DECRETO 49/2014
PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)

Listado de Enfermedades Profesionales. Decretos 658/96, 659/96 y 590/97. Modificaciones.
Del: 14/01/2014; Boletín Oficial 20/01/2014.

VISTO el Expediente Nº 116.108/12 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, la Ley Nº 24.557 y sus modificatorias, los Decretos Nros. 658 y 659 ambos del 24 de junio de 1996 y 590 del 30 de junio de 1997, y las Actas del Comité Consultivo Permanente del 13 y 21 de noviembre de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 6°, apartado 2 a) de la Ley Nº 24.557 y sus modificatorias, considera entre las contingencias cubiertas por el Sistema sobre Riesgos del Trabajo a aquellas enfermedades profesionales incluidas en el listado elaborado y revisado por el PODER EJECUTIVO NACIONAL, conforme al artículo 40 de dicha norma, identificando agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar dichas enfermedades.

Que el Decreto Nº 658 de fecha 24 de junio de 1996 aprobó el precitado Listado de Enfermedades Profesionales.

Que el inciso 2, apartado b) del artículo 40 de la Ley Nº 24.557, establece que las funciones con carácter vinculante del COMITE CONSULTIVO PERMANENTE, en materia de listado de enfermedades profesionales, deberán contar con previo dictamen de la COMISION MEDICA CENTRAL.

Que mediante el Decreto Nº 659 de fecha 24 de junio de 1996, fue aprobada la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales prevista por la Ley Nº 24.557.

Que tal como surge del Acta suscripta por los asistentes el 13 de noviembre de 2012, el COMITE CONSULTIVO PERMANENTE, integrado por representantes de las organizaciones de trabajadores y empleadores, se pronunció de forma unánime respecto de la inclusión de los siguientes agentes al Listado de Enfermedades Profesionales: aumento de la presión intraabdominal; aumento de la presión venosa en miembros inferiores; carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral lumbosacra.

Que con fecha 19 de noviembre de 2012, la COMISION MEDICA CENTRAL emitió dictamen favorable.

Que asimismo el COMITE CONSULTIVO PERMANENTE acordó por unanimidad una modificación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales, tal como surge del Acta suscripta por los asistentes el día 21 de noviembre de 2012, habiendo recibido el valioso aporte de los técnicos de las partes representadas en dicho Comité.

Que la inclusión de las nuevas enfermedades que se propugna implicará adecuar por un período de tiempo determinado la aplicación del FONDO FIDUCIARIO PARA ENFERMEDADES PROFESIONALES, creado por el Decreto Nº 590 del 30 de junio de 1997, con las modificaciones introducidas por el Decreto Nº 1.278 del 28 de diciembre de 2000.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por los artículos 6°, inciso 2, apartado a) y 8° inciso 3, de la Ley Nº 24.557 y sus modificatorias.

Por ello,

La Presidenta de la Nación Argentina decreta:

Artículo 1º.- Incorpóranse al Listado de Enfermedades Profesionales, previsto en el artículo 6°, inciso 2, apartado a), de la Ley Nº 24.557 y sus modificatorias, aprobado por el ANEXO I del Decreto Nº 658/96, las enfermedades -y sus respectivos agentes de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional-, que se consignan en el ANEXO I que forma parte integrante del presente decreto.
Art. 2º.- Sustitúyese el ANEXO I del Decreto Nº 659 de fecha 24 de junio de 1996, por el ANEXO II que forma parte integrante del presente decreto, que modifica la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.
Art. 3º.- Incorpórase como inciso c) del artículo 2° del Decreto Nº 590 de fecha 30 de junio de 1997, el siguiente texto: "c) el costo de las prestaciones otorgadas por enfermedades que se incluyan a partir de la fecha de vigencia de la presente incorporación en el listado previsto en el artículo 6°, apartado 2 a) de la Ley Nº 24.557; en un CIENTO POR CIENTO (100%) el primer año y un CINCUENTA POR CIENTO (50%) el segundo año, a contar desde su inclusión en el Listado de Enfermedades Profesionales. A partir del tercer año, las prestaciones estarán íntegramente a cargo de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo".
Art. 4º.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.
Fernández de Kirchner; Jorge M. Capitanich; Carlos A. Tomada.

ANEXO I

AGENTE: AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL

ENFERMEDADES	ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION
- Hernias inguinales directas y mixtas (excluyendo las indirectas)	- Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera carga física, dinámica o estática, con aumento de la presión intraabdominal al levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados.
- Hernias crurales	

Los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución durante la jornada laboral son los referidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL Nº 295/03. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictará las normas complementarias tendientes a definir los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución para aquellos movimientos (traslado, empuje o arrastre de objetos pesados) no contemplados en la resolución citada.
El período durante el cual las tareas descriptas deben ser ejecutadas no debe ser inferior a TRES (3) años cumplidos en forma continua o discontinua en actividades sujetas a las condiciones de exposición arriba expuestas. Cuando se demuestre que el daño se produjo durante un período en el que el empleador haya estado afiliado a más de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo o mediante el servicio prestado a favor de sucesivos empleadores de la misma actividad, las prestaciones serán abonadas, otorgadas o contratadas con arreglo a lo definido en el artículo 47 de la Ley de Riesgos del Trabajo.
La invocación de incapacidades preexistentes al inicio del vínculo laboral deberá acreditarse mediante el examen preocupacional confeccionado con arreglo a los requisitos exigidos por la Ley de Riesgos del Trabajo y demás normas aplicables. Cuando el examen no se hubiera realizado, y se demuestre la realización de actividades habituales con sujeción a las condiciones de exposición y valores límites arriba expuestos, se presumirá la vinculación causal con el trabajo, salvo que se acredite por medio fehaciente el carácter congénito o extralaboral de la dolencia o la concurrencia de factores concausales extralaborales, que en tal caso se desagregarán.

AGENTE: AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES

ENFERMEDADES	ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION
- Várices primitivas bilaterales.	- Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera la permanencia prolongada en posición de pie, estática y/o con movilidad reducida.

Las tareas descriptas deben haber sido ejecutadas durante un período mínimo de TRES (3) años, cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempeño en la jornada habitual de la actividad definida legal o convencionalmente. El período en cuestión será proporcionalmente ajustado a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial, o con jornadas extraordinarias.
Las definiciones expuestas a continuación se entenderán referidas a situaciones impuestas por el desempeño de tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera la prestación laboral en las siguientes condiciones:
Bipedestación estática: Bipedestación con deambulación nula por lo menos durante DOS (2) horas seguidas durante la jornada laboral habitual.
Bipedestación con deambulación restringida: El trabajador deambula menos de CIEN (100) metros por hora durante por lo menos TRES (3) horas seguidas durante la jornada laboral habitual.
Bipedestación con portación de cargas: Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera bipedestación prolongada con carga física, dinámica o estática, con aumento de la presión intraabdominal al levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados.
Bipedestación con exposición a carga térmica: Todos los trabajos efectuados con bipedestación prolongada en ambientes donde la temperatura y la humedad del aire sobrepasan los límites legalmente admisibles y que demandan actividad física. En tales casos se revisará la exigencia de tiempo mínimo de exposición tomando en cuenta la influencia derivada de las circunstancias concretas de carga térmica.
A los fines precedentemente indicados (bipedestación con portación de cargas y con exposición a carga térmica) se considerará pauta referencial para definir una situación de bipedestación prolongada aquella en que el trabajador deba permanecer de pie más de DOS (2) horas seguidas en su jornada laboral habitual de la actividad definida legal o convencionalmente. No obstante el límite precedentemente indicado, se considerarán por las Comisiones Médicas aquellos casos especiales en los que, aun mediando un período inferior de bipedestación, concurran condiciones de trabajo susceptibles de originar causalmente la dolencia.
Los lapsos temporales definidos precedentemente serán adecuados a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial.
AGENTE: CARGA, POSICIONES FORZADAS y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRA.

ENFERMEDADES	ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION
- Hernia Discal Lumbo-Sacra con o sin compromiso radicular que afecte a un solo segmento columnario.	- Tareas que requieren de movimientos repetitivos y/o posiciones forzadas de la columna vertebral lumbosacra que en su desarrollo requieren levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados.

Los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución durante la jornada laboral son los referidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL Nº 295/03. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictará las normas complementarias tendientes a definir los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución para aquellos movimientos (traslado, empuje o arrastre de objetos pesados) no contemplados en la resolución citada.
El período durante el cual las tareas descriptas deben ser ejecutadas no debe ser inferior a TRES (3) años cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempeño en jornada habitual

completa definida legal o convencionalmente. El período en cuestión será proporcionalmente ajustado a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial.
Se considerarán Gestos Repetitivos aquellos movimientos continuos y repetidos efectuados durante la jornada laboral en los que se utilizan un mismo conjunto osteo-mio-neuro-articular de la columna lumbosacra.
Las Posiciones Forzadas son aquellas en las que la columna lumbosacra deja de estar en una posición funcional para pasar a otra inadecuada que genera máximas extensiones, máximas flexiones y/o máximas rotaciones osteo-mio-neuro-articulares durante la jornada laboral.
Disposiciones comunes:
Con relación a todas las enfermedades contempladas en este Anexo, en cada caso concreto el órgano encargado de la determinación de la incapacidad deberá establecer científicamente si las lesiones fueron provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Sólo se indemnizarán los factores causales atribuibles al trabajo, determinados conforme lo anteriormente indicado. Lo expuesto precedentemente es sin perjuicio del cumplimiento pleno de las prestaciones médico-asistenciales y sustitutivas de la remuneración en el período de Incapacidad Laboral Temporaria, cuando se demuestre la influencia causal de factores atribuibles al trabajo.
Asimismo, en todos los casos que contempla el presente Anexo será necesario tomar en cuenta, además de los antecedentes médico-clínicos, los estudios técnicos correspondientes al puesto y las condiciones y medio ambiente de trabajo concretos a los que estuvo expuesto el trabajador.
Las enfermedades contempladas en el presente Anexo se considerarán incorporadas al Listado a partir de la fecha de vigencia de la norma que así lo declare, y dicha nueva normativa sólo se aplicará a las contingencias cuyo hecho generador se produzca con posterioridad a la incorporación de las mismas al Listado.

ANEXO II

TABLA DE EVALUACION DE LAS INCAPACIDADES LABORALES

LEY Nº 24.557

Aprobada por el Comité Consultivo Permanente el día 20 de febrero de 1996

Laudo Nº 179/96 Decreto Nº 659/96

INDICE GENERAL

Piel
Osteoarticular
Cabeza y Rostro
Ojos
Garganta, Nariz y Oído
Sistema Respiratorio
Sistema Cardiovascular
Digestivo y Pared Abdominal
Sistema Nefrourológico
Sistema Hematopoyético
Neurología
Psiquiatría
Factores de Ponderación
Criterios de Utilización

PIEL

Generalidades

Las lesiones de piel que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

La evaluación de las mismas toma en cuenta: Las zonas afectadas, la profundidad y extensión de la lesión, la repercusión funcional y el grado de dificultad laboral que ocasionan; en función de estos factores, se fijará el grado de incapacidad dentro del rango establecido.

Elementos útiles para la evaluación: Anamnesis, examen físico y estudios complementarios específicos (test cutáneo, biopsias, inmunología, etc.).

Diagnóstico	% Incapacidad
1.- DERMATITIS CRÓNICA	
(por contacto o por hipersensibilidad. Con o sin componente de fotosensibilidad)	
- Crónica recidivante con remisión mayor del 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición al agente, y recidiva habitual ante la reexposición al agente.	
A. Cualquier área corporal excepto cara y manos:	0-10%
B. Cara:	5-20%
C. Una mano:	10-30%
D. Dos manos:	15-40%
- Crónica recidivante con remisión menor del 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición al agente, y recidiva habitual ante la reexposición al agente.	
A. Cualquier área corporal excepto cara y manos:	0-40%
B. Cara:	10-30%
C. Una mano:	10-40%
D. Dos manos:	20-60%
2.- DERMATITIS ACTÍNICA CRÓNICA Y RETICULOIDE ACTÍNICO	
- Cualquier área corporal excepto cara y manos:	0-30%
- Sólo manos:	10-30%
- Sólo cara:	10-40%
- Manos y cara:	20-60%

- Con pérdida parcial mayor de VEINTE POR CIENTO (20%) de superficie de párpados, nariz o boca: 30-40%

- Con pérdida de la visión de uno o dos ojos por invasión directa (evaluar según capítulo Ojos).

- **Metástasis**: 90%

13.- CICATRICES

Para la evaluación se remite a los capítulos correspondientes a la zona afectada.

14.- QUEMADURAS

Las quemaduras pueden ser causadas por elementos físicos, químicos o radiantes.

Métodos de evaluación:

Las lesiones superficiales que curen sin dejar cicatriz ni secuelas, no serán motivo de evaluación.

Para determinar el grado de incapacidad ocasionada por una quemadura, hay que tener en cuenta su extensión, profundidad, el compromiso de la movilidad articular y las secuelas estéticas.

La evaluación de la pérdida de la movilidad, deberá realizarse de acuerdo con lo expresado en el capítulo correspondiente a las lesiones osteoarticulares.

Para cuantificar la extensión de la lesión se aplicará la "Regla del Nueve", donde se le asigna el TREINTA Y SEIS POR CIENTO (36%) de la superficie corporal al tórax y dorso, el TREINTA Y SEIS POR CIENTO (36%) a los dos miembros inferiores, el DIECIOCHO POR CIENTO (18%) a ambos miembros superiores, el NUEVE POR CIENTO (9%) a la cabeza y el UNO POR CIENTO (1%) a los genitales (masculino o femenino).

La profundidad de la quemadura se evalúa de la siguiente manera:

Tipo A (superficial o epidérmico)

Tipo AB (epidermis y dermis)

Tipo B (dermis hasta aponeurosis o hueso)

Al tipo "A" o primer grado, se le asignará el CINCUENTA POR CIENTO (50%) del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada. En el caso del tipo "AB" o de segundo grado, se le fijará un porcentaje igual al área afectada; por último, al tipo "B" o de tercer grado, se le asignará el doble de la extensión del sector aquejado.

Así, por ejemplo, una quemadura de la parte anterior del brazo izquierdo, que involucra la cara anterior de codo y no llega a la mano del tipo AB, le corresponderá una incapacidad de acuerdo con el siguiente detalle:

Limitación funcional del codo por retracción desde los 150° llega a los 70° (flexoextensión)	20%
Extensión de la quemadura	3,5%

Consolidación viciosa - Secuelas de fracturas

Fractura de cuerpo vertebral, con acuñamiento, sin lesión radicular	
Acuñamiento menor de 30°	0-15%
Acuñamiento mayor de 30°	15-30%
Fractura de cuerpo vertebral operada, con lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	10-15%
Fractura de cuerpo vertebral operada, con lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente	20-35%
Fractura de cuerpo vertebral, operada, sin secuelas	5 %
Fractura de apófisis espinosa sin secuelas	0%
Fractura de apófisis transversa sin secuelas	0%
Fractura de cuerpo vertebral, sin secuelas	0%
Fractura de cuerpo vertebral, con acuñamiento y lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	10-25%
Fractura de cuerpo vertebral, con acuñamiento y lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente	15-40%
Cérvicobraquialgia post-traumática, sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0%
Cérvicobraquialgia post-traumática, con alteraciones clínicas, radiológicas y electromiográficas leves a moderadas	5-25%
Hernia de disco operada, sin secuelas	5%
Hernia de disco inoperable (según criterios médicos)	20-30%
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas leves	10-15%
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas moderadas	15-20%
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas severas	20-40%
Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica	
Grado I:	0-2%
Grado II:	2-4%
Grado III:	4-6%
Grado IV:	6-10%
Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica leve a moderada	10-15%
Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica severa	20-40%
Espondilolistesis traumática, operada, sin secuela electromiográfica	0%
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica leve a moderada	10-15%
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica severa	20-40%
Lumbalgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0%
Lumbalgia post-traumática, con moderadas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas	0-5%
Lumbalgia post-traumática, con severas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas	5-10%
Lumbociatalgia, sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0%
Lumbociatalgia, con alteraciones clínicas y radiográficas y/o electromiográficas	

Amputación a nivel de brazo	66%
Desarticulación de codo	40-60%
Amputación a nivel de 1/3 superior de antebrazo	40-60%
Amputación a nivel de 1/3 medio de antebrazo	40-60%
Amputación a nivel de 1/3 inferior de antebrazo	40-60%
Amputación de ambas manos	100%
Amputación de mano	40-60%
Amputación de mano transmetacarpiana	40-60%
Amputación de los cinco dedos	40-60%
Amputación de los diez dedos	100%
Amputación de los cuatro dedos menos el pulgar	40%
Amputación a nivel metacarpofalángica de pulgar	30%
Amputación a nivel de la 1ª falange del pulgar	25%
Amputación a nivel de la interfalángica del pulgar	15%
Amputación distal de la última porción falángica del pulgar	8%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del índice	14%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del índice	11%
Amputación a nivel de la interfalángica distal del índice	9%
Amputación distal de la última porción falángica del índice	6%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del mayor	11%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del mayor	8%
Amputación a nivel de la interfalángico distal del mayor	6%
Amputación distal de la última falange del mayor	2%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del anular	8%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del anular	6%
Amputación a nivel de la interfalángica distal del anular	5%
Amputación distal de la última falange del anular	3%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del meñique	5%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del meñique	4%
Amputación a nivel de la interfalángica distal del meñique	3%
Amputación distal de la última falange del meñique	1%

Secuelas de fracturas

A estos porcentajes se le sumarán aritméticamente los que correspondan por repercusión funcional por lesión de los nervios periféricos, no pudiendo dicha suma ser mayor a la amputación de dicho segmento.

Las fracturas que consoliden sin complicaciones, no serán motivo de incapacidad laboral.

Fractura de húmero con callo deforme, angulación y/o acortamiento	10%
Fractura de escafoides con necrosis	10-20%
Fractura de escafoides con necrosis y artrosis	15-25%
Fractura de escafoides con pseudoartrosis	15%
Resección de escafoides	10-15%
Fractura de semilunar consolidada con necrosis	8-9%

40°	5%
50°	4%
60°	3%
70°	2%
80°	1%
90°	0%

Anquilosis
Anquilosis en:

	Abdoeleva	Aduc.	Eleva ante.	Eleva post.	Rot. I.	Rot. E
0°	36%	36%	36%	36%	36%	36%
10°	34%	44%	32%	42%	42%	30%
20°	31%	52%	28%	48%	48%	24%
30°	28%	60%	24%	54%	54%	29%
40°	25%		27%	60%	60%	34%
50°	26%		30%			40%
60°	29%		33%			44%
70°	32%		36%			50%
80°	36%		39%			55%
90°	40%		42%			
100°	42%		45%			
110°	46%		48%			
120°	50%		51%			
130°	53%		54%			
140°	56%		57%			
150°	60%		60%			

Codo

Limitación funcional

Flexo-extensión

Retenida en:	%	Desde los 150° hasta:	%
0°	60%	0°	0%
10°	57%	10°	1%
20°	55%	20°	2%
30°	50%	30°	4%
40°	50%	40°	5%
50°	45%	50°	10%
60°	40%	60°	15%
70°	35%	70°	20%
80°	30%	80°	25%

Anquilosis

Anquilosis en:

	Flexión	Extensión	Desv. radial	Desv. cubital
0°	18%	18%	18%	18%
10°	23%	17%	36%	30%
20°	28%	16%	54%	42%
30°	34%	15%		54%
40°	38%	23%		
50°	44%	41%		
60°	49%	54%		
70°	54%			

Pulgar

Limitación funcional

Articulación carpo-metacarpiana (incluye aducción y abducción):

Flexión

Desde 0º hasta:	Incapacidad Global
0°	3%
10°	1%
15°	0%

Extensión

Desde 0º hasta:	Incapacidad Global
0°	3%
10°	2%
20°	1%
30°	0%

Articulación metacarpo-falángica

Flexión

Movilidad hasta	Incapacidad Global
0°	14%
10°	12%
20°	8%
30°	6%
40°	4%
50°	2%
60°	0%

Articulación interfalángica

Movilidad hasta	Incapacidad Global
0°	12%
10°	10%
20°	8%
30°	6%
40°	5%
50°	4%
60°	2%
70°	1%
80°	0%

Anquilosis: Carpo-metacarpiana (incluye la aducción y abducción)

En flexión de:	Incapacidad	En extensión de:	Incapacidad

Anquilosis: Índice y mayor

Incapacidad global

Anquilosis :	M-F	I-F-P	I-F-D
0º	8%	8%	6%
10º	8%	8%	5%
20º	7%	8%	5%
30º	6%	8%	5%
40º	8%	7%	4%
50º	8%	8%	5%
60º	10%	8%	5%
70º	11%	8%	6%
80º	13%	10%	
90º	14%	10%	
100º	11%		

Anquilosis: Anular y meñique

Anquilosis metacarpo-falángica	0% global

Pseudoartrosis

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional.

Clavícula	2-4%
Húmero	15-30%
Cúbito, diafisaria	9-12%
Cúbito, olecraneana	12-15%
Cúbito, apófisis estiloides	0-1%
Radio, diafisaria	6-9%
Radio, apófisis estiloides	0-2%
Radio y Cúbito	30-40%
Escafoides	15-18%
Semilunar	15-18%

Inestabilidad articular

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional. Se valorará mediante la Radiología de estrés o dinámica.

Hombro: por pérdida de partes blandas u óseas	25-35%
Hombro: luxación recidivante escápulo humeral	12-15%
Codo: por pérdida de partes blandas u óseas	20-25%
Muñeca: por pérdida de partes blandas u óseas	15-20%

50°	27%	40%
60°	29%	
70	32%	
80	35%	
90	37%	
100°	40%	

Rodilla

Limitación funcional

Flexión

Desde 0° hasta:

0°	30%
10°	25%
20°	20%
30°	17%
40°	16%
50°	14%
60°	13%
70°	11%
80°	10%
90°	8%
100°	7%
110°	5%
120°	4%
130°	3%
140°	2%
150°	0%

Extensión

Desde 0° hasta:

0°	0%
10°	10%
20°	20%
30°	40%
40°	50%
50° a 150°	60%

Acortamiento de los miembros inferiores

De 0 a 1,50 cm	2%
De 1,50 a 2,50 cm	4%
De 2,50 a 4 cm	6%
De 4 a 5 cm	8%
Más de 5 cm	10%

Secuelas de fracturas

Diastasis pubiana con subluxación sacro ilíaca, con complicación visceral pelviana, según secuelas (pelvis inestable):	20-40%
Fractura de cótilo con protrusión acetabular	12-20%
Fractura del cótilo con protrusión y necrosis de cabeza femoral	20-25%
Secuela de luxación traumática de cadera, con fractura marginal y necrosis de cabeza femoral	20-25%
Secuela de fractura de cuello de fémur	15-20%
Prótesis parcial o total de cadera	10-15%
Prótesis infectada o secuela (operación de rescate Girlestone)	40-60%

A la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y acortamiento del miembro.

Fractura diáfisis femoral consolidada en deseje (angulada o rotada)	15-20%
Fractura de platillo tibial con incongruencia articular	15-20%
Fractura de rótula con desplazamiento	hasta 6%
Patelectomía parcial	3-6%
Patelectomía total	5-10%
Prótesis parcial o total de rodilla	15-20%
Prótesis parcial o total de rodilla, con signos radiográficos de aflojamiento	25-30%
Prótesis parcial o total de rodilla, infectada o secuela quirúrgica de rescate	40-50%

A la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y acortamiento del miembro.

Fractura diafisaria de tibia sin desplazamiento	5-10%
Fractura diafiseria de peroné sin desplazamiento	3-5%
Fractura de tibia y/o peroné consolidada en eje	5-15%
Fractura de tibia y/o peroné consolidada en deseje (angulada o rotada)	10-20%
Fractura unimaleolar de tobillo	3-6%

Inestabilidades combinadas	30%
Inestabilidades combinadas, con hipotrofia e hidrartrosis	40%

Tobillo

Inestabilidad de tobillo con corroboración radiológica	5-10%
Inestabilidad de ambos tobillos con corroboración radiológica	15-30%

CABEZA Y ROSTRO

Las lesiones de cabeza y rostro que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuran en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Para la evaluación de las lesiones producidas en la cabeza y el rostro se tendrán en cuenta: la zona afectada, la extensión de la lesión, la profundidad de la misma, el aspecto, complicaciones, cambios de color y el compromiso anatomo-funcional de los distintos órganos allí localizados. Asimismo se valorará la repercusión estética.

A la valoración de la incapacidad órgano-funcional se le sumará la correspondiente por la secuela estética.

CABEZA

Las lesiones óseas y neurológicas son evaluadas en el capítulo correspondiente a Neurología. Las lesiones aquí evaluadas se refieren a las heridas contusas y/o cortantes producidas en la zona pilosa.

Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz cubierta	0%
Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz descubierta	1-3%
Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz cubierta	0-1%
Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz descubierta	1-3%
Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y parcial de la capa correspondiente al cabello:	
0 a 5 cm de diámetro	1-5%
5 a 10 cm de diámetro	5-10%
más de 10 cm de diámetro	10-20%
Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y total de todas las capas:	
0 a 5 cm de diámetro	5-10%
5 a 10 cm de diámetro	10-20%
más de 10 cm de diámetro	20-40%

ROSTRO

Frente

Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, menor 4 cm	0-2%
Cicatriz frontal, horizontal, sobre surco o arruga, mayor 4 cm	5-7%
Cicatriz frontal, transversal o perpendicular, menor 4 cm	5-7%

2.- Pérdida del campo visual, puede ser uni o bilateral.

3.- Pérdida o compromiso de la función motora de la musculatura extraocular (con o sin diplopia).

4.- Pérdida de alineamiento ocular y de la posición y o movilidad palpebal (ptosis, lagoftamos y otras alteraciones).

5.- Lesiones de la vía lagrimal.

6.- Alteraciones misceláneas.

Elementos útiles para la evaluación: Anamnesis, Examen físico oftalmológico: Agudeza visual, Campo visual, Fondo de ojo, Biomicroscopía (BMC), Retinofluoresceinografía y/o Neurológico.

Eventualmente se completará el diagnóstico con: Rx, Eco, TC, RMN o Potenciales evocados.

En todos los casos se evaluará la capacidad visual bilateral.

1.- Agudeza visual

1.1.- La agudeza visual se determinará corregida si procede o sin corrección si el uso del lente convencional o de contacto no resulta soportable (intolerancia, aniseiconia, defectos no corregibles de la superficie ocular).

Cuando el lente de contacto es bien tolerado, su corrección será la que deberá considerarse en el cálculo de la invalidez.

1.2.- La pérdida de la visión de un ojo deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la Tabla de Senà, aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología.

AV: Agudeza visual ENUC: Enucleación ES/P: Enucleación s/prótesis

AV	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	-0.1	Enuc	Es/P
1	0	1	2	4	6	9	13	18	24	32	42	45	50
0.9	1	2	3	5	8	11	15	20	26	34	43	47	52
0.8	2	3	5	7	10	13	18	23	29	37	45	50	54
0.7	4	5	7	9	13	16	21	26	32	40	50	55	58
0.6	6	8	10	13	16	20	25	30	36	44	55	60	62
0.5	9	11	13	16	20	24	29	34	41	49	60	65	67
0.4	13	15	18	21	25	29	33	39	47	56	70	70	73
0.3	18	20	23	26	30	34	39	45	54	65	80	80	80
0.2	24	26	29	32	36	41	47	54	64	75	90	90	90
0.1	32	34	37	40	44	49	56	65	75	85	100	100	100
-0.1	42	43	45	50	55	60	70	80	90	100	100	100	100
Enuc	45	47	50	55	60	65	70	80	90	100	100	100	100
Es/P	50	52	54	58	62	67	73	80	90	100	100	100	100

1.3.- La pérdida total de la visión de un ojo será causal de una invalidez del CUARENTA Y DOS POR CIENTO (42%). A ese valor se referirá el cálculo de las pérdidas de la visión y del campo visual.

1.4.- De acuerdo a la Tabla de Senà la pérdida del globo ocular (enucleación) dará una invalidez del CUARENTA Y CINCO POR CIENTO (45%).

1.5.- Si el trabajador es portador de ojo único, al momento de iniciar la relación laboral, el compromiso de la visión se evaluará de acuerdo a la siguiente tabla. Las visiones deberán estimarse con corrección de los vicios de refracción que pudieren existir.

Agudeza Visual	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1
% Invalidez	5	10	20	35	50	70	80	90	100

Iridodialisis (con compromiso visual) unilateral	5%
Iridodialisis bilateral	10%
Ptosis palpebral unilateral con pupila descubierta	5%
Ptosis palpebral bilateral con pupila cubierta. Se le sumarán los trastornos funcionales de la visión	Variable
Deformaciones palpebrales monoculares	5-10%
Deformaciones palpebrales bilaterales	10-20%
Lagoftalmos residual unilateral	5-10%
Lagoftalmos residual bilateral	10-20%
Estrabismo (lesión muscular o nerviosa). Según agudeza visual	
Epífora post traumática unilateral	5-10%
Epífora post traumática bilateral	10-20%
Enucleación con prótesis	45%
Enucleación no permite prótesis	50%
Enucleación o evisceración bilateral	100%
Oftalmía simpática, secuelar a accidentes en el otro ojo	100%
Ceguera, post traumática, sin deformación del globo ocular, unilateral	42%
Ceguera post traumática o atrófica del globo ocular con deformación unilateral, que permite prótesis	45%

GARGANTA, NARIZ Y OIDO

Generalidades

Las lesiones de garganta, nariz y oido que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Para la evaluación de los daños laborales, producidos en Garganta, Nariz y Oído, son útiles los siguientes elementos:

Datos clínicos: Anamnesis, examen otorrinolaringológico, neurológico.

Diagnóstico por imágenes: Rx correspondiente a las zonas afectadas, en las posiciones específicas: 1- Maxilar superior: Mentonasoplaca (M.N.P.)

Frontonasoplaca (F.N.P.)

2- Arco Cigomático: posición submento vertical, M.N.P. y F.N.P.

3- Fracturas nasales: M.N.P., F.N.P. y perfil.

4- Peñasco: Stenvers, Schüller.

Tomografía Axial Computada y Resonancia Mag. Nuc.

Electrofisiológico Electronistagmografía, Audiometría tonal, Logoaudiometría,

Potenciales Evocados Auditivos;

S.I.S.I., Rinomanometría, Olfatometría.

OÍDO

Lesiones traumáticas

Pabellón auricular

Otohematoma, uni o bilateral sin complicaciones	sin incapacidad

Grado I. Deterioro mínimo. Se produce desequilibrio con los cambios bruscos de posición de la cabeza o en determinadas posiciones de la misma. Leves desviaciones y/o lateropulsiones en la marcha con ojos cerrados. Signos objetivos de daño orgánico en examen laberíntico y/o neurológico.	Incapacidad 10%
Grado II. Deterioro leve. Hay trastornos en la marcha y giros rápidos los que se acentúan al hacerlo con los ojos cerrados. Logra mantenerse en pie con los ojos cerrados. Hay signos objetivos en exámenes laberínticos y/o neurológicos.	Incapacidad 20%
Grado III. Deterioro moderado. La marcha sólo es posible con apoyo de bastón. Gran dificultad para mantener el equilibrio con ojos cerrados e imposibilidad de marcha en esas condiciones.	Incapacidad 40%
Grado IV. Deterioro avanzado. Hay gran dificultad para realizar cambios de posición. Imposibilidad de mantener una posición para desempeñar una tarea.	Incapacidad 70%
Grado V. Deterioro grave. Imposibilidad de marcha con ojos abiertos. Requiere asistencia de terceros para su traslado.	Incapacidad 100%

Peñasco, con complicaciones, se evalúan las secuelas

Apófisis Mastoides, sin complicaciones, no tiene incapacidad

Apófisis Estiloides, sin complicaciones, no tiene incapacidad

Apófisis Estiloides, con complicaciones (ver Pares Craneales)

Se agregará la incapacidad, si hubiere, por repercusión auditiva y/o vestibular.

NARIZ Y SENOS PARANASALES

Las lesiones deformantes del rostro como los desplazamientos óseos y complicaciones se evaluarán después de la cirugía reparadora, reduciéndose los porcentajes de incapacidad, según el éxito de la cirugía.

NARIZ

Pirámide nasal	
Amputación nasal, total	hasta 30%
Ventanas nasales	
Deformidad marcada unilateral	hasta 6%
Deformidad marcada bilateral	hasta 15%
Fractura de los huesos propios	
sin desplazamiento	sin incapacidad
con desplazamiento	hasta 6%
Fractura Lámina Vertical del Etmoides	
sin desplazamiento	sin incapacidad
con desplazamiento y obstrucción nasal (se le sumará la obstrucción nasal)	hasta 6%

Fractura del hueso Vómer

Cuadro 1

Alteraciones	CV	VR	VEF1/CVF	VEF/1
ASMA	No dism.	No aum-.	Dism	Dism.
BRONQUITIS Cr.	No dismin.	No dism.	Dism	Dism
NEUMOCONIOSIS	Dism.	Dism.	N	No dism.
ENFISEMA	No dism.	Aum.	Dism	Dism

El estudio espirométrico es de fundamental importancia para el diagnóstico del tipo de patología pulmonar, especialmente en las enfermedades profesionales. El criterio de normalidad funcional será el propuesto por la Americana Thoracic Society.

Con el anamnesis (disnea, agente, tipo de trabajo, etc.), Examen físico, Espirometría, Rx, y eventualmente gases en sangre y difusión pulmonar de gases, se llegará al diagnóstico de enfermedad profesional, y ubicar al trabajador dentro de la siguiente tabla para valorar el grado de incapacidad respiratoria que presente.

TABLA DE VALORACIÓN PARA INCAPACIDAD RESPIRATORIA

Cuadro 2

Estadio I:	Ausencia de disnea Rx normal o secuela uni o bilateral menor al equivalente de un tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos mayores de OCHENTA POR CIENTO (80%). Gases en sangre normales	Sin incapacidad
Estadio II:	Disnea a grandes esfuerzos y/o Rx lesiones uni o bilateral que no excedan el equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) y OCHENTA POR CIENTO (80%). Gases en sangre con saturación de O2 mayor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%)	hasta 30%
Estadio III:	Disnea a medianos esfuerzos y/o Rx con lesiones uni o bilateral que no exceden el equivalente a toda la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre CINCUENTA POR CIENTO (50%) y SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%). Gases en sangre con saturación de O2 mayor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%)	35-50%
Estadio IV.	Disnea a mínimos esfuerzos y/o en reposo y/o Rx lesiones uni o bilateral que exceden la superficie de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos menores al CINCUENTA POR CIENTO (50%). Gases en sangre con saturación menor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%)	55-70%
Estadio V:	Insuficiencia Respiratoria Terminal, con Cor-Pulmonare	70-90%

ENFERMEDADES PROFESIONALES

1.- NEUMOCONIOSIS FIBROGÉNICAS

Los criterios para evaluar la incapacidad respiratoria causada por neumoconiosis fibrogénica, como es el caso de aquellas derivadas de la exposición a sílice, asbesto, etc., se basan fundamentalmente en el compromiso radiológico y funcional. Para lo radiológico, se utiliza la norma de lectura de placas con neumoconiosis de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1980, que establece los criterios que se muestran en el siguiente cuadro:

Incapacidad: 15-30%.

C.- Asma bronquial severo, es el que se asocia a una obstrucción bronquial persistente, que no revierte significativamente con el uso de broncodilatadores, constituyendo una severa limitante para el esfuerzo físico. La incapacidad se determinará mediante las pruebas espirométricas, para clasificarlo en el estadio funcional correspondiente. Los parámetros a tener en cuenta son los mismos de la Bronquitis Crónica Obstructiva, es decir el Volumen Espiratorio Forzado en 1 seg. (VEF1) y la relación VEF1/CVF.

La HRB deberá objetivizarse sólo mediante el test de metacolina. La respuesta se considerará positiva con una caída mínima del VEF1 de VEINTE POR CIENTO (20%).

4.- CÁNCER OCUPACIONAL DEL APARATO RESPIRATORIO

Numerosos estudios epidemiológicos han establecido una asociación entre cáncer respiratorio y exposición a ciertos riesgos inhalatorios laborales. Tal es el caso del arsénico, asbesto y cromo que constituyen algunos de los principales agentes causantes. Tanto el cáncer bronquial como el mesotelioma pleural son de gran malignidad y, por lo mismo, de pésimo pronóstico. Teniendo presente lo anterior procede asignar a cualquiera de los señalados, con o sin demostración de metástasis, una incapacidad entre SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) y NOVENTA POR CIENTO (90%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- American Thoracic Society Criteria for Pulmonary Inpairment. Renzetti AD et al: Evaluation of Impairment Disability Secondary to Respiratory Disorders. Am Rev. Respir. Dis. 1986; 133: 1205.

5.- INFECCIONES PULMONARES OCUPACIONALES

Las infecciones ocupacionales son lesiones temporales que se evaluarán según las secuelas que dejaran, medibles por la Tabla de Valoración para Incapacidad Respiratoria

Hidatidosis Pulmonar

Quiste hidatídico simple, con resección quirúrgica sin complicaciones	sin incapacidad
Quiste hidiatídico complicado: Ruptura (siembra)	70%
Recidiva con siembra generalizada	80%

LESIONES POST TRAUMÁTICAS

Vías aéreas superiores: Se remite a los capítulos de Cabeza y Rostro y Garganta, Nariz y Oído.

PARED TORÁCICA

Partes blandas y óseas: Se remite al capítulo Osteoarticular.

Hernia diafragmática post-traumática, se remite al capítulo de Paredes Abdominales.

PULMONES Y PLEURA

Adherencias y retracciones cicatrizales post-traumáticas, sin compromiso funcional respiratorio	sin incapacidad
Adherencias y retracciones cicatrizales post-traumáticas, con compromiso funcional respiratorio	según tabla
Intervenciones quirúrgicas post traumáticas, sin secuelas	sin incapacidad
Toracoplastía sin insuficiencia respiratoria	sin incapacidad
Toracoplastía o secuelas post-traumáticas, con insuficiencia respiratoria	según tabla
Lobectomía o Segmentectomía, según incapacidad respiratoria	según tabla
Neumonectomía (se le sumará el grado de insuficiencia respiratoria)	30%

MEDIASTINO

con secuela (by pass)	50%
Aorta abdominal	
Operada, sin secuela	30%
Operada, con secuela, aneurismática o estenosis, que requiere cirugía	70%
Arteriales periféricas	
Operada, sin secuelas	sin incapacidad
Operada, con secuelas, que requieran cirugía	según secuelas
Venosos:	
Cava superior, sin secuela	0%
con complicaciones	según secuela
Pulmonar	30%
Subclavia	30%
Vena Cava inferior	
Operada, sin secuela	0%
Operada, con secuela	40%
Linfáticos: Conducto torácico, quilotórax	30%

Insuficiencia venosa periférica	
Estadio I Pigmentación ocre difusa	1 - 3% (uno a tres por ciento)
Estadío II: Várices esenciales y/o recidivadas del sistema venoso superficial, pigmentación ocre difusa, sin trastornos tróficos. Puede haber o no edema blando.	Incapacidad del 3 - 5% (tres al cinco por ciento)
Estadío III: Dilatación venosa de los dos sistemas superficiales, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral).	Incapacidad del 5 - 10% (cinco al diez por ciento)
Estadío IV: Dilatación venosa de los dos sistemas superficiales, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral). Proceso flogótico y úlcera.	Incapacidad del 15 - 25% (quince al veinticinco por ciento)
Estadio V: Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda parcial (dermatitis ocre, pigmentaria, manguito esclerorretráctil, sin úlceras o con cicatrices).	Incapacidad del 30% - 40% (treinta al cuarenta por ciento)
Estadío VI: Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda con fibroedema en bota, con úlceras y/o cicatrices.	Incapacidad del 40 - 50% (cuarenta al cincuenta por ciento)

Se aclara que los estadios V y VI las patologías deben ser producto de la evolución de la enfermedad profesional en sus estadios finales o consecuencia de un accidente de trabajo. En los supuestos de los

2.1. Con pérdida menor del 10% del peso habitual	15-20%
2.2. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual	20-25%
2.3. Con secuelas post quirúrgicas (Dumping Síndrome del asa aferente) con pérdida menor del 10% del peso habitual	25-35%
2.4. Con sec. post quirúrgicas (Dumping, etc.), con pérdida mayor del 10% del peso corporal	35-40%
3. Gastrectomía total: sin pérdida de peso	30%
3.1. Con pérdida menor del 10% del peso habitual	30-35%
3.2. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual y moderado compromiso del estado general	40-50%
3.3. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual e importante compromiso del estado general, con o sin secuela de reflujo	70%

DUODENO

1.- Duodenopancreatectomía:	
cefálica	45%
total	70%
2.- Ligadura del píloro con cierre simple y gastroenteroanastomosis	20-30%

INTESTINO DELGADO

Como toda víscera hueca, puede ser lesionada por traumatismos abdominales y/o heridas penetrantes.

Lesiones

1.- Laparotomía exploradora sin secuela, por cierre simple sin resección	sin incapacidad
2.- Resección:	
Menores de SESENTA (60) cm	5-10%
Si involucra el ángulo de Treitz	15-25%
De más de SESENTA (60) cm (valorar estado nutricional):	
Con pérdida menor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipoalbuminemia, no menor a TRES (3) gramos.	25-30%
Con pérdida mayor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipoalbuminemia, no menor a TRES (3) gramos y/o anemia.	30-40%
Con pérdida mayor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, albuminemia menor a TRES (3) gramos y/o anemia o compromiso funcional tipo intestino corto.	70%
3.- En caso de producirse fístulas, permanentes, que comprometan el estado general, agregar:	25%

INTESTINO GRUESO

Las causas de las lesiones son similares a las referidas para Intestino Delgado.

Lesiones

1.- Laparotomía exploradora, con cierre simple, sin colostomía	sin incapacidad
2.- Laparotomía exploradora, con cierre simple, con colostomía transitoria, reconstruido el tránsito al momento de la evaluación	5%

	A	B	C
Bilirrubinemia	<20mg/l	20-30mg/l	>30mg/l
Albuminemia	>35 g/l	30-35 g/l	<30 mg/l
Protrombinemia	>70%	70-40%	<40%
Ascitis	No	moderada	abundante
Encefalopatía	No	fácil control	importante
Nutrición	excelente	correcta	mala
% Incapacidad	10-30 %	30-60%	70%

Las lesiones difusas del hígado, cualquiera sea su etiología, producidas en ocasión del trabajo, serán evaluadas de acuerdo a los parámetros precedentes. Los valores extremos de incapacidad de cada estadio, se correlacionan con: la Historia Clínica, la frecuencia de las descompensaciones y los datos humorales límites expresados.

La Hepatitis crónica activa, aún compensada, diagnosticada por biopsia, puede llegar a alcanzar una incapacidad del SETENTA POR CIENTO (70%), dependiendo del grado de actividad inflamatoria histológica, los parámetros clínicos, la alteración de los valores humorales y el tipo de actividad laboral.

Angiosarcoma hepático 90%

Lesiones anatómicas

Hígado

Las lesiones traumáticas de hígado que curen sin secuelas no presentan incapacidad.

Las lesiones traumáticas de hígado que dejen secuelas se evaluarán según las mismas. Por ejemplo: Insuficiencia Hepática, sinéquias, etc.

Quiste hidatídico simple, con resección quirúrgica sin complicaciones sin incapacidad

Quiste hidatídico complicado: Ruptura (siembra peritoneal) 70%

Recidiva con siembra peritoneal 80%

Cuando coexiste con complicación torácica, se combinarán las incapacidades.

De existir compromiso de la función hepática post-resección, la misma será evaluada a partir de los parámetros mencionados en el correspondiente ítem.

Las lesiones, producidas por y en ocasión del trabajo, que den origen a un transplante hepático se valoran en un NOVENTA POR CIENTO (90%).

Vías Biliares

Ruptura post-traumática de vesícula 10%

Ruptura de vía biliar extra hepática:

- Ruptura parcial de Colédoco (drenaje) 15-20%
- Ruptura total con reparación de la vía biliar 30-40%
- Secuela obstructiva post-quirúrgica 70%
- Fístula biliar, post-quirúrgica, no reparable 70%

Páncreas

Resección de Páncreas por traumatismos:

Duodenopancreatectomía cefálica 45%

URÉTER

Reemplazo ureteral post traumático	
Unilateral, sin alteraciones funcionales, con riñón contralateral normal	sin incapacidad
Unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	10%
Unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	15%
Unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral normal	20%
Unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral disminuido	según función renal
Bilateral, sin alteraciones funcionales	sin incapacidad
Bilateral, con anulación funcional	según función renal
Ureterostomía	
Cutánea permanente unilateral	40%
Cutánea permanente bilateral	70%

VEJIGA

Cáncer vesical (por exposición a tóxicos)

El criterio para establecer el grado de incapacidad física de un Cáncer vesical y que con mucha probabilidad lleva a la muerte del trabajador tiene que ver con el grado de función perdida pero también con el pronóstico y posibilidad de sobrevida del mismo.

Para tales efectos se establecen los siguientes criterios:

Estadio	Grado de compromiso	Incapacidad
0	Superficial o in situ, mucosa	10%
A	Superficial, submucosa	20%
B	Invasor, muscular	40%
C	Invasor, grasa perivesical	60%
D1	Metastásico, ganglios linfáticos	90%
D2	Metastásico, huesos o vísceras	90%

Sin perjuicio de lo anterior, si dentro de los TREINTA Y SEIS (36) meses extendibles a SESENTA (60) que establece la ley como período de incapacidad provisoria, se produjera un aumento del compromiso del cáncer vesical desde los grados A o B a un grado C o superior, deberá otorgársele al trabajador, una incapacidad del NOVENTA POR CIENTO (90 %).

Congestión vesical con varicocele	20%
Tumor benigno de la vejiga	10%
Lesiones post-traumáticas	
Cistostomía transitoria	sin incapacidad
Cistostomía definitiva	70%
Cistectomía parcial	20-30%

<7-5 g. de Hb.	40%
<5 g. de Hb.	70%
Leucopenia: Recuento de leucocitos menor de 3.500 por mm3	Incapacidad
Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos entre 3.000 y 2.200 por mm3	5%
Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos entre 2.200 y 1.000 por mm3	10%
Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos menor de 1.000 por mm3 sin infecciones recurrentes	20%
Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos menor de 1.000 por mm3 con infecciones bacterianas recurrentes (más de 4 episodios en los últimos 5 meses previos a la evaluación)	70%
Leucopenia más recuento absoluto de linfocitos entre 1.500 y 800 por mm3	5%
Leucopenia más recuento absoluto de linfocitos menor de 800 por mm3	10%
Trombocitopenia:	Porcentaje
100.000 - 30.000 x mm3	5%
< 30.000 x mm3	10%

Todo lo anterior no es aditivo.

Hipoplasia y aplasia medular

(Necesidad de punción y biopsia medular)

Grado	Características	Incapacidad
Leve	Supresión medular del 10% con normalidad en sangre periférica	0%
Moderada A	Supresión medular del 11 al 40%, anemia crónica	30%
Moderada B	Supresión medular del 41 al 70%	60%
Severa	Supresión medular > 70 %	80%

Mielodisplasias con hiperleucocitosis y síndromes mieloproliferativos — Incapacidad

Estados Leucemoides — 40%

- Leucocitos: 20.000 - 50.000 x mm3
- Fórmula leucocitaria: Granulocitosis (80 a 90% de polinucleares neutrófilos con o sin metamielocitos o mielocitos)
- Linfocitosis: 50 a 80% de linfocitos maduros y el resto pueden no serlo
- Mielograma: Presenta sólo una leve hiperplasia de la línea interesada con indemnidad de la serie roja y plaquetaria
- Serie roja: Normal
- Plaquetas: Normales

2.- LEUCEMIAS

Las leucemias de origen profesional son secundarias a una exposición de más de 10 años, en general evolucionan más rápidamente hacia la muerte que las formas criptogénicas y por lo general son resistentes a los diversos tratamientos antimitóticos.

Nervio Olfatorio	
Fractura de Lámina Cribosa	
a) Sin complicaciones	0%
b) Con complicaciones:	
Hiposmia	5%
Anosmia	10%
Nervio Óptico: ver capítulo de Ojos.	
Nervio Motor Ocular Común: Diplopia, Potsis palpebral (ver capítulo de Ojos).	
Nervio Patético: Diplopia (ver capítulo de Ojos).	
Nervio Trigémino.	
Nervio oftálmico	
Unilateral	5-10%
Bilateral	10-20%
Nervio max. superior	
Unilateral	5-10%
Bilateral	10-20%
Nervio max. inferior	
Unilateral	5-10%
Bilateral	10-20%
Neuralgia del Trigémino	
Unilateral	3-10%
Bilateral	10-50%
Nervio Motor Ocular Externo: Diplopia (ver capítulo de Ojos).	
Nervio Facial	
Unilateral central	5-10%
Unilateral periférico	10-15%
Bilateral central	15-20%
Bilateral periférico	20-30%
Nervio Auditivo: ver capítulo de Nariz, Garganta y Oído.	
Nervio Glosofaríngeo	
Con hipoestesia o anestesia del tercio posterior de la lengua	5-30%
Disfagia para líquidos	10-15%
Disfagia para sólidos	15-30%
Nervio Neumogástrico	5-35%
Nervio Espinal	15-30%
Nervio Hipogloso	
Unilateral	5%
Bilateral:	
con dificultad para el habla	5-30%
con dificultad para deglución	
- líquido	10-15%
- sólido	15-30%

17.- Colateral IVC	7%
18.- Resto colaterales	3%
B.- Miembro Inferior	Incapacidad
1.- Lesión completa del plexo lumbar	40%
2.- Lesión completa del plexo sacro	60%
3.- Nervio Femoral cutáneo	7%
4.- Nervio Femoral	30%
(Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	
5.- Nervio Obturador interno	15%
(Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	
6.- Resto de las ramas del plexo lumbar	10%
7.- Nervio Ciático (Proximal al hueso poplíteo)	50%
(Componente funcional: Componente motor 50%, componente sensitivo 50%)	
8.- Nervio Cutáneo posterior del muslo	5%
9.- Nervio Peroneo común	25%
(Componente funcional: Componente motor 70%, componente sensitivo 30%)	
10.- Nervio Tibial anterior (1/2 prox. de la pierna)	18%
(Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	
11.- Nervio Tibial anterior (1/2 distal de la pierna)	10%
(Componente funcional: Componente motor 50%, componente sensitivo 50%)	
12.- Nervio Peroneo superficial	7.5%
13.- Nervio Tibial	35%
(Componente funcional: Componente motor 60%, componente sensitivo 60%)	
14.- Nervio Tibial posterior (1/2 prox. de la pierna)	30%
(Componente funcional: Componente motor 60%, componente sensitivo 40%)	
15.- Nervio Tibial posterior (1/2 distal de la pierna)	20%
(Componente funcional: Componente motor 30%, componente sensitivo 70%)	
16.- Nervio Plantar externo o interno	10%
(Componente funcional: Componente motor 30%, componente sensitivo 70%)	
17.- Nervio Safeno	5%
18.- Nervio Sural	5%

3.- TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES

Las lesiones serán clasificadas según el nivel neurológico en que se produce la lesión medular, y si provocan un déficit completo o incompleto de la función medular. En el caso de lesiones incompletas se establece un rango de incapacidad el cual se valorizará en base a la capacidad funcional que presente el paciente.

NIVEL	Completa	Incompleta
C4	100%	de 50 a100%
C5	100%	de 50 a100%
C6	100%	de 50 a100%

CUADRO Nº 1

EVALUACIÓN DEL DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL

TEST	TIPO	ÁREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL CONDUCTA GRÁFICA MADUREZ MEMORIA HABILIDAD MOTORA MANUAL CONCEPTOS TEMPORO-ESPACIALES CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN MAGNIFICACIÓN SIMULACIÓN	RETRASOS GLOBALES DE MADURACIÓN SÍNDROME CEREBRO-ORGÁNICO PSICOSIS DEPRESIÓN
RORSCHARCH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD.	EN TODOS LOS CUADROS
		NIVEL INTELECTUAL DETERIORO SIMULACIÓN	
WESCHLER		INTELIGENCIA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DETERIORO PSICO-ORGÁNICO LEVE, MODERADO O SEVERO	EN TODOS LOS CUADROS
RAVEN		COCIENTE INTELECTUAL	EN TODOS LOS CUADROS

El Cuadro N° 2 muestra la incapacidad generada por cada uno de los grados de compromiso producidos por el daño orgánico cerebral.

CUADRO N° 2

DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL - GRADOS DE INCAPACIDAD

CARACTERÍSTICAS	GRADO	INCAPACIDAD
PUEDE REALIZAR LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	I	15%
ALGUNA SUPERVISIÓN Y DIRECCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	II	40%
CONFINAMIENTO	III	70%

Focales	50%
Hemisféricas	60%
Generalizadas	70%
Afasias:	
De expresión	50%
De comprensión	70%
Mixtas	70%
Hidrocefalias post-traumáticas, comunicantes o no comunicantes (tratadas y compensadas)	40%

Déficit Auditivo: Se remite al capítulo de Otorrinolaringología.

Déficit Agudeza Visual y Campimetría: Se remite al capítulo Oftalmología.

Convulsivas Focales o Jacksonianas:	
EEG neg. (se tendrá en cuenta H.Cl. y dosaje de anticonvulsivantes)	
Sin datos positivos	0%
Con datos positivos	10-20%
EEG positivo.	25-35%
Generalizadas - Mal Convulsivo	50%

7.- DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POST TRAUMÁTICO

Es secundario a los traumatismos encéfalo craneanos y se evalúan una vez que se estabilicen las manifestaciones alimicas neurológicas agudas.

GRADO	DEFINICIÓN	INCAPACIDAD
I	Interrupción funcional momentánea de la conciencia provocada por un traumatismo de cráneo con antecedentes de una conmoción, pero no de laceración ni de contusión. No hay alteraciones histológicas ni cambios clínicos. Hay memoria del momento del traumatismo y de unos instantes previos al mismo. El período de inconsciencia es momentáneo o breve. La recuperación es rápida y completa. El cuadro clínico se caracteriza por cefaleas, mareos, falta de concentración y memoria.	0% (No deja secuelas)
II	El traumatismo provoca una pérdida de conciencia desde una a varias horas. El paciente puede despertar súbitamente o pasar por un período de obnubilación de la conciencia y confusión. Hay amnesia post-traumática. La recuperación funcional de los síntomas es completa, se acompaña con frecuencia de un trastorno de la personalidad moderado, que se denomina SÍNDROME POST CONTUSIONAL, O ESTADO NEURÓTICO POST-CONTUSIONAL. El cuadro clínico se caracteriza por angustia, cefalea y vértigo, hipersensibilidad a los estímulos, apatía y desgano. Las exploraciones neurológicas, tomográficas y electroencefalográficas no son significativas. Las pruebas psicométricas arrojan elementos moderados de organicidad	20%

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN OBSESIVA COMPULSIVA.

R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado I	0%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado II	10%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado III	20%
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con deterioro de la personalidad)	40%
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con evolución psicótica)	70%

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN PSICOSOMATICA

R.V.A.N. Psicosomática Grado I	0%
R.V.A.N. Psicosomática Grado II	10%
R.V.A.N. Psicosomática Grado III	20%
R.V.A.N. Psicosomática Grado IV	30%

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HISTÉRICA

R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado I	0%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado II	10%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado III	20%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado IV	30%

RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HIPOCONDRÍACA

R.V.A.N. Hipocondríacas Grado I	0%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado II	10%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado III	20%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado IV	30%

3.- ESTADOS PARANOIDES

Reacción paranoide:

Reacción vivencial anormal de origen psicológico, secundario a experiencia intensamente vivida. Hay una personalidad vulnerable predisponente, como las litigantes y las sensitivas de K. Schneider. La duración es de semanas a meses, sin dejar secuelas.

INCAPACIDAD: No tiene incapacidad de origen laboral.

Desarrollo paranoico o paranoia.

Definición: Delirio sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante, irreversible (sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales).

INCAPACIDAD: Hasta 50%

4.- DEPRESIÓN PSICÓTICA

Definición: Cuando un cuadro depresivo reactivo tiene una evolución de características psicóticas melancólicas que se desvía del motivo que la originó, evolucionando a una psicosis afectiva, son incapacitantes mientras dure la fase, que remite con restitución ad-integrum en la mayoría de los casos (sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales).

En los casos que se prolonguen por más de un año, o se agreguen por la edad elementos de involución con organicidad cerebral, componentes deliroides paranoides y

2. Factor de las posibilidades de reubicación laboral.

En este caso la incorporación del factor depende de si el individuo amerita o no recalificación.

Amerita recalificación	Rango del valor del factor
No amerita	0%
Si amerita	10%

Esto implica que en caso que el individuo amerite ser recalificado, corresponde la aplicación del 10% como factor de ponderación. Este porcentaje será reducido a 0% si el proceso culmina con arreglo a las pautas establecidas. En caso de no culminar todas las etapas del proceso, no corresponderá tal reducción. Este proceso de modificar el valor del factor en función del resultado de la recalificación cesará una vez que la incapacidad adquiera el carácter definitivo.

3. Factor edad.

[1] Cuando se hace referencia a incremento del porcentaje de la tabla, implica que se debe multiplicar por (1+ x%) el porcentaje de dicha tabla.

Los valores del factor de ponderación según la edad del damnificado deberán estar comprendidos en los intervalos que se presentan en la siguiente tabla:

Edad del damnificado	Sumar a los porcentajes que resulten del paso 1 y 2
menos de 21 años	0-4%
de 21 a 30 años	0-3%
de 31 y más años	0-2%

4. Operatoria de los factores.

Una vez determinados los valores de cada uno de los TRES (3) factores de ponderación, éstos se sumarán entre sí, determinando un valor único. Este único valor será el porcentaje en que se incrementará el valor que surja de la evaluación de incapacidad funcional de acuerdo a la tabla de evaluación de incapacidades laborales.

La existencia de rangos de valores para cada factor, implica que queda a criterio del evaluador la aplicación de un valor particular en función de las circunstancias que rodeen al damnificado.

En caso de que una incapacidad permanente sea parcial por aplicación de la tabla de evaluación de incapacidades laborales y que por la incorporación de los factores de ponderación se llegue a un porcentaje igual o superior al SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) el valor máximo de dicha incapacidad será SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%).

CRITERIOS DE UTILIZACIÓN DE LAS TABLAS DE INCAPACIDAD LABORAL

DISTINTOS SUPUESTOS

La incapacidad que surgiere de una enfermedad profesional o de un accidente de trabajo se medirá en porcentaje de la capacidad funcional total del individuo.

En los trabajadores que, en los exámenes de ingreso, se constaten limitaciones anátomo funcionales, éstas deberán ser asentadas en su legajo personal, siendo el CIENTO POR CIENTO (100%) de la capacidad funcional del trabajador, su capacidad restante.

Esto implica, por lo tanto, que para la evaluación de la incapacidad de un trabajador afectado por