


Hon. Luis G. Fortuño
Gobernador

Carlos R. Mellado López, MD
Procurador de la Salud

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚMERO: OA-2011-06

ORDEN ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA DEL PROCURADOR DE LA SALUD PARA ADOPTAR EL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR Y CONCEDER ACOMODO RAZONABLE.

INTRODUCCIÓN



Es política pública del Estado libre Asociado de Puerto Rico velar porque se cumplan las leyes que protegen a las personas con impedimentos. La Oficina del Procurador de la Salud reconoce además, que tanto la Ley Núm. 44 del 2 de julio de 1985, según enmendada, como la Ley Pública 101-336 (42 USC 12101 y siguientes), conocida como Americans With Disabilities Act o ADA, requieren que se hagan acomodados razonables a los impedimentos conocidos de todo empleado con impedimento cualificado, una vez éste lo informe a su patrono, y a todo aspirante a empleo que lo solicite. A tono con lo anterior la Oficina del Procurador de la Salud establece este procedimiento interno para solicitar o conceder acomodo razonable para ser utilizado por los empleados que necesitan acomodo razonable para ejercer las funciones esenciales del empleo, y para los aspirantes a empleo.

ARTÍCULO 1: BASE LEGAL

Este procedimiento interno de solicitud y concesión de acomodo razonable se establece en virtud de la aprobación del Plan de Reorganización de Procuradurías, Plan de Reorganización Número 1, de 22 de junio de 2011, con la Ley Núm. 44 del 2 de julio de 1985, según enmendada y la Americans With Disabilities Act, Ley Pública 101-336, mejor conocida por sus siglas como ADA.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

- 2.1 Acomodo Razonable-** Significará el ajuste lógico, adecuado o razonable que permita a una persona con impedimento cualificada, ejecutar o desempeñar las funciones esenciales de un puesto. Incluye, pero no se limita a: ajustes en el área o condiciones del trabajo, construcción de facilidades físicas, adquisición de equipo especializado, así como cualquier otra acción que razonablemente le facilite el ajuste a una persona con limitaciones físicas, mentales o sensoriales en su trabajo y que no representa dificultad excesiva o costo oneroso.
- 2.2 Aspirante a Empleo -** Persona que ha llenado y completado una solicitud de empleo en la agencia, y que ha sido citado a comparecer a entrevista o a tomar examen.

"Proteger tu salud es nuestra misión"



- 2.3 **Condición Ocupacional** - Significará incapacidad física o mental del empleado para realizar su trabajo. La misma no puede haber sido provocada por hábitos viciosos o mala conducta.
- 2.4 **Costo Oneroso ("Undue Hardship")** - Significará una acción que requiera un gasto o una dificultad excesiva cuando se considera a la luz de la naturaleza y el costo del acomodo razonable, los recursos económicos de la Agencia y el efecto que tendrá el acomodo razonable sobre las operaciones de la agencia.
- 2.5 **Agencia** - Significará la Oficina del Procurador de la Salud.
- 2.6 **Funciones Esenciales** - Significará las tareas fundamentales del empleo o puesto que ocupa la persona con impedimentos. El término no incluye las tareas o funciones marginales del puesto. Al determinar cuáles son las tareas esenciales del puesto se considerará, entre otras: la descripción y los deberes del puesto, el término de tiempo que se utiliza en desempeñar las funciones y las consecuencias de no requerirle al incúmbete del puesto que desempeñe dichas funciones.
- 2.7 **Limitación Sustancial en las Principales Actividades del Trabajo** - Significará el grado de dificultad para realizar una función de trabajo comparado con un empleado promedio de igual destreza y habilidad.
- 2.8 **Persona con Impedimentos** - Significará toda persona con un impedimento de naturaleza motora, mental o sensorial, que le obstaculice o limite sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; que tiene historial de un impedimento o es considerada una persona con tal impedimento.
- 2.9 **Persona con Impedimento Cualificada** - Es aquella persona con impedimento que está capacitada para realizar las funciones esenciales de ese empleo con o sin acomodo razonable.
- 2.10 **Procurador** - Significará el director o primer oficial ejecutivo de la Oficina del Procurador de la Salud.
- 2.11 **Veterano Incapacitado** - Persona con derecho a compensación por Incapacidad bajo las leyes administradas por la Administración Federal de Veteranos, con un 30 por ciento o más de incapacidad, o cuyo licenciamiento o separación del servicio militar activo fue por incapacidad relacionada con el servicio, y puede desempeñar las funciones esenciales de la plaza con o sin acomodo razonable.


ARTICULO 3: PROCEDIMIENTO

- 3.1 Este procedimiento se utilizará con los aspirantes a empleo y con los empleados de la Agencia.
- A. Toda persona con impedimento cualificada que entienda que su condición lo está afectando para realizar o desempeñar alguna de las funciones esenciales del puesto que ocupa, deberá notificar por escrito a su supervisor inmediato.

- B. Toda persona con impedimento cualificada deberá indicar cual o cuáles son los acomodos razonables que necesita, a los fines de poder ejercer las funciones esenciales del puesto.
1. Si la persona solicita un acomodo, pero no puede especificar la naturaleza del mismo, la agencia, en conjunto con el solicitante deberá coordinar la identificación del acomodo apropiado.
 2. La persona someterá toda la evidencia médica necesaria para establecer la necesidad y la duración de los acomodos razonables solicitados.
- C. Toda persona con impedimento cualificada someterá toda la evidencia médica necesaria para establecer las limitaciones relacionadas a su impedimento.
- D. El supervisor, dentro de los próximos 5 días laborables siguientes luego de completada la solicitud de acomodo, deberá enviar un informe, acompañado de la evidencia médica pertinente, a la Oficina de Capital Humano.
- E. La Oficina de Capital Humano, dentro de los siguientes 5 días laborables, contados a partir del recibo del informe del supervisor, deberá rendirle un informe al Procurador con su recomendación.
- F. De ser esas recomendaciones contrarias a lo solicitado por el empleado, se notificará su determinación por escrito, advirtiéndole al empleado su derecho a solicitar reconsideración. El empleado tendrá un término de 5 días laborables a partir de tal notificación para solicitar dicha reconsideración, la cual deberá presentarse ante la Procuraduría Auxiliar de Asuntos Legales (PAAL).
- G. La PAAL citará al empleado a una vista informal en el término de 5 días laborables contados a partir de la solicitud de reconsideración. Celebrada la vista, el Procurador Auxiliar de la PAAL o la persona que éste designe, rendirá un informe al Procurador el cual incluirá determinaciones de hechos y conclusiones de derecho, además de sus recomendaciones.
- H. El Procurador notificará su determinación al empleado, cualquiera que sea, advirtiéndole de su derecho a apelar ante la Comisión Apelativa del Sistema de Administración de Recursos Humanos del Servicio Público.
- I. Para efectos de este procedimiento no serán consideradas personas con impedimentos las siguientes:
1. Los homosexuales y bisexuales
 2. Los transexuales, pedófilos, exhibicionista, desórdenes de identidad sexual que no son producto de impedimentos físicos o cualquier otro desorden de la conducta sexual.
 3. Los apostadores compulsivos, cleptómanos y piromaniacos;
 4. Los adictos activos al uso de drogas ilegales, según se "definen en la ley de sustancias controladas federal.
 5. Los alcohólicos activos.

ARTICULO 4: RESPONSABILIDADES

- 4.1 Ejecutivos y Supervisores:** Serán responsables de velar por el fiel cumplimiento del procedimiento señalado en el artículo anterior.
- 4.2 Empleados o Aspirantes a Empleo:** Será responsabilidad de todo empleado o aspirante a empleo poner a la Agencia en condición de decidir si concede o no los beneficios de un acomodo razonable. Para ello el empleado o solicitante deberá proveer toda la información que sea requerida antes de que la Agencia tome una determinación en su caso.
- 4.3 Oficina de Recursos Humanos:** Será responsable de estudiar cada petición que le sea presentada, procesarla y tomar las determinaciones correspondientes, según se detalla a continuación:

- 
1. Evaluará la condición o impedimento del empleado.
 2. Evaluará las funciones del puesto con relación a la condición de salud del empleado.
 3. Identificará los acomodos potenciales en consulta con el solicitante del acomodo, y la efectividad de éstos, para que el solicitante pueda llevar a cabo las funciones esenciales del puesto. Tomará en consideración la preferencia de acomodo del solicitante y seleccionará el acomodo más apropiado para el empleado y la Agencia.
 4. Orientará a los solicitantes, mantendrá expedientes de todos los casos y dará seguimiento a los acomodos concedidos para asegurarse de su efectividad.
 5. Someterá al Procurador las recomendaciones sobre cada petición.
 6. Informará a los aspirantes a empleo la determinación sobre cada caso y la transacción de personal que se vaya a efectuar, si alguna.

ARTICULO 5: RESPONSABILIDADES

- 5.1** Se atenderán y dará prioridad a los casos tomando en consideración los siguientes criterios:
1. Gravedad demostrada en la condición de salud y las limitaciones del empleado para realizar las funciones esenciales del puesto que ocupa.
 2. Las características y necesidades individuales de cada caso en particular y la naturaleza del trabajo.
 3. El efecto económico que tendrá el acomodo razonable sobre la operación de la agencia.

ARTICULO 6: NORMAS GENERALES

- 6.1** Para la evaluación y tramitación de toda solicitud de acomodo razonable, será requisito completar previamente un expediente de cada caso. Ninguna solicitud se tomará en consideración hasta tanto se cuente con un expediente completo.

6.2 Será compulsorio, para la tramitación del acomodo razonable, el presentar en la Oficina de Capital Humano el formulario Solicitud para Acomodo Razonable, acompañado de una Certificación Médica.

1. Deberá proveer, una certificación médica clara y precisa sobre las limitaciones de su condición, ya sean de naturaleza ocupacional o no. Esto incluye, pero no se limita a, proveer la documentación correspondiente del Fondo del Seguro del Estado o la Comisión Industrial, según sea el caso.

6.3 Todo empleado o solicitante al firmar la solicitud para acomodo razonable, accederá a someterse a aquellas pruebas que resulten necesarias para la adecuada evaluación por parte de los facultativos que la Agencia contrate o refiera, para obtener la información médica pertinente, tanto de médicos particulares como del Fondo del Seguro del Estado o la Comisión Industrial, según sea el caso.

6.4 La Agencia podrá, discrecionalmente, referir al empleado solicitante a una evaluación médica independiente cuando así lo estime pertinente. El facultativo médico determinará la gravedad de la condición de salud reclamada.

6.5 Los puestos de empleados que queden vacantes como resultado de un acomodo razonable, no serán cubiertos de forma permanente mientras el empleado se encuentre en el período probatorio del puesto al que fue cambiado.

6.6 Un empleado no podrá negarse a someterse a una evaluación médica con el facultativo que determine la Agencia. El así hacerlo se entenderá como que ha desistido de su interés en un acomodo razonable.

6.7 Los acomodos se concederán tomando en consideración las necesidades particulares de cada caso.

ARTICULO 7: SEPARABILIDAD

En caso de que un tribunal con jurisdicción competente declare inválido, nulo o ineficaz cualquier disposición de este procedimiento, las demás disposiciones seguirán rigiendo con toda su fuerza de ley.

ARTICULO 8: VIGENCIA

Esta Orden Administrativa para adoptar el Procedimiento para Solicitar y Conceder Acomodo Razonable tendrá vigencia inmediata.


Y PARA ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden Administrativa, hoy 9 de noviembre de 2011, en San Juan, Puerto Rico.



Carlos R. Mellado López, MD
Procurador de la Salud

FORMULARIOS

Los formularios provistos a continuación deberán ser completados en su totalidad y entregados a la Oficina de Capital Humano, estos son:

- 
1. AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA
 2. SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE
 3. MÉDICOS Y FUENTES DE TRATAMIENTO
 4. EVALUACIÓN MÉDICA
 5. PROCESO DE ACOMODO RAZONABLE (INFORME DEL SUPERVISOR)

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____ autorizo a _____ solicitar y obtener toda la información médica necesaria, tanto de médicos particulares como del Fondo del Seguro del Estado. La misma se utilizara para evaluar si la condición o impedimento cumple con los requerimientos de la "American With Disabilities Act" (Ley ADA), para un acomodo razonable.



Firma

Fecha

NOTA:

La información que se recopila en virtud de este proceso cumple con los requerimientos de la Ley HIPAA.

SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE

Nombre:	Fecha de radicación:
Puesto que ocupa:	Últimos cuatro números de Seguro Social:
Lugar de Trabajo:	Supervisor Inmediato:
Dirección Residencial:	
Teléfonos:	
Número de caso en la Corporación del Fondo de Seguro del Estado (si aplica) :	
Funciones esenciales del puesto:	
Funciones marginales:	
Indique como la condición médica o impedimento afecta el desempeño de la funciones esenciales de su puesto:	
Detalle las funciones del puesto que están afectadas o que no puede realizar debido a su impedimento:	
¿Qué acomodo solicita usted para poder desempeñar las funciones esenciales efectivamente?	

Si el acomodo anterior no fuera posible, indique que otra alternativa de acomodo es aceptable:

¿Se ha beneficiado de un acomodo razonable previamente: Si () No () Explique:

¿Por qué condición médica si no es la que se alega se le concedió un acomodo?

Alguna información adicional relevante a su petición.
(Puede utilizar un pliego de papel adicional si fuera necesario).



Firma del Empleado

Fecha

Nota al solicitante:

Usted debe ser capaz de desempeñar las tareas esenciales de su puesto con o sin acomodo. Es su responsabilidad documentar su solicitud acompañándola de información médica. Cualquier información médica que suministre en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y otras fuentes de tratamiento documentan su petición y se consideran recomendaciones. Es necesario que un especialista en el área establezca las limitaciones funcionales. Para cumplir con lo estipulado por la ley puede ser necesario requerirle que se someta a una evaluación médica.

Recibido por: _____
Firma

Fecha

Esta información es confidencial y cubierta por la Ley HIPAA

MEDICOS Y FUENTES DE TRATAMIENTO

	Fecha
Re: Acomodo Razonable: (Nombre)	Día/Mes/Año

Con el propósito de cumplir con las disposiciones reglamentarias de la "American with Disabilities Act: (Ley Pública Núm. 101-336 del 26 de julio de 1990, (ADA), hemos diseñado un formulario para obtener Información médica que documente las condiciones, impedimentos físicos o metales que afectan las actividades laborales de su paciente.

La información ofrecida será utilizada para fines de determinar si la condición o impedimento del empleado cumple con los requerimientos de la citada Ley para un "Acomodo Razonable". En el proceso de calificar al empleado, necesitamos documentar una condición severa y permanente que afecte las funciones esenciales de vida. La información obtenida se incorporará a cualquier otra recomendación médica que nos permita hacer ajustes adecuados al escenario de trabajo del empleado (a).

INSTRUCCIONES:

1. Consideré el historial médico, la cronología de los hallazgos y la duración o permanencia de cualquier limitación física y mental para desempeñar las funciones esenciales de su trabajo.
2. Marcar el encasillado más adecuado.
3. Responder a las preguntas relacionadas con la habilidad del empleado para ejercer los mismos.
4. Identificar los hallazgos médicos particulares que justifican la condición de cualquier limitación
Ejemplo: Los hallazgos de exámenes físicos, radiografías, resultados de laboratorios, historial de síntomas, etc.
5. Contestar las preguntas en palabras sencillas y en español dentro de lo que sea posible.
6. Si necesita información adicional o discutir cualquier situación en beneficio de su cliente, puede llamar al (787) 977-0909.

El empleado debe ser informado de todas las gestiones realizadas en su petición. Para información adicional puede comunicarse a la siguiente dirección:

**OFICINA DEL PROCURADOR DE LA SALUD
PO BOX 11247
San Juan, PR 00910-2347**

NOTA : La información que se recopila en virtud de este proceso cumple con los requerimientos de la Ley HIPAA.

EVALUACIÓN MÉDICA

Nombre:	
Síntomas o Queja principal:	
¿El empleado ha estado bajo cuidado médico?	
Desde:	Hasta:
Diagnóstico:	
La condición se considera: () Temporera () Permanente	
Si es temporera, estime el tiempo:	
<p>ES IMPORTANTE QUE SEA PRECISO IDENTIFICAR LOS HALLAZGOS MEDICOS EN AQUELLAS AREAS QUE REDUCEN LA CAPACIDAD FÍSICA DEL EMPLEADO PARA REALIZAR LAS FUNCIONES DEL PUESTO.</p>	
¿La actividad de "levantar o cargar" está afectada por alguna condición o impedimento?	
SI () No () No Aplica ()	
De contestar SI ¿Cuántas libras puede el empleado levantar o cargar? _____ libras.	
¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?	
¿La actividad de "pararse o caminar" está afectada por la condición o impedimento?	
Si () No ()	
De contestar SI ¿Cuántas horas al día laborable de siete y media hora (7 1/2) puede caminar o estar parado?	
Total _____ horas	Sin interrupción _____

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Se afecta el estar "sentado" por la condición o impedimento? Si () No ()

De contestar **SI** ¿Cuántas horas al día laborable de siete y media hora (7 1/2) puede caminar o estar sentado?

Total _____ horas Sin interrupción _____

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Con qué frecuencia puede el empleado realizar las siguientes actividades?

ACTIVIDAD	FRECUENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
Trepar, subir, encaramar			
Balance, equilibrio (hacer)			
Doblarse, inclinarse			
Agacharse			
Arrodillarse			
Arrastrarse			

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Están afectadas las siguientes actividades por la condición o impedimento?

ACTIVIDAD	SI	NO
Alcanzar		
Palpar		
Empujar		
Hablar		
Destrezas manuales		
Ver		
Leer		
Escuchar		
Respirar		
Cuidado personal		

¿Cómo están afectadas las actividades identificadas **SI** con las tareas que realiza el empleado?

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

RESTRICCIONES AMBIENTALES	SI	NO
Alturas		
Mover maquinaria		
Temperaturas extremas		
Químicos		
Polvo		
Ruido		
Humo		
Humedad		
Vibración		
Otros (especifique)		

¿Cuáles de las siguientes restricciones son causadas por la condición o impedimento emocional?
Si aplica:

RESTRICCIONES AMBIENTALES	SI	NO
Capacidad para sostener la concentración en un ambiente de trabajo		
Capacidad para tolerar condiciones estrésicas o presión excesiva		
Habilidad para adquirir o aplicar conocimiento		
Capacidad para tomar decisiones		
Habilidad para seguir instrucciones		
Habilidad para relacionarse con compañeros y superiores		
Aceptación de supervisión		

¿Cómo afectan las restricciones identificadas **SI** las tareas que realiza el empleado?

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

Si el empleado necesita algún equipo asistivo, por favor incluya especificaciones:

Otra información que permita hacer las decisiones sobre el acomodo la más adecuada.

9

Nombre del Médico:	
Especialidad:	
Dirección Postal:	
Teléfono:	
Fax:	
Firma:	
Lic. #	

El empleado debe ser informado de todas las gestiones realizadas en su petición. Para información adicional puede comunicarse a la siguiente dirección:

OFICINA DEL PROCURADOR DE LA SALUD
 PO BOX 11247
 SAN JUAN, P.R. 00910-2347
 Tel-787-977-0909
 Fax-787-977-0915

PROCESO DE ACOMODO RAZONABLE INFORME DEL SUPERVISOR

Nombre del Empleado que solicita el acomodo:	
Últimos cuatro dígitos del Seguro Social:	
Años en el puesto:	
Supervisor inmediato:	
Tiempo supervisando al empleado:	
Dirección del centro de trabajo:	
Teléfono:	Fax:
¿Cuáles son las funciones esenciales que establece la descripción de puesto del empleado? 	
Si el empleado no está desempeñando las tareas que establece su descripción de puesto, indique cuales está desempeñando: 	
¿Cuáles de estas funciones esenciales están limitadas por su impedimento? 	
¿Fue el acomodo solicitado voluntariamente por el empleado? SI () NO () Explique:	



El acomodo solicitado consiste en:

¿Puede el empleado con o sin el acomodo hacer sus funciones esenciales? SI () NO ()
Explique:

El acomodo solicitado fue otorgado: SI () NO ()

Si no se le otorgó, ¿qué acomodos o alternativas de acomodo se han ofrecido al empleado?

Tiene alguna recomendación que ayude al empleado en el proceso:

Si el acomodo solicitado por el empleado o cualquier otra alternativa no es posible, explique detalladamente la razón. (Puede utilizar pliegos de papel adicional si es necesario).

Nombre:
Firma:
Fecha:
Discutido con el empleado en:



Nota:

El proceso de acomodo razonable incluye información médica sobre limitaciones o impedimentos, debe manejarse en forma confidencial. La atención no adecuada y a tiempo de una petición de acomodo, conlleva penalidades, ya que está cubierto por la Ley Federal ADA. Esta información es confidencial cubierta por la Ley HIPAA.

El empleado debe ser informado de todas las gestiones realizadas en su petición. Para información adicional puede comunicarse a la siguiente dirección:

OFICINA DEL PROCURADOR DE LA SALUD
PO BOX 11247
SAN JUAN, P.R. 00910-2347
Tel-787-977-0909
Fax-787-977-0915