10%) de un Salario Mínimo Nacional.

VI. Las facturas correspondientes a pasajes deberán ser emitidas a nombre del Fondo de Riesgos del Sistema Integral de Pensiones conforme señala el



parágrafo III del artículo 8 anterior, y en el caso de viáticos, éstos serán entregados contra firma de un recibo a nombre del Asegurado consignando el nombre, CUA y número de trámite de éste, y a nombre del acompañante, debiéndose referenciar los costos de este último al nombre, CUA y número de trámite del Asegurado.

CAPÍTULO IV NOTIFICACIONES

ARTÍCULO 10. (NOTIFICACIÓN AL ASEGURADO).- I. La Gestora deberá notificar al Asegurado para que éste se presente en su EGS y/o centro o profesional médico que proveerá los servicios, dentro de los dos (2) días hábiles administrativos de concretada la(s) cita(s).

II. La notificación al Asegurado deberá indicar que la realización de los exámenes y/o consultas requeridas no tendrán costo para el Asegurado, y señalarán al menos lo siguiente:

1. Fecha y hora de las citas confirmadas
2. Nombre del EGS, centro y/o profesional médico donde debe presentarse
3. Especialidad y tipo de exámenes o consulta contratada
4. Que los resultados de lo requerido serán remitidos directamente a la Gestora

CAPÍTULO V DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 11. (INFORMACIÓN TÉCNICO MÉDICA ADICIONAL).- En tanto no se cuente con la Lista de Profesionales Médicos y Centros Médicos señalada en el artículo 6 anterior, cuando la solicitud del TMC o TMR corresponda a información técnico médica adicional, o cuando el EGS no responda a lo solicitado conforme señala el parágrafo II del artículo 3 anterior, la Gestora, deberá iniciar el proceso de compra de servicios, en el plazo de tres (3) días hábiles administrativos de recibida la solicitud del TMC o del TMR, éste último a través de la APS o de vencido el plazo señalado en el parágrafo II del artículo 10 anterior.



AUTORIDAD DE FISCALIZACION Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 15:07 del día 21
de DIC de 2018 notifiqué con RESOLUCION
ADMINISTRATIVA N° 1761-2018 de
fecha 20-DIC-2018 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a LA GESTORA PUBLICA DE LA
SEGURIDAD SOCIAL a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACION Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 16:30 del día 21
de DIC de 2018 notifiqué con RESOLUCION
ADMINISTRATIVA N° 1761-2018 de
fecha 20-DIC-2018 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a BBA PREVISION-APF-S.A.
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL



AUTORIDAD DE FISCALIZACION Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LA PAZ a Horas 17:30 del día 21
de DIC de 2018 notifiqué con RESOLUCION
ADMINISTRATIVA N° 1761-2018 de
fecha 20-DIC-2018 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a FUTURO DE BOLIVIA S.A. AFP
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

