

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Resolución N° 1314/2010

Bs. As., 3/9/2010

VISTO el Expediente N° 16.512/09 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), las Leyes N° 19.549 y N° 24.557, los Decretos N° 658 de fecha 24 de junio de 1996, N° 717 de fecha 28 de junio de 1996, N° 491 de fecha 29 de mayo de 1997, N° 410 de fecha 6 de abril de 2001, las Resoluciones S.R.T. N° 45 de fecha 20 de junio de 1997, N° 1601 de fecha 12 de octubre de 2007, N° 1604 de fecha 16 de octubre de 2007, N° 460 de fecha 15 de abril de 2008, N° 635 de fecha 23 de junio de 2008, N° 772 de fecha 29 de julio de 2009 y N° 1556 de fecha 29 de octubre de 2009, y

CONSIDERANDO:

Que por el Decreto N° 717 de fecha 28 de junio de 1996 se reglamentaron, en el marco de la Ley N° 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 N° 717/96, es el Organismo encargado de dictar las normas complementarias del procedimiento previsto por dicha norma.

Que el artículo 12 del Decreto N° 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 Temporal (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:

ARTICULO 1º — *(Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011)*

ARTICULO 2º — *(Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011)*

ARTICULO 3º — *(Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011)*

ARTICULO 4º — *(Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011)*

ARTICULO 5º — *(Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011)*

ARTICULO 6º — *(Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011)*

ARTICULO 7º — *(Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011)*

ARTICULO 8º — (*Artículo derogado por art. 13 de la Resolución N° 1068/2011 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo B.O. 1/8/2011. Vigencia: a partir del 1º de agosto de 2011*)

ARTICULO 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. N° 45 de fecha 20 de junio de 1997, conforme texto de la Resolución S.R.T. N° 460 de fecha 15 de abril de 2008, por los textos impresos en el Anexo I que forma parte de la presente resolución.

ARTICULO 10. — Sustitúyase el texto del punto 1.1.2 de las Consideraciones Generales del Anexo I de la Resolución S.R.T. N° 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."

ARTICULO 11. — Sustitúyase el texto del punto 1.1.5 de las Consideraciones Generales del Anexo I de la Resolución S.R.T. N° 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./E.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."

ARTICULO 12. — Sustitúyese el texto del punto 1.1.6, Punto 1 de las Consideraciones Generales del Anexo I de la Resolución S.R.T. N° 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."

ARTICULO 13. — VIGENCIA:

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

ARTICULO 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 MEDICAS

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 artículo 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 MEDICAS

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 N° 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 identificador, 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)

3.2.2.1.1.2 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, profesioograma 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 N° 463/09 y N° 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 N° 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 Temporal 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 constatare 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.