

UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA

INFORME UAI SRT N° 037/2017

“Comisión Médica Viedma”



Superintendencia de
Riesgos del Trabajo

Diciembre 2017

**INFORME UAI SRT N° 37/17
RESUMEN EJECUTIVO**

"COMISION MEDICA VIEDMA"

OBJETO

Verificar las condiciones de funcionamiento y la confiabilidad y suficiencia del respaldo documental de la información tramitada en la Comisión Médica Jurisdiccional CM 018 de la Ciudad de Viedma.

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 Viedma. 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 tramitados en dicha sede.

A continuación se sintetizan los hallazgos correspondientes al presente trabajo:

- Existencia de un único prestador, situación que fuera advertida en el Informe UAI SRT N°30/16, por lo tanto se reiteró la recomendación de asegurar una inmediata y amplia incorporación de proveedores que puedan suministrar las distintas prácticas diagnósticas necesarias. En dicha oportunidad la GACM informó que, se encuentra previsto abrir el Registro a la brevedad, a través de un proceso de licitación pública.
- La productividad promedio es consistente con el flujo de expedientes tramitados, en función de la dotación total de profesionales médicos de la CM.
- Se han cumplido los plazos de citación y emisión del dictamen tanto de trámites laborales como previsionales.
- Sobre la muestra de expedientes previsionales, se advierte la existencia de errores formales y deficiencias en la integración documental, dicha situación ha sido reiteradamente observada en informes de esta Unidad (UAI N° 36/10, 05/13, 07/14, 36/14, 22/15, 30/15, 30/16, 24/17 y 31/17) y se estima que quedarán regularizadas con la digitalización de este tipo de expedientes.
- De la revisión de los expedientes laborales se advirtieron casos en los cuales no consta la acreditación de la matrícula profesional del patrocinante, contrariando lo instruido al respecto por el Departamento de Apoyo Administrativo de CM, como otros casos con ausencias de los damnificados a la audiencia de citación programadas, incluso ante

reiteradas citaciones, sin que obren en el expediente las constancias de envío de citaciones por parte de ART.

- Adicionalmente se efectuó un relevamiento de las CyMAT las que esta Unidad estima razonables. En el apartado 5.7. del cuerpo principal del informe se detallan las cuestiones pendientes de mejora.

OPINION DEL AREA AUDITADA

La versión preliminar de este trabajo fue puesta a consideración de la Gerencia de Administración de Comisiones Médicas y, el extracto pertinente, de la Gerencia de Administración y Finanzas. Sus comentarios se han tenido en cuenta en esta redacción definitiva.

Buenos Aires, diciembre de 2017

INFORME UAI SRT N°37/17

"SUPERVISION DE LA COMISION MEDICA PERIFERICA DE VIEDMA"

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 018 de la Ciudad de Viedma.

2 – ANTECEDENTES

Normativos

- Leyes Nros. 24.241; 24.557; 26.425; 27.348.
- Decretos Nros. 717/96; 2104/08; 2105/08; 1475/15
- Resoluciones SRT Nros. 460/08; 308/09; 1181/10; 1068/11; 577/12; 3085/14; 179/15; 298/17
- 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 018.

Registrales

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

3 – ALCANCE

La tarea, tuvo lugar entre el 19/10/2017 y el 30/11/2017, visitando la sede de la Comisión Médica entre los días 21/11/2017 y el 24/11/2017. 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 15/10/2017.

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 N° 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. El Decreto 717/96, en su artículo 10° (sustituido por el art. 3° del Decreto 1475/15), establece los supuestos en que procede la intervención de las CM.

En materia previsional, los dictámenes emitidos por las Comisiones Médicas son recurribles ante la Comisión Médica Central (CMC) y los de esta última lo son ante la Cámara Federal de la Seguridad Social.

La ley N° 24.557 contenía similar vía para los dictámenes vinculados con el régimen de riesgos del trabajo, ya que los damnificados del interior del país tenían la posibilidad también de elegir recurrir un dictamen de la CMJ ante la justicia federal. A partir de la vigencia de la Ley N° 27.348 estos dictámenes, emitidos por las CM, pueden ser apelados ante la CMC o ante la justicia laboral que corresponde a la jurisdicción donde han tramitado. Dicho fuero es también competente para resolver los recursos que se planteen sobre los dictámenes de la CMC.

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.

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.

A continuación se resumen las acciones de las unidades organizativas vinculadas con el objeto del presente trabajo, según las distintas estructuras vigentes en el período en análisis.

La Resolución N° 3117/14, que aplicó hasta enero 2016, contempló para la Subgerencia de Gestión de Comisiones Médicas (SGCM) dependiente de la Gerencia Médica (GM):

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.

En el lapso enero/16 a julio/17, la Resolución N° 01/16 asignó a Subgerencia de Comisiones Médicas (SCM) dependiente de la Gerencia de Administración de Comisiones Médicas (GACM):

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.

Y al Departamento de Gestión de Calidad de las Comisiones Médicas (DGCCM), también dependiente de la GACM:

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.

Desde el 03/07/2017, por Resolución SRT N° 712/17, en el ámbito de la GACM, corresponde a la Subgerencia Administrativa y Técnica (SAT) donde se detallan las siguientes acciones:

1. Asistir en la gestión administrativa y documental de la Gerencia, en el adecuado suministro, mantenimiento y conservación de los bienes asignados a las Comisiones Médicas, Comisión Médica Central y Oficinas Descentralizadas, así como también en los asuntos inherentes al personal que de ella depende.
2. Concentrar la información estadística referida a las Comisiones Médicas.
3. Emitir proyectos de Dictámenes Acusatorios Circunstanciados que correspondan ante incumplimientos normativos de las ARTIEA en el inicio de trámites ante las Comisiones Médicas.

De dicha Subgerencia depende el Departamento de Apoyo Administrativo de Comisiones Médicas, área competente para:

1. Asistir en la supervisión del funcionamiento administrativo de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, Comisión Médica Central y Oficinas descentralizadas.
2. Evaluar las necesidades de recursos materiales de las Comisiones Médicas.
3. Concentrar la información estadística referida a las Comisiones Médicas.
4. Supervisar la administración del personal correspondiente a las Comisiones Médicas.
5. Realizar la gestión y control del cumplimiento normativo por parte de las ART/EA de los trámites iniciados ante Comisiones Médicas y los derivados de las mismas, según la normativa vigente dentro de sus competencias.
6. Proponer la adopción de medidas preventivas y regularizadoras ante incumplimientos o fallas detectadas en el control de los aspectos de su competencia.
7. Elaborar y administrar la información necesaria para la gestión del área.

Por Resolución N° 179/15, se aprobó el procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las CM y la CMC 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 norma derogó las Resoluciones 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 que ingresó en producción el 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.

La Ley N° 27.348, con vigencia a partir del 05/03/2017, sus cuatro primeros artículos conforman su Título I.

En el artículo 1º dispone que la actuación de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales creadas por el artículo 51 de la ley 24.241 y sus modificatorias, constituya la instancia administrativa previa, de carácter obligatorio y excluyente de toda otra intervención, para que el trabajador afectado, contando con el debido patrocinio letrado, solicite la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo. Una vez agotada esta instancia las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El artículo 2º fija pautas para la revisión de las decisiones de las CM y de la CMC y en el 3º crea el Servicio de Homologación y establece pautas relativas al procedimiento ante CM.

Por el artículo 4º se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de su Título I. Tal adhesión implica la delegación expresa a la jurisdicción administrativa nacional de la totalidad de las competencias necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 1º, 2º y 3º y en el apartado 1 del artículo 46 de la ley 24.557 y sus modificatorias..

La Resolución SRT N°298/17, publicada el 24/02/2017, establece los requisitos necesarios para iniciar los trámites de rechazo de la denuncia, divergencia en la determinación de la incapacidad y el procedimiento ante el servicio de homologación posterior al decisorio de las CM.

El 29-11-17, la Legislatura de la provincia de Río Negro aprobó por mayoría la adhesión a la nueva Ley.

Atento lo expuesto, los trámites ante la CM Viedma gestionados en el período comprendido en el alcance de este trabajo corresponde sean analizados conforme a modalidades vigentes, previo al dictado de la Ley N° 27.348.

5 – DESARROLLO DE LA TAREA

5.1. Dotación RRHH

La nómina de personal asignado a la CM se compone de cinco médicos titulares xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx un médico co-titular xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx y dos administrativos xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx este último además cumple funciones como responsable administrativo)

5.2. Caja Chica

La CM de Viedma posee una caja chica de \$30.000, con reposición mensual para atender gastos menores, librería, servicio de emergencia, servicios de luz, agua y gas, productos farmacéuticos y medicinales, mantenimiento y pago de prestadores externos.

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 julio, agosto y septiembre. Todas las rendiciones de las CM Jurisdiccionales se cargan 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			
	jul-17	ago-17	sep-17	oct-17
	01/07 - 31/07	01/08 - 31/08	01/09 - 30/09	01/10 - 31/10
Saldos Iniciales				
Efectivo	6472,07	8002,66	4563,21	3757,76
Cta Cte	4871,1	11843,18	20783,34	5741,04
Total	11343,17	19845,84	25346,55	9498,80
Transferencia SRT	18656,83	10154,16	4653,45	20501,20
Gastos Rendidos	10154,16	4653,45	20501,20	7865,05
Saldo final				
Efectivo	8002,66	4563,21	3757,76	6765,71
Cta Cte	11843,18	20783,34	5741,04	15369,24
Total	19845,84	25346,55	9498,80	22134,95

Cuadro 5.2.a – Rendiciones Caja Chica CM Viedma

Según los comprobantes de gastos cotejados hasta el 23/11/2017, por un total de \$9.995,90, y considerando las transferencias recibidas desde la SRT por \$7.865,05 se obtuvo un saldo final de \$2.110 en efectivo y \$17.894,29 en cuenta corriente.

Luego del arqueo practicado no surgen observaciones que formular como tampoco sobre los comprobantes de gastos originales de las últimas cuatro rendiciones presentadas.

Dentro del conjunto de facturas abonadas en los períodos señalados, se incluyen pagos a prestadores externos por un total de \$21.919 correspondientes a prácticas relacionadas a cardiología, psicodiagnóstico, interconsulta oftalmológica, radiografía de columna y de hombro, interconsulta psiquiátrica y electromiograma.

Se constató que la realización de dichos estos estudios contara con la autorización de la SCM.

Según consultas efectuada por esta Unidad en el sistema Lotus Notes, el único prestador vigente para esa Comisión Médica es "Casa de Jubilado Rionegrino" con prácticas asociadas en interconsulta cardiológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, atención no especificada en domicilio, ginecológica, clínica médica y odontología.

En oportunidad de emitir el Informe UAI SRT N° 30/16, referido a la CM 003-Posadas se recomendó arbitrar recaudos tendientes a asegurar una inmediata y amplia incorporación de proveedores que puedan suministrar las distintas prácticas diagnósticas necesarias en dicha Comisión.

En tal oportunidad, la GACM informó que, en el marco de las reformas integrales y estructurales que está desarrollando tenía previsto abrir el Registro a la brevedad, a través de un proceso de licitación pública.

En consecuencia se estima procedente remitirse a lo expuesto en el Informe mencionado.

A su vez se verificó la chequera en poder de la CM correspondiente a la Cuenta Corriente N° xxxxxxxxxxxxxxxx cuyos instrumentos de pago comprendidos entre el N°xxxxxxxxxxxxxx y N°xxxxxxxxxxxxxx, son utilizados para el pago de gastos comunes de dicha sede. Del movimiento cotejado, se registró que el último cheque utilizado fue el N°xxxxxxxxxxxxxx por un importe de \$3.595,80 el cual se encontraba confeccionado para abonar el servicio de luz, y se constató que el próximo disponible correspondía al N°xxxxxxxxxxxxxx.

Asimismo, la entidad bancaria registra como titulares habilitados a operar la cuenta del Banco de la Nación Argentina, Sucursal 3700 (Viedma) a xxxxxxxxxxxxxxxxx

5.3. Producción y productividad - CM

Con respecto a la producción de la CM, en el período 2015 se reportaron 1.003 dictámenes laborales y 222 previsionales, en el 2016 el total ascendió a 1.078 laborales y 207 previsionales, mientras que en el período 2017 (01/01 al 15/10), fueron de 550 y 166, respectivamente.

Los ingresos de expedientes registraron un total de 1.176 (2015), 1.101 (2016) y 580 (hasta 15/10/2017) casos laborales, mientras que los trámites previsionales arrojaron 266, 243 y 177 casos, respectivamente.

Los datos fueron extraídos de la base_unificada_CM_L (expedientes laborales) y base unificada_CM_P (expedientes previsionales) del Servidor SQL-Tableau, mientras que para los primeros meses de 2015 se consultó a la base aMedica dado que Tableau registra datos a partir de 09/04/15, fecha en la que se comenzó a gestionar los expedientes laborales en formato digital.

Dado que la GACM ha comenzado a utilizar, desde 2017, la Base de datos Tableau para emitir sus reportes de gestión, esta UAI ha optado por medir la gestión de las CMJ a través de sus tablas relacionadas.

Los cuadros insertos a continuación exponen la productividad por médico, tomada como dictámenes emitidos en cada año calendario sobre días hábiles trabajados.

Médico	Dictámenes Laborales 2015	Dictámenes Previsionales 2015	Total	días hábiles trabajados	promedio de dictámenes x día hábil trabajado	Observaciones
	187	44	231	205	1,1	
	159	42	201	217	0,9	
	170	39	209	219	1,0	
	185	41	226	204	1,1	
	145	29	174	188	0,9	
	157	27	184	190	1,0	
TOTAL	1003	222	1225			

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

Médico	Dictámenes Laborales 2016	Dictámenes Previsionales 2016	Total	días hábiles trabajados	promedio de dictámenes x día hábil trabajado	Observaciones
	194	34	228	198	1,2	
	192	40	232	211	1,1	
	181	37	218	183	1,2	
	178	30	208	183	1,1	
	174	38	212	187	1,1	
	159	28	187	172	1,1	
TOTAL	1078	207	1285			

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

Médico	Dictámenes Laborales 2017	Dictámenes Previsionales 2017	Total	días hábiles trabajados	promedio de dictámenes x día hábil trabajado	Observaciones
	110	19	129	136	0,9	Desvinculada desde 25/09/17
	107	27	134	160	0,8	
	93	43	136	155	0,9	
	91	31	122	162	0,8	
	89	29	118	168	0,7	
	60	17	77	143	0,5	
TOTAL	550	166	716			

Cuadro 5.3.c – Productividad s/dictámenes 2017 (hasta 15/10)
Elaboración UAI, Fuente: Tableau y Sistema Meta 4

La producción promedio en 2015 fue de 5 dictámenes por día hábil pasando a 5,2 en 2016 y 3,6 en 2017.

La productividad promedio registró 0,8 (2015), 0,9 (2016) y 0,6 (2017) dictámenes/profesional/día.

Teniendo en consideración que no se registran stocks acumulados (ver apartado 5.4.3) se estima que la productividad es consistente con el flujo de expedientes tramitados, en función de la dotación total de profesionales médicos de la CM (5)

5.4. Plazos de citación y emisión del dictamen

5.4.1 Trámites Laborales

Tal lo mencionado en el Marco de Referencia, para el análisis de la gestión de los expedientes tramitados en la CM018 en el periodo auditado deben seguirse los lineamientos establecidos en la Resolución N°179/15, vigente a partir del 01/03/15.

Atento que en ella no se definen los plazos para la audiencia, se han tenido en consideración los estándares fijados en la Carta Compromiso con el Ciudadano 2008, suscripta por la ex SAFJP y que, a la fecha del presente informe, aún no fueron modificados o reemplazados.

En dicha Carta se estableció que el turno asignado la Audiencia y/o Examen Médico, no debe exceder de diez (10) días hábiles de recibida la Solicitud de Intervención en la CM, para los trámites laborales.

En 2015 el plazo promedio para esos casos fue de 13 días corridos, contados desde la fecha de ingreso en CMJ y de 17 días corridos desde la fecha de caratulación del expediente o inicio de trámite.

El valor máximo registrado fue de 196 días corridos y en 594 casos se excedieron los días establecidos en la normativa, los cuales representan el 62% del total de citaciones cursadas en ese año.

En 2016 el plazo promedio medido entre las fechas de ingreso de CMJ y de audiencia mantuvo el indicador del período anterior en 13 días corridos, mientras

que el plazo entre la fecha de caratulación y la misma citación de audiencia, fue de 15 días corridos.

El valor máximo registrado fue de 167 días y los casos que exceden los 10 días hábiles representan el 61% del total de citaciones cursadas para ese período.

La medición de los plazos de 2017 (01/01-15/10) registró 15 días corridos desde la fecha de ingreso en CMJ y de 19 días corridos medidos desde la fecha de inicio de trámite. El valor máximo fue de 31 días corridos y el porcentaje de casos que superaron los estándares normativos fue de 61%.

El cuanto a los plazos desde la apertura del trámite hasta la emisión del dictamen, el art. 14 del Decreto 717/96 estableció que la resolución debía dictarse 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."

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

Para el período 2015, sobre un total de 1.079 casos ingresados y dictaminados, se obtuvo un promedio de 25 días corridos (19 días hábiles). El máximo registrado fue de 211 días y el total de casos que superaron los 105 días fueron 24 expedientes.

En 2016 se registró un total de 1.045 expedientes ingresados y dictaminados, el promedio para la emisión de dictamen fue de 24 días corridos (18 días hábiles), con un máximo registrado de 243 días.

Asimismo, el comportamiento de los 528 expedientes ingresados y dictaminados entre el 01/01/2017 y el 15/10/2017 promedió 26 días corridos (20 días hábiles), con un máximo de 139 días.

Por su parte, al segregar los diferentes motivos de trámite, considerando los expedientes ingresados en 2015, 2016 y 2017, se registraron promedios dispares que se exponen en el cuadro 5.4.1.a., 5.4.1.b. y 5.4.1.c

Motivo	Promedio de días dictamen
ART. 20 abandono de Tratamiento	61
Determinación de la Incapacidad	28
Divergencia en el Alta	12
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	32
Divergencia en la Transitoriedad	20
Divergencia en las Prestaciones Especie	17
Empleador sin ART	84
Rechazo Fundamentado en Plazo	39
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo	29
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo RECONVERTIDO A RECHAZO FUNDAMENTADO EN PLAZO	27
Rechazo por Enfermedad no Listada	56
Re-Ingreso a Tratamiento	21
Silencio de la Aseguradora RECONVERTIDO A RECHAZO FUNDAMENTADO EN PLAZO	20

Cuadro 5.4.1.a. –Promedio de días de dictamen s/ expedientes ingresados en 2015
Elaboración UAI, Fuente: Tableau

Motivo	Promedio de días dictamen
ART. 20 abandono de Tratamiento	63
Determinación de la Incapacidad	27
Divergencia en el Alta	10
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	32
Divergencia en las Prestaciones Especie	14
Rechazo Fundamentado en Plazo	17
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo	28
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo RECONVERTIDO A RECHAZO FUNDAMENTADO EN PLAZO	22
Rechazo por Enfermedad no Listada	55
Re-Ingreso a Tratamiento	17
Silencio de la Aseguradora RECONVERTIDO A RECHAZO FUNDAMENTADO EN PLAZO	8

Cuadro 5.4.1.b. –Promedio de días de dictamen s/ expedientes ingresados en 2016
Elaboración UAI, Fuente: Tableau

Motivo	Promedio de días dictamen
ART. 20 abandono de Tratamiento	34
Determinación de la Incapacidad	31
Divergencia en el Alta	13
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	33
Divergencia en las Prestaciones Especie	21
Rechazo de la Contingencia Ley 27348	19
Rechazo Fundamentado en Plazo	35
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo	27
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo RECONVERTIDO A RECHAZO FUNDAMENTADO EN PLAZO	24
Rechazo por Enfermedad no Listada	41
Re-Ingreso a Tratamiento	16

Cuadro 5.4.1.c. –Promedio de días de dictamen s/ expedientes ingresados en 2017 (01/01-15/10)
Elaboración UAI, Fuente: Tableau

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 15 días corridos y el máximo registrado de 426 días, para el 2016 se registró un promedio de 10 días corridos y el valor máximo en 58 días.

Por su parte, durante el periodo comprendido entre 01/01/2017 y 15/10/2017 el promedio estuvo en 11 días y su máximo en 117 días.

A su vez, sobre el total de citaciones cursadas para cada uno de los períodos señalados se observa que en 2015, los casos que superaron los 13 días normativos registraron un 23%, en 2016 un 8%, y en 2017 un 11%.

En cuanto a los plazos para la emisión del dictamen previsional la Ley 24.241 indica un periodo de 57 días corridos si el afiliado es citado a segunda revisación o de 67 días si es recitado a segunda revisación 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. Desde hace tiempo, los estándares fijados por la Carta Compromiso son los parámetros utilizados para medir el desempeño de las CM.

Analizados los expedientes ingresados y dictaminados se verificó en 2015 un promedio de 55 días corridos, en 2016 se registró un indicador de 59 días corridos y en 2017 el resultado fue de 47 días corridos.

Según los diferentes motivos de trámite, considerando los expedientes ingresados en 2015, 2016 y 2017, se registraron promedios dispares que se exponen en el cuadro 5.4.2.a. Asimismo, se advierte que durante el transcurso del año 2017 se

han manifestado mejoras en todos los promedios para cada uno de los diferentes tipos de trámite previsional.

Motivo	Promedio de días dictamen				
	2015	2016	Variación 2016/2015	2017	Variación 2017/2016
Art. 50 - Ley 24.241	53	61	15,1%	49	-19,7%
Autónomos	87	48	-44,7%	14	-70,8%
Derechohabientes	52	60	15,7%	36	-40,0%
Retiro por Invalidez	53	58	8,6%	49	-15,5%
Minusválidos - Ley 20.475	0	77	-	31	-59,7%
Ciegos - Ley 20.888	0	0	-	26	-

Cuadro 5.4.2.a. –Promedio de días de dictamen s/ exptes. ingresados en 2015, 2016 y 2017 (01/01–15/10)
Elaboración UAI, Fuente: Tableau

5.4.3. Flujo y stock de expedientes

A partir de los datos obtenidos de la Base Tableau, respecto a los expedientes laborales que figuran activos, pendientes de dictamen y que no estén archivados al 10/11/2017 se obtuvo un total de 53 casos, de los cuales 6 se encontraban con su plazo vencido por sobre los 105 días corridos.

Según el motivo del trámite se desprende que aquellos relacionados a determinación de la incapacidad y divergencia en la determinación de la incapacidad agruparon el 75% del total (Cuadro 5.4.3.b).

A la misma fecha, los previsionales totalizaban 28 casos, de los cuales 9 excedían el plazo de 76 días corridos. Sobre el total de casos pendientes, el 68% se concentró en los estados de “revisado primera vez”, mientras que según el tipo de trámite, los expedientes de “Retiro por Invalidez” centralizaron algo menos de 76% (Cuadro 5.4.3.a).

Por su parte, se analizaron los expedientes que fueron dictaminados y se encuentran pendientes de pase a firme, de archivo o apelados que están a la espera de ser girados a la CMC, y su resultado asciende a 55. De estos, 35 corresponden a trámites laborales y 20 a previsionales. Sobre el total casos se desprende que 3 expedientes corresponden a dictámenes emitidos en 2016, mientras que los restantes 52 fueron confeccionados en 2017.

Si bien no constituyen una cantidad significativa, estimándose que se trataría de expedientes en los que se encuentra pendiente de registrar su pase a firme/archivado o los apelados en subsidio no girados a la CMC, se sugiere instruir al personal administrativo de la CM para proceder a su diligenciamiento.

5.4.3.1. Opinión del Área Auditada

En la respuesta a la versión preliminar de este trabajo, la GACM informó que se instruyó al personal al respecto, y que al momento de la redacción definitiva se contaba con un total de, aproximadamente, 15 expedientes laborales y 8 expedientes previsionales pendientes de firme.

Stock de expte con y sin plazo vencido	Total
A Dictaminar	2
Retiro por Invalidez	2
Abierto	1
Art. 50 - Ley 24.241	1
Citado a 1 Revisación	2
Retiro por Invalidez	2
Re-Citado a 1 Revisación	4
Art. 50 - Ley 24.241	2
Derechohabientes	1
Retiro por Invalidez	1
Revisado 1 vez	19
Art. 50 - Ley 24.241	1
Autónomos	1
Retiro por Invalidez	17
Total general	28

Cuadro 5.4.3.a. –Stock de exptes. Previsionales por estado de trámite al 10/11/2017
Elaboración UAI, Fuente: Tableau

Stock de expte con y sin plazo vencido	Total
Archivo Transitorio	8
Determinación de la Incapacidad	5
Rechazo Fundamentado en Plazo	1
Rechazo Mal Fundado/ Extemporáneo	1
Re-Ingreso a Tratamiento	1
Entrega de copia del Acta al Damnificado	3
Divergencia en el Alta	2
Rechazo por Enfermedad no Listada	1
Generación de Dictamen Médico	2
Determinación de la Incapacidad	2
Gestión Finalizada	10
Determinación de la Incapacidad	4
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	6
Ingreso del Expediente al Sistema	13
Determinación de la Incapacidad	7
Divergencia en el Alta	2
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	4
Notificación de Acta de Audiencia Médica a la ART	1
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	1
Notificación de Citación al Empleador por Ventanilla/Correo	1
Re-Ingreso a Tratamiento	1
Notificación de Incomparecencia al Empleador	4
ART. 20 abandono de Tratamiento	1
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	1
Re-Ingreso a Tratamiento	2
Notificación de Re-Citación al Empleador	2
Determinación de la Incapacidad	1
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	1
Requerimiento a la ART para la Audiencia	9
Determinación de la Incapacidad	4
Divergencia en el Alta	1
Divergencia en la Determinación de la Incapacidad	4
Total general	53

Cuadro 5.4.3.a. –Stock de exptes. Laborales por estado de trámite al 10/11/2017
Elaboración UAI, Fuente: Tableau

5.5. Relevamiento de expedientes en sede de la CM

Esta UAI tomó una muestra de 38 expedientes distribuidos en 20 laborales y 18 previsionales, que se tramitan en formato digital y documental, respectivamente, a fin de evaluar aspectos formales, cumplimientos normativos, tiempos de resolución desde su fecha de ingreso hasta el efectivo dictamen.

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, rechazo por enfermedad no listada, rechazo fundamentado en plazo, retiro por invalidez, derechohabiente y art. 50 ley 24.241. Estos casos señalados registraban los siguientes estados: revisado primera vez, re-citado a primera, a dictaminar, dictaminado, pendiente de firme y archivado.

5.5.1. Expedientes previsionales

A partir de la muestra analizada se encontraron casos de expedientes en los que no se ha incluido la 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 (Exptes 018-P-00027/16, 018-P-00127/16, 018-P-00091/15, 018-P-00057/15). También se advirtió la falta de constancias de la fecha de recepción sobre los estudios realizados por prestadores externos, como demora desde la solicitud de estudios hasta la fecha de la prestación (018-P-00034/17), casos pendientes de re-citación a la primera audiencia o de notificación (018-P-00256/16, 018-P-00037/17, 018-P-00265/15), faltante de actas de incomparecencia ante la ausencia del afiliado (018-P-00256/19, 018-P-00164/16, 018-P-00037/17), casos donde no se incorpora el acuse de recibo del correo lo cual permite determinar la notificación fehaciente de la audiencia (018-P-00135/16, 018-P-00173/15) y falta de foliatura (018-P-00091/15, 018-P-00265/15, 018-P-00057/15).

Otro hallazgo se asocia a la demora en el pase a firme, situación que fuera subsanada al momento de esta auditoría (Expte 225210/16, 38107/17, 018-P-00090/17, 018-P-00034/17, 018-P-00127/16, 018-P-00135/16)

La existencia de errores formales y deficiencias en la integración documental de trámites médicos previsionales ha sido reiteradamente observada en informes de esta Unidad (conf. Informes UAI N° 36/10, 05/13, 07/14, 36/14, 22/15, 30/15, 30/16, 24/17 y 31/17). En el seguimiento de esas observaciones, en todos los casos se las han reportado en curso de regularización toda vez que, se estima quedarán regularizadas con la digitalización de este tipo de expedientes.

Con tal motivo se las ha unificado, remitiéndolas a la del informe 36/10, que se mantiene vigente y, en esta ocasión por reproducida.

5.5.1.1. Opinión del Área Auditada

La GACM indicó que en la actualidad se está trabajando conjuntamente con la ANSES para digitalizar los trámites previsionales. Cuando se obtengan los resultados esperados, las situaciones planteadas serán subsanadas. Asimismo cabe mencionar que la constancia de turno médico es entregada por la ANSES al solicitante, quien debe presentarla el día de la audiencia médica conjuntamente con el resto de los requisitos previstos en la normativa vigente. Dado que la GACM conoce la problemática planteada, es decir, que los afiliados no presentan la

constancia el día de la audiencia médica como tampoco la documentación obligatoria para cada trámite, es que se ha decidido profundizar sobre esta cuestión en cuanto la digitalización del trámite previsional.

A su vez señaló que se ha instruido al personal, indicándoles la corrección de los errores hallados. Asimismo se les ha informado que cada uno de los expedientes debe realizarse de acuerdo a lo que se indica en la normativa vigente.

5.5.2. Expedientes laborales

De la revisión de los expedientes laborales incluidos en la muestra surge que, en líneas generales, cumplen con lo establecido en la normativa.

No obstante, se han hallado casos con ausencias de los damnificados a la audiencia de citación programadas, incluso ante reiteradas citaciones, sin que obren en el expediente las constancias de envío de citaciones por parte de la aseguradora (Expte 9367/16, 136421/16, 138630/17, 34297/17, 54513/16, 217999/16, 251795/16, 45993/16).

Al respecto, la Resolución SRT N° 179/15 impone a la ART/EA la obligación de notificar fehacientemente al trabajador, sus derechohabientes y su representante, dentro de los tres días contados desde que le fuera informada por la SRT, la fecha asignada para la celebración de la audiencia.

A tal fin debe realizar como mínimo dos intentos al último domicilio denunciado en las actuaciones y al momento de la audiencia, acompañar los comprobantes acuses de recibo, los que serán incorporados a las actuaciones.

Dicha situación fue observada en ocasión del Informe UAI SRT N°30/16, 24/17 y 31/17, a la cual se estima remitirse. En dicha oportunidad el área auditada comentó las acciones de reingeniería de los procesos y procedimientos que viene desarrollando en las CM.

Se identificaron, también, casos en los cuales no se han incorporado al expediente digital la copia de la matrícula del profesional patrocinante (225210/17, 138630/17, 197396/17, 208547/17) y otros con faltante de la carta poder otorgada por el damnificado/ART (225210/17, 45993/16).

Sobre este particular, con fecha 10/07/2017, el Departamento de Apoyo Administrativo de CM, instruyó al personal administrativo de las CMJ para que solicite, previo a la audiencia médica, la acreditación de matrícula profesional sea por médico de parte o abogado patrocinante. Este documento debería ser solicitado en cada trámite que tenga representación médica o letrada, escaneado e incorporado al expediente.

Dicho hallazgo fue señalado en el Informe UAI SRT N°31/17, remitiéndose a la observación allí formulada *"Se advierten casos de expedientes en los cuales no consta la acreditación de la matrícula profesional del patrocinante, contrariando lo instruido al respecto por el Departamento de Apoyo Administrativo de CM."*

Otras cuestiones vinculadas con la integración de los expedientes incluidos en la muestra analizada son: falta de acta de incomparecencia a la audiencia por parte del damnificado (45993/16).

5.5.2.1. Opinión del Área Auditada

La GACM señaló que se evaluará cada uno de los casos referidos, y procederá a ajustar los criterios en el área de control de expedientes. A su vez, con respecto a los casos donde no se constató la acreditación de la matrícula profesional del patrocinante, reiterará la instrucción del Departamento de Apoyo Administrativo de Comisiones Médicas.

5.6. Condiciones y medio ambiente de trabajo

Se obtuvo copia del Anexo I de la Resolución SRT N° 463/09 confeccionado por el Servicio de Seguridad e Higiene de este Organismo al día 30 de Agosto del 2017

Esta Unidad efectuó un relevamiento de las CyMAT existentes al momento de la visita efectuada en la sede de la Comisión Médica 18 (Viedma) siguiendo el anexo I de la Resolución SRT N° 463/09.

Como resultado de dicho relevamiento, en el Cuadro 5.6.a. se señalan, las cuestiones en cuya remediación procede que intervenga el Servicio de Higiene y Seguridad mientras que en el cuadro 5.6.b. se resumen aquellas situaciones en que se estima que la Gerencia de Administración y Finanzas debiera coordinar acciones con la Gerencia Médica para su subsanación.

Condiciones detectadas según anexo I Resl SRT 463/09 correspondientes a el SYH		
N°	EMPRESAS: CONDICIONES A CUMPLIR	Observación
1	¿Posee documentación actualizada sobre acciones tales como de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad?	No existen registros en el establecimiento de acciones
2	¿Se desarrolla un Programa de Ergonomía Integrado para los distintos puestos de trabajo?	No acredita
3	¿Se realizan controles de ingeniería a los puestos de trabajo?	Estudio sobre uso de pad mouse pero no aplicado a la CM
4	¿Se realizan controles administrativos y seguimientos a los puestos de trabajo?	No acredita
5	¿Existen programas de capacitación con planificación en forma anual?	No acredita
6	¿Se acredita la realización periódica de simulacros de evacuación?	No acredita
7	¿Se almacenan los productos respetando la distancia mínima de 1 m entre la parte superior de las estibas y el techo?	En el archivo se supera esa distancia
8	¿Las puestas a tierra se verifican periódicamente mediante mediciones?	Vencidas
9	¿Se verifica la existencia de registros de entrega de los E.P.P.?	No acredita

Cuadro.5.6 a. Relevamiento de las condiciones de seguridad e higiene y documentación existente

Condiciones detectadas según anexo I Resl SRT 463/09 correspondientes a Servicios generales		
N°	EMPRESAS: CONDICIONES A CUMPLIR	Observación
1	¿Los sistemas de almacenaje permiten una adecuada circulación y son seguros?	Existen estanterías no amuradas a un punto fijo
2	¿Están todos los cableados eléctricos adecuadamente contenidos?	Cables sueltos sector de rack y en el piso en zonas de tránsito
3	¿Las instalaciones y equipos eléctricos cumplen con la legislación?	Sobrecarga de enchufes y cables en el piso y sector del rack
4	¿Se efectúa y registra los resultados del mantenimiento de las instalaciones, en base a programas confeccionados de acuerdo a normas de seguridad?	No se registran y no hay programa
5	¿Se han adoptado las medidas para la protección contra riesgos de contactos directos e indirectos?	Falta medición de PAT
6	¿Posee instalación para prevenir sobretensiones producidas por descargas atmosféricas (pararrayos)?	No posee
7	¿Los niveles existentes cumplen con la legislación vigente?	Hay puestos que no alcanza los niveles de iluminación solicitados en la legislación
8	¿Se ha instalado un sistema de iluminación de emergencia, en casos necesarios, acorde a los requerimientos de la legislación vigente?	No hay iluminación de emergencia
9	¿Todas las plataformas de trabajo y rampas cumplen con las condiciones de seguridad?	No hay entrada para personas con movilidad reducida o discapacitados
10	¿Posee programa de mantenimiento preventivo, en base a razones de riesgos y otras situaciones similares, para instalaciones eléctricas?	No Acredita
11	¿Se encuentran señalizados los caminos de evacuación en caso de peligro e indicadas las salidas normales y de emergencia?	Hay señalización pero incompleta y fuera de norma
12	¿Existen baños aptos para discapacitados?	No hay baño para discapacitados
13	Accesos al edificio	No hay accesos adecuado para discapacitados

Cuadro 5.6.b. Resumen de situaciones detectadas en el establecimiento

5.6.1. Opinión del Área Auditada

Por correo electrónico del 28-12-17 la Subgerencia de Infraestructura, en respuesta a la versión preliminar de este informe, dejo constancia que personal de su área realizó una visita en el mes de marzo de 2018 para evaluar las condiciones edilicias sobre cuyo resultado se programaran las acciones de mejoras que se prevén ejecutar en 2018.

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 Viedma. 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 tramitados en dicha sede.

7 – OPINION DEL AREA AUDITADA

La versión preliminar de este trabajo fue puesta a consideración de la Gerencia de Administración de Comisiones Médicas y, el extracto pertinente, de la Gerencia de Administración y Finanzas. Sus comentarios se han tenido en cuenta en esta redacción definitiva.

Buenos Aires, diciembre de 2017