

SESIONES ORDINARIAS

2006

ORDEN DEL DIA N° 1515

COMISIONES DE PREVISION Y SEGURIDAD SOCIAL
Y DE ACCION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Impreso el día 30 de noviembre de 2006

Término del artículo 113: 12 de diciembre de 2006

SUMARIO: Ley 24.241, de Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Modificación sobre la formación de las comisiones médicas. **Thomas.** (4.888-D.-2006.)

Dictamen de las comisiones

Honorable Cámara:

Las comisiones de Previsión y Seguridad Social y de Acción Social y Salud Pública han considerado el proyecto de ley del señor diputado Thomas, por el que se modifica el artículo 51 de la ley 24.241, de Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, sobre formación de las comisiones médicas; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – Sustitúyese el artículo 51 de la ley 24.241 y sus modificatorias, el que quedará rectado de la siguiente manera:

Artículo 51: Las comisiones médicas estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, resultando dos (2) a propuesta de la Superintendencia de Riesgo del Trabajo.

Los médicos serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes y contarán con la colaboración de personal técnico y administrativo.

La comisión médica central estará integrada por un mínimo de cinco (5) médicos y podrá integrarse por subcomisiones en número impar

de miembros, garantizando la adecuada atención a los afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a los trabajadores cubiertos por la Ley de Riesgo del Trabajo. Sus integrantes serán designados por la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y la Superintendencia de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Los médicos serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes y contarán con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo.

Los gastos que demande el funcionamiento de las mencionadas comisiones médicas serán financiados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación.

Como mínimo funcionará una comisión médica en cada provincia y otra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 2° – La presente ley entrará en vigencia a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 3° – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 9 de noviembre de 2006.

Enrique L. Thomas. – Juan H. Sylvestre Begnis. – Juan C. Díaz Roig. – Graciela Z. Rosso. – Alejandro M. Nieva. – Graciela B. Gutiérrez. – Guillermo E. Alchouron. – Julio E. Arriaga. – Guillermo F. Baigorri. – Vilma R. Baragiola. – Susana M. Canela. – Carlos A. Caserio. – Nora N. César. –

Nora A. Chiacchio. – Stella M. Córdoba. – Jorge C. Daud. – Marta S. De Brasi. – Guillermo de la Barrera. – Susana E. Díaz. – Jorge P. González. – María A. González. – Leonardo A. Gorbacz. – Silvia B. Lemos. – Eduardo Lorenzo Borocotó. – Antonio Lovaglio Saravia. – Juliana I. Marino. – Marta L. Osorio. – María F. Ríos. – Carlos A. Sosa. – Gladys B. Soto. – Alicia E. Tate. – José R. Uñac.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Previsión y Seguridad Social y de Acción Social y Salud Pública han considerado el proyecto de ley del señor diputado Thomas, por el que se modifica el artículo 51 de la ley 24.241, de Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, sobre formación de las comisiones médicas; si bien han introducido modificaciones a la propuesta original, creen innecesario abundar en más detalles que los expuestos en los fundamentos, por lo que los hacen suyos y así lo expresan.

Enrique L. Thomas.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

Las comisiones médicas intervienen en todos los trámites de prestaciones previsionales o correspondientes a la Ley de Riesgos del Trabajo, en los cuales deba acreditarse incapacidad, sea el titular o de sus derechohabientes. Incluidos aquellos casos en que, de conformidad con lo establecido por el decreto 55/1997, modificado por el decreto 300/1997, se exija al trabajador autónomo (por la AFJP o la ANSES, según corresponda) la declaración jurada sobre la inexistencia de incapacidad a los fines de un eventual pedido de retiro por invalidez o pensión por sus derechohabientes. Ejercen su función en forma independiente y su decisión se refleja en el dictamen que emiten.

Dentro del marco de la ley 24.241, sancionada el 23 de septiembre de 1993, los artículos 48 y 53 y su reglamentación, dieron origen a la creación de las comisiones médicas como órganos con competencia para la determinación de la disminución de la capacidad laborativa psicofísica de los afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones creado por dicha ley; y a la Comisión Médica Central como órgano de apelación, cuyas resoluciones pueden a su vez cuestionarse mediante impugnación judicial ante la Cámara Federal de la Seguridad Social (artículo 48, inciso B).

La Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, SAFJP, tiene el poder jerárquico administrativo y funcional sobre las comisiones que le fuera otorgado por el decreto 1883/94 y que ejerce a través de la gerencia de comisiones médicas, encargada de supervisar el cumplimiento de las obligaciones y tareas que la normativa impone a las comisiones médicas.

Dado que el funcionamiento de las comisiones médicas debía responder a la previsible demanda, la SAFJP estimuló entonces en veintiuno (21) el número total de comisiones médicas periféricas con sus respectivas jurisdicciones territoriales, que en algunos casos abarcan más de una provincia, para ello se tuvo en cuenta la cantidad de casos posibles, la concentración poblacional y la racionalidad con que debían distribuirse los gastos, dada la infraestructura y financiamiento inicial, a través de la participación de las Administradoras de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) y de la Administración Nacional de la Seguridad Social (para los casos de los retiros por invalidez del sistema nacional de reparto).

La sanción de la ley 24.557, de riesgos del trabajo (septiembre 1995) incluyó, como una nueva función de las comisiones médicas y de comisión médica central, la determinación de ...“la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad de el carácter y grado de la incapacidad, y el contenido y alcance de las prestaciones en especie...”. Las comisiones médicas pueden, asimismo, en las materias de su competencia resolver cualquier discrepancia que pudiera surgir entre la ART y el damnificado o sus derechohabientes.

El nuevo marco legal de riesgos del trabajo que comenzó a regir en nuestro país a partir de la sanción de la ley 24.557/95 sustrajo esta materia del ámbito de la responsabilidad individual del empleador y la insertó en el campo de la seguridad social, tal como surge de los considerandos que dieron fundamento a dicha ley y de conformidad con la tendencia predominante en la doctrina y el derecho internacional comparado.

Esta orientación doctrinaria y legislativa en términos globales se corresponde con una específica articulación de la ley 24.557 con la ley 24.241, en lo relativo a las funciones de las comisiones médicas y la comisión médica central, al atribuirles competencia para dictaminar acerca de la procedencia de prestaciones tanto de jubilaciones por invalidez como preventivas de los riesgos o preparatorias de los daños derivados del trabajo.

La lógica de otorgar a las comisiones médicas creadas por la ley 24.241, competencia para dictaminar la existencia de incapacidad proveniente de accidente laboral o enfermedad profesional con el objeto de establecer el derecho a las prestaciones, se funda en la consideración que el sistema de la

Ley de Riesgos del Trabajo constituye un mecanismo más del sistema social, es decir un subsistema del mismo, y que las prestaciones previstas por la LRT se integran en carácter de complementarias con las que otorga la ley 24.241, para la cobertura previsional por incapacidad y muerte.

En la consideración que el trabajador damnificado pueda estar expuesto por razones materiales o de conveniencia económica de las ART obligadas a brindar las prestaciones a vicisitudes por causas ajenas al objetivo de proveerle la mejor atención a su recuperación psicofísica, o el más adecuado tratamiento, es que el legislador recurrió a las comisiones médicas y a la Comisión Médica Central, otorgándole la función evaluadora de casi todos los aspectos esenciales que hacen a la determinación de la capacidad del trabajador y, en su caso, de las prestaciones que tengan que ver con su recuperación psicofísica.

En la búsqueda mencionada de la armonía de los dos subsistemas, el artículo 8°, apartado 4, de la ley 24.557, LRT, se estableció al Poder Ejecutivo, la utilización de criterios homogéneos entre el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (tanto en la Administración Nacional de la Seguridad Social como en la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP) como en el marco de la ley de Riesgos del Trabajo (LRT).

La unificación de las determinaciones de incapacidad a través de las comisiones médicas dispuesta por los marcos regulatorios, ley 24.557, tuvo su fundamento en la evidente interdependencia que ambos subsistemas presentan. Es innegable que la gestión del sector salud influye directamente tanto en el subsistema previsional como en el de riesgos de trabajo ya que, cuanto más se demora un tratamiento o mayores son las secuelas que quedan, más incapacidad deberá pagar el subsistema de prevención de riesgos de trabajo y mayores retiros por invalidez deberá afrontar el Subsistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

Por su parte el sector previsional depende, a su vez, que el sector de prevención de riesgo de trabajo, evite que los trabajadores se lesionen y dejen de aportar, o que su calificación laboral se vea menoscabada por una secuela y el trabajador ocupe una tarea con menor remuneración.

Luego de la unificación del sistema de determinación de incapacidades en las comisiones médicas para ambos marcos regulatorios, el marco jurídico general se integra al incluir entre las funciones de las comisiones médicas la evaluación en el caso de otros beneficios.

Descripción de tareas

1. Retiro transitorio por invalidez

Las comisiones médicas se expiden a través de un dictamen médico fundado sobre la existencia y

grado de incapacidad, a los efectos de tener por acreditado el requisito para acceder a la prestación por invalidez. Asimismo, deberán indicar los tratamientos curativos y de rehabilitación y recapacitación laboral a que deberá someterse el interesado.

En caso de producirse la rehabilitación del beneficio durante esta etapa de transitoriedad, comprobada la misma, las comisiones médicas emiten dictamen definitivo, estableciendo el recupero de la actitud laboral del beneficiario y, por consiguiente, la pérdida del derecho a la prestación.

2. Retiro definitivo por invalidez

Expirado el plazo máximo de tres años fijado por la ley para el goce del retiro transitorio por invalidez sin cambios favorables en el grado de incapacidad del beneficiario, las comisiones médicas dictaminan transformando la prestación en definitiva. A fin de agotar las posibilidades de una evolución favorable, en casos especiales las comisiones están facultadas a extender por un lapso máximo de otros dos años la transitoriedad del beneficio y, expirado el mismo sin mejora del beneficiario, emitirán el correspondiente dictamen de retiro definitivo por invalidez.

3. Jubilación por invalidez leyes 18.037 y 18.038

Mediante la resolución conjunta ANSES 773/1996 y SAFFP 751/1996, complementada posteriormente por las resoluciones conjuntas ANSES 450/1997 y SAFJP 290/1997 y su modificación resolución conjunta ANSES 1.183/1997 y SAFJP 556/1997, se estableció que compete exclusivamente a las comisiones médicas intervenir en la determinación del requisito de incapacidad en los casos en que correspondiera la aplicación de las leyes 18.037 y 18.038, a los efectos de otorgar la jubilación por invalidez que aquellas contemplaban, así como también en el caso de los beneficios por invalidez correspondientes a regímenes provinciales y municipales transferidos y de las pensiones derivadas de dichos beneficios.

4. Prestación por edad avanzada por incapacidad

Compete a las comisiones médicas dictaminar sobre la existencia de incapacidad en grado invalidante, en los casos de solicitantes mayores de 65 años, que no cumplen el requisito de años de servicios exigido por la ley para acceder a las prestaciones de sobrevivencia, pero alegan incapacidad, a los efectos del acuerdo de este beneficio.

5. Régimen especial para discapacitados

Corresponde la intervención de las comisiones médicas para establecer la discapacidad invocada, debiendo constatar la existencia de incapacidad laborativa superior al 33 % de acuerdo con el bare-

mo para la procedencia del beneficio. En estos casos se trata de un dictamen definitivo, dado el tipo de incapacidad y beneficio a acordar, por lo cual tampoco se indican tratamientos de rehabilitación, recapacitación laboral o curativos.

6. Régimen especial para no videntes

Las comisiones médicas, en virtud de lo establecido en la ley 22.431, en cuanto incluye dentro del régimen de discapacidad tanto a las leyes 20.475 como a la ley 20.888 deben establecer la existencia de ceguera y su calidad de congénita o adquirida, así como en este último caso, la fecha de aparición de la misma a fin de comprobar el lapso de desempeño de servicios en dichas condiciones. Se trata de un dictamen definitivo, y no deberán indicarse tratamientos curativos ni de rehabilitación o recapacitación laboral.

7. Pensión

Las comisiones médicas también intervienen en la determinación de incapacidad de los derechohabientes de pensión, en cuanto la existencia de la misma es requisito para obtener la prestación.

8. Declaración de incapacidad de derechohabientes de beneficiarios previsionales

A los efectos de establecer el monto mensual de los haberes de los beneficiarios que otorga el régimen de capitalización, en las modalidades de retiro programado y renta vitalicia previsional, así como la cuantía del capital técnico necesario, en los casos de retiro definitivo por invalidez y pensión, para cuyo cálculo deberá tenerse en cuenta la existencia de derechohabientes del titular incapacitados, también corresponde la intervención de las comisiones médicas.

9. Prestaciones de la Ley de Riesgos del Trabajo

Las comisiones médicas intervienen en la determinación de la existencia de incapacidad producida por accidente laboral o enfermedad profesional, en los términos de la ley 24.557 para definir las prestaciones que la misma acuerda.

Su intervención está dirigida en primer lugar, a dirimir los conflictos que podrían suscitarse entre las partes, es decir, el trabajador y la ART y procede a solicitud de los mismos, a fin de establecer la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, la existencia de incapacidad laboral temporaria o permanente, las prestaciones en especie, etcétera.

En segundo lugar, su intervención es obligada en los casos de ampliación del plazo de tres años de provisionalidad de la incapacidad laboral permanente; para determinar el carácter de definitivo de la incapacidad laboral permanente; para dictaminar acerca del carácter de permanente de las incapacidades

totales y finalmente, para autorizar la suspensión de haberes, en caso de negativa injustificada del trabajador a someterse a los tratamientos indicados.

Respecto de la prestación de retiro transitorio por invalidez de la ley 24.241, la determinación por parte de las comisiones médicas de la extensión del plazo de provisionalidad de la incapacidad permanente total es de vital importancia en la articulación de los dos sistemas, ya que como se ha señalado, esta prestación de la Ley de Riesgos del Trabajo es sustitutiva de la previsional, y conforme lo explícita la ley 24.557 en su artículo 15, apartado 1), no procede el acuerdo de retiro transitorio por invalidez mientras se encuentre en el goce de la misma. Establecido el carácter de definitivo de la incapacidad permanente total por las comisiones médicas, su dictamen da derecho al interesado a obtener el retiro definitivo por invalidez del sistema previsional, complementado por la prestación de pago mensual de la ley 24.557.

Ventajas incorporadas al sistema SIJP y SRT por la creación de las comisiones médicas

En la actualidad las comisiones médicas y la Comisión Médica Central están formadas por profesionales que debieron atravesar un concurso público de oposición y antecedentes que exigió a los médicos concursantes acreditar suficiente experiencia profesional y académica, además de su dominio efectivo de las materias.

A los fines de dichos concursos se establecieron los perfiles, se jerarizaron los antecedentes profesionales y se realizaron los exámenes de idoneidad y las entrevistas correspondientes (resoluciones SRT 413/2003 y SRT 429/2003 y sus modificatorias).

Otras de las ventajas radica en la naturaleza de organismo colegiado de las comisiones médicas. Anteriormente, el informe pericial de incapacidad laborativa consistía en la opinión de un solo profesional. Actualmente, los dictámenes de la Comisión Médica Central están firmados por tres profesionales, designados por concurso público de oposición y antecedentes, incrementándose así la seguridad en lo dictaminado y reduciéndose al margen de error. De esta forma, previo a la instancia judicial en el caso de las apelaciones, el dictamen de evaluación de incapacidad ha sido analizado por seis profesionales; de ser evaluado en la justicia por el cuerpo médico forense.

La Comisión Médica Central, cuya sede se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, interviene como instancia administrativa para recurrir el dictamen de la Comisión Médica Periférica en los trámites previsionales. En los trámites laborales, la Comisión Médica Central también es órgano de revisión, dejando la ley al damnificado la libertad

de recurrir directamente ante los juzgados federales a fin de impugnar los dictámenes de la Comisión Médica Periférica. Finalmente, tanto el dictamen de la Comisión Médica Central como las sentencias de los juzgados federales son revisables ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. Estas instancias de revisión garantizan la justicia final para los beneficiarios.

Es importante el avance realizado por las comisiones médicas y la normativa vigente en materia de baremos y unificación de criterios científicos a fin de determinar incapacidades. Hasta la sanción del decreto 659/1996 (tabla de evaluación de incapacidades laborales) cada perito médico aplicaba el "baremo" que le parecía más adecuado en ese momento. Esta situación generaba una distorsión local y nacional en la forma en que la misma lesión o secuela era cuantificada, dando lugar a la inequitativa situación de que dos trabajadores viviendo a una pocas cuadras uno del otro podían tener ante la misma secuela, incapacidad diferente por la utilización de "baremos diferentes", extendiéndose esta falta de ecuanimidad a todo el país.

El decreto 659/1996, de carácter vinculante para las comisiones médicas y la Comisión Médica Central, reduce la discrecionalidad en la forma de evaluación de las incapacidades laborales dado que su aplicación es obligatoria.

Asimismo, es importante destacar que en todos los actos médicos que se realizan en las comisiones, pueden estar presentes los representantes médicos de todas las partes (afiliados, AFJP, compañías de seguros de vida, ANSES, damnificado, ART). Esto garantiza equidad y transparencia en el accionar de las comisiones médicas.

La reforma del decreto 1.278/2000 incorporó al artículo de la LRT la necesidad de que se expida un dictamen jurídico cuando se encuentre controvertida la naturaleza del accidente sufrido por el trabajador, frente a lo informado desde el punto de vista médico por la comisión actuante, que a la vez debe recibir todos los elementos probatorios que arrimen las partes a fin de garantizar el debido proceso. Con ello, el informe médico puede validarse o convalidarse con la opinión legal.

Esta combinación de la opinión médica calificada unida a la interpretación legal ha sido un cambio sustantivo y atinado del legislador, a fin de brindar mayor seguridad jurídica a las resoluciones que se adopten.

Cabe mencionar que la normativa prevé la gratuidad de los procedimientos para el damnificado y/o beneficiario, por lo cual las comisiones médicas resultan garantes de que no se fijen aranceles o coseguros de ningún tipo, ni ninguna forma encubierta de contraprestación. También son gratuitos los gastos de traslado del damnificado, cualquiera sea la com-

plejidad del mismo, el que será provisto por la ART, por la empresa autosegurada o por los servicios contratados por cualquiera de ellas con tal propósito.

Estructura

Atendiendo a la ampliación de tareas en cabeza de las comisiones médicas, la misma ley 24.157 elevó a cinco médicos el número de integrantes de cada comisión médica, de los cuales tres serían designados por la SAFJP y dos por la SRT, se propone la existencia, como mínimo, de una comisión médica por cada provincia y una en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, llevando así su número a treinta y tres comisiones médicas en todo el país.

Con posterioridad se reestructuraron nuevamente las comisiones médicas; a fin de atender la creciente y constante demanda de trámites médicos, devino necesario agregar una nueva comisión en la ciudad de Córdoba, otra en la ciudad de Rosario y tres más en Capital Federal. De esta forma se elevó a treinta y ocho el total de comisiones incluida la CMC. Al día de la fecha sólo queda sin integrar la Comisión Médica 10H de Capital Federal, aunque es eminente su puesta en funcionamiento.

La competencia de las comisiones médicas se determina de acuerdo con el domicilio del solicitante.

Organización

Los cinco médicos integrantes de cada comisión médica son seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes, y designados por la SAFJP y por la SRT. Cuentan además con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo para el desempeño de sus funciones.

Esta colaboración se articula de distintos sectores:

1. Un área administrativa que realiza todas las tareas de soporte al trabajo médico.
2. Una red de prestadores externos que, en el marco de la resolución SAFJP 384/96, brinda prestaciones de diagnóstico e interconsultas especializadas.
3. Un conjunto de profesionales médicos que se desenvuelven en las CCMM como auxiliares, colaborando en el examen de los casos aunque no cuenten con firma habilitada para la emisión de dictámenes.
4. Un grupo de médicos contratados para la elaboración de informes preliminares bajo la supervisión directa de los médicos titulares.

Distribución territorial

Actualmente hay en funcionamiento 38 comisiones médicas y una comisión médica central, con la siguiente distribución:

– Cinco comisiones médicas localizadas en la provincia de Buenos Aires (con sede en Junín, La Plata, Bahía Blanca, Zárate y Mar del Plata).

- Tres comisiones médicas en Córdoba.
- Dos en Santa Fe.
- Ocho en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Una en cada provincia restante (Chaco, Catamarca, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán).

La jornada laboral del personal médico y administrativo de cada comisión médica está establecida en relación directa al volumen de expedientes que se tramitan ante dicha comisión. Por esta razón, existen actualmente comisiones en las que las jornadas laborales médicas y administrativas presentan una carga horaria diferenciada.

Esta carga horaria se ha modificado en el transcurso del tiempo con el fin de reflejar las variaciones reflejadas en la cantidad de solicitudes que ingresan anualmente ante cada comisión médica.

Evolución del ingreso y adecuación de estructuras

Desde la creación de las comisiones médicas el número de expedientes ingresados y tramitados en el sistema ha presentado una evolución en la que se observa un especial incremento durante los años 1997 y 1998, en los cuales la normativa encomendó a las comisiones médicas la tarea de resolver los trámites correspondientes a leyes anteriores (18.037 y 18.038) y las facultó con la potestad de dictaminar en los trámites laborales regidos por la ley 24.557.

Desde el año 1994 al año 2005 han ingresados en las comisiones médicas de la SAFJP un total de 516.039 trámites.

La SAFJP ha destinando oportunamente los recursos necesarios a cada nueva etapa de crecimiento, como se evidencia cuando se observa la evolución ingreso/recurso humano.

A fin de atender esta demanda, la SAFJP instrumentó desde el año 1998 dos medidas de contingencia:

1. En el sector médico se procedió a la contratación temporal de profesionales con jornadas reducidas y/o la modalidad de locación de servicios.

2 En el sector administrativo se recurrió a distintas universidades, implementando pasantías de estudiantes de ciencias económicas.

Resuelta la situación inicial y con un atraso igual a cero en el año 2000 la SAFJP redujo la planta contratada y eliminó las pasantías. A partir de dicho año se fortaleció la dotación asignada a planta permanente con jornadas completas. Esta estructura se mantiene hasta la actualidad, actualizándola cada año según los ingresos registrados.

Recursos humanos asignados

Como ya se mencionó, los médicos integrantes de las comisiones médicas ingresaron a través de distintos concursos, para los cuales establecieron los perfiles, se jerarquizaron los antecedentes profesionales y se realizaron los exámenes de idoneidad y las entrevistas correspondientes (resoluciones SRT. 413/2003 y SRT. 429/2003 y sus modificatorias).

Mediante dichos procesos se incorporaron profesionales médicos de distintas especialidades, atentos a las necesidades que en cada comisión médica se registraba y las distintas patologías prevalentes en materia provisional y laboral.

De esta forma se logró conformar grupos humanos con conocimientos humanos variados y complementarios. Hoy cada comisión médica cuenta con las competencias necesarias para atender a una diversidad de demandas.

Las especialidades más representadas en el conjunto de las comisiones médicas coinciden con las patologías de mayor prevalencia en materia provisional y laboral.

El alto nivel profesional del personal y los estrictos mecanismos para su selección e incorporación permiten integrar y mantener comisiones médicas idóneas en las materias de su competencia.

Esta idoneidad se perfecciona con la experiencia diaria, si observamos la antigüedad en el organismo del personal médico y administrativo de las comisiones médicas y de la gerencia de comisiones médicas, observaremos que la antigüedad media del conjunto es de nueve años.

El 62 % (204 agentes) del personal médico y administrativo, tiene una antigüedad superior a los 6 años en el organismo. Durante ese tiempo, han gestionado trámites provisionales y laborales, lo cual les permite poseer un conocimiento integral del SIJP.

El 41 % del personal (136 agentes) tienen una antigüedad superior a los 9 años. Trabajan en la Superintendencia de AFJP desde el momento de la incorporación de la ley 24.557 a las competencias de las CCMM.

El 34 % del personal (112 agentes) se desempeña desde hace menos de 4 años. Este grupo lo configuran aquellos que han ingresado año a año, a fin de atender la demanda creciente de expedientes.

Productividad obtenida

La incorporación de nuevos agentes año a año permitió lograr más dictámenes, aumentando la productividad de las comisiones médicas.

Desde el año 1998 al 2005, la cantidad de dictámenes obtenidos ha crecido un 85 %. Pero este crecimiento no sólo se vincula a la incorporación de nuevo personal. Durante todos estos años la SAFJP también ha invertido en capacitación e in-

novación tecnológica, lo cual permitió mejorar sustancialmente la productividad de los agentes.

Innovación, capacitación y experiencia capitalizada han permitido que, desde 1998 a la fecha, la productividad por médico ascienda anualmente. Desde el año 1998 al 2005 la productividad por médico ha crecido un 59 %.

Resultados

Los dictámenes provisionales que las comisiones médicas emiten son recurribles ante la Comisión Médica Central, mientras que los dictámenes laborales son recurribles ante la Comisión Médica Central o ante la justicia federal.

Por su parte, los dictámenes de la Comisión Médica Central son recurribles, mediante patrocinio letrado, ante la Cámara Federal de la Seguridad Social.

Durante el año 2005 las CCMM periféricas de todo el país han emitido un total de 46.471 dictámenes laborales, mientras que a CMC ingresaron un total de 7.875 y a juzgado federal 2.174 expedientes, lo cual representa una tasa de apelabilidad del 22 %.

Del total dictaminado por CMC, el 24 % es apelado ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. Esto significa que, de los 46.471 dictámenes laborales emitidos por las CCMM de todo el país, sólo un 4 % llega a la Cámara Federal de la Seguridad Social (CFSS).

En lo que respecta a los trámites previsionales, durante el año 2005 las CCMM periféricas de todo el país han emitido un total de 23.471 dictámenes, mientras que ingresaron a CMC un total de 3.438 expedientes, cifra que representa una tasa de apelabilidad del 15 %.

Por su parte, del total dictaminado por CMC, el 37 % es apelado ante la Cámara Federal de la Seguridad Social (CFSS).

Pero si analizamos los niveles de confirmación de cada instancia, observamos que mediante sus dictámenes CMS ha confirmado el 74 % de los trámites apelados a las CCMM.

Las comisiones médicas, creadas según el artículo 51 de la ley 24.241, texto según el artículo 51 de la ley 24.557, resultan entes jurisdiccionales administrativos con competencia para la determinación de la disminución de la capacidad laborativa de los afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones establecido por la ley 24.241, así como la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, el carácter y grado de la capacidad y el contenido y alcance de las prestaciones en especie de las derivadas de la observancia de la ley 24.557. Las comisiones médicas realizan también la evaluación de otros beneficios previsionales como los previstos por la ley 20.475 (minusválidos), la ley 20.888 (ciegos), y la ley 24.347 (edad avanzada) y en cola-

boración con la Administración Nacional de la Seguridad Social la determinación de invalidez en solicitantes y beneficio de las leyes 18.037 y 18.038 y el examen médico de trabajadores autónomos que ingresen al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones según el decreto 300/97 del Poder Ejecutivo nacional.

Dentro del conjunto de las distintas jurisdicciones que integran la República Argentina funcionan a la fecha, 37 comisiones médicas periféricas y una comisión médica central con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los dictámenes que las comisiones médicas emiten con procedimientos y plazos establecidos legalmente, son recurribles ante la Comisión Médica Central y estos, a su vez, son recurribles ante la Cámara Federal de la Seguridad Social.

Las comisiones médicas dependen jerárquica y administrativamente de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, en orden a los establecido por el decreto 1.883/94 del Poder Ejecutivo nacional resultando dicho organismo una entidad autárquica con autonomía funcional y financiera en jurisdicción del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, conforme lo dispuesto por el artículo 117 de la ley 24.241.

A tenor de lo establecido por el artículo 51 de la ley 24.241, la Comisión Médica Central se encuentra integrada por cinco médicos, resultando la única instancia jurisdiccional, administrativa que entiende en las apelaciones a los dictámenes de las 37 comisiones médicas jurisdiccionales establecidas a la fecha del presente, sean aquellos de naturaleza previsional o laboral.

Dada la perentoriedad de plazos en que deben resolverse las actuaciones, el considerable flujo de trámites en etapa de apelación y la limitación a la asignación de recursos humanos a sólo cinco integrantes médicos, resulta necesario proveerlos de instrumentos administrativos tendientes a lograr una eficaz, eficiente y oportuna actividad estatal frente a la intervención que demanda afiliados y trabajadores en el marco de los subsistemas previsionales de riesgos de trabajo de la seguridad social. Constituyendo ello de operatividad que torna necesaria la sanción de la presente ley con la finalidad de asegurar el eficaz funcionamiento de la indicada área de la administración pública nacional.

Se reitera la conveniencia de ampliar el número de médicos titulares de la Comisión Médica Central a fin de posibilitar su integración por salas garantizando la adecuada y oportuna atención dentro de los plazos de la ley a los afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones a los trabajadores cubierto por la Ley de Riesgos del Trabajo, 24.557, y sus modificatorias.

Enrique L. Thomas.

ANTECEDENTE

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

COMISIONES MEDICAS DE
LA SUPERINTENDENCIA DE AFJP**Modificación de la estructura
de la Comisión Médica Central**

Artículo 1° – Sustitúyese el artículo 51 de la ley 24.241 y sus modificaciones, el que quedará redactado del siguiente modo:

Artículo 51: Las comisiones médicas estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones resultando dos (2) a propuesta de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Los médicos serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes y contarán con la colaboración de personal técnico y administrativo.

La Comisión Médica Central estará integrada por un mínimo de cinco (5) médicos y podrá integrarse por salas en número impar, garantizando la adecuada atención a los afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a los trabajadores cubiertos por la Ley de Riesgos del Trabajo. Sus integrantes serán

designados por la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y la Superintendencia de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Los médicos serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes y contarán con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo.

Los gastos que demande el funcionamiento de las mencionadas comisiones médicas serán financiados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación.

Como mínimo funcionará una comisión médica en cada provincia y otra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Comisión Médica Central tendrá asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pudiendo las salas que la integran tener asiento en sedes regionales emplazadas en otras ciudades del territorio argentino.

Art. 2° – La presente ley entrará en vigencia a partir del día de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 3° – Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Enrique L. Thomas.