

INFORME UAI SRT N°37/16

"SUPERVISION DE LA COMISION MEDICA PERIFERICA DE LA PLATA"

1 – OBJETO

Verificar las condiciones de funcionamiento y la confiabilidad y suficiencia del respaldo documental de la información tramitada en la Comisión Médica Jurisdiccional CM 011 de la Ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

2 – ANTECEDENTES

Normativos

- Ley 24.241
- Ley 24.557
- Ley 26.425
- Decreto 717/96
- Decreto 2104/08
- Decreto 2105/08
- Decreto 1475/15
- Resolución SRT N°460/08 (vigente hasta el 01/03/15)
- Resolución SRT N°308/09
- Resolución SRT N°1181/10
- Resolución SRT N°1068/11(vigente hasta el 01/03/15)
- Resolución SRT N°577/12
- Resolución SRT N°3085/14
- Resolución SRT N°179/15
- Instrucción SAFJP N°37/01
- Ley 19.587
- Decreto 1338/96
- Resolución SRT N° 463/09

Documentales

- Expedientes laborales y previsionales tramitados en sede de la CM 011.

Registrales

- Sistema de Seguimiento de Trámites Médicos (SSTM) en Lotus Notes
- Sistema de Gestión de Comisiones Médicas.

3 – ALCANCE

La tarea, tuvo lugar entre el 12/12/2016 y el 14/12/2016 y se llevó a cabo de conformidad con las normas de Auditoría Gubernamental, comprendiendo el ejercicio de las competencias de la Subgerencia en la supervisión de Comisiones Médicas entre el 01/01/2015 y el 15/12/2016. Los procedimientos desarrollados

consistieron, básicamente en entrevistas, análisis normativo, relevamiento de circuitos y revisión documental.

La labor no incluye la revisión de cuestiones estrictamente médicas vinculadas a la evaluación de los casos traídos a consideración de la Comisión y la emisión de los correspondientes dictámenes.

4 – MARCO DE REFERENCIA

Las Comisiones Médicas (CM) fueron creadas por la Ley 24.241, dependiendo de la Superintendencia de AFJP (SAFJP). Su función fue, inicialmente, determinar la disminución de la capacidad laboral de los afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP).

La determinación de la incapacidad laboral de los afiliados al SIJP, es establecida por la CM interviniente, mediante un dictamen técnicamente fundado de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Ley y con la aplicación de los contenidos de las Normas de Evaluación, Calificación y Cuantificación de Invalidez (Baremo).

Con la sanción de la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo, se incorporó la determinación de incapacidades derivadas de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Estas Comisiones son las encargadas de establecer la naturaleza laboral de un accidente o profesional de una enfermedad, el carácter y grado de incapacidad y el contenido y alcance de las prestaciones en especie.

Los dictámenes emitidos por las Comisiones Médicas son recurribles ante la Comisión Médica Central (CMC) y los dictámenes de esta última son apelables ante la Cámara Federal de la Seguridad Social.

A partir de 09/12/2008, con la creación del Sistema Integrado Previsional Argentino mediante la ley N° 26.425, el personal médico y administrativo de las CM fue transferido a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

El Decreto Reglamentario N° 2104/08 facultó a este Organismo para dictar las normas aclaratorias y completarias para la implementación de la citada Ley, y el N° 2105/08 le transfirió todas las competencias en materia de Comisiones Médicas de la SAFJP que no hayan sido derogadas por la misma que reglamenta.

Por Resolución SRT N°308/09 se estableció que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) ejerce las competencias que SAFJP tenía asignadas en cuanto al funcionamiento de las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central creadas por la Ley N° 24.241, de la misma forma y con las mismas modalidades establecidas por los reglamentos con los que se regía la SAFJP en lo atinente a la designación y relaciones con el personal, compras y contrataciones y su financiamiento.

El Decreto 717/96, en su artículo 10°, establece los supuestos en que procede la intervención de las CM. En su apartado 3) precisa que esta intervención puede ser sustituida en los casos en que deba determinarse el carácter definitivo de una

Incapacidad Laboral Parcial (ILP) ante la autoridad laboral habilitada a tal fin por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, cuando haya acuerdo entre las partes sobre dicho carácter y el grado de incapacidad que afecta al trabajador.

La Resolución N°3117/14 aprobó la estructura organizativa vigente hasta enero 2016 donde se describe que la Subgerencia de Gestión de Comisiones Médicas (SGCM) depende de la Gerencia Médica (GM) y las acciones vinculadas con el objeto del presente trabajo son:

1. Elaborar las acciones que permitan asegurar el funcionamiento y administración de las Comisiones Médicas y Oficinas descentralizadas, atendiendo a los recursos materiales, humanos y disponibilidad de agenda.
2. Fiscalizar el funcionamiento de las Comisiones Médicas y Oficinas descentralizadas, realizando el control de los dictámenes, homologaciones y conclusiones médicas.
3. Realizar las auditorías concurrentes necesarias.
4. Proponer la adopción de medidas operativas preventivas y regularizadoras ante fallas o incumplimientos detectados en el control de los aspectos de su competencia.

A partir del 07/01/2016 mediante la Resolución N°01/16 entró en vigencia la nueva estructura orgánico funcional de la SRT en la cual se aprobaron las responsabilidades y acciones de la Subgerencia de Comisiones Médicas (SCM) dependiente de la Gerencia de Administración de Comisiones Médicas (GACM). Entre sus acciones se registran:

1. Fiscalizar el funcionamiento de las Comisiones Médicas y Oficinas descentralizadas, realizando el control de los dictámenes, homologaciones y conclusiones médicas.
2. Realizar las auditorías concurrentes necesarias.

Asimismo, el Departamento de Gestión de Calidad de las Comisiones Médicas (DGCCM) que también figura bajo la GACM expone las siguientes acciones:

1. Realizar los análisis, inspecciones, verificaciones y pruebas que se consideren necesarios para el seguimiento y control del ciclo administrativo de los Expedientes relacionados con los dictámenes y conclusiones médicas, verificando la calidad de los mismos y el cumplimiento de la normativa vigente.
2. Controlar el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de la Comisiones Médicas.
3. Evaluar los tiempos de resolución de las Comisiones Médicas.
4. Proponer la adopción de medidas operativas preventivas y regularizadoras ante fallas o incumplimientos detectados en el control de los aspectos de su competencia.

Por su parte, a partir del 22/11/2014 la Resolución N°3085/14 transformó a las Oficinas de Homologación y Visado (OHV), creadas por Res. Conjunta N°58 de la SRT y ex SAFJP N°190, en Comisiones Médicas. Es por ello que se transfirió el personal administrativo, médicos co-titulares y médicos auxiliares de las OHV a las respectivas CM.

Por Resolución N°179/15 se aprobó el procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central para aquellos supuestos en que la presentación realizada fuera por los motivos de: "Silencio de la ART/EA", "Divergencia en las Prestaciones", "Divergencia en el alta médica", "Reingreso a tratamiento", "Divergencia en la determinación de la incapacidad", "Divergencia en la transitoriedad", "Rechazo de la denuncia de la contingencia", "Determinación de la incapacidad laboral", "Rechazo de la enfermedad no listada" y "Abandono de tratamiento art 20 Ley 24.557".

Esta normativa derogó las Res. SRT 45/97, 744/03, 460/08, 1556/09, 1314/10, 1068/11, 2222/14 y la Disposición de la Gerencia Médica 2/11 y entró en vigencia a partir del 06/04/2015, fecha en la cual se dio inicio al nuevo sistema de gestión de Comisiones Médicas, que reemplaza al recibido de la Ex SAFJP en Lotus Notes, utilizado por el Organismo hasta ese momento.

No obstante lo señalado, las órdenes de estudio emitidas a los damnificados, los dictámenes laborales y todos los expedientes previsionales iniciados en sede de CM continúan, a la fecha de la presente auditoría, siendo registrados en el aplicativo desarrollado en Lotus Notes antes mencionado.

5 – DESARROLLO DE LA TAREA

5.1. Dotación RRHH

La nómina de personal asignado a la CM se compone de cinco médicos titulares y ocho administrativos (uno de ellos además cumple funciones de responsable administrativo).

5.2. Caja Chica

A partir de abril de 2015 la caja chica pasó a ser de \$30.000, con reposición mensual para atender gastos menores, librería, servicio de emergencia, servicios de luz y agua, productos farmacéuticos y medicinales, mantenimiento y reparación de edificios.

La Gerencia de Administración y Finanzas (ex Gerencia de Operaciones) repone esta Caja conforme la rendición mensual que se va entregando conjuntamente con los comprobantes de gastos. Esta UAI procedió a verificar los comprobantes en su original y extractos bancarios de los períodos octubre, noviembre y diciembre. Cabe mencionar que desde el mes de abril se ha venido implementando para todas las rendiciones de las CM Jurisdiccionales la carga de datos en un aplicativo informático denominado "Caja Chica" donde además se adjunta en formato PDF

los comprobantes de gastos correspondientes a cada mes. Las conciliaciones de las mismas se resumen en el cuadro 5.2.a.

Concepto	Rendición		
	oct-16	nov-16	
	01/10 - 31/10	01/11 - 20/11	21/11 - 30/11
Saldos Iniciales			
Efectivo	4936,94	2385,89	1210,49
Cta Cte	11963,47	14745,85	11577,42
Total	16900,41	17131,74	12787,91
Transferencia SRT	13117,74	12886,41	17230,24
Gastos Rendidos	12886,41	17230,24	5048,25
Saldo final			
Efectivo	2385,89	1210,49	1210,49
Cta Cte	14745,85	11577,42	23759,41
Total	17131,74	12787,91	24969,90

Cuadro 5.2.a – Rendiciones Caja Chica CM La Plata

Posteriormente a la última rendición presentada en la SRT se verificaron los gastos hasta el 14/12/2016 por un total de \$891,94 en efectivo y \$24,20 en comisiones bancarias, pendientes para la próxima rendición. Se efectuaron transferencias desde la SRT por \$5.048,25, obteniendo un saldo final de \$318,55 en efectivo y \$28.783,46 en cuenta corriente.

Del arqueo de Caja efectuado no surgen observaciones que formular.

Asimismo, se solicitaron los autorizados a operar la cuenta del Banco de la Nación Argentina, Sucursal 2170 (La Plata), y se constató a cuatro (4) titulares habilitados.

Cabe señalar que uno de ellos según el sistema de personal Meta4 reporta al Departamento de Supervisión de Secretarios Técnicos Letrados, de la Gerencia de Asuntos Legales.

5.3. Producción y productividad - CM

Se analizó la producción de la CM: En el período 2015, se reportaron 4.290 dictámenes laborales y 1.905 previsionales, mientras que el 2016 (01/01 al 14/12) 5.116 laborales y 1.965 previsionales.

Los ingresos de expedientes en 2015 registraron 5.380 casos laborales y 2.269 previsionales, mientras que en 2016 ascendieron a 6.114 y 1.764, respectivamente.

Todos los datos fueron extraídos de la base aMédica tabla sstm_dl, sstm_dp (dictámenes laborales y previsionales), sstm_el y sstm_ep (expedientes laborales y previsionales).

La productividad por médico, tomada como dictámenes emitidos en cada año calendario sobre días hábiles trabajados se expone en los cuadros 5.3.a. y 5.3.b.

Médico	Dictámenes Laborales 2015	Dictámenes Previsionales 2015	Total	días hábiles trabajados	promedio de dictámenes x día hábil trabajado	Observaciones
1	531	103	634	187	3,4	
2	214	793	1007	205	4,9	
3	766	49	815	206	4,0	
4	199	29	228	77	3,0	vigente hasta el 30/04/15
5	24	7	31	107	0,3	Licencia por maternidad
6	402	230	632	219	2,9	
7	185	12	197	95	2,1	vigente desde 03/08/15
8	609	283	892	210	4,2	
9	601	203	804	187	4,3	
10	277	4	281	72	3,9	vigente hasta el 31/05/15
11	480	192	672	214	3,1	
S/d	2	0	2	-	-	
TOTAL	4290	1905	6195			

Cuadro 5.3.a – Productividad s/dictámenes año 2015
Elaboración UAI, Fuente: SSTM y Sistema Meta 4

Médico	Dictámenes Laborales 2016	Dictámenes Previsionales 2016	Total	días hábiles trabajados	promedio de dictámenes x día hábil trabajado	Observaciones
1	139	35	174	59	2,9	vigente hasta el 31/03/16
2	230	646	876	186	4,7	
3	748	94	842	204	4,1	
5	406	148	554	154	3,6	Excedencia maternidad
6	729	300	1029	207	5,0	
7	598	224	822	200	4,1	
8	750	223	973	203	4,8	
9	664	120	784	172	4,6	
11	852	175	1027	216	4,8	
TOTAL	5116	1965	7081			

Cuadro 5.3.b – Productividad s/dictámenes 2016
Elaboración UAI, Fuente: SSTM y Sistema Meta 4

La producción promedio en 2015 fue de 25,6 dictámenes por día hábil pasando a 38,5 en 2016.

La productividad promedio pasó de 2,8 a 3,6 dictámenes/profesional/día.

El análisis individual de los médicos que prestaron servicios en la CM de La Plata en ambos períodos, indica que en casi su totalidad mantuvieron su nivel de productividad.

La productividad individual para el año 2015 resultó dispar entre los profesionales dictaminantes. Esta situación no estaría vinculada a la incorporación de profesionales, dado que sólo uno de ellos fue dado de alta en agosto 2015 (y otro estuvo ausente con licencia, el resto ha desempeñado sus funciones en el período completo.

Los niveles que se registraron oscilan entre 2,9 y 4,9 dictamen por día hábil trabajado.

En el período 2016 esta situación no se reitera, dado que la productividad de los profesionales registró un rango entre 4,1 y 5 dictámenes por día hábil trabajado. Para estos valores se excluyeron los casos de la profesional que fue desafectada del Organismo a partir del mes de abril y de la que presentó excedencia por maternidad.

5.4. Plazos de citación y emisión del dictamen

5.4.1 Trámites Laborales

La normativa vigente establece un máximo de 14 días corridos como plazo para concretar la citación a primera revisión en los expedientes laborales.

Opinión del área auditada

En su respuesta a la versión preliminar de este informe, la GACM señala que este plazo sería incorrecto. La norma vigente no establece un plazo para citar a 1° audiencia de 14 días corridos. De hecho fue un tema muy discutido antes de que se apruebe la Res 179/15.

El Decreto 717/96 en su artículo 13 determinaba: "Recibida la solicitud de intervención, la Comisión Médica fijará una audiencia dentro de los DIEZ (10) días siguientes, notificando fehacientemente a las partes interesadas con TRES (3) días de antelación el lugar, día y hora para su realización.", pero luego el Decreto 1475/15 en su artículo 6 modificó el artículo 13 refiriendo: "Sustitúyese el artículo 13 del Decreto N° 717/96 por el siguiente: "ARTICULO 13.- Recibida la solicitud de intervención, las partes serán convocadas a una audiencia en la sede de la Comisión Médica para el examen médico." o sea, se sacó la cantidad de días.

Comentario UAI

Si bien el Decreto 1475/15, vigente a partir del 01/11/2015, ha suprimido fijar un plazo de citación a la audiencia médica, su precedente el Dto. 717/96 contrariamente referenciaba la importancia de una audiencia dentro de los 10 días. Dado que el mismo estuvo vigente gran parte del período objeto de auditoría, esta UAI lo considera válido como normativa de aplicación para el año 2015.

A su vez, en la Carta Compromiso con el Ciudadano 2008, suscripta por la ex SAFJP, se estableció que el turno asignado para los trámites laborales a la Audiencia y/o Examen Médico, no debe exceder de diez (10) días hábiles de recibida la Solicitud de Intervención en la CM, y sumado a que la misma continúa vigente hasta la fecha, esta UAI ratifica los plazos mencionados.

En 2015 el plazo promedio para esos casos fue de 20 días corridos y el valor máximo de 202 días. Los que exceden los 14 días representan el 62,5% del total de citaciones cursadas en ese año.

En 2016 el plazo promedio fue de 17 días corridos y el máximo de 231 días. Los casos que exceden los 14 días representan el 63,2% del total de citaciones cursadas en 2016.

A su vez, excluyendo los trámites de demanda espontánea (divergencia en las prestaciones en especie y divergencia en el alta) el promedio en 2015 estuvo en 27 días y en 2016 en 24 días corridos.

El cuanto a los plazos desde la apertura del trámite hasta la emisión del dictamen, el art. 14 del Decreto 717/96 establecía que se deberá dictar resolución en un plazo que no excediera los 20 días o los 60 días para aquellos trámites donde se deba dictaminar el carácter definitivo de una incapacidad. Dicho artículo fue sustituido por el art. 7 del Decreto 1475/15 (vigente desde 01/11/2015) el que detalla: "...Cuando el motivo de la solicitud de intervención fuera la divergencia en el contenido y alcance de las prestaciones en especie o en el alta, previo a la sustanciación del trámite, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo dispondrá la derivación del trabajador a un médico del citado organismo para que lo examine y evalúe el resultado del tratamiento brindado y la razonabilidad de la pretensión. La Superintendencia de Riesgos del Trabajo realizará las diligencias que fueran necesarias a los efectos de resolver la divergencia con la Aseguradora. En caso de no resolverse, la Comisión Médica sustanciará el trámite médico dentro de los cinco (5) días."

A su vez en la Carta Compromiso con el Ciudadano 2008 se comprometió resolver la totalidad de las incapacidades laborales ingresadas en las Comisiones Médicas periféricas dentro de los 105 días corridos.

Considerando los 4.543 expedientes ingresados en 2015 que además fueron dictaminados, se obtuvo un promedio de 39 días corridos (29 días hábiles). El máximo registrado fue de 267 días y el total de casos que superaron los 105 días fueron 123 expedientes.

Si contemplamos los 1.423 ingresos por demanda espontánea que registraron un promedio de resolución de 6 días, y los excluimos de los restantes trámites en el panel general se obtiene un promedio de 53 días corridos (39 días hábiles) desde la fecha de ingreso hasta la emisión del dictamen.

Asimismo en el 2016, se registró un total de 4.616 expedientes ingresados y dictaminados, el promedio para la emisión de dictamen fue de 34 días corridos (25 días hábiles), con un máximo registrado de 213 días.

Continuando el mismo criterio, si analizamos los 1.678 casos de demanda espontánea que registraron un promedio de resolución de 6 días, y los excluimos

de los restantes trámites en el panel general se obtiene un promedio de 49 días corridos (36 días hábiles) desde la fecha de ingreso hasta la emisión del dictamen.

Por su parte, al segregar los diferentes motivos de trámite, considerando los expedientes ingresados en 2015 y 2016, se registraron promedios dispares que se exponen en el cuadro 5.4.1.a. y 5.4.1.b.

A su vez al comparar los resultados de ambos períodos se observa que en el 2016 se han mejorado los plazos en todos los tipos de trámites.

Motivo del trámite	promedio de días dictamen
ART. 20 abandono de Tratamiento	105
Determinación de la Incapacidad	57
Divergencia en el Alta	6
Divergencia en la Determinación de la Inca	54
Divergencia en las Prestaciones Especie	9
Re-Ingreso a Tratamiento	58
Rechazo Fundamentado en Plazo	63
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo	63
Rechazo por Enfermedad no Listada	53
Silencio de la Aseguradora	49

Cuadro 5.4.1.a. –Promedio de días de dictamen s/ exptes. Ingresados en 2015
Elaboración UAI, Fuente: aMedica

Motivo del trámite	promedio de días dictamen
ART. 20 abandono de Tratamiento	55
Determinación de la Incapacidad	50
Divergencia en el Alta	6
Divergencia en la Determinación de la Inca	51
Divergencia en la Transitoriedad	60
Divergencia en las Prestaciones Especie	4
Re-Ingreso a Tratamiento	37
Rechazo Fundamentado en Plazo	38
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo	55
Rechazo por Enfermedad no Listada	42
Silencio de la Aseguradora	46

Cuadro 5.4.1.b. –Promedio de días de dictamen s/ exptes. Ingresados en 2016
Elaboración UAI, Fuente: aMedica

5.4.2. Trámites Previsionales

Para los expedientes previsionales, la Instrucción SAFJP N°37/2001 fija un máximo de 13 días corridos para citar al afiliado. En el 2015 el promedio fue de 21 días corridos y el máximo registrado de 342 días, mientras que para el 2016 el promedio se redujo a 12 días y el valor máximo en 161 días. Los casos que superaron los 13 días normativos registraron un 73% sobre el total de citaciones 2015 y 27% sobre el total 2016, analizados los ingresos hasta el 14/12/2016.

Considerando el tipo de trámite, según los casos ingresados en 2015 y 2016 se computan los siguientes plazos promedio, en días corridos: por Art. 50 - Ley 24.241 de 25 y 18 días, Autónomos de 28 y 19 días, Ciegos - Ley 20.888 de 25 y 10 días, Derechohabientes de 18 y 11 días, Edad avanzada de 19 y 12 días, Minusválidos - Ley 20.475 de 22 y 11 días y Retiro por Invalidez de 18 y 11 días, respectivamente.

En cuanto a los plazos para la emisión del dictamen previsional la normativa indica un plazo de 57 días corridos si el afiliado es citado a segunda revisión o de 67 días si es recitado a segunda revisión o de 27 días en aquellos donde con los antecedentes aportados está en condiciones de dictaminar. La Carta Compromiso con el Ciudadano 2008 establece la resolución del 100% de los trámites previsionales en 76 días corridos. Recordemos que desde hace tiempo las CM optaron por medir su desempeño conforme lo establecido en la Carta Compromiso con el Ciudadano.

Analizados los expedientes ingresados en 2015 y dictaminados se verificó un promedio de 78 días corridos, y considerando los dictámenes realizados en 2015, independientemente de la fecha de ingreso del trámite, el promedio fue de 62 días corridos.

Por su parte, en 2016, se registró un indicador de 53 días corridos para todos los ingresados y dictaminados en ese período, mientras que aquellos dictaminados, independientemente de la fecha de ingreso del expediente, el promedio fue de 76 días corridos.

5.4.3. Stock de expedientes

El stock de expedientes al 26/12/2016, según los registros del Sistema SSTM, cuyo estado figura activo con plazo vencido (105 días para los laborales y 76 para los previsionales) era de 134 casos laborales y 101 casos previsionales.

Los expedientes laborales pendientes de resolución concentraron en los estados de citados a primera audiencia y revisados primera vez el 63% del stock total de casos (Cuadro 5.4.3.a).

El "Estado" del trámite para las consultas efectuadas por esta Unidad se toma de los registro del campo de ese nombre en la base aMedica la cual se completa y actualiza periódica y automáticamente nutriéndose de los datos que en el Nuevo Trámite Laboral se encuentran en las tablas "g-gestión trámites" y "g-gestión seguimientos".

Asimismo, analizados los motivos del trámite se desprende que aquellos relacionados a determinación de la incapacidad y divergencia en la determinación de la incapacidad agruparon el 87,3% del total.

Tanto los expedientes laborales como previsionales registraron en su stock el 4% de trámites iniciados en 2015 y el 96% restante correspondiente a 2016.

El análisis de los trámites previsionales según sus estados registraron sobre el total de casos en stock un 20% a Dictaminar, un 70% revisados primera vez y el 10% restante en los citados a segunda revisión, recitados a primera y revisados a segunda (Cuadro 5.4.3.b).

A su vez, los trámites iniciados por retiro por invalidez representan el 63% de los pendientes previsionales

Por otra parte, se verificaron 591 casos laborales y 258 previsionales con estado "Dictaminado", que se encontraban pendientes de notificación o pase a firme. A su vez dentro de este grupo se advirtió que 221 laborales y 138 previsionales fueron dictaminados con fecha anterior al 26/11/2016. Dado que estos casos se encuentran pendientes administrativamente de notificación o pase a firme se recomienda su celeridad, cuestiones necesarias para finalizar las actuaciones.

El volumen de expedientes denominados "flujo" que al 26/12/2016 se encontraban en trámite pero no presentaban plazo vencido, alcanzó un total 886 laborales y de 302 previsionales.

Considerando que la producción promedio del año 2016 es de 38,5 dictámenes por día hábil y que el total de casos pendientes como stock y flujo es de 1.423 expedientes se aproxima que se necesitaran alrededor de 37 días hábiles para finalizarlos en su totalidad.

Stock laboral por estado	Total de expedientes
Citado a 1 Revisación	63
Determinación de la Incapacidad	57
Divergencia en el Alta	1
Rechazo Fundamentado en Plazo	4
Re-Ingreso a Tratamiento	1
Re-Citado a 1 Revisación	13
Determinación de la Incapacidad	12
Rechazo Fundamentado en Plazo	1
Revisado 1 vez	57
ART. 20 abandono de Tratamiento	1
Determinación de la Incapacidad	34
Divergencia en el Alta	1
Divergencia en la Determinación de la Inca	14
Divergencia en las Prestaciones Especie	1
Rechazo Fundamentado en Plazo	1
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo	1
Rechazo por Enfermedad no Listada	1
Re-Ingreso a Tratamiento	3
Revisado 2 vez	1
ART. 20 abandono de Tratamiento	1
Total general	134

Cuadro 5.4.3.a. –Stock de exptes. Laborales por estado de trámite al 26/12/2016
Elaboración UAI, Fuente: aMedica - SSTM

Stock previsional por estado	Total de expedientes
A Dictaminar	20
Art. 50 - Ley 24.241	4
Autónomos	1
Retiro por Invalidez	15
Citado a 2 Revisación	3
Retiro por Invalidez	3
Re-Citado a 1 Revisación	4
Art. 50 - Ley 24.241	3
Derechohabientes	1
Revisado 1 vez	71
Art. 50 - Ley 24.241	23
Ciegos - Ley 20.888	2
Derechohabientes	1
Minusválidos - Ley 20.475	1
Retiro por Invalidez	44
Revisado 2 vez	3
Art. 50 - Ley 24.241	1
Retiro por Invalidez	2
Total general	101

Cuadro 5.4.3.b. –Stock de exptes. Previsionales por estado de trámite al 26/12/2016
Elaboración UAI, Fuente: aMedica - SSTM

5.5. Relevamiento de expedientes en sede de la CM

Esta UAI tomó una muestra de 36 expedientes distribuidos en 18 laborales y 18 previsionales, que se tramitan en expedientes digitales y documentales, respectivamente, a fin de evaluar aspectos formales, cumplimientos normativos, tiempos de resolución desde su fecha de ingreso hasta el efectivo dictamen.

Como es habitual, no se contempló evaluar aspectos médicos vertidos en los documentos que respaldan las conclusiones de los profesionales intervinientes por no formar parte del objeto del presente trabajo.

Los expedientes laborales y previsionales seleccionados han consistido en trámites relacionados a determinación de la incapacidad, divergencia en la determinación de la incapacidad, Art.20 apartado 2 Ley 24.557, reingreso a tratamiento, divergencia en el alta, divergencia en las prestaciones en especie, retiro por invalidez, derechohabiente, autónomos y art. 50 ley 24.241. Estos casos señalados registraban los siguientes estados: citado a primera revisión, re-citado a primera revisión, revisado primera vez, revisado segunda vez, citado a segunda revisión, a dictaminar, dictaminado y firme o archivado.

Entre los hallazgos de expedientes previsionales se verificó falta de constancia de turno asignada por la ANSES, la cual permite determinar con precisión la fecha de citación a primera audiencia (requisito necesario para establecer una eventual caducidad del trámite) o en su defecto constancia emitida por el sistema de agenda médica de la fecha cierta de audiencia, falta de constancias o acuse de recibo por parte del correo en el envío de dictámenes, lo cual impide determinar la finalización del trámite; demora en la citación a segunda audiencia; ordenes de estudio sin constancia de recepción; expedientes dictaminados con demora en la emisión del dictamen y de carga de firmes; insuficientes constancias de incomparecencia.

Por otro lado, de la revisión de los expedientes laborales se advirtió demora en la emisión del dictamen; cierre de actuaciones posteriores a requerimientos de nueva audiencia por parte de los damnificados; se verificaron trámites iniciados por la ART/EA, según corresponde por su motivo, en los que se produjeron reiteradas ausencias de los damnificados a las audiencias programadas sin que obren en el expediente las constancias de envío de citaciones por parte de la aseguradora. Sobre este punto en particular, cabe mencionar que la normativa establece que se deberá notificar fehacientemente al trabajador, sus derechohabientes y su representante, la fecha asignada para la celebración de la audiencia, dentro de los tres días contados desde la fecha en que fuera informada por la SRT. La ART/EA deberá realizar como mínimo dos intentos de notificación fehaciente al último domicilio denunciado en las actuaciones y al momento de la audiencia deberá acompañar los comprobantes acuses de recibo, los que serán incorporados a las actuaciones.

Opinión del área auditada

En su respuesta a la versión preliminar de este trabajo, la GACM señala que la ART es quien debe incorporar en el expediente las constancias de citación cursadas al damnificado, la que puede incorporarse durante la tramitación del mismo, a instancias del Back Office, o el día de la junta médica.

En los expedientes iniciados por Artículo 20 es donde se percibe el mayor porcentaje de constancias no incorporadas en el expediente, y si bien es un requisito que deben cumplimentar las aseguradoras según la norma vigente, ello no implica que dicha falta sea un perjuicio para el damnificado (pues en general los dictámenes que se resuelvan bajo este motivo, no habiéndose presentado las constancias referidas, tendrán una tendencia de resolución a favor de los damnificados).

Asimismo es importante mencionar que no se ha conformado dentro del circuito del trámite médico la existencia de una instancia de control sobre el punto mencionado que articule algún tipo de sanción sobre las aseguradoras.

Comentario UAI

La UAI entiende que cualquiera sea el motivo del trámite iniciado por la ART, está en cabeza de ésta notificar la citación al damnificado, tal como se especifica en el texto del apartado 13 del procedimiento normado por la Res. SRT 179/15.

Entre las constancias habidas en expedientes de trámites vistos por esta UAI no se advierte que se incluya la verificación de las constancias de notificación. En el texto antes transcrito se precisa que es en el momento de la audiencia en que la ART debe acompañar los acuses de recibo.

No obstante lo señalado, se estima razonable que la GACM y la GCP evalúen e implementen la oportunidad y el procedimiento más eficiente para el efectivo control del cumplimiento de la obligación a cargo de la aseguradora y eventualmente la evaluación de un proceso correctivo o sancionatorio.

Otro aspecto a señalar, particularmente en los trámites de "art.20 abandono de tratamiento", entendiendo a estos casos como aquellos donde las ART podrán suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las comisiones médicas, a percibir las prestaciones en especie de asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, y de rehabilitación; es aquel donde el sistema genera reiteradas audiencias médicas sin mediar justificación de ausencia por parte del damnificado.

Sobre este aspecto, la normativa señala que el trabajador que no se hubiera presentado a la audiencia, podrá justificar su inasistencia dentro del plazo de 10 días de la celebración de la misma. En dicha oportunidad deberá manifestar su intención de continuar con el trámite y solicitar la determinación de una nueva fecha para la celebración de la audiencia. Transcurrido dicho plazo sin haber justificado la ausencia, de declarará la Caducidad y el Archivo de las actuaciones. Pudiendo ser reactivado el trámite durante el plazo de 90 días corridos contados desde la Caducidad y Archivo del mismo.

Ante la incomparecencia injustificada del trabajador, su derechohabiente o su apoderado cuando el trámite hubiera sido iniciado por la ART/EA, la CM deberá resolver con las constancias obrantes en el expediente, siempre que sea medicamente posible. En caso contrario, deberá procederse al cierre de las actuaciones.

Los hallazgos mencionados sobre expedientes previsionales se estima que podrán ser subsanados con la implementación de la digitalización de los trámites de manera similar a lo acontecido con los casos laborales.

Con respecto a lo manifestado sobre expedientes laborales, si bien los trámites gestionados en dicha sede, en líneas generales, cumplen con lo establecido en la normativa, se recomienda verificar las cuestiones planteadas y su posible solución, con el objeto de ajustar el comportamiento de estos casos.

5.6. Archivo de Expedientes - CM

El procedimiento de archivo de los expedientes que ya fueron tramitados en la CM y son enviados a la empresa contratada para la guarda definitiva "ADEA" ha sido modificado y su responsabilidad a partir de noviembre 2016 está a cargo del Departamento de Secretaría General (DSG).

En anteriores oportunidades esta Unidad ha señalado la conveniencia de implementar un aplicativo que permita identificar en detalle el total de expedientes remitidos a la empresa ADEA de todas las CM del país y gestionar su administración y guarda mediante un sistema similar al utilizado con los expedientes SRT documentales.

A partir de la modificación señalada se ha podido unificar los criterios utilizados hasta ese momento por cada una de las CM en materia de archivo externo de expedientes previsionales, que a la fecha continúan en formato documental.

Asimismo, se verificó el archivo transitorio de esta sede ubicado en el 1º piso, a partir de allí se efectuó un relevamiento de expedientes en trámite que resultó en: 56 casos para publicar en Boletín Oficial, 109 pendientes de firme, 107 a la espera del acuse de recibo del correo, 19 que fueron dictaminados pendientes de notificación, 7 apelados a la CMC, y 2 cajas con estudios pertenecientes a expedientes laborales. A su vez se constató la existencia de 58 casos de visados pendientes de cargar en el sistema de gestión DBSRT.

Por su parte, en el 2º piso se advirtió la existencia de 84 expedientes previsionales a la espera de estudios que se encuentran distribuidos por cada uno de los médicos responsables.

Cabe mencionar que todos los expedientes se encuentran identificados y ordenados en sus estanterías.

6 – CONCLUSION

Como resultado de la tarea realizada y atento las cuestiones que se exponen en el apartado 5 - Desarrollo de la Tarea del presente informe, se concluye un razonable

cumplimiento en los trámites gestionados en la sede de la CM de La Plata. Sin perjuicio de lo señalado, se advierte la existencia de oportunidades de mejora en lo que respecta a cuestiones de integración y gestión de los expedientes laborales y previsionales en la Comisión Médica.

7 – OPINION DEL AUDITADO

En su respuesta a la versión preliminar de este informe, mediante correo electrónico del 12/01/2017, la Gerencia de Administración de Comisiones Médicas expresó coincidir en general con los principales hallazgos realizados. Sus comentarios, en cuanto se ha estimado necesario, han sido incorporados en esta redacción definitiva.

Refiere además estar trabajando en mejoras en los procedimientos a fin de perfeccionar sus circuitos, los cuales se encuentran incluidos en el proceso de reingeniería de las CM.

Buenos Aires, enero de 2017