RESOLUCIÓN 1314/2010
SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO (S.R.T.)

Apruébase el procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas.
Del: 03/09/2010, Boletín Oficial 08/09/2010.

VISTO el Expediente Nº 16.512/09 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), las Leyes Nº 19.549 y Nº 24.557, los Decretos Nº 658 de fecha 24 de junio de 1996, Nº 717 de fecha 28 de junio de 1996, Nº 491 de fecha 29 de mayo de 1997, Nº 410 de fecha 6 de abril de 2001, las Resoluciones S.R.T. Nº 45 de fecha 20 de junio de 1997, Nº 1601 de fecha 12 de octubre de 2007, Nº 1604 de fecha 16 de octubre de 2007, Nº 460 de fecha 15 de abril de 2008, Nº 635 de fecha 23 de junio de 2008, Nº 772 de fecha 29 de julio de 2009 y Nº 1556 de fecha 29 de octubre de 2009, y
CONSIDERANDO:
Que por el Decreto Nº 717 de fecha 28 de junio de 1996 se reglamentaron, en el marco de la Ley Nº 24.557, las diversas acciones a cargo de las Comisiones Médicas y los procedimientos que resultan de aplicación a su labor.
Que la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), en virtud de lo dispuesto por el artículo 35 del Decreto Nº 717/96, es el Organismo encargado de dictar las normas complementarias del procedimiento previsto por dicha norma.
Que el artículo 12 del Decreto Nº 717/96 determina que la S.R.T. establecerá los requisitos que sean necesarios para formalizar las solicitudes de intervención ante las Comisiones Médicas.
Que se observa que en la mayoría de los casos, se inicia trámite médico sin haberse verificado el cumplimiento de las acciones previas indicadas en la normativa vigente, como así también la falta total o parcial de los requisitos necesarios para su tramitación, con la consiguiente dilación en el cumplimiento de los plazos legales para emitir dictamen.
Que se ha constatado una cantidad elevada de trámites presentados por los trabajadores en los que se invoca como motivo “Silencio de la Aseguradora”, advirtiéndose que la apertura de un expediente médico no resulta el camino más propicio para la resolución del reclamo presentado por el trabajador.
Que en igual sentido, la experiencia recabada en los últimos años muestra un alto número de presentaciones realizadas por los trabajadores ante las Comisiones Médicas en relación con las divergencias en el alcance o el contenido de las prestaciones en especie, situación que en la mayoría de los casos genera una demora en la recuperación de la salud del trabajador y prolongación de los días de baja por siniestros laborales.
Que asimismo se observa un número creciente de presentaciones en las que los trabajadores invocan “Rechazo de la denuncia de la contingencia” por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.), o divergencias en la situación de Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.) o en la de Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.).
Que la función genuina por la que fueron creadas las Comisiones Médicas se encuentra desplazada por las circunstancias descriptas, distorsionando el procedimiento establecido por el artículo 21 de la Ley Nº 24.557, el Decreto Nº 717/96 y las resoluciones dictadas por este Organismo.
Que en atención a ello y a que las Comisiones Médicas son órganos de la administración

que deben operar sobre los acontecimientos que reclaman su actividad con un ritmo acelerado, cambiante y complejo, resulta imprescindible aprobar un procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas.
Que el procedimiento que por la presente se aprueba tiene como fin dotar de mayor eficiencia y eficacia al Sistema de Riesgos del Trabajo.
Que el inciso d), apartado 3º del artículo 31 de la Ley Nº 24.557 establece como obligación de los trabajadores someterse a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación.
Que a su vez, los artículos 7 y 17 del Decreto Nº 717/96 establecen la obligación del trabajador a someterse tanto al control que efectúe el facultativo designado por la A.R.T. como a los exámenes médicos que indique la Comisión Médica, respectivamente.
Que el inciso b) del artículo 1 de la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos Nº 19.549, establece para los trámites que se desarrollan en su ámbito, los principios de celeridad, economía, sencillez y eficacia.
Que la Gerencia de Asuntos Legales tomó intervención en orden a su competencia.
Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el apartado 3 del artículo 21 y por el apartado 1º del artículo 36, ambos de la Ley de Riesgos del Trabajo, y por el artículo 35 del Decreto Nº 717/96 y la Resolución S.R.T. Nº 772 de fecha 29 de julio de 2009.
Por ello,
El Superintendente de Riesgos del Trabajo resuelve:

Artículo 1º.- PROCEDIMIENTO ANTE LAS COMISIONES MÉDICAS.
Apruébase el procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas, cuando la presentación realizada por el trabajador deba ser encuadrada dentro de los siguientes motivos: “Silencio de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo/Empleador Autoasegurado”, “Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie”, “Divergencia en la situación de Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.)”, “Divergencia en el porcentaje de Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.)” y “Rechazo de la denuncia de la contingencia por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.)/Empleador Autoasegurado (E.A.)”.
Art. 2º.- SILENCIO DE LA A.R.T./E.A.
Si el trabajador, derechohabiente o apoderado se presentase ante las Comisiones Médicas para iniciar un trámite médico por “Silencio de la A.R.T./E.A.”, se abrirá un expediente de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y se procederá a derivar al trabajador en forma inmediata a la A.R.T./E.A. a los fines que corresponda, notificándose tal situación mediante ventanilla electrónica, junto con la actualización de los datos del damnificado.
Recibida la notificación electrónica de derivación del trabajador, la A.R.T./E.A. deberá brindar la información que a continuación se detalla, mediante ventanilla electrónica, dentro del plazo de CINCO (5) días hábiles:
1) Fecha de ocurrencia de la contingencia.
2) Fecha de denuncia de la contingencia.
3) Acreditación de citación al damnificado por medio fehaciente, a través de la remisión del acuse de recibo en formato PDF, debiéndose especificar si el domicilio al que remitió la correspondencia coincide con el declarado por el empleador ante la A.R .T.
4) Resultado de la evaluación del damnificado, en caso de haberse realizado.
5) Detalle de estudios complementarios requeridos, en caso de haberse realizado.
Una vez evaluada la información brindada por la A.R.T./E.A., se procederá al giro del Expediente S.R.T. a la Subgerencia de Comisiones Médicas para la prosecución del trámite.
Art. 3º.- DIVERGENCIA EN EL CONTENIDO O EN EL ALCANCE DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE.
Si el trabajador se presentase para iniciar un trámite médico ante las Comisiones Médicas por “Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie”, se abrirá

un Expediente S.R.T. y se procederá en forma inmediata a derivar al trabajador damnificado a un profesional médico de la Comisión Médica Jurisdiccional para su evaluación, pudiéndose verificar DOS (2) situaciones:
a) Cuando de la evaluación y a criterio del médico interviniente surgiera que las lesiones no están consolidadas y que resulta necesario continuar con el tratamiento, se procederá a derivar al trabajador a la A.R.T./E.A., previa notificación mediante ventanilla electrónica.
La A.R.T./E.A., en el plazo de CINCO (5) días hábiles, podrá aceptar el criterio del médico de la Comisión Médica Jurisdiccional o ratificar su propio criterio médico.
Si la A.R.T./E.A. ratificase su criterio, se continuará con el trámite médico ante la Comisión Médica Jurisdiccional (C.M.J.).
En caso de aceptar el criterio del médico de la C.M.J., la A.R.T./E.A. dentro del plazo de CINCO (5) días hábiles contados desde que fuera otorgada el "Alta Médica", deberá remitir a la S.R.T., mediante ventanilla electrónica, la siguiente información:
a) Fecha de ocurrencia de la contingencia.
b) Fecha de denuncia de la contingencia.
c) Detalle de estudios complementarios efectuados y/o solicitados.
d) Detalle de prestaciones médicas prescriptas y brindadas.
e) Detalle de prestaciones farmacéuticas (medicamento recetado).
f) Diagnóstico y estado actual del paciente.
g) Notificación del Alta Médica al trabajador y al empleador, debiendo acreditar oportunamente su realización fehaciente a través del medio que corresponda.
b) Cuando el médico interviniente constate que las lesiones que presenta el damnificado se encuentran consolidadas, se asesorará al trabajador y se informará a la A.R.T./E.A. para que, en caso de corresponder, proceda de acuerdo con lo normado en el Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 1556 de fecha 29 de octubre de 2009.
Para el caso en que el trabajador persista en su solicitud, se dará inicio al trámite médico correspondiente.
En los casos en que la A.R.T./E.A. acepte continuar con el otorgamiento de las prestaciones y omita remitir a la S.R.T. la información, respetando los plazos y modalidades establecidos en el presente artículo, el expediente S.R.T. será girado a la Subgerencia de Comisiones Médicas para la prosecución del trámite.
Art. 4º.- DIVERGENCIA EN LA SITUACION DE I.L.T.
Si el trabajador, derechohabiente o apoderado se presentase para iniciar un trámite médico ante las Comisiones Médicas que pudiera encuadrarse como "Divergencia en la situación de Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.)", se iniciará Expediente S.R.T.
En los casos en que el presentante fuese el trabajador o su apoderado, se derivará al trabajador a la A.R.T./E.A. para que la misma cumpla con el procedimiento regulado mediante el Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 1556/09.
Quedan comprendidas en este motivo de presentación las situaciones que a continuación se detallan:
a) Cuando habiendo recibido el alta el trabajador no hubiera sido citado por la A.R.T./E.A. para fijar incapacidad laboral en el plazo de QUINCE (15) días contados a partir de la fecha de otorgamiento del alta.
b) Cuando habiendo sido citado y habiéndose fijado incapacidad laboral con acuerdo del trabajador, la A.R.T./E.A. no hubiera convocado al trabajador para la firma del acta correspondiente dentro del plazo de TREINTA (30) días contados a partir de la fecha de otorgamiento del alta.
c) Cuando habiendo sido firmado el acuerdo de incapacidad, la A.R.T./E.A. no hubiere iniciado el trámite de homologación dentro del plazo de QUINCE (15) días contados desde la suscripción del acuerdo.
Una vez iniciado el Expediente S.R.T., la A.R.T./E.A. deberá brindar la información que a continuación se detalla dentro del plazo de CINCO (5) días hábiles, mediante ventanilla electrónica.
1) Fecha de ocurrencia de la contingencia.
2) Fecha de denuncia de la contingencia.

3) Fecha y motivo del Cese de la Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.).
4) Notificación fehaciente del cese de la I.L.T. al empleador y al trabajador. En caso de que ésta hubiere sido realizada mediante carta documento, la acreditación se realizará a través de la remisión del acuse de recibo en formato PDF.
5) Fecha de citación para evaluar la incapacidad laboral por la A.R.T./E.A.
6) Fecha de notificación fehaciente al trabajador de la estimación realizada respecto de la Incapacidad Laboral, de haberse efectuado.
7) Fecha de la firma del acuerdo para homologar la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.), de haberse efectuado.
8) Fecha de inicio de trámite para homologar el acuerdo o para determinar la Incapacidad Laboral en caso de corresponder.
En los casos en que la A.R.T./E.A. hubiere cumplido en tiempo y forma el procedimiento establecido mediante Resolución S.R.T. Nº 1556/09, se informará sobre tal situación al trabajador, derechohabiente o apoderado.
En los casos en que se haya verificado el incumplimiento por parte de la A.R.T./E.A. del procedimiento establecido mediante Resolución S.R.T. Nº 1556/09, se intimará a la A.R.T. a su cumplimiento y se procederá a girar el Expediente S.R.T. a la Subgerencia de Comisiones Médicas para la prosecución del trámite.
Art. 5º.- DIVERGENCIA EN EL PORCENTAJE DE I.L.P.
En los casos en que el trabajador manifieste su divergencia con el porcentaje de incapacidad laboral fijado y notificado por la A.R.T./E.A., se abrirá Expediente S.R.T., se iniciará el trámite médico correspondiente a “Divergencia en la situación de I.L.P.”. Se solicitará a la A.R.T./E.A., mediante ventanilla electrónica, que aporte al momento de la audiencia toda la documentación médica que obre en su poder.
Art. 6º.- RECHAZO DE LA DENUNCIA DE LA CONTINGENCIA.
Si el trabajador, derechohabiente o apoderado se presentase para iniciar un trámite médico ante las Comisiones Médicas por rechazo de la denuncia de la contingencia por parte de la A.R.T./E.A., negando la existencia del accidente o enfermedad o la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, o en los supuestos contemplados en los incisos a) y b) del apartado 3º del artículo 6º de la Ley Nº 24.557, se abrirá un Expediente S.R.T. y se verificará si dicho rechazo ha sido notificado respetando los plazos legales y con los requisitos establecidos en la presente resolución.
Una vez abierto el Expediente S.R.T., la A.R.T./E.A. deberá remitir dentro del plazo de CINCO (5) días hábiles, mediante ventanilla electrónica, la información que a continuación se detalla:
a) Fecha de ocurrencia de la contingencia.
b) Fecha de denuncia de la contingencia.
c) Acreditación de la notificación fehaciente del rechazo, debidamente fundamentado, efectuado por la A.R.T. al empleador y al trabajador. Asimismo, se deberá acreditar la notificación de suspensión del plazo, en caso de haber sido realizada.
d) Acreditación de información en la notificación de rechazo sobre el derecho que le asiste al trabajador de solicitar la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional. (C.M.J.).
En los casos en que se encuentren acreditados los requisitos establecidos en la presente, se dará continuación al trámite médico.
Cuando la A.R.T./E.A. no haya acreditado la realización del rechazo en tiempo y forma o no cumpla con los requisitos establecidos en la presente resolución, el trabajador será derivado en forma inmediata a la A.R.T./E.A. para el otorgamiento de las prestaciones de ley, notificándose tal situación mediante ventanilla electrónica, junto con la actualización de los datos del damnificado. Luego se procederá al giro del Expediente S.R.T. a la Subgerencia de Comisiones Médicas para la prosecución del trámite.
En los casos de rechazo de patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales, se seguirá el procedimiento establecido en el apartado 2 del artículo 6º de la Ley Nº 24.557 y los Decretos Nº 1278 de fecha 28 de diciembre de 2000 y Nº 410 de fecha 6 de abril de 2001.
Art. 7º.- FUNDAMENTACION DEL RECHAZO.

a) El rechazo de un accidente de trabajo se considerará debidamente fundado cuando la A.R.T./E.A. haya basado sus argumentos en los siguientes requisitos:
-Evaluación médica del damnificado.
-Estudios complementarios realizados en los casos en que la patología lo requiera.
-Investigación del accidente, en los casos que corresponda.
b) El rechazo de una enfermedad profesional se considerará debidamente fundado cuando la A.R.T./E.A. haya basado sus argumentos en los siguientes requisitos:
-Examen médico del damnificado o declaración de imposibilidad de realizarlo por causas atribuibles al trabajador, situación que oportunamente deberá acreditar la A.R.T. en los términos de lo establecido en el artículo 8 de la presente resolución.
-Estudios complementarios realizados por la A.R.T./E.A. o aportados por el trabajador.
-Relevamiento de Agentes de Riesgo (R.A.R.) y nómina de personal expuesto declarado por el empleador al momento de la celebración o renovación del contrato de afiliación o declaración de la A.R.T. del incumplimiento de la realización del mismo por parte del empleador.
-Cualquier otro estudio vinculado a los factores de riesgos imperantes en el lugar de trabajo, en caso de poseerlos.
-Resultado de exámenes médicos en salud realizados al trabajador, en caso de corresponder.
c) En los casos en que habiéndose realizado el examen médico se constatara la inexistencia de la patología denunciada, no será necesaria la presentación del relevamiento de agentes de riesgo o estudios vinculados a los factores de riesgo imperantes en el lugar de trabajo.
d) Los requisitos mencionados en los incisos a) y b) no serán de aplicación en los casos en que el rechazo encuentre fundamento en la falta de cobertura.
Art. 8º.- NOTIFICACION AL TRABAJADOR DE LA CITACION REALIZADA POR LA A.R.T./E.A.
Establécese que la notificación al trabajador para el examen médico, realizado por la A.R.T./E.A. deberá ser fehaciente y contener la siguiente leyenda, en el mismo tamaño y tipografía que el resto de la comunicación:
“El trabajador tiene la obligación de someterse a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación, conforme lo establecido por las siguientes normas, a saber:
Artículo 31, apartado 3º, inciso d), Ley Nº 24.557: “Los trabajadores... Se someterán a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación”.
Artículo 7º, Decreto Nº 717/96: ...El trabajador estará obligado a someterse al control que efectúe el facultativo designado por la Aseguradora tantas veces como razonablemente le sea requerido.
Artículo 17, Decreto Nº 717/96: El trabajador estará obligado a someterse a los exámenes médicos que indique la Comisión Médica...”.
Art. 9º.- Sustitúyanse los puntos 1, 2, 3 y 9.1.7.1 del Capítulo 1, Anexo I “MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA LOS TRAMITES EN LOS QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL” de la Resolución S.R.T. Nº 45 de fecha 20 de junio de 1997, conforme texto de la Resolución S.R.T. Nº 460 de fecha 15 de abril de 2008, por los textos impresos en el Anexo I que forma parte de la presente resolución.
Art. 10.- Sustitúyase el texto del punto 1.1.2 de las Consideraciones Generales del Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 1556/09, por el siguiente:
“Conjuntamente con la notificación de la estimación de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva, las A.R.T./E.A. deberán proponer al trabajador la firma de un acuerdo para ser homologado ante las Oficinas de Homologación y Visado o Comisiones Médicas, según correspondiere.”.
Art. 11.- Sustitúyase el texto del punto 1.1.5 de las Consideraciones Generales del Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 1556/09, por el siguiente:
“En el caso en que el trabajador haya manifestado su disconformidad o no haya expresado su intención de aceptar el acuerdo propuesto, las A.R.T.IE.A. deberán iniciar el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional, a los efectos de que se fije la correspondiente Incapacidad Laboral. En todos los casos el trámite deberá ser iniciado dentro de los

TREINTA (30) días hábiles contados a partir de la notificación de la incapacidad, plazo éste que no podrá superar los CUARENTA Y CINCO (45) días hábiles contados desde la fecha del otorgamiento del alta o luego de cumplirse un año desde la primera manifestación invalidante, si así correspondiese."

Art. 12.- Sustitúyese el texto del punto 1.1.6, Punto 1 de las Consideraciones Generales del Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 1556/09, por el siguiente:

"En los casos de siniestros laborales que hayan cursado sin baja laboral y sin alta médica, el plazo para determinar la Incapacidad Laboral Permanente se contara a partir de la aceptación por parte de la A.R.T./E.A. del siniestro denunciado."

Art. 13.- VIGENCIA:

La presente resolución entrará en vigencia a partir del 1 de noviembre de 2010.

Art. 14.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, y archívese.

Dr. Juan H. Gonzalez Gaviola, Superintendente de Riesgos del Trabajo.

ANEXO I

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PARA LOS TRAMITES

EN QUE DEBAN INTERVENIR

LAS COMISIONES MEDICAS

Y LA COMISION MEDICA CENTRAL

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

EN LOS TRAMITES

PROCEDENTES DE

LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

CAPITULO 1

INTERVENCION DE LAS COMISIONES MÉDICAS

1. TRAMITES EN LOS QUE INTERVIENEN LAS COMISIONES MEDICAS

1.1. Trámites iniciados por el Trabajador, Derechohabiente o Apoderado

1.1.1. Rechazo de la denuncia de la contingencia por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado cuando:

a)- Se negare la existencia de la relación laboral, siempre que la misma se encuentra reconocida por el empleador (artículo 6 Decreto Nº 717/96).

b)- Se negare la existencia de la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad.

(Ley Nº 24.557, artículo 6, inciso 2 a), y

c)- En los supuestos contemplados en el artículo 6, apartado 3), incisos, a) y b) de la Ley Nº 24.557.

La Ley Nº 24.557, artículo 21, establece que la Comisión Médica deberá requerir un Dictamen Jurídico Previo para expedirse sobre la naturaleza laboral del accidente, siempre que al iniciarse el trámite quedare planteada la divergencia sobre dicho aspecto.

No se iniciará trámite médico cuando:

a) el rechazo realizado por la A.R.T sea extemporáneo atendiendo a los plazos normados por el artículo 6 del Decreto Nº 717/96 (según texto articulo 22 Decreto Nº 491/97).

b) cuando el rechazo de la aseguradora no estuviere debidamente fundado de acuerdo con las pautas establecidas en la normativa correspondiente.

1.1.2. Divergencia en relación a la situación de la Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.) o en relación a la Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.)
a)- Cuando el trabajador habiendo recibido el alta, no hubiera sido citado por la aseguradora para fijar incapacidad en el plazo de QUINCE (15) días contados a partir de la fecha de otorgamiento del alta.
b)- Cuando habiendo sido citado y habiéndose fijado incapacidad con acuerdo del trabajador, la aseguradora no hubiera convocado al trabajador para la firma del acta correspondiente dentro del plazo de TREINTA (30) días contados a partir de la fecha de otorgamiento del alta.
c)- Cuando habiendo sido citado y propuesto al trabajador un porcentaje de incapacidad, el trabajador esté en desacuerdo con dicho porcentaje.
d)- Cuando habiendo sido firmado el acuerdo, la aseguradora no hubiere iniciado el trámite de homologación dentro del plazo de QUINCE (15) días contados desde la suscripción del acuerdo.
1.1.3. Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie.
a)- Cuando el trabajador está en divergencia con el alta otorgada por la aseguradora.
b)- Cuando el trabajador está en divergencia con la índole de las prestaciones recibidas.
1.1.4. Silencio de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado, cuando un trabajador se presentare ante la Comisión Médica aduciendo que efectuó la denuncia de un siniestro ante la A.R.T., y que la misma no lo hubiere citado para otorgarle las prestaciones de ley.
1.1.5. Rechazo de patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales (Ley Nº 24.557, artículo 6, apartado 2 - Decreto Nº 1278/00 - Decreto Nº 410/01)
Se entiende por “Enfermedades Profesionales no incluidas en el listado”, aquellas que no se encuentren en el Decreto Nº 658/96 y sus normas complementarias.
1.1.5.1 El trabajador deberá poner en conocimiento de la Aseguradora, en forma previa a la iniciación del trámite, las patologías denunciadas.
1.1.5.2 La Aseguradora interviniente deberá aceptar o rechazar el reclamo del trabajador, manifestando si la enfermedad denunciada es consecuencia o no de la actividad laboral.
1.1.6. Divergencias en las prestaciones e incapacidades laborales de un trabajador perteneciente a un Empleador no asegurado.
La Ley Nº 24.557, artículo 28, inciso 1, establece que el Empleador que omitiese afiliarse a una Aseguradora responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en la ley.
En aquellos casos en los que se pueda afectar el cuadro nosológico del damnificado por falta de atención inmediata y ante la negativa de otorgar las Prestaciones Médicas y/o Farmacéuticas por el rechazo de la Indole Laboral del Accidente o de la Naturaleza Laboral de la Enfermedad por parte de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado, se podrá solicitar “Trámite Sumarísimo para Divergencias”, conforme lo descripto en el Capítulo 4.
Se entiende por Trámite Sumarísimo para Divergencias aquel que requiere una resolución urgente por parte de la Comisión Médica, según las condiciones de salud del damnificado.
1.2 Trámites iniciados por la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado
1.2.1 Homologar acuerdos sobre Incapacidades Laborales Permanentes Parciales (I.L.P.P.) Definitivas.
Se entiende por “Homologación de las Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas” el acuerdo propuesto por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado al Trabajador, al otorgarle el alta médica a través de su prestador habilitado (Resoluciones S.R.T. Nº 1601/07 o Nº 1604/07 según corresponda - Formulario C).
La aceptación del acuerdo por parte del Trabajador implica que la homologación deberá solicitarse dentro de los plazos establecidos en la Resolución S.R.T. Nº 1556/09.
La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado deberán iniciar el trámite cumpliendo el procedimiento regulado para tal fin por la Resolución S.R.T. Nº 1556/09 mencionada precedentemente.

1.2.2 Dictaminar el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.).
1.2.3 Extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.) Provisoria.
1.2.4 Suspender las prestaciones dinerarias (Ley Nº 24.557, artículo 20, apartado 2) ante una negativa injustificada del trabajador a aceptar las prestaciones en especie indicadas.
2 TRAMITES EN LOS QUE NO DEBERAN TOMAR INTERVENCION LAS COMISIONES MEDICAS LAS COMISIONES MEDICAS NO INTERVENDRAN CUANDO SE DEBATAN CUESTIONES RELATIVAS A:
2.1 La existencia de la relación laboral; correspondiendo intervenir en estos casos a los organismos competentes.
2.2 Divergencias respecto del ingreso base, por exceder el marco de la competencia de las citadas Comisiones.
2.3 Incumplimientos de las Aseguradoras, los Empleadores autoasegurados o los Empleadores no asegurados, en tanto no constituyan divergencias, respecto de prestaciones en especie.
2.4 Incumplimientos de las prestaciones dinerarias, por exceder el marco de la competencia de las citadas Comisiones.
En los casos de los puntos 2.3 y 2.4, si bien no corresponde iniciar trámite médico, dichas denuncias deberán ser canalizadas a través del procedimiento “Reclamos”.
3 INICIO DE TRAMITE PARA INTERVENCION DE LAS COMISIONES MÉDICAS
3.1 Generalidades
Quién inicia:
3.1.1 El trámite podrá ser iniciado por el Trabajador, su Derechohabiente o su Apoderado; la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.
Cómo inicia:
3.1.2 El trámite podrá ser iniciado por la ART o por el trabajador, derechohabiente o apoderado en forma personal o por vía postal.
Se deberá completar en cada caso la solicitud de intervención de la Comisión Médica, previa verificación de los requisitos necesarios para el inicio del trámite, según corresponda a través del procedimiento establecido para tal fin.
3.1.2.1 Formulario de Solicitud que corresponde, de acuerdo a la intervención que se solicite,
3.1.2.1.1 Formulario “Solicitud de Intervención” -Anexo A- para presentaciones realizadas por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado.
En los casos en que el motivo de presentación fuere homologación de incapacidades parciales permanentes definitivas este formulario deberá ser remitido por ventanilla electrónica por el representante del Area Médica autorizado por la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o por el representante del Empleador no asegurado, de acuerdo con el procedimiento establecido mediante Res. SRT Nº 1556/09.
En los demás motivos de presentación, el formulario deberá presentarse firmado por el Representante del Area Médica de la Aseguradora autorizado por la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o por el representante del Empleador no asegurado.
3.1.2.1.2 Formulario “Solicitud del Trabajador o Derechohabiente” -Anexo B- para presentaciones realizadas por el trabajador o su derechohabiente o su apoderado.
Este formulario deberá ser completado por personal de la Comisión Médica interviniente luego de verificar, a través del procedimiento establecido para tal fin, la existencia de los requisitos necesarios para iniciar el trámite ante Comisiones Médicas.
Al momento del inicio del trámite el administrativo emitirá dos copias de la carátula del expediente con su correspondiente número. Una copia será entregada al trabajador y la otra firmada por el damnificado reclamante o por quien lo represente quedará a resguardo del organismo.
Dónde inicia:
3.1.3 Deberá iniciarse ante la Comisión Médica con competencia territorial en el Domicilio Real del Trabajador.

Se entiende por “Domicilio Real” el lugar en el que reside el Trabajador en el momento de iniciar el trámite.
3.1.4 El Trabajador podrá solicitar el traslado del expediente a otra Comisión Médica más cercana a su domicilio real, en aquellos casos en los que, por razones de cercanía al domicilio real, resultare más conveniente una Comisión Médica distinta que aquella que corresponda por competencia territorial.
Junto con la documentación requerida para iniciar el trámite, presentará una nota en la que detallará los motivos que impulsan la solicitud de traslado.
3.2 Documentación a presentar
3.2.1 Generalidades
Para el inicio de todo trámite que ingresa en una Comisión Médica, será necesario aportar la documentación que a continuación se detalla:
3.2.1.1 “Nota” para toda presentación realizada vía postal por el trabajador o su derechohabiente o su apoderado. Recitada la nota la CM deberá ingresar los datos al sistema
3.2.1.2 Fotocopia de un Documento que permita identificar al trabajador
3.2.1.2.1 Documento Nacional de Identidad -DNI- hojas 1 y 2 y último cambio de domicilio
3.2.1.2.2 Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica -LE/LC- hojas 1, 2, 3 y 4 y último cambio de domicilio.
En aquellos casos en los que el Damnificado o Derechohabiente no cuente con los documentos detallados en los puntos 3.2.1.2.1. y 3.2.1.2.2., se incorporará fotocopia de otro documento que permita identificar al trabajador y el original de la denuncia policial de extravío, robo o hurto de su documento de identidad.
Se entiende por Documento identificatorio, todo aquel que contenga foto, fecha de nacimiento y Nº de DNI/LE/LC.
3.2.1.3 Fotocopia del Documento que acredite la identidad del presentante de la solicitud, en aquellos casos en los que no lo hiciere el trabajador.
3.2.1.4 Para presentaciones realizadas por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado, documentación que permita identificar el domicilio del Trabajador o su Derechohabiente.
3.2.1.5 Denuncia de la Contingencia.
3.2.1.6 Certificado suscripto por un profesional de la salud que avale el requerimiento en las presentaciones por divergencias en cuanto al contenido y alcance de las prestaciones en especie, o en el reconocimiento de patologías que no se encuentren incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.
3.2.1.7 Copia de dictámenes anteriores de Comisión Médica y Oficinas de Homologación y Visado, en caso de existir, relacionados o no con la contingencia en cuestión.
3.2.1.8 Fotocopia de recibos de haberes, y en caso de pluriempleo anexar los recibos de haberes de cada uno de sus lugares de trabajo.
3.2.2 Particularidades
Según sea la intervención que se solicite a la Comisión Médica, el presentante debe agregar, a lo especificado en el punto 3.2.1. Generalidades, la documentación que para cada tipo de trámite a continuación se detalla:
3.2.2.1 Trámites iniciados por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado
La Comisión Médica deberá contar en la Audiencia y/o Examen Médico, con la siguiente documentación administrativa y médica que la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado, deberá presentar con carácter de Declaración Jurada. A saber, todos los antecedentes laborales y médicos del caso, tales como: estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.
3.2.2.1.1. Trámite para determinar el carácter definitivo en la Incapacidad Laboral Permanente
3.2.2.1.1.1 Evaluación de la Incapacidad Laboral (Anexo A)
3.2.2.1.12 Alta de recalificación, en los casos que corresponda

3.2.2.1.1.3 Original del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el profesional del establecimiento o de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado
3.2.2.1.1.4 Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada por personal debidamente acreditado del presentante.
3.2.2.1.1.4.1 En accidentes laborales:
Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.
3.2.2.1.1.4.2 En Enfermedades Profesionales:
Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, el listado de riesgos, el listado de productos y de sustancias químicas existentes en la empresa, etc. Examen preocupacional, exámenes periódicos, profesiograma o evaluación de los puestos de trabajo, historia clínica laboral, certificado de provisión de elementos de protección personal, etc.
Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);
Todo ello, en los términos y plazos establecidos mediante Resoluciones SRT Nº 463/09 y Nº 529/09.
3.2.2.1.2. Trámite para extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente Provisoria
3.2.2.1.2.1 Evaluación de la Incapacidad Laboral. (Anexo A)
3.2.2.1.2.2 Alta de recalificación, en los casos que corresponda.
3.2.2.1.2.3 Informe médico que avale la solicitud.
3.2.2.1.2.4 Dictámenes o sentencias sobre incapacidades laborales previas.
3.2.2.1.2.5 Original o fotocopia del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el profesional del establecimiento o de la Aseguradora/Empleador
Autoasegurado/Empleador no asegurado.
3.2.2.1.2.6 Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada por personal debidamente acreditado del presentante.
3.2.2.1.2.6.1 En accidentes laborales:
Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.
3.2.2.1.2.6.2 En Enfermedades Profesionales, se contara con la documentación presentada al momento de determinarse la incapacidad laboral permanente provisoria.
3.2.2.1.3. Trámite para la suspensión de las prestaciones dinerarias (Ley Nº 24.557 art. 20 apartado 2).
3.2.2.1.3.1. Solicitud de Intervención (Anexo A).
3.2.2.1.3.2. Comunicación fehaciente al damnificado en la que se informe los alcances del Art. 20, apartado 2 de la Ley 24.557.
3.2.2.1.3.3. Copia de la recepción por parte del damnificado de la comunicación (AR - Acuse de Recibo) que se detalla en el punto anterior (3.2.2.1.3.2.)
3.2.2.1.3.4. Informe médico que avale la prestación pretendida
3.2.2.1.3.5. Original del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el profesional del establecimiento o de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado/Empleador no asegurado.
3.2.2.1.3.6. Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada por personal debidamente acreditado del presentante.
3.2.2.1.3.6.1. En accidentes laborales:
Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.
3.2.2.1.3.6.2. En Enfermedades Profesionales:
Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, el listado de riesgos, el listado de productos y de sustancias químicas existentes en la empresa, etc., preocupacional, exámenes periódicos,

profesiograma o evaluación de los puestos de trabajo, historia clínica laboral, certificado de provisión de elementos de protección personal, etc.
Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);
Todo ello, en los términos y plazos establecidos mediante Resoluciones SRT Nº 463/09 y Nº 529/09.
3.2.2.1.3.6.3. En Enfermedades Profesionales No incluidas en el Listado:
Historias clínicas o resúmenes y/o certificados originales suscritos por profesionales de la salud.
Estudios médicos complementarios (informes escritos y medios gráficos).
3.2.2.1.4 Trámite para la homologación de acuerdos sobre Incapacidades Laborales Permanentes, Parciales Y Definitivas
Se deberá dar cumplimiento al procedimiento regulado mediante resolución SRT Nº 1556/09.
3.2.2.2. Trámites iniciados por el Trabajador, Derechohabiente o Apoderado
En los expedientes iniciados por el trabajador, derechohabiente o apoderado, para el día de la Audiencia y/o Examen Médico, la Aseguradora deberá presentar todos los antecedentes laborales y médicos que según el caso correspondan, a saber: condiciones y medio ambiente de trabajo, exámenes de ingreso y periódicos, estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.
3.2.2.2.1 Trámite por el rechazo de la denuncia de la contingencia por la Aseguradora/Empleador
Autoasegurado/empleador no asegurado
3.2.2.2.1.1. Denuncia del siniestro ante la ART.
3.2.2.2.1.2. Rechazo fundado de la contingencia por parte de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.
3.2.2.2.2. Trámite por divergencia en relación con la situación de la Incapacidad Laboral Temporaria o Incapacidad Laboral Permanente
3.2.2.2.2.1. Denuncia del siniestro ante la ART.
3.2.2.2.2.2. Alta Médica otorgada por la ART.
3.2.2.2.3 Trámite por divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie
3.2.2.2.3.1. Denuncia del siniestro ante la ART.
3.2.2.2.3.2. Certificado médico que acredite la necesidad de modificar/sustituir/continuar las prestaciones otorgadas por la ART.
Para los casos de Trámite Sumarísimo, en el Certificado Médico requerido deberá constar el cuadro nosológico del trabajador y la necesidad de atención inmediata del mismo.
3.2.2.2.3.3. Alta médica de la Aseguradora en caso de existir.
3.2.2.2.4. Trámite por silencio de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o empleador no asegurado
3.2.2.2.4.1. Denuncia de la contingencia.
3.2.2.2.5. Solicitud del trabajador o derechohabiente por patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales
3.2.2.2.5.1. Solicitud de intervención Anexo L. Denuncia del siniestro.
3.2.2.2.5.2 Rechazo de la Contingencia por parte de la Aseguradora, fundado en que la enfermedad denunciada no corresponde a una patología laboral.
3.2.2.2.5.3 Petición fundada suscrita por médico especialista en Medicina del Trabajo o Medicina Legal donde conste el diagnóstico y causalidad directa entre la patología denunciada y el agente de riesgo (descripción/demostración del puesto de trabajo).
Las constancias a presentar serán:
3.2.2.2.5.3.1. Estudios complementarios que acrediten el diagnóstico de la enfermedad denunciada.
3.2.2.2.5.3.2. Descripción de los agentes de riesgo a que estuvo expuesto el trabajador.
3.2.2.3.1. Acreditación de personería de apoderado:

a)- Cuando al expediente lo inicie el apoderado del Damnificado o Derechohabiente; o cuando se presente durante su tramitación, deberá acreditar personería mediante poder otorgado ante escribano público, carta poder autenticada o mediante mandato poder otorgado ante autoridad administrativa. (Artículos 32 y 33º - Decreto 1759/72 reglamentario de la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos).
b)- Cuando al expediente lo inicie la Aseguradora o Empleador Autoasegurado, su representante deberá acreditar personería mediante poder otorgado ante escribano público o copia simple de poder firmada por apoderado o letrado.
c)- Los médicos que intervienen en los trámites médicos en representación de las ART, deberán acreditar personería mediante autorización otorgada por el representante del área médica de la aseguradora.
d)- Cuando al expediente lo inicie un Empleador no asegurado o el mismo deba intervenir durante su tramitación, deberá acreditar personería de acuerdo con lo establecido en el inciso a) precedente.
9. AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO
9.1- Generalidades
9.1.7 Estudios y/o interconsultas con especialistas
9.1.7.1. Los estudios estarán a cargo de la Aseguradora, en aquellos casos en los que no hubiesen sido efectuados, resultaren insuficientes o no estuvieren actualizados.
En los casos en que se constatase que el trabajador no compareció a la evaluación médica de la A.R.T./E.A., aun cuando fue debidamente citado por ésta, de conformidad a lo establecido en el artículo 8º de la presente resolución, se procederá a derivar al trabajador en forma inmediata a la A.R.T./E.A. para que se efectúe el examen médico y los estudios complementarios en caso de corresponder.
e. 08/09/2010 Nº 103767/10 v. 08/09/2010

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos