



NACIONAL



**DECRETO 717/1996**  
**PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)**

Riesgos del trabajo. Determinación de contingencias e incapacidades. Intervención de las comisiones médicas. Trámites y recursos ante las mismas.  
del 28/06/1996; Boletín Oficial 12/07/1996

**CAPITULO I -- Determinación de las contingencias e incapacidades**

Art. 1° -- El empleador está obligado a denunciar a la aseguradora, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes. También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Art. 2° -- La denuncia del empleador deberá contener como mínimo los datos que a tal fin requiera la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Para los demás sujetos contemplados en el artículo primero del presente decreto bastará que la denuncia sea por escrito y contenga una relación de los hechos, la identificación de las partes y la firma del denunciante.

Art. 3° -- La denuncia estará dirigida a la aseguradora, pero podrá ser presentada ante el prestador de servicios que aquélla habilite a tal fin.

Art. 4° -- Cuando la denuncia se presente directamente ante la aseguradora, ésta deberá tomar los recaudos necesarios para que el trabajador reciba en forma inmediata las prestaciones en especie.

Cuando la denuncia se presente directamente ante el prestador de servicios, éste deberá:

- a) Tomar los recaudos necesarios para que el trabajador reciba en forma inmediata las prestaciones en especie y,
- b) Remitir la denuncia a la aseguradora dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de recibida, para que ésta acepte o rechace la pretensión del denunciante.

Art. 5° -- En los supuestos del art. 4° del presente decreto, las prestaciones en especie deberán otorgarse al trabajador mientras la pretensión no resulte rechazada en los términos del artículo siguiente.

Art. 6° -- La aseguradora y la prestadora de servicios habilitada conforme el art. 3° del presente decreto no podrán negarse a recibir la denuncia. En todos los casos la aseguradora deberá expedirse expresamente aceptando o rechazando la pretensión y notificar fehacientemente la decisión al trabajador y al empleador.

El silencio de la aseguradora se entenderá como aceptación de la pretensión transcurridos diez (10) días de recibida la denuncia. Dicho plazo se suspenderá en el supuesto del art. 10, apart. 1, inc. d) del presente decreto.

El rechazo sólo podrá fundarse en la inexistencia de la relación laboral o en alguna de las causas contempladas en el art. 6°, apart. 3°, incs. a) y b) de la [ley 24.557](#).

La aseguradora no podrá rechazar la pretensión con fundamento en la inexistencia de relación laboral reconocida por el empleador.

Art. 7° -- Aceptada la denuncia, la aseguradora deberá especificar, en la notificación prevista en el artículo precedente, el diagnóstico médico, el tipo de incapacidad laboral que sufre el trabajador y, en su caso, el carácter y el grado, indicando el contenido y alcance de las prestaciones en especie a otorgar.

El trabajador estará obligado a someterse al control que efectúe el facultativo designado por la aseguradora tantas veces como razonablemente le sea requerido.

Art. 8° -- La aseguradora, por sí o a solicitud del trabajador, podrá revisar el tipo, carácter y grado de incapacidad determinado anteriormente, al igual que el contenido y alcance de las prestaciones en especie, debiendo notificar fehacientemente el resultado de la revisión al trabajador.

Art. 9° -- La determinación de la existencia de una enfermedad profesional deberá efectuarse, tanto por las aseguradoras como por las comisiones médicas, conforme a lo dispuesto en el Manual de Procedimientos para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales que a tal fin establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

#### CAPITULO II -- Intervención de las comisiones médicas

Art. 10. -- Las comisiones médicas deberán intervenir únicamente en los supuestos que se detallan a continuación:

1. A solicitud del trabajador:

a) Cuando la denuncia fuere rechazada por la aseguradora negando la existencia de la naturaleza laboral del accidente o el carácter profesional de la enfermedad, o en los supuestos contemplados en el art. 6°, apart. 3, de la [ley 24.557](#).

b) Cuando tenga divergencias con la aseguradora en relación a la situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o de Incapacidad Laboral Permanente (ILP).

c) Cuando tenga divergencias con la aseguradora respecto del contenido y el alcance de las prestaciones en especie.

d) Cuando transcurridos tres (3) días de efectuada la denuncia, la aseguradora no se hubiera expedido expresamente aceptando o rechazando la pretensión.

2. Para extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente (ILP), conforme a lo establecido en el art. 9°, apart. 1, párr. 2°, de la [ley 24.557](#).

3. En los casos en los que deba determinarse el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente Parcial (IPP), salvo que las partes hubieran acordado dicho carácter, y el grado de incapacidad que afecta al trabajador, ante la autoridad laboral habilitada a tal fin por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Los acuerdos deberán ser homologados por dicha autoridad y adecuarse a la tabla de evaluación de incapacidades y al listado de enfermedades profesionales establecidos por la [ley 24.557](#).

4. En todos los casos en los que deba determinarse el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT).

5. En los casos previstos por el art. 20, apart. 2, de la [ley 24.557](#).

Art. 11. -- Las comisiones médicas no darán curso a las cuestiones relativas a la existencia de la relación laboral, las que deberán ser resueltas previamente por la autoridad competente.

Las divergencias relativas al ingreso base, en la determinación de la cuantía de las prestaciones dinerarias, serán resueltas por la autoridad competente, sin que ello afecte el derecho del trabajador de percibir dichas prestaciones en función del ingreso base reconocido por el obligado al pago.

#### CAPITULO III -- Trámite ante las comisiones médicas

Art. 12. -- La Superintendencia de Riesgos del Trabajo establecerá los requisitos que sean necesarios para formalizar las solicitudes de intervención ante las comisiones médicas. La presentación se efectuará en la sede de la comisión médica o a través del servicio postal que se habilite a tal fin.

Las partes deberán constituir, en su primera presentación, un domicilio legal donde se tendrán por válidas todas las notificaciones que efectúen las comisiones médicas.

Las solicitudes de intervención relacionadas con la existencia de un daño psicofísico o enfermedad o con el tipo, carácter y grado de la incapacidad laboral o el contenido y alcance de las prestaciones en especie deberán ser suscriptas por profesionales de la salud idóneos.

Art. 13. -- Recibida la solicitud de intervención, la comisión médica fijará una audiencia dentro de los diez (10) días siguientes; notificando fehacientemente a las partes interesadas

con tres (3) días de antelación el lugar, día y hora para su realización.

La notificación deberá contener los datos sustanciales que permitan determinar la circunstancia que motiva la intervención de la comisión médica, la identificación de la parte solicitante y del empleador y la intimación a presentar los antecedentes del caso que las partes tengan en su poder, bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente.

Art. 14. -- La comisión médica, cuando se requiera su intervención para declarar el carácter definitivo de una incapacidad, deberá realizar las diligencias que fueren necesarias y dictar la resolución en un plazo que no excederá los sesenta (60) días de recibida la primera solicitud.

El mismo plazo de sesenta (60) días tendrán las comisiones médicas para dictar resolución en aquellas cuestiones que, por razón fundada, determinen que no ocasionan grave perjuicio al trabajador.

En los demás casos, la resolución deberá dictarse dentro del plazo de veinte (20) días de recibida la solicitud.

Art. 15. -- En las resoluciones que determinen incapacidad laboral temporaria o permanente provisoria, la comisión médica deberá indicar un plazo dentro del cual la aseguradora deberá efectuar una nueva revisión del tipo, carácter o grado de incapacidad otorgada, debiendo notificar del resultado al trabajador.

Art. 16. -- El solicitante deberá presentar, al momento de la audiencia, los estudios complementarios y cualquier otro elemento que haya especificado en la presentación, sobre los cuales se hubiere basado para solicitar la intervención; de igual modo, las demás partes podrán presentar los antecedentes que estimen pertinentes.

En el mismo acto, las partes intervinientes podrán efectuar su descargo. Si la aseguradora se allanare a la pretensión del trabajador, se suspenderá el procedimiento.

Art. 17. -- El trabajador estará obligado a someterse a los exámenes médicos que indique la comisión médica. En caso que aquél dificultare la revisión o la realización de estudios complementarios, la comisión médica dictaminará conforme a los antecedentes que tuviere en su poder.

Si el trabajador aportare antecedentes de los que surja la imposibilidad de concurrir personalmente a la citación para un examen, la comisión médica designará un profesional médico para que se traslade al lugar donde se encuentra el trabajador a fin de realizarlo.

Art. 18. -- Las partes podrán designar peritos de parte para participar en la audiencia y en las demás diligencias que deban realizarse. Los honorarios que los mismos irroguen serán a cargo de los proponentes. Estos profesionales tendrán derecho a ser oídos por la comisión médica, presentar los estudios y diagnósticos realizados a su costa, antecedentes, informes y una síntesis de sus dichos será volcada en las actas que se labren, las que deberán ser suscriptas por ellos, haciéndose responsables de sus dichos y opiniones, pero no podrán plantear incidencias en la tramitación de los expedientes.

Art. 19. -- De lo actuado en la audiencia, se dejará constancia en un acta que suscribirán todos los intervinientes.

La comisión médica podrá homologar el acuerdo al que hubieren arribado las partes o resolver la cuestión en base a los hechos y pruebas que le fueran sometidos a su consideración y a las restantes probanzas y aclaraciones que pueda requerir.

No se homologarán acuerdos celebrados entre las partes que no sean compatibles con la tabla de evaluación de incapacidades y el listado de enfermedades profesionales establecidos por la [ley 24.557](#).

Art. 20. -- Las comisiones médicas podrán indicar la realización de estudios complementarios, peritaje de expertos y cualquier otra diligencia necesaria, cuando los antecedentes no fueran suficientes para emitir resolución. Estos serán a cargo de las aseguradoras en el supuesto de que no se hubieren realizado por parte de las mismas las diligencias debidas. Caso contrario se financiarán conforme a lo estipulado en el art. 51 de la ley 24.241, sustituido por el art. 50 de la [ley 24.557](#). Asimismo podrán solicitar la contratación de servicios profesionales u organismos técnicos para que se expidan sobre áreas ajenas a su competencia profesional cuando así lo requiera el conflicto planteado.

También podrán requerir la colaboración de la autoridad laboral para que labre actas de comprobación en el lugar de los hechos.

Las facultades establecidas en el presente artículo serán ejercidas conforme a las disposiciones que establezcan la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo en forma conjunta.

Art. 21. -- Las resoluciones de las comisiones médicas deberán ser notificadas a todas las partes interesadas, dentro del plazo de cinco (5) días de emitidas.

Art. 22. -- La Superintendencia de Riesgos del Trabajo queda facultada para imponer a las aseguradoras aportes adicionales para financiar los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones médicas cuando sus dictámenes fueren modificados por éstas a solicitud del trabajador, o cuando soliciten injustificadamente su intervención, sin perjuicio de las sanciones que pudieren corresponder por aplicación del art. 32 de la [ley 24.557](#).

CAPITULO IV -- Recursos ante las comisiones médicas

Art. 23. -- Serán recurribles únicamente aquellas resoluciones de las comisiones médicas que no pudieren ser revisadas conforme a lo dispuesto en el art. 22 de la [ley 24.557](#).

Art. 24. -- Las resoluciones de las comisiones médicas serán recurribles por el trabajador y las aseguradoras.

Art. 25. -- La determinación del carácter definitivo de un Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT), será recurrible conforme al procedimiento establecido en el art. 49, apart. 3, ley 24.241, por las personas mencionadas en dicha ley y en el artículo precedente.

Art. 26. -- Los recursos se interpondrán por escrito ante la comisión médica que haya emitido la resolución, dentro de los diez (10) días siguientes al de la notificación.

Art. 27. -- Las comisiones médicas deberán elevar las actuaciones a la Comisión Médica Central dentro de las setenta y dos (72) horas contadas desde el vencimiento del plazo para apelar.

Las comisiones médicas provinciales elevarán las actuaciones al juzgado federal competente cuando el trabajador hubiera interpuesto recurso y además optado en ese sentido, atrayendo en su caso los recursos interpuestos por la aseguradora.

Cuando se dé el supuesto del art. 25 del presente decreto o en el recurso alguna de las partes pretendiera la determinación de una Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT) de carácter definitivo, lo dispuesto en el párrafo precedente no será de aplicación, debiéndose elevar las actuaciones a la Comisión Médica Central, conforme al procedimiento establecido por la ley 24.241.

Art. 28. -- Sólo podrán ofrecerse medidas probatorias que hubiesen sido denegadas en la instancia anterior.

Art. 29. -- El recurso se concederá en relación con efecto devolutivo.

Art. 30. -- La Comisión Médica Central notificará a las partes la recepción del expediente. El recurrente expresará sus agravios dentro del plazo de cinco (5) días.

De la expresión de agravios se correrá traslado a los interesados por el plazo de cinco (5) días.

Art. 31. -- La expresión de agravios deberá contener la crítica concreta y razonada de la resolución de la comisión médica que el apelante considera equivocada. No bastará remitirse a presentaciones anteriores ni podrá fundar sus pretensiones en hechos no alegados en la instancia anterior.

Art. 32. -- Contestado el recurso o vencido el plazo para hacerlo, la Comisión Médica Central sustanciará el proceso ordenando, si lo considera pertinente, las pruebas necesarias fijando un plazo máximo para su producción de cuarenta (40) días, pudiendo ampliarlo hasta sesenta (60) días cuando las circunstancias así lo requieran. Posteriormente emitirá resolución definitiva en un plazo máximo de treinta (30) días.

Art. 33. -- La Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo quedan facultadas a designar, en forma conjunta, profesionales médicos para cumplir las funciones de secretarios técnicos de la Comisión Médica Central, con los alcances y modalidades que las mismas establezcan.

Art. 34. -- Concluido el proceso probatorio, las partes que lo creyeren conveniente podrán alegar, a cuyo fin estarán las actuaciones a su disposición para consulta en un plazo común

de cinco (5) días. Vencidos los mismos la Comisión Médica Central dictará resolución técnicamente fundada en un plazo no mayor de treinta (30) días.

Art. 35. -- La Superintendencia de Riesgos del Trabajo será la encargada de dictar las normas complementarias para el procedimiento establecido en el presente decreto.

Art. 36. -- La Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo establecerán en forma conjunta el régimen arancelario de las comisiones médicas y de la Comisión Médica Central en función del costo promedio de cada expediente, el que se calculará tomando en consideración los gastos fijos y variables.

De igual forma podrán dotar a las comisiones médicas y a la Comisión Médica Central de comisiones técnicas, nacionales o regionales, para que efectúen dictámenes en relación a asuntos ajenos a la competencia profesional de sus integrantes.

Art. 37. -- Las normas del presente decreto establecidas para las aseguradoras serán de aplicación a los empleadores que se encuentren incluidos dentro del régimen de autoseguro.

Art. 38. -- Comuníquese, etc.

Menem; Rodríguez; Caro Figueroa.

