MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO

Resolución Nº 305/2001

Bs. As., 19/06/2001

VISTO el Expediente del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) Nº 0473/01, la Ley N° 24.557 del 14 de octubre de 1995, los Decretos N° 658 de fecha 24 de junio de 1996, N° 717 de fecha 28 de junio de 1996, N° 1278 de fecha 28 de Diciembre de 2000, N° 410 de fecha 6 de abril de 2001, la Resolución Conjunta S.R.T. N° 184 y S.A.F.J.P. N° 590 de fecha 28 de agosto de 1996, las Resoluciones S.R.T. N° 45 de fecha 20 de Junio de 1997 y S.R.T. N° 222 de fecha 7 de mayo de 2001, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con las disposiciones citadas en el visto, corresponde a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) dictar las normas complementarias para los procedimientos establecidos respecto de los trámites en los que deban intervenir las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central.

Que atento lo dispuesto por el artículo 3º de la Resolución Conjunta S.R.T. N° 184/96 y S.A.F.J.P. N° 590/96, la Subgerencia de Control de Prestaciones, hoy Subgerencia Médica, de esta Superintendencia, tiene la responsabilidad de mantener actualizados los procedimientos a seguir en los trámites de la Ley Nº 24.557 sobre Riesgos del Trabajo.

Que el artículo 4º de la Resolución Conjunta citada, faculta a la mencionada Subgerencia, a elaborar y aprobar las actualizaciones periódicas de dichos procedimientos.

Que de conformidad con las disposiciones citadas esta SUPERINTENDENCIA, sobre la base de la experiencia acumulada, actualizó, a través de la Resolución S.R.T. N° 45/97, los procedimientos a seguir en los trámites previstos en la Ley N° 24.557, dictando un texto unificado con la redacción original del MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES EN QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL, aprobada por Resolución Conjunta S.R.T. N° 184/96 y S.A.F.J.P. N° 590/96.

Que en lo atinente a los trámites a llevarse a cabo por ante la Comisiones Médicas, el Poder Ejecutivo Nacional ha modificado mediante el Decreto N° 1278/00 el apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557, entendiendo que siempre que al iniciarse el trámite quedare planteada la divergencia sobre la determinación de la naturaleza laboral del accidente, la Comisión actuante, deberá requerir, conforme se establezca por vía reglamentaria, un dictamen jurídico previo para expedirse sobre dicha cuestión.

Que, en ese sentido, el Decreto N° 410/01 dispuso que el dictamen jurídico previo será emitido por el Organo que a tal efecto determine la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, facultando a ésta a dictar las normas complementarias correspondientes.

Que la Resolución S.R.T. N° 222/01 dispuso la apertura de la UNIDAD DE ASESORAMIENTO A LAS COMISIONES MEDICAS, que tendrá a su cargo la emisión del dictamen jurídico previo previsto en el apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557, estableciendo, asimismo, los mecanismos de procedimiento y de financiamiento procedentes para el funcionamiento de la mencionada Unidad.

Que por lo expuesto en los párrafos precedentes es indispensable incorporar un capítulo, con los respectivos formularios instructivos, al Anexo I de la Resolución S..R.T. N° 45/97 que regule la emisión del dictamen jurídico previo en torno al trámite por divergencia en la naturaleza laboral del accidente.

Que, en lo que respecta a los trámites a llevarse a cabo por ante las Comisiones Médicas, el Decreto N° 1278/00 también ha modificado otro aspecto esencial de los mismos, al sustituir el apartado 2 del artículo 6 de la Ley N° 24.557.

Que lo expuesto en el párrafo precedente obedece a la posible aparición de nuevas patologías de naturaleza profesional no contempladas originariamente, o de evidencias científicas que permitan establecer el carácter profesional de otras patologías.

Que en tal sentido, se entendió prudente y razonable considerar enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determinase como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

Que para tales fines el reformado artículo 6 de la Ley N° 24.557 estableció un procedimiento tendiente a la determinación de la existencia de estas contingencias.

Que el Decreto N° 410/01 reglamentó los incisos b) y c) del mencionado apartado 2 del artículo 6º de la Ley N° 24.557.

Que en virtud de lo expuesto, resulta necesario incorporar al Manual de Procedimientos que integra el Anexo I de la Resolución S.R.T. N° 45/97, un capitulo, con los respectivos formularios instructivos, que contemple los Trámites por Enfermedades Profesionales no Incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales del Decreto N° 658/96.

Que la Subgerencia de Asuntos Legales ha tomado debida intervención.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 35 del Decreto 717/96 y en virtud de lo dispuesto por la Resolución Conjunta S.R.T. N° 184/96 y S.A.F.J.P. N° 590/96.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Aprobar como capítulos 6 y 7 del Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 45/97 (MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES EN LOS QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL), a los Anexos I y II de la presente Resolución, respectivamente.

ARTICULO 2º.- Esta Resolución entrará en vigencia el día siguiente a su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 3º.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese, previa publicación en el Boletín Oficial. - DR. DANIEL MAGIN ANGLADA, a/c Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

ANEXO I

CAPITULO 6

TRAMITE POR DIVERGENCIA EN LA NATURALEZA LABORAL DEL ACCIDENTE

CONSIDERACIONES GENERALES

El apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557 establece que la Comisión actuante 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, en aquellos siniestros ocurridos a partir del 01/03/2001 (Decreto N° 410/01).

Quedan exceptuados de seguir el presente procedimiento aquellos rechazos extemporáneos efectuados por las Aseguradoras fuera de los plazos normados en el Articulo 6 del Decreto N° 717/96.

Este capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los ya existentes en el Capítulo 1 del presente Manual. Dichos elementos y procedimientos se agregarán a los ya existentes o los reemplazarán, según se establezca en cada caso.

CONSIDERACIONES PARTICULARES

F) Audiencia y/o examen médico.

Reemplazar el punto 6.2. por el siguiente texto:

6.2 Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales, se notificará a las partes que los actuados serán remitidos a la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas para la emisión del correspondiente dictamen jurídico previo obligatorio (Form. Anexo K).

Incorporar al punto 7 el siguiente texto:

7.1 En todos los casos en que quede planteada la divergencia en la naturaleza laboral del accidente se deberá dejar constancia de los argumentos esgrimidos por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado al rechazar la contingencia oportunamente denunciada por el trabajador.

Incorporar los siguientes puntos:

9. El Coordinador de la Comisión Médica interviniente deberá remitir el expediente a la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas, en su carácter de órgano encargado de la elaboración del dictamen jurídico previo previsto en el apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557. Dicha remisión se efectuará a través del sistema de bolsín dentro de las SETENTA Y DOS (72) hs. posteriores a la audiencia.

10. Recibido el expediente en la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas, el mismo será asignado en forma rotativa a un integrante del cuerpo, quien en el plazo de TRES (3) días procederá a evaluar los actuados. Con el fin de reunir los elementos probatorios suficientes para emitir el correspondiente dictamen jurídico y en caso de considerarlo necesario, la mencionada Unidad podrá requerir a la Comisión Médica respectiva, la producción de los medios de prueba que estime corresponder.

11. Dentro de los QUINCE (15) días de recibido el expediente, la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas deberá emitir el dictamen jurídico previo estipulado en el artículo 21 apartado 5 de la Ley N° 24.557. El plazo mencionado se verá tácitamente suspendido ante supuestos de producción de prueba complementaria requerida por la mencionada Unidad.

Dicho dictamen deberá estar fundado en derecho, y versará sobre la aceptación o rechazo de la naturaleza laboral del infortunio denunciado, debiendo constar en el mismo lo siguiente:

a) Motivo de requerimiento a la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas.

b) Posición de las partes.

c) Descripción de los hechos

d) Valoración jurídica de la prueba.

e) Conclusión fundamentada en derecho.

12. La Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas deberá devolver los actuados a la Comisión Médica interviniente dentro de las SETENTA Y DOS (72) hs. de emitido el correspondiente dictamen a través del sistema de bolsín.

13. Recibidos los actuados por la Comisión Médica interviniente el trámite proseguirá según lo normado en el punto K) Dictamen del Capitulo 1 del presente Manual.

S) Audiencia y/o examen médico de la Comisión Médica Central.

Para este caso resulta aplicable lo dispuesto en el punto 6.2. y siguientes del presente capítulo, con la salvedad que deberá entenderse que se hace referencia a la Comisión Médica Central, cada vez que se hace alusión a Comisión Médica.

ANEXO K

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
ACTA DE AUDIENCIA Y / O EXAMEN MÉDICO **POR RECHAZO DEL ORIGEN LABORAL DE LA CONTINGENCIA**		
COMISIÓN MÉDICA N°	**FECHA / /**	**HORA:**
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE N°:		
Fecha de solicitud de intervención: / /		
DAMNIFICADO:	**CUIL N°:**	
ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO:		
CÓDIGO N°:	**SINIESTRO N°:**	
EMPLEADOR:		
AUDIENCIA		
Concurrentes a la Audiencia:		
Fecha primera manifestación invalidante:		
Fecha del rechazo:		
Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado:		
Factores de riesgo denunciados:		

Tiempo de exposición a los factores de riesgo denunciados:
Petición presentada:
Estudios y/o certificados aportados:
Evaluación y tratamiento médico efectuado:
Preexistencias:
Fundamentos del rechazo:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

DAMNIFICADO:

EXPEDIENTE N°
EXAMEN FÍSICO
Estudios y / o certificados aportados:
Examen preocupacional:
DIAGNÓSTICO
Opinión de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado:
Opinión damnificado:
Requerimientos:
Plazo de entrega:
Solicitud de estudios:
Plazo de entrega:

SEGUNDA AUDIENCIA Y/O DICTAMEN		
LUGAR:	**FECHA / /**	**HORA:**
OBSERVACIÓNES DEL DAMNIFICADO Y / O DE LOS PERITOS DESIGNADOS POR LAS PARTES		
Las actuaciones serán giradas a la UNIDAD DE ASESORAMIENTO DE LAS COMISIONES MÉDICAS de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, para la emisión del dictamen jurídico previo, de acuerdo a lo normado en el inciso 5, artículo 21 de la Ley 24.557, reglamentado por el Decreto N°410/01. El cuerpo de asesores dispone de 15 (quince) días para la devolución de las actuaciones.		
.....		

DAMNIFICADO **Firma y Aclaración**	**ART / E.AUTOASEGUR.** **Firma y Aclaración**	**PERITO** **Firma y Aclaración**	**PERITO** **Firma y Aclaración**

..... **COMISIÓN MÉDICA**

FIRMAS Y ACLARACIONES

INSTRUCTIVO ANEXO K

Acta de Audiencia y/o Examen Médico por Rechazo del Origen

Laboral de la Contingencia

Objetivo: Dejar constancia de lo actuado en la Audiencia y/o Examen Médico con el objetivo de informar a la Unidad de Asesoramiento a las Comisiones Médicas para la emisión del correspondiente dictamen jurídico previo obligatorio.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica, y será suscrita por la Comisión Médica, el damnificado y los Médicos designados por los interesados.

Contenido:

1. Comisión Médica N°.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
3. Fecha: indicar la fecha de emisión.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Fecha de solicitud de intervención: Indicar la fecha consignada en la solicitud de Intervencion.
6. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.
7. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.
8. Aseguradora/EmpleadorAutoasegurado: consignar nombre, código y número de siniestro.
9. Empleador: indicar el nombre del mismo y número de siniestro.
10. Concurrentes a la audiencia: Consignar los nombres de los participantes en la audiencia.
11. Fecha de la primera manifestación invalidante: Consignar la fecha denunciada.

12. Fecha del rechazo: Consignar fecha del rechazo del siniestro efectuado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
13. Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado: Dejar constancia de las mismas.
14. Factores de riesgos denunciados: Detallar los consignados en la petición fundada.
15. Tiempo de exposición a los riesgos denunciados. Consignar la exposición, según lo manifestado en la petición fundada.
16. Petición presentada: Resumen de los aspectos fundamentales de la presentación.
17. Estudios y/o certificados aportados: Resumen de los datos positivos consignados en los estudios y/o certificados adjuntados con la petición fundada.
18. Evaluación y tratamiento médico efectuado: Dejar constancia de todas las acciones médicas efectuadas por la Aseguradora, Empresa Autoasegurada previo al rechazo. En los casos que corresponda dejar constancia de los tratamientos efectuados al damnificado por su Obra Social, Hospitales Públicos u otros.
19. Preexistencias: Dejar constancias de las preexistencias presentes en el damnificado, de acuerdo a lo indicado por las partes.
20. Fundamentos del rechazo: Detallar los mismos.
21. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
22. Estudios y/o certificados aportados: Resumen de los datos positivos consignados en los estudios y/o certificados adjuntados con la petición fundada.
23. Examen preocupacional: Indicar si fue realizado y cuales fueron sus resultados.
24. Diagnóstico: Detallar el diagnóstico.
25. Opinión de la Aseguradora / Empleador Autoasegurado: Dejar constancia sobre datos no aportados en la presentación.
26. Opinión del damnificado: Consignar la misma.
27. Requerimientos: Detallar los requerimientos efectuados a las partes y el plazo para su entrega.
28. Solicitud de estudios: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica: estudios, interconsultas y/o prácticas especiales Se agregará el plazo para su presentación.
29. Segunda Audiencia y/o Dictamen: Únicamente en los casos que se considere necesaria, se dejará constancia de la fecha y hora de ejecución de la segunda Audiencia. En el resto de los casos se consignará la fecha y hora en que será emitido el Dictamen.
30. Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes: Los peritos de parte y/o el damnificado tendrán derecho a manifestar su conformidad o disconformidad con lo actuado.

FIRMAS

31. Firma y aclaración del damnificado y/o derechohabiente.
32. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado.
33. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.
34. Firma, aclaración y sello de la Comisión Médica.

ANEXO II

CAPITULO 7

TRAMITES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES NO INCLUIDAS EN EL LISTADO (DECRETO 658/96)

CONSIDERACIONES GENERALES

Este capítulo tiene como única finalidad incorporar al presente manual el procedimiento por el que se regirán los trámites relativos a las patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales, conforme lo estipulado por el articulo 6, apartado 2 de la Ley N° 24.557 y por los Decretos N° 1278/00 y N° 410/01.

De conformidad con lo establecido en el artículo 8 del mencionado Decreto N° 410/01, se darán ingreso exclusivamente a las solicitudes cuya primera manifestación invalidante de la enfermedad profesional denunciada se haya producido con posterioridad al 01/03/01.

El damnificado deberá poner en conocimiento de la Aseguradora, en forma previa a la iniciación del trámite, las patologías denunciadas. La Aseguradora interviniente deberá aceptar o rechazar el reclamo del damnificado, manifestando si la enfermedad denunciada se encuentra incluida o no en el Listado de Enfermedades Profesionales.

La petición que el trabajador o sus derechohabientes formulen ante la Comisión Médica jurisdiccional en todos los casos deberá estar debidamente fundada, suscripta por un médico especialista en medicina del trabajo o en medicina legal y contener todos los elementos probatorios que permitan establecer la incidencia en la patología denunciada de la exposición de los agentes de riesgos presentes en el trabajo respectivo, con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

CONSIDERACIONES PARTICULARES

1.- Presentación de la documentación.

1.1.- La presentación ante las Comisiones Médicas deberá ser realizada por el trabajador o sus derechohabientes o por su apoderado.

1.2.- La presentación se podrá realizar en forma personal o por vía postal.

En la presentación vía postal no se exigirá al damnificado el formulario de "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales" Form. Anexo L. En este caso, bastará con que en la presentación postal consten los datos contenidos en el mencionado formulario.

La "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" o la nota que acompañe a la presentación de la documentación, deberá estar firmada por el Solicitante y podrá estar suscripta por un profesional de la salud que avale el requerimiento.

1.3.- La presentación deberá realizarse ante la Comisión Médica con competencia territorial en el domicilio real del damnificado, entendiéndose por éste el lugar donde resida en el momento de presentar el trámite.

En los casos que por razones de distancia o accesibilidad resultara más cercana otra Comisión Médica que la que correspondiere por competencia territorial, al momento de hacer la presentación en la Comisión Médica más cercana, el damnificado podrá requerir el cambio de Comisión. Este requerimiento deberá efectuarse mediante nota, argumentándose en la misma los motivos que impulsan el pedido.

1.4.- La presentación deberá estar acompañada por los siguientes elementos:

a) Constancia de denuncia de la enfermedad ante la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado.

b) Constancia del rechazo por parte de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado de la pretensión del trabajador, fundado en que la enfermedad

denunciada no corresponde a una patología incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales.

c) Petición fundada, suscrita por médico especialista en Medicina del Trabajo o Medicina Legal. Se entenderá por tal, aquella presentación que se encuentre avalada con el diagnóstico, la argumentación y las constancias que permitan establecer la incidencia en la patología denunciada de la exposición a los agentes de riesgo presentes en el trabajo respectivo, con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

Las constancias a presentar serán:

- Estudios complementarios que acrediten el diagnostico de la enfermedad denunciada.
- Descripción de los agentes de riesgo a que estuvo expuesto el trabajador.

d) Fotocopia del Documento de Identidad del damnificado o sus derechohabientes donde conste el último cambio de domicilio.

e) Fotocopia del Documento de Identidad del apoderado, en caso de iniciar este el trámite, donde conste el último cambio de domicilio.

f) Poder otorgado por el damnificado o sus derechohabientes, ante escribano público donde figure la autorización para representar al otorgante y gestionar trámites administrativos, cuando el expediente lo inicie el apoderado del Damnificado o cuando se presente durante la tramitación del mismo. En este caso, si el apoderado fuera abogado, bastará con la presentación de la copia del poder firmada por el letrado en todas sus partes.

1.5.- Recibida la presentación, se remitirán los actuados para su evaluación al Médico Coordinador de la Comisión Médica actuante.

2.- Evaluación e inicio de expediente.

2.1.- El Coordinador de la Comisión Médica evaluará el contenido y la forma de la presentación conjuntamente con los antecedentes que pudieran existir. El proceso de evaluación no podrá exceder los cinco (5) días contados desde la presentación de la documentación.

2.2.- Aquellas denuncias con documentación incompleta serán devueltas al interesado, dejando debida constancia de la documentación faltante en un registro, donde además deberá

constar el nombre del damnificado, la fecha de presentación y la fecha de devolución al damnificado.

2.3.- La irregularidad detectada se notificará al recurrente en forma personal o vía postal, informándole sobre la documentación faltante para poder iniciar el trámite.

2.4.- En el supuesto de que el trabajador al iniciar el trámite denuncie patologías incluidas y no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales, en el rechazo que realice la Comisión Médica se dejará constancia que el trabajador deberá presentar las Solicitudes de Intervención en trámites por separado, según los procedimientos establecidos en el Captulo 1 del Anexo I de la Resolución SRT N° 45/97 y en el presente Capítulo, respectivamente.

2.5.- Transcurrido el plazo establecido en el punto 2.1 de las presentes y mediando silencio por parte de la Comisión, se entenderá como ingresada la solicitud del trabajador.

2.6.- En los casos en que la documentación que avale la petición fundada se halle completa se tendrá por ingresada la solicitud y se dará inicio al expediente. En estos supuestos, se deberán seguir los siguientes pasos:

2.6.1.- Sellar y fechar el original y copia de la "Solicitud de Intervención"

2.6.2.- Asignar número de expediente a la solicitud ingresada. La numeración deberá ser integrada por:

- Los tres primeros dígitos que identifican a la Comisión Médica.
- "L" Identificación de Trámite Laboral.
- Los cuatro siguientes a partir del 0001 que identifican al número de expediente.
- "/" (barra).
- Los dos últimos al año de emisión.

Ej.: 001-L-0001/97 Comisión Médica N° 1, Trámite Laboral, Expediente N° 1 del año 1997

2.6.3.- Dar de alta en el registro de expedientes interno de la Comisión Médica, los datos de la "Solicitud" ingresada.

2.6.4.- Proceder al armado del expediente, integrado por los siguientes elementos y en el siguiente orden:

a) Carátula (o "Tapa del Expediente" Form. Anexo J): Se consignará el Nº de expediente, los datos del damnificado o sus derechohabientes, y de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado o del Empleador no Asegurado, fecha de inicio, datos del solicitante y un breve extracto de lo solicitado.

b) Original de la "Solicitud de Intervención", en caso de corresponder.

c) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica. En caso de que el trabajador no posea dicha documentación deberá acompañar constancia de la denuncia policial de extravío, robo o hurto del documento de identidad y copia de otro documento.

d) Cuando la solicitud fuera realizada por el derechohabiente o por terceros se agregará para el recurrente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad (hojas 1 y 2 y, último cambio de domicilio). Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica (hojas 1; 2; 3 y 4 y, último cambio de domicilio), documentación que acredite el vínculo familiar, cesión de poder y/o certificado de defunción del damnificado.

e) Constancia de denuncia, y rechazo de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no Asegurado por no encontrarse dentro del listado de enfermedades profesionales.

f) Petición fundada, junto a los exámenes complemetarios y certificados médicos que la acompañen.

g) Copias de los dictámenes anteriores correspondientes al damnificado que inicie el tramite, cualquiera sea el siniestro denunciado y la contingencia dictaminada.

2.6.5.- Se procederá a foliar con sello foliador todos las actuaciones por orden correlativo de incorporación.

2.6.6.- Los errores de foliatura deberán ser salvados, bajo constancia escrita en la foja erróneamente foliada procediendo a refoliar las actuaciones.

2.6.7.- Se asignará el expediente a un médico de la comisión, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros de la Comisión, incluido el Coordinador.

3.- Citación a las partes

3.1.- Todas las comunicaciones que realice la Comisión actuante deberán practicarse con acuse de recibo. Las comunicaciones a las Aseguradoras y Empleadores autoaseguradores se efectuarán a través de correo electrónico.

Para ello será requisito que cada una de ellas informe al Departamento Salud Ocupacional de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo la dirección de correo electrónico donde le serán efectuadas las notificaciones, junto al responsable a quien serán dirigidas. Las Aseguradoras deberán notificar a la dependencia mencionada, todo cambio que se efectúe al respecto.

3.2.- La Comisión deberá cumplir con los siguientes pasos:

3.2.1.- Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" Form. Anexo C por triplicado, o más, según corresponda. La Audiencia deberá practicarse dentro de los DIEZ (10) días contados desde que el Expediente ha sido fechado y asignado.

3.2.2.- Remitir el original, y el triplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado y al empleador respectivamente, mediante notificación fehaciente, como mínimo, con TRES (3) días de antelación a la realización del acto.

3.2.3.- Remitir el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, mediante notificación realizada vía correo electrónico y/o postal, con TRES (3) días de antelación a la realización del acto.

3.2.4.- Agendar el vencimiento del plazo para la citación de las partes.

3.2.5.- Incorporar al expediente el cuadruplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" junto con los comprobantes de emisión de las comunicaciones realizadas en forma postal y/o por correo electrónico.

4.- Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

4.1.- En caso de que la Comisión Médica no pueda notificar al damnificado o al derechohabiente en el domicilio declarado por éstos en la solicitud de intervención, no se continuará con el trámite, dejándose constancia en el expediente de las debidas diligencias realizadas, y procediéndose a la notificación de las partes restantes y a su archivo.

4.2- Si con anterioridad a la Audiencia, el damnificado solicitara una nueva fecha para la Audiencia y/o Examen Médico, la Comisión actuante procederá a fijar una nueva fecha, mediante notificación fehaciente, remitiendo copia de la misma a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado, al Empleador no Asegurado y al empleador afiliado, de conformidad al punto 3) Citación a las partes.

4.3.- Si el damnificado no concurriese, ni solicitase una nueva fecha, se procederá al archivo del expediente.

4.4.- Si el damnificado justificase su no concurrencia en razones de carácter ambulatorio, se dejará constancia de dicha situación y se continuará con el trámite con los elementos existentes.

4.5.- Si el Empleador afiliado, la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el empleador no Asegurado, no concurriesen a la citación a la audiencia y/o examen físico se dejará constancia de ello y se continuará con el trámite.

4.6.- Ante la incomparecencia de la Aseguradora o el Empleador, se continuará con el trámite y éstos podrán tomar vista de las actuaciones cuando lo requieran.

5.- Audiencia y/o examen médico. Exámenes complementarios.

5.1.- A la Audiencia y/o Examen médico deberá concurrir el damnificado quién podrá estar acompañado por su asesor médico o letrado. Además podrán concurrir el médico del Área Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o médico prestador habilitado por ella, y el representante del Empleador.

5.2.- Todos los concurrentes a la Audiencia y/o Examen médico deberán ser identificados por la Comisión Médica, mediante exhibición de los documentos de identidad.

Los profesionales se acreditarán como tales mediante la presentación del carnet o la matrícula correspondiente.

Los representantes de las partes deberán exhibir el poder legal o autorización correspondiente, cuando se presenten como tales y no lo hubieran incorporado al expediente.

5.3.- En los casos que los representantes de las partes, no fueran médicos, se deberán retirar de la audiencia al momento del examen físico.

5.4.- En la Audiencia y/o Examen médico la Comisión Médica deberá.

a) Registrar los elementos en que se basa el recurrente para solicitar la intervención.

b) Recibir los elementos que aporte la Aseguradora.

c) Registrar o recibir los aportes del empleador.

d) Recibir los descargos de las partes con respecto a las pruebas aportadas.

e) Efectuar un examen clínico si correspondiere.

f) En el caso que el damnificado dificultare el examen, se seguirá el trámite con la información existente en el expediente dejando constancia en el mismo de tal circunstancia.

5.5.- ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Realizada la evaluación, y en caso de ser necesario, se podrán efectuar estudios y/o interconsultas con especialistas o procedimientos especiales, para lo cual se deberá:

a) Indicar los estudios necesarios.

b) Concretar con los Profesionales o Entidades que se encuentren en el "Listado de Prestadores" el día y hora de la consulta o práctica.

c) Emitir el formulario de "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" Form. Anexo E, por triplicado.

d) Entregar al damnificado el original de la "Orden de Estudios para Trámites de Incapacidad Laboral". Si fuera necesario, dicha entrega se hará en sobre cerrado con la leyenda "Para ser abierto solo por el destinatario", constando en ella los comentarios médicos que la Comisión considere de carácter confidencial para conocimiento del prestador.

e) Incorporar al expediente el triplicado firmado por ambas partes.

5.5.1.- La Comisión Médica recibirá de los especialistas los estudios o prácticas efectuados y/o recepcionará los informes requeridos a las partes.

5.5.2.- Cumplida la recepción, verificará que los estudios cumplan con los requerimientos dispuestos e incorporará toda la documentación al expediente.

5.5.3.- Cuando con causa justificada el damnificado solicite nueva fecha para un estudio o práctica clínica, se concertará nueva fecha, notificando a las partes en forma fehaciente.

5.5.4.- Cuando las partes no efectuaran las evaluaciones complementarias previamente solicitadas, por causa injustificada, se procederá al estudio de las actuaciones con los informes que obren en éstas.

5.5.5.- En el caso de que la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado, no cumplieran con las directivas de la Comisión Médica, se notificará de tal conducta a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

5.6.- La Comisión Médica podrá requerir el apoyo de peritos contratados, de servicios profesionales o de organismos técnicos; o solicitar la cooperación de la autoridad laboral o cualquier otra diligencia necesaria cuando el conflicto así lo justifique.

5.7.- En los casos en que el médico de la Comisión lo considere necesario, podrá requerir a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado y al Empleador información relativa a las condiciones de medio ambiente y de higiene y seguridad existentes en el ámbito laboral del damnificado. Asimismo, podrá requerir del Empleador el legajo médico en salud o los exámenes médicos en salud del trabajador.

5.8.- La Comisión Médica deberá emitir el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales" Form. Anexo M, por cuadruplicado.

5.8.1.- En el acta deberá registrarse con detalle lo siguiente:

- Afecciones denunciadas.
- Fecha de primera manifestación invalidante.
- Agentes de riesgo denunciados como causante, de la afección.

- Descripción y antigüedad de las tareas y tiempo de exposición a los riesgos denunciados.
- Examen físico y diagnóstico.
- Detalle de los estudios y/o interconsultas o diligencias solicitadas, y el plazo para presentarlos.
- Los fundamentos y/o divergencias de las partes.
- Fecha para una segunda Audiencia, si la Comisión Médica lo considera necesario, o fecha asignada para el dictamen.

5.8.2.- El Acta deberá ser firmada por la Comisión Médica y por los asistentes a la Audiencia.

5.8.3.- La negativa a firmar, o la firma en disconformidad no impedirá la prosecución del trámite.

5.9.- Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales se procederá a asignar la fecha de emisión del dictamen, la cual será notificada fehacientemente al damnificado, a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado y al Empleador afiliado, para luego continuar con el punto 8) Dictamen.

5.10.- La Comisión Médica deberá entregar el duplicado al damnificado, el triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado y el cuadruplicado al Empleador afiliado con lo que se considerarán debidamente notificados de la citación a la Segunda Audiencia o de la fecha del dictamen.

6.- Procedimiento ante la no concurrencia de las partes a la Segunda Audiencia y/o Examen médico

6.1.- Si con anterioridad a la Segunda Audiencia, el damnificado solicitara una nueva fecha para la Audiencia y/o Examen Médico, la Comisión actuante procederá a fijar una nueva fecha, mediante notificación fehaciente, remitiendo copia de la misma a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado y al Empleador de conformidad al punto 3) Citación a las partes.

6.2.- Si el damnificado no concurriese, ni solicitase una nueva fecha, se dejará constancia de dicha situación y se procederá a emitir dictamen con los antecedentes obrantes en el expediente.

6.3.- Si el empleador, la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no concurriesen a la Segunda Audiencia y/o examen físico se dejará constancia de ello y se continuará con el trámite.

7.- Segunda Audiencia y/o Examen médico

7.1.- En aquellos casos en que se requiera evaluar nuevamente al damnificado, en relación a las prácticas solicitadas.

7.2.- En aquellos casos en que se considere que se reúnen todos los elementos necesarios, se deberá confeccionar el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales", dejando constancia en la misma que se emitirá el "Dictamen de Comisión Médica por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales" Form. Anexo N, de conformidad al punto 8) Dictamen; fijando fecha y hora del mismo y procediendo a notificar a las partes con la firma del Acta.

8.- Dictamen

8.1.- En los casos en que la Comisión Médica jurisdiccional actuante considere que la patología invocada por el damnificado se encuentra prevista en el Listado de Enfermedades Profesionales, procederá a emitir dictamen en un todo de acuerdo con el procedimiento establecido en el Capitulo 1 Punto K de la presente Resolución, y continuará el trámite según lo dispuesto en el mencionado Capitulo 1.

8.2.- En los casos en que la Comisión Médica jurisdiccional actuante considere que la patología invocada por el damnificado no se encuentra prevista en el Listado de Enfermedades Profesionales, procederá a emitir el formulario "Dictamen de Comisión Médica por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales", Form. Anexo N, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los treinta (30) días de la fecha de iniciación del expediente.

8.3.- En el Dictamen deberá constar lo siguiente:

a) Fecha de emisión del dictamen.

b) Un resumen de lo actuado.

c) Diagnóstico, si correspondiere.

d) Las conclusiones sobre lo solicitado, estableciendo la incidencia en la patología denunciada de la exposición de los agentes de riesgos presentes en el trabajo respectivo, con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Las conclusiones deberán estar debidamente fundamentadas.

e) Prestaciones en especie a otorgar, si correspondiere.

f) Si la conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

8.4.- En el dictamen no se determinará en ningún caso el grado ni porcentaje de incapacidad.

8.5.- La Comisión Médica deberá notificar a las partes en el momento de emitir el dictamen, o en su defecto distribuir con acuse de recibo dentro de los CINCO (5) días de celebrada la audiencia, el "Dictamen de Comisión Médica", de la siguiente forma:

a) El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.

b) El duplicado al trabajador o derechohabiente.

c) El triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado.

d) El cuadriplicado para el Empleador afiliado.

e) El quintuplicado a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

8.6.- En los casos en que la Comisión Médica actuante dictamine que la contingencia laboral reclamada es una enfermedad profesional no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales, se deberán llevar a cabo las siguientes diligencias:

8.6.1.- Se girará el expediente, dentro de las 72 horas contadas desde la emisión del Dictamen, a la Comisión Médica Central para que ésta convalide o rectifique el mismo. En este caso, se dejará constancia en el dictamen de la remisión a la Comisión Médica Central.

8.6.2.- Se comunicará en forma inmediata a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, para que a partir de dicha oportunidad y hasta tanto se resuelva la cuestión por la Comisión

Médica Central, brinde las prestaciones determinadas en el dictamen, de conformidad a lo que establece el artículo 6, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557.

9.- Recurso del dictamen

9.1.- En virtud de la intervención obligada que le cabe a la Comisión Médica Central, prevista en el apartado 2 c) del artículo 6° de la Ley N° 24.557, los dictámenes de las Comisiones Médicas jurisdiccionales que establezcan el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales no son susceptibles de recursos.

9.2.- Los dictámenes de las Comisiones Médicas jurisdiccionales que desconozcan el carácter profesional de una patología podrán ser recurridos por el damnificado o sus derechoahabientes, dentro de los DIEZ (10) días de notificados. En virtud de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 2° del Decreto N° 410/01 los recursos de apelación sobre los dictámenes de las Comisiones Médicas jurisdiccionales serán resueltos exclusivamente por la Comisión Médica Central. El recurrente deberá presentar el escrito, acompañado de la crítica concreta y razonada del dictamen recurrido, en sede de la Comisión Medica jurisdiccional, debiendo ésta elevarlo dentro de los tres (3) días a la Comisión Médica Central, de acuerdo a lo establecido en el punto 9.9.

9.3.- La presentación realizada por el damnificado o sus derechohabientes deberá contener lo siguiente:

- Datos del apelante.
- Apellido y nombres del damnificado.
- C.U.I.L. y Documento de Identidad del damnificado.
- Nº de expediente del trámite.
- Comisión Médica actuante.
- Fecha del Dictamen.
- Domicilio legal del apelante.
- Consignar expresamente la parte del dictamen que se apela.
- Firma y aclaración del apelante.
- Crítica concreta y razonada del dictamen recurrido.

9.4.- Los Empleadores que se encuentran afiliados a una Aseguradora en ningún caso están habilitados para recurrir los dictámenes emitidos por la Comisión Médica Jurisdiccional.

9.5.- Si la Comisión procediera al rechazo del recurso de apelación por extemporáneo, en razón de haberse interpuesto luego de vencido el plazo establecido en el apartado 5 del Artículo 2 del Decreto N° 410/01, se dejará constancia en el expediente con el siguiente proveído:

"Se rechaza el recurso interpuesto en fecha…/…/ . por resultar el mismo extemporáneo, al haber vencido el plazo legal previsto en el apartado 5) del artículo 2 del Decreto N° 410/01. Notifíquese al recurrente".

9.6.- Dentro de los diez (10) días de dictado el proveído del punto precedente, se notificará al apelante de la siguiente manera:

"Se le hace saber que atento el vencimiento del plazo legal previsto por el apartado 5) del artículo 2 del Decreto N° 410/01, la apelación interpuesta contra el Dictamen de fecha ……/..../...., de esta Comisión Médica (Expediente Nº…….....) resulta extemporánea. En consecuencia, queda notificado que dicho recurso ha sido rechazado. Fdo. Coordinador de la Comisión Médica".

9.7.- En los casos en que la Comisión Médica Jurisdiccional decida conceder el recurso interpuesto por el damnificado o sus derechohabientes, deberá notificar a la Aseguradora y al Empleador dicha concesión y la consecuente elevación del expediente a la Comisión Médica Central.

9.8.- La concesión del recurso se registrará en el expediente con el siguiente proveído:

"Lugar y Fecha. Habiéndose cumplido con los requisitos establecidos en la Ley Nº 24.557, y en los Decretos Nº 717/96 y 410/01, esta Comisión en la sesión ordinaria del día ..... / ..... / ..... registrada a fs. ..... del Libro de Actas, resolvió conceder el recurso de apelación interpuesto por el recurrente de nombre ..... y elevar estos actuados a la Comisión Médica Central para la continuación del trámite. Fdo. Integrantes de la Comisión Médica".

9.9.- Una vez concedido el recurso, la Comisión Médica Jurisdiccional deberá remitir lo actuado por Correo Interno (Bolsines) a la Comisión Médica Central, dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas contadas desde el vencimiento del plazo para apelar. El expediente deberá ser girado con la totalidad de los acuses fehacientes de recepción del Dictamen.

10.- Procedimiento en la Comisión Médica Central para aquellos expedientes en los que haya sido declarado por la Comisión Médica jurisdiccional el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales.

10.1.- Dentro de los DIEZ (10) días de recibido el expediente en la Comisión Médica Central, el Secretario Técnico procederá a realizar una evaluación del contenido y forma de la documentación remitida por la Comisión Médica Jurisdiccional.

10.2.- Sobre la base de los antecedentes evaluados, el Secretario Técnico determinará la necesidad de efectuar una Audiencia y/o examen físico o resolver la cuestión con los elementos obrantes en el expediente.

10.3.- De resolver la necesidad de efectuar la Audiencia y/o examen físico, se procederá a fijar una audiencia dentro de los DIEZ (10) días siguientes de finalizada la evaluación del expediente, notificando al trabajador o sus derechohabientes y a la Aseguradora o Empleador Autoasegurado, con tres (3) días de antelación como mínimo. La citación al Empleador se efectuará únicamente en los casos en que la Comisión Médica Central lo considere oportuno. Para la notificación se deberán seguir los siguientes pasos:

10.3.1.- Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" por cuadruplicado.

10.3.2.- Remitir el original y el triplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico", mediante notificación fehaciente al damnificado, y al Empleador, respectivamente.

10.3.3- Remitir el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" a la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, mediante notificación realizada por correo electrónico y/o postal.

10.3.4.- Agendar el vencimiento del plazo para la citación de las partes.

10.3.5.- Incorporar al expediente el cuadruplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" junto con los comprobantes de emisión de la comunicación realizadas en forma postal y/o por correo electrónico.

10.4.- Finalizada la evaluación del expediente, el Secretario Técnico elevará su informe al Coordinador de la Comisión Médico Central, quien asignará el expediente a un integrante de la Comisión.

11.- Incomparecencia de las partes a la audiencia de la Comisión Médica Central

11.1.- En el caso que la Comisión Médica jurisdiccional reconociera el carácter laboral de la enfermedad, la incomparencia de las partes, por causas no justificadas, dará lugar a la continuidad del trámite con los antecedentes obrantes en el expediente.

11.2.- En los casos en que el damnificado justifique la imposibilidad de trasladarse a la sede de la Comisión Médica Central, se efectuara nueva citación dentro de los DIEZ (10) días siguientes a la fecha de la primera audiencia, notificando a su vez a la Aseguradora o al Empleador de la obligación de arbitrar los medios para el traslado del damnificado en los términos establecidos por la reglamentación dictada a tal efecto por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

11.3.- Si el damnificado, una vez notificado, solicitara una nueva fecha para la Audiencia y/o examen médico, la Comisión Médica procederá a fijarla.

12.- Audiencia y/o examen médico en la Comisión Médica Central. Estudios complementarios.

12.1.- Para el caso resulta aplicable lo dispuesto en el Punto 5 (Audiencia y examen médico. Estudios complementarios) del presente Capítulo, con las siguientes salvedades:

- Deberá entenderse que se hace referencia a la Comisión Médica Central, cada vez que se hace alusión a la Comisión Médica.
- En el inciso a) del Punto 5.4. deberá entenderse que la Comisión Médica Central deberá registrar los elementos aportados por la Aseguradora en relación con el dictamen de la Comisión Médica jurisdiccional.

12.2.- En casos excepcionales y debidamente justificados, la Comisión Médica Central podrá constituirse en el domicilio o lugar de internación del damnificado. La revisación médica podrá ser delegada en uno de los miembros de la Comisión Médica Central, en el Secretario Técnico, o en un miembro de la Comisión Médica Jurisdiccional que no haya tenido intervención previamente. En este último supuesto, las funciones del médico interviniente, se limitarán a la confección de un informe para remitir a la Comisión Médica Central.

13.- Dictamen de la Comisión Médica Central.

13.1.- La Comisión Médica Central deberá emitir su Dictamen, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los treinta (30) días siguientes de la recepción del expediente. En dicho Dictamen deberá constar lo siguiente:

a) La descripción de los motivos por los que se inició el trámite.

b) Los fundamentos aportados por las partes.

c) El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.

d) Establecer la incidencia en la patología denunciada de la exposición de los agentes de riesgos presentes en el trabajo respectivo, con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

e) Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central, debidamente fudamentadas.

f) Si se confirma o revoca el dictamen emitido por la Comisión Médica Jurisdiccional.

g) En caso de que no se convalide el dictamen de la jurisdiccional, se indicará que la Aseguradora cesará en el otorgamiento de las prestaciones en especie a su cargo a partir de la notificación del dictamen.

h) En caso de convalidar el dictamen de la Jurisdiccional, se deberá:

- Indicar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, si correspondiese.
- Determinar el porcentaje de Incapacidad Laboral, fijando el Tipo, Grado y Carácter, si se encuentra extinguido el periodo de Incapacidad Laboral Temporaria.
- Aclarar que conforme lo estipula el Decreto N° 1278/00, la decisión adoptada se circunscribe al caso individual resuelto, no importando modificación al Listado de Enfermedades Profesionales vigente.

i) En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro del periodo de Incapacidad Laboral Temporaria, se dejará constancia que vencida la misma por alguno de los supuestos enumerados en el artículo 7 de la Ley N° 24.557, la Aseguradora deberá establecer la Incapacidad Laboral Permanente, y de corresponder, iniciar

el tramite ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el carácter definitivo de la incapacidad.

13.2.- En primer término, la Comisión Médica evaluará la incapacidad según la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales (Decreto N° 658/96). Para aquellos casos en que las lesiones no se encuentren contempladas en dicha tabla, se utilizarán las normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del grado de Invalidez de los Trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Decreto N° 478/98), ello de conformidad con lo normado por el artículo 2 punto 1 del Decreto N° 410/01.

13.3.- La Comisión Médica Central deberá notificar a las partes dentro de los CINCO (5) días de emitido, el "Dictamen de la Comisión Médica Central", de la siguiente forma:

a) El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.

b) El duplicado al trabajador o derechohabiente.

c) El triplicado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado.

d) El cuadriplicado para el Empleador.

e) El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

13.4.- Una vez emitido el dictamen, vencido el plazo legal para apelar sin que se haya presentado recurso alguno y pasados los diez (10) días de recibido el último de los acuses de recibo de la notificación del dictamen, la Comisión Médica Central remitirá las actuaciones a la Comisión Médica jurisdiccional de origen.

13.5.- Una vez recibido el expediente de la Comisión Médica Central, la Comisión Médica jurisdiccional procederá a archivarlo.

14.- Apelación de los dictámenes de la Comisión Médica Central

14.1.- Los dictámenes que emita la Comisión Médica Central serán recurribles por el trabajador o sus derechohabientes y la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado ante la Cámara Federal de la Seguridad Social.

14.2.- Los recursos se deberán interponer ante la Comisión Médica Central dentro de los DIEZ (10) días de recibida la notificación del Dictamen.

14.3.- Los Empleadores que se encuentran afiliados a una Aseguradora en ningún caso están habilitados para recurrir los dictámenes emitidos por la Comisión Médica Central.

14.4.- El procedimiento a seguir será el previsto en el Acordada N° 200 de la Cámara Federal de la Seguridad Social en el acuerdo general celebrado el 23/02/2000, a saber:

a) La Comisión Médica Central cumplirá las funciones de Mesa de Entradas.

b) La apelación deberá deducirse con patrocinio letrado.

c) El apelante deberá constituir domicilio en el ámbito de la Capital Federal.

d) Se deberá cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 120 y 265 del Código Procesal Civil de la Nación.

e) De no cumplirse con estos requisitos, se le deberá notificar al apelante a fin de subsanar la omisión en el plazo de CINCO (5) días.

f) Cumplida la presentación por parte del apelante, o vencido el plazo acordado, se deberá remitir lo actuado a la Cámara Federal de la Seguridad Social.

g) Si el recurso fuera extemporáneo, se notificará al recurrente de su rechazo.

14.5.- Se elevará el expediente a la Cámara Nacional de la Seguridad Social dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de presentado el recurso o de vencido el plazo acordado, asegurando el resguardo de la información.

15.- Procedimiento en la Comisión Médica Central para aquellos expedientes recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, en virtud de que el dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional desconoció el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales.

15.1.- Una vez recibido el expediente en la Comisión Médica Central, se procederá a notificar a las partes la recepción del expediente. En la notificación cursada a la Aseguradora se deberá adjuntar copia de la crítica concreta y razonada del dictamen oportunamente presentado por el

damnificado o sus derechohabientes, comunicándole que podrá presentar escrito ante la Comisión Médica Central en un plazo de DIEZ (10) días.

15.2.- Recepcionado el escrito enunciado en el punto anterior o vencido el plazo para hacerlo, se dará traslado a las partes por el plazo de CINCO (5) días, pudiendo estas ofrecer medidas probatorias que hubiesen sido denegadas en la instancia anterior.

16.- Evaluación y tramitación.

En el caso de los expedientes recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, en virtud de que el dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional desconoció el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales se procederá de conformidad con lo estipulado en el punto 10 de este capitulo.

17.- Incomparecencia de las partes a la audiencia de la Comisión Médica Central.

En el caso de los expedientes recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, en virtud de que el dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional desconoció el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales se procederá de conformidad con lo estipulado en los puntos 11.2 y 11.3 de este capitulo, excepto que la incomparecencia del recurrente sea por causas injustificadas, en cuyo caso, dará lugar al archivo del expediente.

18.- Audiencia y/o examen médico en la Comisión Médica Central. Estudios complementarios.

En el caso de los expedientes recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, en virtud de que el dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional desconoció el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales se procederá de conformidad con lo estipulado en el punto 12 de este capítulo.

19.- Dictamen en la Comisión Médica Central.

19.1.- La Comisión Médica Central deberá emitir su Dictamen, por quintuplicado o más según corresponda. En dicho Dictamen deberá constar lo siguiente:

a) La descripción de los motivos por los que se inició el trámite.

b) El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.

c) Los fundamentos aportados por las partes, incluyendo la expresión de agravios y la contestación de la misma.

d) Indicar las nuevas medidas probatorias aportadas por las partes ante la Comisión Médica Central.

e) Los fundamentos en que se basa la Comisión Médica Central para elaborar las conclusiones.

f) Determinación de la incidencia en la patología denunciada de la exposición de los agentes de riesgos presentes en el trabajo respectivo, con exclusión de la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

g) Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central.

h) Si se confirma o revoca el dictamen emitido por la Comisión Médica Jurisdiccional.

i) En caso de que se reconozca el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales se deberá.

- Indicar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, si correspondiese.
- Determinar el porcentaje de Incapacidad Laboral, fijando el Tipo, Grado y Carácter, si se encuentra extinguido el periodo de Incapacidad Laboral Temporaria.
- Aclarar que conforme lo estipula el Decreto N° 1278/00, la decisión adoptada se circunscribe al caso individual resuelto, no importando modificación al Listado de Enfermedades Profesionales vigente.

j) En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro del período de Incapacidad Laboral Temporaria, se dejará constancia que vencida la misma por alguno de los supuestos enumerados en el artículo 7 de la Ley N° 24.557, la Aseguradora deberá establecer la Incapacidad Laboral Permanente, y de corresponder, iniciar el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el carácter definitivo de la incapacidad. Deberá procederse de igual modo, en los supuestos de haberse determinado una Incapacidad Laboral permanente Provisoria.

19.2.- La Comisión Médica Central deberá notificar a las partes dentro de los CINCO (5) días de emitido, el "Dictamen de la Comisión Médica Central", de la siguiente forma:

a) El original se incorporará al expediente, junto con los acuses de recibo del resto de los ejemplares.

b) El duplicado al trabajador o derechohabiente.

c) El triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no Asegurado.

d) El cuadriplicado para el Empleador.

e) El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

19.3.- Una vez emitido el dictamen, vencido el plazo legal para apelar sin que se haya presentado recurso alguno y pasados los diez (10) días de recibido el último de los acuses de recibo de la notificación del dictamen, la Comisión Médica Central remitirá las actuaciones a la Comisión Médica jurisdiccional de origen.

19.4.- Una vez recibido el expediente de la Comisión Médica Central, la Comisión Médica jurisdiccional procederá a archivar el expediente.

20.- Apelación de los dictámenes de la Comisión Médica Central.

En el caso que se apele el dictamen de la Comisión Médica Central en un expediente en el cual la Comisión Médica Jurisdiccional desconoció el carácter profesional de una patología no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales, se procederá de conformidad con lo estipulado en el punto 14 del este capítulo.

21.- Remisión de dictámenes a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

La Comisión Médica Central remitirá en forma periódica a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo el listado de los dictámenes que haya emitido conforme al artículo 6°, apartado 2, inciso b), de la Ley 24.557 a los fines de que ese organismo proceda a su recopilación, evaluación y posterior envío al Comité Consultivo Permanente, adjuntando las sugerencias y análisis que estime corresponder, todo ello de conformidad con lo que estipula el artículo 7 del Decreto N° 410/01.

ANEXO L

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
SOLICITUD DEL TRABAJADOR O DERECHOHABIENTE **POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES**		
COMISIÓN MÉDICA N°	**FECHA / /**	
LOCALIDAD		
SOLICITUD N°:		
DATOS DEL DAMNIFICADO **Apellido y Nombre:**		
Domicilio:	**Localidad:**	
Provincia:	**C.P.:**	**TE:**
Doc. de Identidad N°:	**CUIL N°:**	
Fecha de nacimiento: / /	**Edad:**	**Sexo:**
Lee y escribe: SI/NO	**Miembro Superior hábil: Der./ Izq.**	
Fecha de ingreso al establecimiento: / /		
Tarea/s habitual/es del trabajador:		
Tarea/s al momento de la primera manifestación invalidante:		
Turno habitual: diurno/rotativo/nocturno: **Horario que cumple habitualmente:**		

DATOS DE ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO		
NOMBRE:	**CÓDIGO N°:**	
DOMICILIO LEGAL:		
SINIESTRO N°:		
DATOS DEL EMPLEADOR		
RAZÓN SOCIAL:	**CUIT N°:**	
DOMICILIO:		
LOCALIDAD:	**C.P.:**	**TE:**
PROVINCIA:		
ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL ESTABLECIMIENTO:		
CÓDIGO N°:		

DAMNIFICADO:

EXPEDIENTE N°

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Descripción del puesto de trabajo:

Descripción de la tarea:

Antigüedad en la tarea: **Exam. Preocupac.: SI/NO** **Fecha: / /**

Agente de riesgo denunciado:

Cuando comenzó con los problemas:

Sector del cuerpo comprometido:

Descripción de síntomas y signos:

Tratamientos instituídos:

Diagnóstico invocado:

Certificación diagnóstica:

a) Certificado Médico

b) RX

c) TAC

d) RMN

e) EMG

f) Otros

Nombre y matrícula del profesional que avala la petición:

Fecha de toma de conocimiento o primera manifestación invalidante:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

INSTRUCTIVO ANEXO L

Solicitud del Trabajador o Derechohabiente por Patologías no incluidas

en el Listado de Enfermedades Profesionales

El formulario debe ser completado por el damnificado o derechohabiente que quiera formalizar ante la Comisión Médica la solicitud de intervención.

Objetivo: Recibir en la Comisión Médica, para su evaluación, la solicitud o presentación del damnificado, su apoderado o derechohabiente, por patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es el damnificado o derechohabiemte, y será suscrito por el damnificado, su apoderado o derechohabiente.

Contenido:

Comisión Médica N°.: consignar el número de la Comisión Médica donde se realiza la presentación.

Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica antes indicada.

Fecha: indicar la fecha de presentación.

Solicitud N°: la Comisión Médica asignará el número de solicitud.

Datos del Damnificado:

- Nombre y apellido completos (omitir iniciales).
- Domicilio – Localidad - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar todos los datos del domicilio en que el damnificado fije su residencia a los efectos de recibir notas, citaciones, notificaciones y toda otra comunicación derivada del trámite objeto de la solicitud de intervención.
- Sexo: Consignar sexo del damnificado.
- Documento de identidad: Consignar tipo y número de documento.
- CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.

- Fecha de nacimiento: Consignar la fecha de nacimiento del damnificado.
- Lee y escribe: SI/NO (tachar lo que no corresponda).
- Miembro superior hábil: Der./Izq. (tachar lo que no corresponda,según el trabajador sea diestro o siniestro.).
- Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y / o empresa donde se desempeña/ba el damnificado.
- Tarea/s habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba el damnificado.
- Tarea al momento de la primera manifestación: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado al momento de la primera manifestación invalidante.
- Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió la primera manifestación invalidante.
- Horario que cumplía habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió la primera manifestación invalidante.

6. Datos de Aseguradora/Empleador Autoasegurado:

- Nombre - Código Nº: Consignar el nombre y el código asignado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado según habilitación concedida por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- Domicilio Legal: Consignar el domicilio legal de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado. Este domicilio se tendrá válido para los casos de citaciones, notificaciones o cualquier tipo de comunicación derivados de la prosecución del trámite que se inicia.
- Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado

7. Datos del Empleador:

- Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
- C.U.I.T.: Consignar C.U.I.T. del Empleador.
- Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.

- Actividad principal del establecimiento - Código Nº: Consignar la actividad principal del establecimiento y el código de actividad de la D.G.I.

1. Datos de la Enfermedad:

- Descripción puesto de trabajo: Indicar características y condiciones del puesto de trabajo.
- Descripción de la tarea: Detalle de las tareas efectuadas.
- Antigüedad en la tarea. Tiempo durante el que efectuó las tareas que dieron origen al reclamo.
- Examen Preocupacional: Consignar si fue efectuado (tachar lo que no corresponda) y fecha del mismo.
- Agente de riesgo denunciado: Consignar los factores de riesgos presentes en el ambiente laboral.
- Cuando comenzó con los problemas: Consignar fecha aparición primeros síntomas (no implica toma de conocimiento de la enfermedad).
- Sector del cuerpo comprometido: Consignar región/es corporales afectadas.
- Descripción de síntomas y signos: Relato de las manifestaciones actuales de la enfermedad.
- Tratamientos instituidos: Consignar tipo y tiempo de duración de los tratamientos recibidos.
- Diagnostico invocado: Según el consignado en la petición fundada que se adjunte.
- Certificación diagnóstica:

a) Certificado médico: Resumen conclusión

b) Rx. Resumen informe

c) TAC. Resumen informe

d) RMN. Resumen informe

e) EMG. Resumen informe

f) Otros estudios. Indicar cada estudio y resumir el informe

- Nombre y matrícula del profesional que avale la petición. Debe ser médico especialista en Medicina Legal y/o Medicina del Trabajo.
- Fecha de toma de conocimiento y/o primera manifestación invalidante: Consignar la fecha
- Firma y aclaración del solicitante: Consignar el nombre y apellido de la persona que efectúa la denuncia y si es en calidad de derechohabiente o de apoderado.

ANEXO M

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
ACTA DE AUDIENCIA Y / O EXAMEN MÉDICO **POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES**		
COMISIÓN MÉDICA N°	**FECHA / /**	**HORA:**
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE N°:		
Fecha de solicitud de intervención: / /		
DAMNIFICADO:	**CUIL N°:**	
ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO:		
CÓDIGO N°:	**SINIESTRO N°:**	
EMPLEADOR:		
AUDIENCIA		
Concurrentes a la Audiencia:		
Fecha primera manifestación invalidante:		
Fecha del rechazo:		
Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado:		

Agentes de riesgo denunciados:
Tiempo de exposición a los agentes de riesgo denunciados:
Petición presentada:
Estudios y / o certificados aportados:
Evaluación y tratamiento médico efectuado:
Preexistencias:

_____

_

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

DAMNIFICADO:

EXPEDIENTE N°

EXAMEN FÍSICO

DIAGNÓSTICO INVOCADO:

Opinión de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado:

Requerimientos:

Plazo de entrega:

Solicitud de estudios:

Plazo de entrega:

SEGUNDA AUDIENCIA Y / O DICTAMEN

LUGAR: **FECHA / /** **HORA:**

OBSERVACIONES DEL DAMNIFICADO Y / O DE LOS PERITOS DESIGNADOS POR LAS PARTES

.....

DAMNIFICADO Firma y aclaración	**Firma y Aclaración ART**	**EMPLEADOR Firma y Aclaración**	**PERITO Firma y Aclaración**	**PERITO Firma y Aclaración**

.....

COMISIÓN MÉDICA

FIRMAS Y ACLARACIONES

INSTRUCTIVO ANEXO M

Acta de Audiencia y/o Examen Médico por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.

Objetivo: Dejar constancia de lo actuado en cada Audiencia y/o Examen Médico a que sea sometido el damnificado.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica, y será suscrita por los participantes en la Audiencia.

Contenido:

1. Comisión Médica N°.: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica.
3. Fecha: indicar la fecha de emisión.
4. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
5. Fecha de solicitud de intervención: Indicar la fecha consignada en la solicitud (Form. Anexo L)
6. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.
7. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.
8. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: consignar nombre, código y número de siniestro.
9. Empleador: indicar el nombre del mismo y número de siniestro.
10. Concurrentes a la audiencia: Consignar los nombres de los participantes en la audiencia.
11. Fecha de la primera manifestación invalidante: Consignar la fecha denunciada.
12. Fecha del rechazo: Consignar fecha del rechazo del siniestro efectuado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
13. Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado: Dejar constancia de las mismas.
14. Agentes de riesgos denunciados: Detallar los consignados en la petición fundada.
15. Tiempo de exposición a los riesgos denunciados. Consignar la exposición, según lo manifestado en la petición fundada.
16. Petición presentada: Resumen de los aspectos fundamentales de la presentación.
17. Estudios y/o certificados aportados: Resumen de los datos positivos consignados en los estudios y/o certificados adjuntados con la petición fundada.
18. Evaluación y tratamiento médico efectuado: Dejar constancia de todas las acciones médicas efectuadas por la Aseguradora, Empresa Autoasegurada previo al rechazo. En los casos que corresponda dejar constancia de los tratamientos efectuados al damnificado por su Obra Social, Hospitales Públicos u otros.

19. Preexistencias: Dejar constancias de las preexistencias presentes en el damnificado, de acuerdo a lo indicado por las partes.
20. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
21. Diagnóstico invocado: Detallar el diagnóstico invocado por el damnificado.
22. Opinión de la Aseguradora: Dejar constancia sobre datos no aportados en la presentación.
23. Requerimientos: Detallar los requerimientos efectuados a las partes y el plazo para su entrega.
24. Solicitud de estudios: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica: estudios, interconsultas y/o prácticas especiales Se agregará el plazo para su presentación.
25. Segunda Audiencia y/o Dictamen: Únicamente en los casos que se considere necesaria, se dejará constancia de la fecha y hora de ejecución de la segunda Audiencia. En el resto de los casos se consignará la fecha y hora en que será emitido el Dictamen.
26. Observaciones del Damnificado y/o de los Peritos designados por las partes: Los peritos de parte y/o el damnificado tendrán derecho a manifestar su conformidad o disconformidad con lo actuado.

FIRMAS

27. Firma y aclaración del damnificado, su apoderado y/o derechohabiente.

28. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora.
29. Firma y aclaración del Empleador.
30. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.
31. Firma, aclaración y sello de la Comisión Médica.

ANEXO N

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO		
DICTAMEN DE COMISIÓN MÉDICA **POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES**		
COMISIÓN MÉDICA N°	**FECHA / /**	**HORA:**
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE N°:		
Fecha de solicitud de intervención: / /		
DATOS DEL DAMNIFICADO **Apellido y Nombre:**		
Doc. de Identidad N°:	**CUIL N°:**	
Fecha de nacimiento: / / **Miembro Superior hábil: Der. /Izq.**	**Edad:**	**Sexo:**
Tarea: **Antigüedad en la Empresa:** **Antigüedad en la Tarea:**	**Código N°:**	
ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO		
CÓDIGO N°:	**SINIESTRO N°:**	
EMPLEADOR:	**CUIT N°:**	
Domicilio:	**Teléfono:**	
Actividad:	**Código:**	

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

DAMNIFICADO: **EXPEDIENTE N°**
FUNDAMENTOS **Fecha de primera manifestación invalidante: / /**
Edad a la primera manifestación invalidante, declarada por el damnificado:
Agentes de riesgo denunciados
Tareas habituales del damnificado y tiempo de exposición:
Resumen de la petición efectuada por el damnificado:
DIAGNÓSTICO INVOCADO:
Tratamiento efectuado
Preexistencias:
Examen Físico / / , hs.

Estudios y/o documentación presentada:
Estudios y/o documentación solicitada por la Comisión Médica:
Opinión de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado sobre la petición del Damnificado:
Fecha del rechazo por la ART: / /
Opinión del Empleador sobre la petición del Damnificado:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

DAMNIFICADO: **EXPEDIENTE N°**
DIAGNÓSTICO

			CÓDIGO OMS:		
CONCLUSIONES **En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro de Actas N° , Folio N°**					
Fecha de la 1° manifestación invalidante o toma de conocimiento de la enfermedad: / /					
Modifica lo establecido por Aseguradora / Empleador Autoasegurado: SI / NO					
PRESTACIONES EN ESPECIE					
CONTINGENCIAS					
ACCIDENTE DE TRABAJO			**ENFERMEDAD INCULPABLE**		
ENFERMEDAD PROFESIONAL			**ACCIDENTE NO LABORAL**		

Notificaciones: **.....** **COMISIÓN MÉDICA FIRMAS Y ACLARACIONES**

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

INSTRUCTIVO ANEXO N

Dictamen de Comisión Médica por Patologías no incluidas en el

Listado de Enfermedades Profesionales.

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la existencia de la enfermedad y su carácter laboral.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica.

Contenido:

1. Comisión Médica N°: consignar el número de la Comisión Médica de que se trate.

2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del Dictamen.

3. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.

4. Fecha de solicitud: consignar la fecha indicada en el formulario de "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente por Patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales". (Form. Anexo L)

Datos del damnificado

5. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.

6. Documento de identidad: consignar tipo y número de documento.

7. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L.

8. Fecha de nacimiento y edad: Indicar fecha de nacimiento y edad al momento del Dictamen.

9. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.

10. Tarea - Código Nº: la desarrollada al momento de la primera manifestación invalidante y el código internacional.

11. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.

12. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: indicar nombre y Nº de código.

13. Siniestro Nº: número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

14. Empleador: consignar nombre del mismo.

15. CUIT N°: consignar el número de C.U.I.T.

16. Domicilio, teléfono, actividad y código de la misma: consignar los datos del empleador.

17. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (especialmente el agente y la actividad laboral).

18. Diagnóstico: dejar constancia del diagnóstico de la Comisión Médica. Mencionar el Código OMS Cie10.

19. Conclusión: Se deberá definir si la petición efectuada por el damnificado guarda relación de causalidad con los agentes de riesgos invocados, determinando la aceptación o rechazo de la contingencia laboral.

20. Fecha de la 1° manifestación invalidante o toma de conocimiento de la enfermedad: Indicar la que corresponde a criterio de la CM.

21. Prestaciones en especie: Consignar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, en los casos que corresponda.

22. Contingencias: Señalar una de las posibles.

23. Notificaciones:

PARA DICTAMENES QUE NO RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- En caso de no estar de acuerdo con lo resuelto por la Comisión Médica, se podrá interponer recurso de apelación por escrito en la sede de la Comisión Médica jurisdiccional dentro del plazo de diez (10) días siguientes a la notificación del presente dictamen (apartado 5 del artículo 2° del Decreto 410/01). Los recursos serán resueltos exclusivamente por la Comisión Médica Central. El recurrente deberá presentar el escrito ante la Comisión Medica jurisdiccional acompañado de la crítica concreta y razonada del dictamen recurrido.

PARA DICTAMENES QUE RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Se notifica a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, que a partir de la fecha de recepción del presente dictamen médico y hasta tanto, se resuelva la cuestión por la Comisión Médica Central, deberá otorgar en forma inmediata las prestaciones en

especie determinadas en el dictamen, de conformidad a lo que establece el artículo 6°, apartado 2, inciso c) y en el artículo 20° de la Ley N° 24.557.

- Se informa a las partes, que el expediente de referencia será girado a la Comisión Médica Central para que ésta convalide o rectifique el presente dictamen médico, de conformidad a lo que establece el artículo 6°, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557. Se aclara que dicha tramitación, no requiere de la presentación de recurso alguno por parte de las partes.

24. Firmas: La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 integrantes).

ANEXO O

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO	
DICTAMEN DE COMISIÓN MÉDICA CENTRAL **POR PATOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES**	
FECHA / /	**HORA:**
EXPEDIENTE N°:	
Fechas: **1. de presentación: / /** **2. de ingreso a la CMC: / /** **3. del recurso: / /**	
NOMBRE Y APELLIDO DEL RECURRENTE:	
DATOS DEL DAMNIFICADO	
Apellido y Nombre:	
Doc. de Identidad N°:	**CUIL N°:**

Fecha de nacimiento: / / **Miembro Superior hábil: Der. /Izq.**	**Edad:**	**Sexo:**
Tarea: **Antigüedad en la Empresa:** **Antigüedad en la Tarea:**	**Código N°:**	
ASEGURADORA /EMPLEADOR AUTOASEGURADO		
CÓDIGO N°:	**SINIESTRO N°:**	
EMPLEADOR:	**CUIT N°:**	
Domicilio:	**Teléfono:**	
Actividad:	**Código:**	

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

DAMNIFICADO: **EXPEDIENTE N°**
FUNDAMENTOS **Fecha de primera manifestación invalidante, declarada por el damnificado: / /**
Edad a la primera manifestación invalidante, declarada por el damnificado: / /
Agentes de riesgo denunciados

Tareas habituales del damnificado y tiempo de exposición:
Resumen de la petición efectuada por el damnificado:
DIAGNÓSTICO INVOCADO **Fecha del Dictamen de CM Jurisdiccional: / /**
Conclusiones de la CM Jurisdiccional:
Fundamentos o alegatos aportados por las partes:
Preexistencias:
Examen Físico / / , hs.
Dificultades para desarrollar las tareas habituales:
Estudios y/o documentación presentada:
Prestaciones en especie brindadas por la ART:
Estudios y/o documentación solicitada por la Comisión Médica Central:

Opinión de las partes en la Audiencia:
Incidencia de los agentes de riesgo en la patología denunciada:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

DAMNIFICADO: **EXPEDIENTE N°**	
DIAGNÓSTICO	
	CÓDIGO OMS:
CONCLUSIONES	

En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro de Actas N° , Folio N°					
Fechas (a criterio de la CMC) de: **1. Primera manifestación invalidante o toma de conocimiento de la enfermedad: / / /** **2. Cese de la ILT o la ILP Provisoria: / /** **Motivo del cese:**					
Dictamen de la CM Jurisdiccional:	**Ratifica / Rectifica**				
Modifica lo establecido por Aseguradora / Empleador Autoasegurado: SI / NO					
CONTINGENCIAS					
ACCIDENTE DE TRABAJO			**ENFERMEDAD INCULPABLE**		
ENFERMEDAD PROFESIONAL			**ACCIDENTE NO LABORAL**		
PRESTACIONES EN ESPECIE					

Otorgadas (opinar):
A brindarse (indicarlas):

DAMNIFICADO: **EXPEDIENTE N°**	
INCAPACIDAD	
Preexistencias: %	**Capacidad Restante: %**

LESIONES	**PORCENTAJE**
Miembro superior hábil	

SUBTOTAL		
FACTORES DE PONDERACIÓN		
Tipo de Actividad: Ninguna (0%), Leve (0 al 10%), Intermedia (0 a 15%), Alta (0 a 20%)		
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) – Amerita (10 %)		
Edad: Menos de 21 años (0 a4%), de 21 a 30 años (0 a 3%), de 31 y más años (0 a 2%)		
TIPO:	**GRADO:**	**PORCENTAJE. TOTAL:**
CARÁCTER:		**GRAN INVALIDEZ: SI / NO**
Notificaciones: **.....** **COMISIÓN MÉDICA FIRMAS Y ACLARACIONES**		

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISIÓN MÉDICA

INSTRUCTIVO ANEXO O

Dictamen de Comisión Médica Central por Patologías no incluidas en el

Listado de Enfermedades Profesionales.

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la existencia de la enfermedad y su carácter laboral.

Emisor: En todos los casos el emisor de este formulario es la Comisión Médica Central.

Contenido:

1. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del Dictamen.

2. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.

3. Fechas: consignar las fechas que se indican.

Datos del damnificado

4. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.

5. Documento de identidad: consignar tipo y número de documento.

6. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L.

7. Fecha de nacimiento y edad: Indicar fecha de nacimiento y edad al momento del Dictamen.

8. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.

9. Tarea - Código Nº: la desarrollada al momento de la primera manifestación invalidante y el código internacional.

10. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.

11. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: indicar nombre y Nº de código.

12. Siniestro Nº: número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

13. Empleador: consignar nombre del mismo.

14. CUIT N°: consignar el número de C.U.I.T.

15. Domicilio, teléfono, actividad y código de la misma: consignar los datos del empleador.

16. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (especialmente el agente y la actividad laboral).

17. Diagnóstico: dejar constancia del diagnóstico de la Comisión Médica Central. Mencionar el Código OMS Cie10.

18. Conclusión: Se deberá definir si la petición efectuada por el damnificado guarda relación de causalidad con los agentes de riesgos invocados, determinando la aceptación o rechazo de la contingencia laboral.

19. Fechas: Consignar las que se indican a criterio de la CMC.

20. Contingencias: Señalar una de las posibles.

21. Prestaciones en especie: Consignar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, en los casos que corresponda.

22. Incapacidad: registrar la Incapacidad Laboral que presenta el damnificado y de corresponder, el porcentaje de la misma.

23. Notificaciones:

PARA DICTAMENES QUE NO RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Se notifica a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado, que a partir de la fecha de recepción del presente dictamen médico, podrá cesar en el otorgamiento de las prestaciones en especie determinadas en el dictamen de la Comisión Médica jurisdiccional, de conformidad a lo establecido en el artículo 6°, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557.

PARA DICTAMENES QUE RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Se notifica a las partes, que lo determinado en el presente dictamen es de alcance circunscripto al caso individual resuelto, no importando modificación al Listado de Enfermedades Profesionales vigente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 6°, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557.

EN CASO DE INDICARSE "PRESTACIONES EN ESPECIE" Y SE DICTAMINE UNA "I.L.T." O UNA "I.L.P. PROVISORIA"

- Cuando corresponda fijar el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente, según los diferentes supuestos establecidos en los artículos 7° y 9° de la Ley 24.557, la Aseguradora o Empleador Autoasegurado deberá establecer la misma, notificar al damnificado e iniciar el trámite ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el carácter definitivo de la incapacidad de acuerdo a lo establecido en los Capítulos II, II y IV del Decreto N° 717/96.

EN TODOS LOS DICTAMENES DE LA CMC DEBERA FIGURAR:

- En caso de no estar de acuerdo con lo resuelto por la Comisión Médica Central, se podrá interponer recurso de apelación por escrito en la sede de la Comisión Médica Central dentro del plazo de diez (10) días siguientes a la notificación del presente dictamen. Los recursos serán elevados a la Cámara Federal de la Seguridad Social.

El procedimiento a seguir será el previsto en el Acordada N° 200 de la Cámara Federal de la Seguridad Social en el acuerdo general celebrado el 23/02/2000, a saber:

h) La Comisión Médica Central cumplirá las funciones de Mesa de Entradas.

i) La apelación deberá deducirse con patrocinio letrado.

j) El apelante deberá constituir domicilio en el ámbito de la Capital Federal.

k) Se deberá cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 120 y 265 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.

l) Transcripción textual del artículo 120° del CPCyC.

m) Transcripción textual del artículo 265° del CPCyC.

24. Firmas: La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica Central (mínimo 3 integrantes).