

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Resolución N° 460/2008

Bs. As., 15/4/2008

VISTO el Expediente N° 5325/08 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), la Ley N° 24.557, los Decretos 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, las Resoluciones Conjuntas S.R.T. N° 184 - SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE JUBILACIONES Y PENSIONES (S.A.F.J.P.) N° 590 de fecha 28 de agosto de 1996, y S.R.T. N° 490-S.A.F.J.P. N° 005 de fecha 13 de junio de 2000, las Resoluciones S.R.T. N° 45 de fecha 20 de junio de 1997, N° 222 de fecha 7 de mayo de 2001, N° 305 de fecha 19 de junio de 2001 y N° 744 de fecha 21 de noviembre de 2003, 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 3° de la Resolución Conjunta S.R.T. N° 184 - SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE JUBILACIONES Y PENSIONES (S.A.F.J.P.) N° 590 de fecha 28 de agosto de 1996, la entonces Subgerencia de Control de Prestaciones, hoy Gerencia de Prevención y Salud Laboral (G.P. y S.L.) de esta S.R.T., tiene la responsabilidad de mantener actualizados los procedimientos a seguir en los trámites de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo.

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

Que de conformidad con las disposiciones citadas, esta S.R.T., sobre la base de la experiencia acumulada, actualizó, a través de la Resolución S.R.T. N° 45 de fecha 20 de junio de 1997, 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, oportunamente aprobado por Resolución Conjunta S.R.T. Nº 184 y S.A.F.J.P. Nº 590 de fecha 28 de agosto de 1996.

Que por otro lado, a través de la Resolución Conjunta S.R.T. Nº 490 - S.A.F.J.P. Nº 005 de fecha 13 de junio de 2000, se agregaron al citado manual, los Anexos K, L y M.

Que asimismo, el Poder Ejecutivo Nacional ha modificado mediante el Decreto Nº 1278 de fecha 28 de diciembre de 2000, el apartado 5º del artículo 21 de la Ley Nº 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 Médica actuante, deberá requerir, conforme se establezca por vía reglamentaria, un dictamen jurídico previo para expedirse sobre dicha cuestión.

Que, en ese sentido, el Decreto Nº 410 de fecha 6 de abril de 2001, dispuso que el dictamen jurídico previo será emitido por el Organo que a tal efecto determine la S.R.T., facultando a ésta a dictar las normas complementarias correspondientes.

Que la Resolución S.R.T. Nº 222 de fecha 7 de mayo de 2001, dispuso la apertura de la UNIDAD DE ASESORAMIENTO A LAS COMISIONES MEDICAS (U.A.C.M.), que desde entonces tiene a su cargo la emisión del dictamen jurídico previo previsto en el apartado 5º del artículo 21 de la Ley Nº 24.557, estableciendo, asimismo, los mecanismos de procedimiento y de financiamiento procedentes para el funcionamiento de la mencionada Unidad.

Que, finalmente, mediante la Resolución S.R.T. Nº 305 de fecha 19 de junio de 2001, se incorporaron dos capítulos, con los respectivos formularios instructivos, al Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 45/97, modificando a ésta en lo atinente a la regulación de la emisión del dictamen jurídico previo en torno al trámite por divergencia en la naturaleza laboral del accidente y, en lo que respecta a los trámites a llevarse a cabo por ante las Comisiones Médicas.

Que la Resolución S.R.T. Nº 744 de fecha 21 de noviembre de 2003, sustituyó las Consideraciones Particulares del Capítulo 2º Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 45/97.

Que no obstante los considerandos precedentes, la experiencia acumulada en más de ONCE (11) años de funcionamiento del sistema ha mostrado que situaciones que se presentaron

posteriormente han creado nuevas necesidades y, por consiguiente, se ha requerido un nuevo marco normativo.

Que en virtud de lo expuesto, resulta necesario modificar el Manual de Procedimientos que integra el Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 45/97, receptando las mejoras que la experiencia ha indicado como acertadas, con los respectivos formularios instructivos.

Que la Gerencia de Asuntos Legales ha tomado la intervención en orden a su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 36, apartado 1º de la Ley Nº 24.557, el artículo 35 del Decreto Nº 717 de fecha 28 de junio de 1996, y en virtud de lo dispuesto por la Resolución Conjunta S.R.T. Nº 184/96 y S.A.F.J.P. Nº 590/96.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

ARTICULO 1º — Sustituir el Anexo I de la Resolución S.R.T. Nº 45 de fecha 20 de junio de 1997 (MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LOS TRAMITES EN LOS QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL), por el Anexo que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 2º — La presente resolución entrará en vigencia a los DIEZ (10) días de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 3º — Derógase toda otra disposición que se oponga a lo dispuesto en el Anexo de la presente.

ARTICULO 4º — 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 TRÁMITES EN QUE DEBAN INTERVENIR LAS COMISIONES MEDICAS Y LA COMISION MEDICA CENTRAL

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN LOS TRÁMITES PROCEDENTES DE LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

CAPITULO 1

INTERVENCION DE LAS COMISIONES MÉDICAS

1. TRAMITES EN LOS QUE INTERVIENEN LAS COMISIONES MEDICAS

LAS COMISIONES MEDICAS INTERVIENEN EN LA EVALUACION DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN LOS TRAMITES QUE A CONTINUACION SE DETALLAN:

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 negando la existencia del accidente o enfermedad o negando la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad. (Ley 24.557, artículo 6, apartado 3)

La Ley 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.

Quedan exceptuados de seguir este procedimiento aquellos rechazos extemporáneos efectuados por las aseguradoras, fuera de los plazos normados en el artículo 22 del Decreto 491/97.

1.1.2. Divergencia en relación a la situación de la Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o de la Incapacidad Laboral Permanente (ILP).

1.1.3. Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie.

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.

1.1.4. Silencio de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado, cuando transcurridos tres (3) días de efectuada la denuncia no hubiere respuesta aceptando o rechazando la pretensión.

1.1.5. Rechazo de patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales (Ley 24.557, artículo 6, apartado 2 - Decreto 1278/00 - Decreto 410/01)

Se entiende por "Enfermedades Profesionales no incluidas en el listado", aquellas que no se encuentren en el Decreto 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 24.557, artículo 28, inc. 1, establece que el Empleador que omitiese afiliarse a una Aseguradora responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en la Ley

1.2. Trámites iniciados por la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado

1.2.1. Homologar acuerdos sobre Incapacidades Laborales Permanentes Parciales (ILPP) 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 SRT N° 1601/07 o N° 1604/07 según corresponda – Formulario C).

La aceptación de la Homologación por parte del Trabajador implica que el acuerdo deberá concretarse antes de los TREINTA (30) días hábiles contados a partir de la fecha del alta médica.

La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado deberá iniciar el trámite dentro de los QUINCE (15) días hábiles de realizado el acuerdo.

1.2.2. Dictaminar el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente (ILP).

1.2.3. Extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente (ILP) Provisoria.

1.2.4. Suspender las prestaciones dinerarias (Ley N° 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.

3. INICIO DE UN EXPEDIENTE

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. La presentación de la documentación podrá realizarse en forma personal o por vía postal.

En la presentación vía postal no se exigirá al damnificado el formulario de "Denuncia del Trabajador o Derechohabiente".

Dónde inicia:

3.1.3. Deberá presentarse la documentación 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

Todo trámite que ingresa en una Comisión Médica, debe incluir la documentación que a continuación se detalla:

3.2.1.1. Formulario de Solicitud que corresponda, de acuerdo a la intervención que se solicite, completa en todas sus partes, en original y copia,

3.2.1.1.1. Formulario "Solicitud de Intervención" – Anexo A – para presentaciones realizadas por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado.

Este formulario deberá estar firmado por el representante del Area Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o por el representante del Empleador no asegurado.

3.2.1.1.2. Formulario "Solicitud del Trabajador o Derechohabiente" – Anexo B – para presentaciones realizadas por el trabajador o su derechohabiente o su apoderado.

Este formulario deberá estar firmado por el solicitante y deberá estar 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.

3.2.1.1.3. "Nota", para toda presentación realizada vía postal por el trabajador o su derechohabiente o su apoderado.

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 N° 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. 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.

3.2.1.7. 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: estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite, bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (artículo 13 del Decreto N° 717/96).

El incumplimiento de lo expresado en el punto anterior, facultará a la Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones Y Pensiones (SAFJP) a remitir los antecedentes a la Subgerencia de Salud Laboral de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) a los efectos que ésta estime corresponder.

3.2.2.1.1. Trámite para determinar el carácter definitivo en la Incapacidad Laboral Permanente.

3.2.2.1.1.1. Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.1.2. Evaluación de la Incapacidad Laboral.

3.2.2.1.1.3. Alta de recalificación, en los casos que corresponda.

3.2.2.1.1.4. 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.

3.2.2.1.1.5. Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada por personal debidamente acreditado del presentante.

3.2.2.1.1.5.1. En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.

3.2.2.1.1.5.2. 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);

3.2.2.1.2. Trámite para extender el plazo de provisionalidad de una Incapacidad Laboral Permanente Provisoria

3.2.2.1.2.1 Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.2.2 Evaluación de la Incapacidad Laboral.

3.2.2.1.2.3 Alta de recalificación, en los casos que corresponda.

3.2.2.1.2.4 Informe médico que avale la solicitud.

3.2.2.1.2.5 Dictámenes o sentencias sobre incapacidades laborales previas.

3.2.2.1.2.6 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.

3.2.2.1.2.7 Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada por personal debidamente acreditado del presentante.

3.2.2.1.2.7.1 En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.

3.2.2.1.2.7.2 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, profesigramas 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);

3.2.2.1.3. Trámite para la suspensión de las prestaciones dinerarias (Ley Nº 24.557 art. 20 apartado 2).

3.2.2.1.3.1. Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.3.2. Comunicación fehaciente al damnificado en la que se informe los alcances del Art. 20, apartado 2 de la Ley 24.557.

3.2.2.1.3.3. Copia de la recepción por parte del damnificado de la comunicación (AR - Acuse de Recibo) que se detalla en el punto anterior (3.2.2.1.3.2.)

3.2.2.1.3.4. Informe médico que avale la prestación pretendida.

3.2.2.1.3.5. Original del Parte Médico de Ingreso y de la Historia Clínica del siniestro, o copia certificada por el profesional del establecimiento o de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado/Empleador no asegurado.

3.2.2.1.3.6. Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada por personal debidamente acreditado del presentante.

3.2.2.1.3.6.1. En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.

3.2.2.1.3.6.2. En Enfermedades Profesionales:

Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, el listado de riesgos, el listado de productos y de sustancias químicas existentes en la empresa, etc., preocupacional, exámenes periódicos, profesiograma o evaluación de los puestos de trabajo, historia clínica laboral, certificado de provisión de elementos de protección personal, etc.

Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);

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

3.2.2.1.4.1. Solicitud de Intervención (Anexo A).

3.2.2.1.4.2. Evaluación de la Incapacidad Laboral, con acuerdo de las partes.

3.2.2.1.4.3. Alta de recalificación, en los casos que correspondan.

3.2.2.1.4.4. 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.

3.2.2.1.4.5. Originales de la documentación complementaria que sirva de prueba sobre lo solicitado o fotocopia certificada por personal debidamente acreditado del presentante.

3.2.2.1.4.5.1. En accidentes laborales:

Estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite.

3.2.2.1.4.5.2. En Enfermedades Profesionales:

Registro de Contaminantes que incluya los estudios de contaminantes ambientales, la capacitación al personal, el listado de riesgos, el listado de productos y de sustancias químicas existentes en la empresa, etc., preocupacional, exámenes periódicos, profesiograma o evaluación de los puestos de trabajo, historia clínica laboral, certificado de provisión de elementos de protección personal, etc..

Los dictámenes sobre tareas normales o especiales (insalubridades y cambios en la duración de la jornada laboral);

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 del caso, con carácter de Declaración Jurada, a saber: estudios complementarios, informes, certificados médicos, protocolos quirúrgicos, actualizados a la fecha de presentación del trámite, bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (artículo 13, Decreto N° 717/96).

El incumplimiento de lo expresado en el punto anterior, facultará a la Gerencia de Comisiones Médicas de la SAFJP a remitir los antecedentes a la Subgerencia de Salud Laboral de la SRT a los efectos que ésta estime corresponder.

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. Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -.

3.2.2.2.1.2. Rechazo 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 a la situación de la Incapacidad Laboral Temporaria O Incapacidad Laboral Permanente

3.2.2.2.2.1. Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -.

3.2.2.2.2. 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 Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -.

3.2.2.2.3.2. Certificado médico que acredite la necesidad de modificar/sustituir 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.

3.2.2.2.5. Trámite por silencio de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o empleador no asegurado

3.2.2.2.5.1 Solicitud del trabajador o derechohabiente - Anexo B -.

La documentación complementaria referida a las presentaciones efectuadas por el damnificado deberá ser presentada durante la audiencia y/o Examen Médico.

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-.

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. En aquellos trámites presentados por un Apoderado, deberá agregarse Poder otorgado ante escribano público:

3.2.2.3.1 en el que figure la autorización para representar y gestionar trámites administrativos, cuando el expediente lo inicie el apoderado del Damnificado o Derechohabiente; o cuando se presente durante su tramitación.

3.2.2.3.2 en el que figure la autorización para gestionar trámites administrativos en el caso del representante del Area Médica, cuando el expediente lo inicie la Aseguradora o Empleador Autoasegurado.

3.2.2.3.3 para el apoderado o estatuto social donde acredite la representación, cuando el expediente lo inicie un Empleador no asegurado.

3.2.2.3.4 En los casos detallados en los puntos 3.2.2.3.2. y 3.2.2.3.3. anteriores, si el apoderado fuera abogado, bastará con la presentación de la copia del poder firmada por el letrado en todas sus partes

3.2.2.4. En aquellos trámites presentados por un Letrado Patrocinante,

El mandato podrá otorgarse ante la autoridad administrativa. (Artículo 33º - Decreto 1759/72 reglamentario de la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos).

4. RECHAZO DE LA PRESENTACION DE UN EXPEDIENTE

4.1. La Comisión Médica rechazará la presentación de una Solicitud de intervención, en los casos que se especifican a continuación,

4.1.1. Cuando resultare incompleta la documentación establecida en los puntos 3.2.1. y 3.2.2.1 "Trámites iniciados por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado y Empleador No Asegurado"

4.1.2. Cuando resultare incompleta la documentación establecida en los puntos 3.2.2. y 3.2.2.2. "Trámites iniciados por el Trabajador, Derechohabiente o Apoderado"

4.1.3. Denuncia no contemplada en el presente Manual de Procedimientos.

4.1.4. Cuando en la Solicitud del Trabajador o Derechohabiente o documentación remitida por vía postal, no se puedan identificar a las partes.

4.2. En los casos detallados en el punto 4.1., el Personal Administrativo de la Comisión Médica procederá a:

4.2.1. Reintegrar al solicitante la totalidad de la documentación presentada en forma personal o vía postal, según haya sido su presentación.

4.2.2. Agregar una nota de devolución en la que se detallará el motivo de la misma.

4.2.3. Archivar como comprobante de la devolución la copia de la nota de devolución con el respectivo acuse de recibo.

5. REGISTRO, NUMERACION, FOLIATURA Y DESGLOSE DE EXPEDIENTES

5.1. Registro y Numeración

La Comisión Médica en la que ingresa una Solicitud de intervención, es la responsable de registrar todos los datos correspondientes del trámite en el Sistema de Seguimiento de Trámites Médicos (SSTM) que corresponde a dicha Comisión.

El Personal Administrativo deberá:

5.1.1. Completar el Formulario "Carátula" - Anexo J, en el SSTM, consignando los siguientes datos obligatorios:

5.1.1.1. Fecha de inicio del trámite en la Aseguradora, de corresponder.

5.1.1.2. Fecha de ingreso del trámite en la Comisión Médica.

5.1.1.3. Datos de la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado.

5.1.1.4. Motivo de la presentación.

5.1.1.5. Datos del Empleador.

5.1.1.6. Datos del Damnificado.

5.1.1.7. Breve resumen del siniestro.

5.1.2. Asignar al trámite presentado un número de expediente.

5.1.2.1. El número que se asigna, consta de CINCO (5) elementos y guarda las siguientes características:

5.1.2.1.1. Tres primeros dígitos: identifican el número de la Comisión Médica que origina el expediente.

5.1.2.1.2. Letra "L": identifica al trámite Laboral.

5.1.2.1.3. Cinco siguientes dígitos: comenzando en el N° 00001 identifican el número de expediente.

5.1.2.1.4. "/" (barra separadora).

5.1.2.1.5. Dos últimos dígitos: corresponden al año de emisión.

De esta manera, el Expediente Nº 001-L-00001/08, muestra que:

- corresponde a la Comisión Médica Nº 1 de Tucumán (001)
- es un Trámite Laboral (L).
- es el expediente Nº 1 (00001) del año 2008 (/08).

5.1.2.2. Los expedientes ingresados provenientes de otra Comisión Médica, mantendrán la numeración de la Comisión Médica de origen, no se asignará nuevo número.

5.1.2.3. Una vez ingresados todos los datos y asignado el número de expediente, se imprime del SSTM el formulario identificado como "Hoja Carátula" que se agrega al expediente como primera hoja, sin número de folio.

5.2. Foliatura del Expediente

5.2.1. Generalidades.

5.2.1.1. Toda la documentación que se incluya en los expedientes ingresados en una Comisión Médica, debe ser foliada con sello de la Comisión Médica actuante y número, por orden correlativo de incorporación.

5.2.1.2. El sello y el número de folio deben colocarse en el extremo superior derecho del documento, evitando cualquier superposición con la escritura.

5.2.1.3. En las placas radiográficas se coloca, en el extremo superior derecho, un adhesivo color blanco que permita su foliatura.

5.2.1.4. Los sobres recibidos se incorporan sólo cuando contengan datos que resulten de interés (p.e.: sellos de correo con fecha, etc.) y también deben ser foliados.

5.2.2. Responsables de la foliatura.

5.2.2.1. El Area Administrativa de la Comisión Médica que inicia una actuación es la responsable de la operación de foliatura.

5.2.2.2. En aquellos casos en los que un expediente deba ser trasladado a otra Comisión Médica, la responsabilidad de la Comisión receptora se inicia con la recepción del expediente.

5.2.3. Documentación proveniente de Organismos Oficiales

5.2.3.1. Todo expediente proveniente de un Organismo Oficial, que se incorpora a las actuaciones que tramiten en una Comisión Médica, mantiene su propia foliatura y carátula.

5.2.3.2. Su incorporación debe estar precedida por una "Nota de Agregación" de la Comisión Médica actuante.

5.2.3.3. La foja siguiente a incorporar, llevará como número de folio el número siguiente al folio de la providencia de agregación.

5.2.4. Documentación proveniente de Organismos no Oficiales

Todo expediente proveniente de un Organismo no Oficial, que se incorpora a las actuaciones que tramitan en una Comisión Médica, debe continuar la foliatura de la Comisión Médica actuante.

5.2.5. Errores de Foliatura

Todo error de foliatura en un expediente que tramita en una Comisión Médica, debe ser corregido. Las fojas deben ser refoiliadas y se debe dejar constancia de lo actuado en el expediente con una "Nota para Errores de Foliatura".

5.3. Desglose de Documentación

5.3.1. El desglose de cualquier tipo de documentación que se encuentre incluida en los expedientes que tramitan en una Comisión Médica, debe ser solicitada, por escrito, por la parte interesada.

5.3.2. Se debe dejar constancia de la documentación separada mediante una "Nota de Desglose".

5.3.3. Se debe dejar en el expediente fotocopia de toda documentación desglosada. En aquellos casos en los que esto no resulte posible (p.e. estudios radiográficos), se incluirá una nota que indique el contenido de la foja desglosada.

6. TRATAMIENTO DEL EXPEDIENTE EN LA COMISION MÉDICA

6.1. Evaluación Administrativa del Expediente

El Personal Administrativo de la Comisión Médica procederá a:

6.1.1. Recibir, personalmente o por vía postal, la solicitud de inicio de expediente

6.1.2. Controlar la documentación que, para cada tipo de trámite se detalla en los puntos 3.2. Documentación a presentar - 3.2.1. Generalidades - 3.2.2. Particularidades.

6.1.3. Sellar y fechar el Formulario de Solicitud que corresponda, según quién haya presentado el trámite, en original y copia (cuando corresponda).

6.1.4. Asignar número de expediente a la solicitud ingresada, tal como se detalla en el punto 5.1. Registro y Numeración.

6.1.5. Registrar el número de expediente en el original y la copia del formulario de solicitud que corresponda a cada presentación.

6.1.6. Dar de alta en el registro de expedientes interno de la Comisión Médica (Sistema de Seguimiento de Trámites Médicos - SSTM) los datos de la "Solicitud" ingresada.

6.1.7. Armar del expediente con los elementos que se detallan a continuación:

6.1.7.1. Carátula o "Tapa del Expediente" - Formulario Anexo J.

6.1.7.2. Original del Formulario de Solicitud que corresponda.

6.1.7.3. Informe de la Base de Siniestralidad de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo con detalle de siniestros anteriores y/o Informe de Trámites de la Oficina de Homologación y Visado.

6.1.7.4. Informe de la Base de Auditor de CUIL de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones

6.1.7.5. Fotocopia del Documento de Identidad.

6.1.7.6. Documentación que permita identificar el domicilio del Trabajador o Derechohabiente.

6.1.7.7. Fotocopia del Documento que acredite la identidad del presentante (punto 1.3.1.3.).

6.1.7.8. Documentación médica original detallada en los puntos 1.3.1.6. – 1.3.1.8.

6.1.7.9. Alta de recalificación, de corresponder.

6.1.7.10. Copia de dictámenes anteriores, de existir.

6.1.8. Foliar todas las actuaciones, tal como se detalla en el punto 3.2. Foliatura del Expediente.

6.1.9. Entregar al presentante el duplicado del Formulario de Solicitud que corresponda, personalmente o remitirlo vía postal al domicilio real denunciado, según haya sido la presentación.

6.2. Evaluación Médica del expediente

El Coordinador de la Comisión Médica procederá a:

6.2.1. Evaluar el contenido y la forma de la presentación tanto en el aspecto médico como administrativo.

En los casos presentados como "Trámite Sumarísimo para Divergencias", la evaluación se realizará en forma inmediata.

6.2.2. Indicar el agregado de antecedentes, de ser necesario, dejando constancia de ello en el expediente mediante una "Nota de agregación"

6.2.3. Requerir en el formulario "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico", que se incorporen al expediente las sentencias judiciales, en aquellos casos en los que surjan de los archivos de la Comisión Médica, que el damnificado haya solicitado la intervención judicial en un trámite anterior.

6.2.4. Evaluar la coherencia lógica entre los informes médicos y los exámenes de laboratorio o especialidad proporcionados por el interesado.

6.2.5. Verificar la presencia de errores técnicos en el contenido de los informes y la pertinencia de los mismos en relación a la patología por la cual el presentante solicita la intervención.

6.2.6. Verificar la documentación médica agregada al expediente y constatar, en cada informe, que:

6.2.6.1. la documentación médica sea fotocopia del original firmada por un representante médico, responsable reconocido por la Aseguradora o Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado o certificadas por escribano.

6.2.6.2. Conste la fecha de emisión de los informes, los datos del damnificado (Nombre/s y Apellido/ s; Tipo y N° de documento de identidad) y del profesional informante (Nombre completo; especialidad; N° de matrícula).

6.2.6.3. Sean legibles.

6.2.6.4. No contengan enmiendas, borrones, tachaduras o correcciones de ninguna especie, excepto que hayan sido salvados por el mismo profesional informante certificando su validez.

6.2.6.5. Conste la dirección o el lugar en el que fue realizado el examen y extendido el certificado.

6.2.6.6. Conste en el informe el membrete, con identificación completa de la Entidad o del Hospital o Centro Médico, en los casos en los que el estudio lo realice una institución

6.2.6.7. Se encuentren completos aquellos exámenes que se componen de un medio gráfico (rayos X, trazado electroencefalográfico, gráficos de campos visuales, etc.) y de un informe del resultado elaborado por un especialista que interpreta el medio gráfico.

6.2.6.8. Las placas radiográficas, contengan en forma impresa mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas la fecha, el nombre y el número del documento de identidad del interesado.

6.2.7. Dejar constancia en el expediente de todas sus observaciones y sus recomendaciones.

6.2.8. Asignar el expediente a UN (1) médico de la Comisión Médica, teniendo en cuenta la patología del trabajador y las especialidades de los médicos, asegurando una distribución equitativa entre todos los miembros de la Comisión Médica, incluido el mismo Coordinador.

6.3. Citación a las partes

6.3.1. Generalidades

6.3.1.1. Toda comunicación deberá realizarse con una antelación mínima de TRES (3) días hábiles y en todos los casos con Acuse de Recibo:

6.3.1.1.1. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo será comunicada vía informática.

6.3.1.1.2. El Empleador Autoasegurado y el Empleador no Asegurado será comunicado vía informática o por vía postal.

6.3.1.1.3. Las Entidades y Organismos Previsionales serán comunicadas por vía postal.

6.3.1.1.4. En el caso de Enfermedades Profesionales no listadas, los empleadores serán comunicados por vía postal.

6.3.1.2. Ante la posibilidad de dictaminarse el carácter "definitivo" de una Incapacidad Laboral Permanente Total o en los casos en que al dictaminarse una Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva que sumada a las Incapacidades preexistentes se convirtiera en una Incapacidad Permanente Total, deberá notificarse a la Entidad Previsional (AFJP/ANSeS) que corresponda.

6.3.1.3. En aquellos casos en los que el Damnificado o su Derechohabiente o su Apoderado, solicitara por escrito una nueva fecha para la Audiencia y/o Examen Médico, se procederá a asignarla y comunicarla según se detalla en el presente punto.

6.3.1.4. En aquellos casos en los que la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado inicien un trámite en una Comisión Médica y no resulte posible notificar fehacientemente al damnificado o derechohabiente de la Audiencia y/o examen médico en el domicilio por estos denunciado, se le informará al presentante, para que ratifique o rectifique los datos necesarios para realizar la diligencia en forma correcta.

6.3.2. Plazos

6.3.2.1. Deberá asignarse turno para la Audiencia y/o Examen Médico, indefectiblemente, dentro de los DIEZ (10) días hábiles de recibida la "Solicitud de Intervención" en la Comisión Médica.

6.3.2.2. En los casos de Trámite Sumarísimo para Divergencias, deberá asignarse turno para la Audiencia y/o Examen Médico, indefectiblemente, dentro de los TRES (3) días hábiles de recibida la "Solicitud de Intervención" en la Comisión Médica.

6.3.2.3. En aquellos expedientes trasladados desde otra Comisión Médica, como consecuencia del pedido expreso del solicitante, los plazos que se detallan en los puntos 6.3.2.1. y 6.3.2.2, se contarán a partir del día de la recepción del expediente por parte de la Comisión destinataria.

6.3.3. El Médico Coordinador procederá a:

6.3.3.1. Analizar, atento a la documentación médica obrante en el expediente, las condiciones ambulatorias del damnificado.

6.3.3.2. Decidir si se cita al damnificado en consultorio o la Comisión Médica se constituye en el domicilio donde el damnificado denuncia encontrarse.

6.3.4. El Personal Administrativo procederá a:

6.3.4.1. Emitir el formulario "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo C- por triplicado, o más (según corresponda), en el que deberá consignar:

6.3.4.1.1. Nombre y apellido del damnificado o derechohabiente.

6.3.4.1.2. Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no Asegurado.

6.3.4.1.3. Empleador en los casos de Enfermedades Profesionales no listadas.

6.3.4.1.4. Fecha del siniestro invocado.

6.3.4.1.5 Lugar, fecha y hora de realización de la Audiencia y/o Examen Médico.

6.3.4.1.6. Motivo de intervención.

6.3.4.2. Remitir el Formulario "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico", conforme el siguiente detalle:

6.3.4.2.1. Trámite iniciado por el damnificado o su derechohabiente en forma personal:

Entregar en mano, en el momento de ser iniciado el trámite, debiendo el presentante notificarse fehacientemente de su recepción.

6.3.4.2.2. Trámite iniciado por el damnificado o su derechohabiente por vía postal:

Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Medico" al damnificado, mediante comunicación fehaciente con TRES (3) días hábiles de antelación como mínimo, ya sea citando al mismo o comunicando que la comisión o profesional se constituirá en su domicilio, en caso de ser necesario.

6.3.4.2.3. Trámite Sumarísimo para Divergencias:

Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Medico" al damnificado, mediante comunicación fehaciente antes de las VEINTICUATRO (24) horas de iniciado el trámite.

En idéntico plazo, remitir a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado el duplicado de la Notificación para Audiencia y/o Examen Médico y copia de la Solicitud de Intervención (Anexo B) dejando constancia en el expediente

6.3.4.2.4. Trámite iniciado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no Asegurado:

Remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante comunicación fehaciente con TRES (3) días hábiles de antelación como mínimo,

6.3.4.3. Incorporar al expediente el triplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" junto con los comprobantes de haberse emitido las comunicaciones fehacientes.

6.3.5. Recitación a Primera o Segunda Audiencia/Examen Médico

Toda recitación a las partes deberá practicarse dentro de los VEINTE (20) días hábiles contados a partir del día de la incomparencia. Las recitaciones seguirán idéntico procedimiento al establecido en el punto 6.3. Citación a las partes.

7. PROCEDIMIENTO ANTE LA NO CONCURRENCIA DE LAS PARTES

7.1. Generalidades

7.1.1. La Comisión Médica notificará semanalmente a la Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de AFJP, el detalle de las Aseguradoras que, estando fehacientemente notificadas, incomparecieron a las citaciones efectuadas.

7.2. Incomparencia a Primera Audiencia/Examen Médico.

7.2.1. Incomparencia del Trabajador o su Derechohabiente o su Apoderado, sea éste Solicitante o Contraparte, se procederá a volver a citarlo según se detalla a continuación:

7.2.1.1. El Médico interviniente procederá a:

7.2.1.1.1. Completar el formulario "Acta de Incomparencia"

7.2.1.1.2. Firmar dicho formulario, junto con los médicos designados por las partes interesadas que estuvieran presentes

7.2.1.1.3. Agregar el formulario al expediente

7.2.1.1.4. Entregar el expediente al Area Administrativa con indicación de Recitar

7.2.1.2. El Personal Administrativo procederá a:

7.2.1.2.1. Volver a citar al damnificado según se detalla en el punto 6.3.4.

7.2.1.2.2. Comunicar la nueva fecha a las partes intervinientes según se detalla en el punto 6.3.4.1.5.

7.2.1.2.3. Incorporar copia del formulario al expediente

7.2.2. Incomparencia de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado, sea ésta Solicitante o Contraparte, en cualquiera de las instancias de citaciones, fehacientemente notificadas, no será causal para volver a citar al trabajador, y se continuará con el trámite, basándose en la información existente en los actuados.

7.3. Incomparencia a Recitación a Primera Audiencia/Examen Médico

7.3.1. Incomparencia del Trabajador, su Derechohabiente o su Apoderado si éste es el Solicitante: se procederá a la Caducidad y Archivo de las actuaciones, según se detalla a continuación:

7.3.1.1. El Médico interviniente procederá a:

7.3.1.1.1 Completar el formulario "Acta de Incomparencia" con la indicación de pasar el expediente a caducidad y archivo

7.3.1.1.2. Firmar dicho formulario, junto con los médicos designados por las partes interesadas que estuvieran presentes

7.3.1.1.3. Agregar el formulario al expediente

7.3.1.1.4. Entregar el expediente al Area Administrativa

7.3.1.2. El Personal Administrativo procederá a archivar el expediente en el sector correspondiente según se detalla en el punto 3.

7.3.2. Incomparencia del Trabajador o su Derechohabiente o su Apoderado si éste es la Contraparte

Se continuará con la tramitación de las actuaciones, basándose en la información existente en el expediente.

7.3.3. Incomparencia de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no Asegurado si éste es el Solicitante o Contraparte.

La incomparencia de la Aseguradora en cualquiera de las instancias de citaciones, fehacientemente notificadas, no será causal para volver a citar al trabajador, y se continuará con el trámite, basándose en la información existente en los actuados.

7.4. Incomparencia a Segunda Audiencia/Examen Médico

Se procederá según lo establecido en el punto 7.2..

7.5. Incomparencia a Recitación Segunda Audiencia/Examen Médico

Se procederá según lo establecido en el punto 7.3.

8. IMPOSIBILIDAD DE CONSTITUCION DE LAS COMISIONES MÉDICAS

Se procederá en los mismos términos que lo indicado en el punto 6.3., en aquellos casos en que la Comisión Médica o el profesional designado, no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos ajenos a las partes.

9. AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO

9.1. Generalidades

9.1.1. Todos los concurrentes a la Audiencia / Examen Médico, deberán ser identificados por la Comisión Médica, mediante exhibición de los documentos de identidad correspondientes.

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

9.1.3. Los Asesores Letrados de las partes deberán exhibir el poder legal, cuando se presenten como tales y no lo hubieran incorporado previamente al expediente.

9.1.4. Los Asesores Letrados, cualquiera sea la parte que representen, no podrán presenciar el examen físico del damnificado. Están facultados a ingresar nuevamente, finalizado el mismo, para la firma del acta.

9.1.5. En los casos en los que las partes presentes y/o los miembros de la Comisión formularan objeciones, se dejará constancia de sus dichos en el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico - Observaciones", siendo suscripta por el objetante y sin provocar incidencia sobre la tramitación del expediente.

9.1.6. En cualquier momento las partes podrán suspender el procedimiento si la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado, se allanare a la pretensión del

recurrente. Se dejará constancia de esta circunstancia en el expediente suscribiendo el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo D - o el Formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo M - , en los casos de Enfermedades No listadas. En estos casos, la Comisión Médica interviniente determinará si corresponde tramitar la homologación del acuerdo alcanzado o si procede emitir un dictamen según lo detallado en el punto 14 "Dictamen".

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.

9.1.7.2. La Aseguradora presentará los estudios detallados en el punto 9.1.7.1. ante la Comisión Médica solicitante, dentro de los DIEZ (10) días hábiles posteriores a la fecha de intimación efectuada en el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico".

9.1.7.3. El incumplimiento por parte de la Aseguradora en la entrega de los estudios complementarios mencionados en los puntos 9.1.7.1. y 9.1.7.2., deberá ser informado por la Comisión Médica a la Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de AFJP.

El incumplimiento de lo expresado en el presente punto facultará a la Gerencia de Comisiones Médicas de la SAFJP a remitir los antecedentes a la Subgerencia de Salud Laboral de la SRT a los efectos que ésta estime corresponder.

La Comisión Médica en estos casos y en aquellos que considere necesario, podrá asimismo requerir estudios complementarios o interconsultas de acuerdo con lo dispuesto en el art. 51 de la Ley N° 24.241.

Según la necesidad se podrá requerir el apoyo de peritos contratados, de servicios profesionales o de organismos técnicos; también se puede solicitar cooperación de la autoridad laboral o cualquier otra diligencia necesaria cuando el conflicto así lo justifique.

9.1.8. Deberán concurrir a la Audiencia:

9.1.8.1. El Médico autorizado por Área Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o de Empleador no asegurado.

9.1.8.2. El damnificado, quién podrá estar acompañado de su asesor médico.

9.1.8.3. Las partes podrán estar acompañadas por asesor letrado a su cargo.

9.1.9. Deberán concurrir al Examen Médico:

9.1.9.1. El Médico autorizado por el Area Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado.

9.1.9.2. El damnificado, quién podrá estar acompañado de su asesor médico.

9.1.10. Examen Físico:

9.1.10.1. El Médico interviniente procederá a efectuar el examen físico. En aquellos casos en los que el damnificado dificulte el examen, se continuará la tramitación de las actuaciones con la información existente en el expediente. Se dejará constancia en el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Físico" de tal circunstancia.

9.1.10.1.1. Realizado el examen físico, si existiera la posibilidad del incumplimiento de los requisitos de los ítem 9.1.7.1 y 9.1.7.2, y de ser necesario para resolver el caso demandado, el Médico actuante decidirá la necesidad de efectuar estudios y/o interconsultas con especialistas o procedimientos especiales.

Deberá:

9.1.10.1.1.1.1. Indicar los estudios complementarios necesarios

9.1.10.1.1.1.2. Emitir el formulario de "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo E -, por duplicado.

9.1.10.1.1.1.3. Entregar al trabajador, el original del formulario "Orden de Estudios para Trámites de Incapacidad Laboral".

9.1.10.1.1.1.4. Incorporar al expediente el duplicado firmado por ambas partes.

9.1.10.1.1.1.5. Completar y suscribir el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo D - dejando constancia de los estudios y/o interconsultas solicitados.

9.1.10.1.1.6. Suscripción del formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" - Anexo D – por las partes intervinientes.

9.1.10.1.2. Si no fueran necesarios nuevos estudios y/o interconsultas con especialistas o prácticas especiales, el Médico interviniente procederá a asignar la fecha de emisión del dictamen, la cual será notificada a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado y a las Entidades Previsionales si correspondiera, para luego continuar con el Dictamen.

9.1.10.1.3. El Médico emitirá el formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral", (Anexo D o Anexo M) por triplicado, registrándose en el Acta con detalle, si correspondiera:

9.1.10.1.3.1 Síntomas, signos y diagnóstico presuntivo y/o definitivo.

9.1.10.1.3.2. Detalle de los estudios y/o interconsultas o diligencias solicitadas, quien es el responsable de realizarlos y el plazo para presentarlos.

9.1.10.1.3.3. Consignar los aportes y/o divergencias de los peritos de parte.

9.1.10.1.3.4. Este Acta deberá ser firmada por el médico que realizó la audiencia, el damnificado, el representante de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado, el Empleador en los casos de Enfermedades Profesionales no listadas y los peritos designados por los interesados que estuvieren presentes.

9.1.10.1.3.5. La negativa a firmar por cualquiera de las partes o la firma en disconformidad no impedirá la prosecución del trámite

9.1.10.1.3.6. En los casos de Enfermedades Profesionales deberá contener:

9.1.10.1.3.6.1. Afecciones denunciadas.

9.1.10.1.3.6.2. Fecha de Primera Manifestación Invalidante.

9.1.10.1.3.6.3. Agente de riesgos denunciados como causantes de la afección.

9.1.10.1.3.6.4. Descripción y antigüedad en las tareas, y tiempo de exposición a los riesgos denunciados.

9.1.10.1.4. El Médico interviniente entregará el duplicado al damnificado y el triplicado a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado y copia al Empleador en caso de patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales con lo que se considerarán las partes debidamente notificados.

10. RECEPCION DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

10.1. Se recibirá de los especialistas el original de la "Orden de Estudios para Trámite de Incapacidad Laboral" junto a los estudios o prácticas efectuados.

10.2. Se procederá a controlar que los estudios cumplan con los requerimientos dispuestos.

10.3. Se incorporará toda la documentación en el expediente.

10.4. Cuando el damnificado solicite nueva fecha para un estudio o práctica clínica por causa justificada, se concertará nueva fecha comunicando a las partes en forma fehaciente.

10.5. Cuando el damnificado no se sometiera o no efectuara las evaluaciones complementarias previamente solicitadas, por causa injustificada, se procederá al estudio de las actuaciones con los informes que figuren en éstas y procederá a emitir dictamen. De no ser suficientes la documentación médica obrante en el expediente, se procederá a la caducidad del trámite, comunicando de la misma a todas las partes.

10.6. En el caso que la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado no cumplieran con la realización de estudios solicitados por la Comisión Médica, ésta se hallará facultada a requerir las prácticas complementarias que estime necesarias, en sus prestadores.

11. PROCEDIMIENTO ANTE LA NO CONCURRENCIA A LA SEGUNDA CITACION MEDICA

11.1. Procedimiento ante la no concurrencia del trabajador

11.1.1. Si el trabajador, comunicado fehacientemente en el domicilio declarado, no concurriese en la fecha fijada a la Segunda Revisación Médica o lo hiciese sin los nuevos estudios solicitados, el profesional interviniente deberá labrar el Acta de Incomparencia, que será firmada por el profesional interviniente y los médicos designados por las partes

interesadas que estuvieran presentes, la que se agregará al expediente, debiendo emitirse el dictamen pertinente.

11.1.2. Si el damnificado solicitara una nueva fecha para la Segunda Revisación y/o examen médico se procederá a asignar una nueva fecha según lo reglado en el punto 6.3..

11.2. Procedimiento ante la no concurrencia de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado, del Empleador no asegurado, o del Empleador en caso de Enfermedades Profesionales no listadas.

11.2.1. La incomparencia de la Aseguradora fehacientemente notificada, no será causal para volver a citar al trabajador, y se continuará con el trámite, basándose en la información existente en los actuados.

11.2.2. La Gerencia de Comisiones Médicas de la SAFJP notificará semanalmente a la Subgerencia de Salud Laboral de la SRT, el detalle de las Aseguradoras que estando fehacientemente notificadas, incomparecieron a las citaciones efectuadas.

12. IMPOSIBILIDAD DE CONSTITUCION DE LA COMISION MEDICA

Se procederá en los mismos términos que lo normado en el punto 6.3. Citación a las partes, en aquellos casos en que la Comisión Médica o el profesional designado, no pueda constituirse en el lugar y fecha establecidos, por motivos ajenos a las partes. Deberán tenerse en cuenta la improrrogabilidad de los plazos otorgados por la Legislación.

13. SEGUNDA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO

13.1. Ante la concurrencia del trabajador o la constitución de la Comisión Médica o profesional autorizado en el lugar donde se encuentra el trabajador, se efectuará la revisión médica y evaluarán los antecedentes reunidos en el expediente y procediendo a emitir el dictamen pertinente.

13.2. El Médico interviniente procederá a confeccionar el "Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo D -, dejando constancia en la misma que se emitirá el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo F -, de acuerdo al punto 14 "Dictamen".

14. DICTAMEN

14.1. Dictamen de Comisión Médica por Trámite de Incapacidad Laboral o Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales.

Se emitirá el formulario "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" - Anexo F - o "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" - Anexo G -, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los VEINTE (20) días de presentada la "Solicitud de Intervención" o SESENTA (60) días para dictaminar el Carácter Definitivo de una Incapacidad o en aquellas cuestiones que por razones fundadas, no ocasionen grave perjuicio al trabajador (artículo 14 Decreto Nº 717/96).

En los trámites que fueron trasladados a otra Comisión Médica a efectos de su resolución, los plazos correrán a partir de la recepción del expediente por parte de la Comisión destinataria.

14.1.1. En el Dictamen deberá constar:

14.1.1.1. Fecha de emisión del dictamen.

14.1.1.2. Fecha de Solicitud de Intervención.

14.1.1.3. Motivo de la Intervención

14.1.1.4. Resumen de lo actuado:

14.1.1.4.1. Descripción del siniestro

14.1.1.4.2. Tratamiento efectuado

14.1.1.4.3. Examen Físico

14.1.1.4.4. Estudios complementarios aportados y solicitados (hallazgos positivos)

14.1.1.4.5. Posición de las partes

14.1.1.5 Diagnóstico, si correspondiere (código CIE10)

14.1.1.6 Las conclusiones sobre lo solicitado.

14.1.1.7 Incapacidad, si correspondiere.

14.1.1.8 Alcance y contenido de las prestaciones, si correspondiere.

14.1.1.9 Fecha de revisión del dictamen a cargo de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado en las incapacidades laborales permanentes provisorias.

14.1.1.10. Si su conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

14.1.1.11. En los casos para homologación, si corresponde efectuar la misma.

14.1.1.12. Los dictámenes será rubricados por DOS (2) integrantes titulares de Comisiones Médicas.

En las Conclusiones del Dictamen la Comisión Médica deberá dar respuesta en todos los casos a lo requerido en la Solicitud de Intervención, justificando la misma sobre la base de la normativa vigente y estricto rigor científico

14.1.1.2. Notificar a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado, al Empleador no asegurado, con acuse de recibo dentro de los CINCO (5) días de realizada la sesión, el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" o "Dictamen de Comisión Médica para Homologación de Incapacidades Laborales", según corresponda, de la siguiente forma:

14.1.1.2.1. Original: al expediente, junto con los acuse de recibo del resto de los ejemplares.

14.1.1.2.2. Duplicado: a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado.

14.1.1.2.3. Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

14.1.1.2.4. Cuadruplicado: para el trabajador o su apoderado.

14.1.1.2.5. Quintuplicado o más: para las Entidades Previsionales, si hubieran intervenido.

14.1.1.3. Notificar a la Subgerencia de Salud Laboral de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a través de bolsines:

14.1.1.3.1. Cuando los dictámenes modifiquen lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

14.1.1.3.2. Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado soliciten la intervención de las Comisiones Médicas en forma injustificada.

14.1.1.4. Proceder al archivo del expediente luego de 10 (diez) días de recibidas las constancias de las notificaciones fehacientes.

Los expedientes provenientes de otra Comisión Médica, deberán ser reintegrados a la Comisión de origen para su archivo.

14.2. Dictamen de Comisión Médica por patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.

14.2.1. 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" - Anexo N -, por quintuplicado o más según corresponda dentro de los treinta (30) días de la fecha de iniciación del expediente.

14.2.2. En el Dictamen deberá constar lo siguiente:

14.2.2.1. Fecha de emisión del dictamen.

14.2.2.2. Un resumen de lo actuado.

14.2.2.3. Diagnóstico, si correspondiere.

14.2.2.4. 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.

14.2.2.5. Prestaciones en especie a otorgar, si correspondiere.

14.2.2.6. Si la conclusión modifica lo dispuesto por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

14.2.2.7. Los dictámenes será rubricados por DOS (2) integrantes titulares de Comisiones Médicas.

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

14.2.3. 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:

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

14.2.3.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

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

14.2.3.4. El cuaduplicado para el Empleador afiliado.

14.2.3.5. El quintuplicado a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

14.2.4. 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:

14.2.4.1. Se girará el expediente, dentro de las SETENTA Y DOS (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.

14.2.4.2. 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 Nº 24.557.

15. REVISION DEL DICTAMEN ANTERIOR

Cuando se solicita nueva intervención de la Comisión Médica por una misma contingencia tratada con anterioridad en otro expediente, se recibirá la "Solicitud de Intervención" según el punto 3 del presente capítulo, otorgándole un nuevo número a la nueva presentación.

Posteriormente se continuará con lo establecido en el presente manual.

16. RECURSO DEL DICTAMEN

16.1. Aclaratoria o rectificatoria.

16.1.1. Dentro de los TRES (3) días de comunicado el dictamen, las partes podrán requerir el dictado de resolución aclaratoria o rectificatoria.

16.1.2. Rectificación: podrán rectificarse los errores materiales o de hecho y los aritméticos, siempre que la enmienda no altere lo sustancial del dictamen.

16.1.3. Aclaratoria: Podrá pedirse aclaratoria cuando exista contradicción en su parte dispositiva o entre su motivación y la parte dispositiva o para suplir cualquier omisión sobre alguna o algunas de las peticiones planteadas.

16.1.4. La solicitud de aclaratorias o rectificatorias no se entenderá como presentación de recurso de apelación, pero su presentación suspende los plazos de apelación.

16.1.5. Las solicitudes de aclaratorias o rectificatorias deberán ser contestadas por la Comisión Médica Jurisdiccional dentro de los CINCO (5) días de presentadas y notificadas a todas las partes.

Las aclaratorias y rectificatorias deberán llevar la misma cantidad de firmas que los dictámenes de Comisión Médica.

Una vez contestada la solicitud, y de persistir la diferencia, se elevarán las actuaciones a la instancia superior, sólo si el peticionante hubiera apelado en subsidio.

16.2. Recurso ante la Comisión Médica por Trámite de Incapacidad Laboral

16.2.1. El trabajador, sus Derechohabientes, la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado podrán presentarse ante las Comisiones Médicas para recurrir lo establecido en los dictámenes en las siguientes divergencias:

16.2.1.1. En el Porcentaje otorgado en las Incapacidades Laborales Permanentes Definitivas.

16.2.1.2. En el contenido y/o en el alcance de las Prestaciones en Especie tanto en las Incapacidades Temporarias como Permanentes.

16.2.1.3. En la Indole laboral del Accidente o Enfermedad Profesional.

16.2.1.4. Divergencia en la aplicación del Art. 20.

16.2.1.5. Enfermedad Profesional no listada denegada.

16.2.2. El recurso se elevará a la Comisión Médica Central, en los siguientes casos:

16.2.2.1. Cuando haya sido presentado ante una Comisión Médica y el recurrente fuera la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

16.2.2.2. Cuando haya sido presentado ante una Comisión Médica y el recurrente fuera el trabajador o sus Derechohabientes y no hubieran optado expresamente por la vía judicial, en los casos que corresponda

16.2.2.3. Cuando se tratara de una Incapacidad Laboral Permanente Total Definitiva, en cuyo caso deberá recurrirse al procedimiento establecido en el Artículo 49, apartado 3 de la Ley Nº 24.241.

16.2.3. El recurso se elevará al Juzgado que corresponda a la jurisdicción del domicilio del trabajador, cuando el recurso haya sido presentado en una Comisión Médica Provincial, el recurrente fuera el trabajador o Derechohabiente y éste hubiera optado expresamente por la vía judicial.

16.2.4. Si el recurso lo solicitó la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado o cuando el Damnificado o el Derechohabiente no optaron por la vía judicial, la concesión se registrará en el expediente escribiendo el siguiente proveído:

Del Juzgado Federal de N°

(Domicilio)

Tengo el honor de dirigirme a V. S. con referencia al expediente N° 00- L - 00.000/08, tramitado por ante la Comisión Médica N° 000 de la Ciudad de, Provincia decon motivo de una denuncia formulada por el Sr.

Atento haberse interpuesto recurso de apelación al dictamen formulado por esta Comisión de fecha de de 1997, procedemos al envío del original del mencionado expediente, de acuerdo a lo normado en el Artículo 46 de la Ley N° 24.557, en el Art. 27 de su Decreto Reglamentario N° 717/96 a efectos de la substanciación del recurso por ante vuestro juzgado.

Dios guarde a V. S.

Dr.

Coordinador de la Comisión Médica

16.2.7.1. Este trámite se efectuará preferentemente en forma personal por parte del administrativo de la Comisión o por vía postal, dependiendo de la distancia entre el Juzgado y la sede de la Comisión Médica

16.2.8. Si la Comisión procediera al rechazo del recurso de apelación por haber sido presentado en forma extemporánea (Decreto 717/96 Artículo 26), es decir, por haberse interpuesto luego de vencido el plazo legal, se dejará constancia en el expediente con el siguiente proveído:

"Atento el recurso interpuesto a fs. y resultando el mismo extemporáneo (conforme art. 26, Decreto 717/96 Ley 24.557) por haber vencido el plazo legal de la presentación el día / / , se rechaza el mismo. Notifíquese al recurrente".

16.2.9. En el caso precedente se elaborará la siguiente comunicación, que se le remitirá al apelante. El plazo para remitir la comunicación de rechazo es de DIEZ (10) días.

"Se le hace saber que atento a haber vencido el plazo legal previsto por el art. 26, Decreto 717/96, Ley 24.557, la apelación interpuesta contra el Dictamen de fecha/..../....., de esta Comisión Médica (Expediente N°.....) resulta extemporánea. En consecuencia lo notifico que dicho recurso ha sido rechazado".

Dr.

Coordinador de la Comisión Médica

16.3. Recursos ante la Comisión Médica por patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales.

16.3.1. En virtud de la intervención obligada que le cabe a la Comisión Médica Central, prevista en el apartado 2 c) del artículo 6º 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.

16.3.2. Los dictámenes de las Comisiones Médicas jurisdiccionales que desconozcan el carácter profesional de una patología podrán ser recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, dentro de los DIEZ (10) días de comunicados.

16.3.3. En virtud de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 2º 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 Médica jurisdiccional, debiendo ésta elevarlo dentro de los TRES (3) días a la Comisión Médica Central.

17. APELACION DEL DICTAMEN ANTE LA COMISION MEDICA CENTRAL

17.1. En el caso que existiera un dictamen previo apelado ante Comisión Médica Central sobre el mismo siniestro y similar motivación se deberá proceder a cerrar las actuaciones y agregar al expediente obrante en la Comisión Médica Central.

En el caso que la nueva presentación corresponda a Divergencia en las prestaciones o Art. 20, apartado 2 de la Ley N° 24.557 y siempre que no haya sido éste el motivo de recurso del dictamen previo, se le notificará a la Comisión Médica Central y se continuará el trámite.

17.2. Damnificado, Derechohabiente o Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado.

17.2.1. El recurso se presentará, ante la Comisión Médica actuante en un plazo que no exceda los DIEZ (10) días a partir de la comunicación del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral".

17.2.2. La presentación debe constar de:

17.2.2.1. Datos del apelante.

17.2.2.2. Apellido y nombres del damnificado (excluyente).

17.2.2.3. C.U.I.L. y Documento de Identidad del damnificado.

17.2.2.4. Nº de expediente del trámite.

17.2.2.5. Comisión Médica actuante.

17.2.2.6. Fecha del "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral".

17.2.2.7. Consignar expresamente la parte de la resolución que se apela (excluyente).

17.2.2.8. Firma y aclaración del apelante (excluyente).

17.2.2.9. Domicilio legal del apelante (excluyente).

18. REMISION A LA COMISION MEDICA CENTRAL

La Comisión Médica Jurisdiccional deberá:

18.1. Recibir la presentación mencionada en el punto anterior.

18.2. Controlar su contenido y firmará el acuse de recibo.

18.3. Verificar el cumplimiento de los plazos establecidos en la presentación.

18.4. Cuando el recurso se presente en forma personal, la Comisión Médica Jurisdiccional solicitará la expresión de agravios, cuya copia firmada por el apelante se incorporará al expediente con acuse de recibo.

18.5. Se notificará en forma fehaciente a las partes la recepción del expediente, conjuntamente con el plazo de CINCO (5) días para presentar la expresión de agravios, incorporando al mismo dichas constancias, de no haber presentado.

18.6. Recibir la expresión de agravios en la que el recurrente podrá ofrecer medidas probatorias que hubiesen sido denegadas en la instancia anterior.

18.7. Luego de cumplido el punto anterior se dará traslado de los agravios a las partes por el plazo de CINCO (5) días.

18.8. La expresión de agravios se solicitará siempre en original y fotocopia.

18.9. Remitir lo actuado por Correo Interno (Bolsines) a la Comisión Médica Central, dentro de las 72 horas desde la finalización del plazo de apelación.

19. EVALUACION Y TRAMITACION DEL EXPEDIENTE

19.1. El expediente será trasladado a la Secretaría Técnica con Jurisdicción sobre el domicilio del damnificado.

19.2. El administrativo de la Secretaría Técnica Regional, recibirá el expediente, verificará su contenido y forma, comunicará a las partes la recepción del expediente y solicita la presentación de la expresión de agravios, en caso de no haber sido presentada.

19.3. Una vez expresados los agravios o cumplido el plazo para hacerlo, el administrativo enviará el expediente al Secretario Técnico, corriendo traslado previamente.

19.4. El Secretario Técnico, analiza el expediente y define:

19.4.1. Si corresponde citar al trabajador;

19.4.2. Si se debe solicitar estudios y luego dictaminar;

19.4.3. Si se puede proceder a dictaminar.

19.4.4. Si el Secretario Técnico definiera que corresponde citar al trabajador, devolverá el expediente al sector administrativo a los efectos que se proceda a emitir citación.

19.4.5. Si el Secretario Técnico definiera que corresponde solicitar estudios procederá a confeccionar el formulario de solicitud pertinente, el que enviará al sector administrativo, que procederá a gestionar un turno para el estudio solicitado ante el prestador habilitado. Las partes deberán ser fehacientemente notificadas de la solicitud de estudios, así como también de la recepción de los mismos como del plazo de CINCO (5) días para tomar vista de ellos.

19.4.6. Si el Secretario Técnico definiera que corresponde dictaminar sin citar al trabajador, procederá a efectuar el predictamen.

19.5. Una vez, efectuado el predictamen, la Secretaría Regional, incorporará el informe al sistema informático y enviará el expediente completo a UN (1) Médico Titular, quien procederá a la firma pertinente.

19.6. En casos excepcionales y debidamente justificados y/o en aquellos otros en que la Comisión se constituya en el domicilio o en el lugar de internación del Damnificado, la revisión médica podrá ser delegada en uno de los miembros, Secretarios técnicos o en un miembro de una Comisión Médica Periférica que no haya intervenido previamente, el que actuará como informante del resto. Del acto de delegación se dejará constancia en el expediente, requiriendo el acuerdo de la mayoría simple de sus integrantes.

20. CITACION A LAS PARTES

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 6.3. "Citación de las partes".

21. PROCEDIMIENTO ANTE LA NO CONCURRENCIA DE LAS PARTES

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 7 "Procedimiento ante la no concurrencia de las partes".

22. IMPOSIBILIDAD DE CONSTITUCION

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 8 "Imposibilidad de constitución de la Comisión Médica".

23. AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 9 "Audiencia y/o examen médico".

24. RECEPCION DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Se procederá conforme el procedimiento definido en el punto 10 "Recepción de estudios complementarios".

25. EVALUACION DE LAS PRACTICAS SOLICITADAS

25.1. Luego de la recepción de los estudios, se deberán evaluar los antecedentes obrantes en el expediente conjuntamente con éstos, resolviendo en ese mismo acto, si se reúnen los elementos necesarios para dictar resolución.

25.2. Concluido el proceso probatorio, las partes que lo creyeren conveniente, podrán alegar en un plazo común de CINCO (5) días, para lo cual se las notificará fehacientemente. A tal fin, en ese mismo plazo las actuaciones estarán a disposición para su consulta.

25.3. Se incorporarán las copias de acuse de recibo en el expediente.

25.4. Presentados los alegatos o vencido el plazo para ello se emitirá el dictamen (Punto 26 del presente capítulo).

El tiempo máximo de CUARENTA (40) días para la producción de las pruebas, podrá ser llevado, cuando las circunstancias lo requieran, hasta SESENTA (60) días.

26. DICTAMEN

La Comisión Médica Central deberá:

26.1. Emitir el formulario de "Dictamen de Comisión Médica Central para Trámite de Incapacidad Laboral" —Anexo H—, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los TREINTA (30) días siguientes del vencimiento del plazo para alegar.

26.2. Hacer constar en el "Dictamen" la confirmación o revocación del dictamen emitido por la Comisión Médica donde se originó el expediente, explicando sus fundamentos.

26.3. Distribuir dentro de los CINCO (5) días, el "Dictamen de Comisión Médica Central para Trámite de Incapacidad Laboral", de la siguiente forma:

26.3.1. Original: al expediente, junto a los acuse de recibo del resto de los ejemplares.

26.3.2. Duplicado: a la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

26.3.3. Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

26.3.4. Cuadruplicado: para el damnificado o su apoderado.

26.3.5. Quintuplicado: se archivará en el Bibliorato de Apelaciones resueltas (Dictámenes), ordenado por número de C.U.I.L. del damnificado.

26.3.6. Sextuplicado y demás: si les corresponde intervenir a las Entidades Previsionales.

26.3.7. Los dictámenes será rubricados por DOS (2) integrantes titulares de la Comisión Médica Central.

26.4. Remitir a la Comisión Médica de origen, el expediente pasados los diez (10) días de recibido el último de los acuses de recibo de la comunicación del dictamen.

26.5. Asentar la salida de las actuaciones en el Registro de expedientes.

26.6. Notificar a través de los bolsines, a la Subgerencia de Salud Laboral de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo los dictámenes que modifiquen lo dispuesto por la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado en aquellos expedientes iniciados por el damnificado o cuando la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado soliciten la intervención de las Comisiones Médicas en forma injustificada.

27. COMISION MEDICA DE ORIGEN

La Comisión Médica de origen recibirá el expediente, adjuntará al expediente la documentación existente en el Bibliorato de Dictámenes Apelados y procederá a archivar el expediente.

28. APELACION DE LOS DICTAMENES DE LA COMISION MEDICA CENTRAL

28.1. Los pedidos de aclaraciones se regirán según lo establecido en el apartado 1 del Punto 16.

28.2. Los dictámenes que emita la Comisión Médica Central serán recurribles por las partes interesadas ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Federal de la Seguridad Social y los plazos de presentación concuerdan con los especificados en los procedimientos para las Comisiones Médicas actuantes.

28.3. Se remitirá lo actuado a la Cámara mencionada, fotocopiando solamente lo actuado solamente en la Comisión Médica Central, ya que la totalidad del expediente que fuera elevado a ésta se encuentra archivado en la Comisión Médica actuante.

28.4. Se archivarán las fotocopias de lo actuado por la Comisión Médica Central en el Bibliorato de Expedientes recurridos, ordenados por C.U.I.L. del damnificado.

29. SENTENCIAS DE LA CAMARA FEDERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La Comisión Médica Central procederá a emitir una Resolución comunicando a las partes lo establecido por la Cámara en su Sentencia dentro de los DIEZ (10) días de devuelto el expediente por ésta.

En los casos que la Cámara lo requiera, o cuando no se haya definido el grado y carácter de la incapacidad o establecido el alcance y contenido de las prestaciones en especie que correspondan, la Comisión Médica Central procederá a dictaminar sobre tales cuestiones. En caso de que existan pautas fijadas en la sentencia, el dictamen se atenderá a ellas.

La Comisión Médica Central notificará a las partes, de conformidad con los procedimientos y plazos que se estipulan en el presente Manual.

30. PROCEDIMIENTO EN LA COMISION MEDICA CENTRAL PARA AQUELLOS EXPEDIENTES EN LOS QUE HAYA SIDO DECLARADO POR LA COMISION MEDICA JURISDICCIONAL EL CARÁCTER PROFESIONAL DE UNA PATOLOGIA NO INCLUIDA EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.

30.1. 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.

30.2. 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.

30.3. 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, comunicando 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 comunicación se deberán seguir los siguientes pasos.

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

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

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

30.3.4. 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.

30.4. 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.

31. INCOMPARECENCIA DE LAS PARTES A LA AUDIENCIA DE LA COMISION MEDICA CENTRAL

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

31.2. En los casos en que el damnificado justifique la imposibilidad de trasladarse a la sede de la Comisión Médica Central, se efectuará nueva citación dentro de los DIEZ (10) días siguientes a la fecha de la primera audiencia, comunicando 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.

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

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

31.4.1. Para el caso resulta aplicable lo dispuesto en los Puntos 9 y 10 (Audiencia y examen médico. Estudios complementarios) del presente Capítulo, con las siguientes salvedades:

31.4.1.1. Deberá entenderse que se hace referencia a la Comisión Médica Central, cada vez que se hace alusión a la Comisión Médica.

31.4.1.2. La Comisión Médica Central deberá registrar los elementos aportados por la Aseguradora en relación con el dictamen de la Comisión Médica jurisdiccional.

31.4.2. En casos excepcionales y debidamente justificados, la Comisión Médica Central podrá constituirse en el domicilio o lugar de internación del damnificado. La revisión 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.

32. DICTAMEN DE LA COMISION MEDICA CENTRAL

32.1. 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:

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

32.1.2. Los fundamentos aportados por las partes.

32.1.3. El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.

32.1.4. 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.

32.1.5. Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central, debidamente fundamentadas.

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

32.1.7. 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 comunicación del dictamen.

32.1.8. En caso de convalidar el dictamen de la Jurisdiccional, se deberá:

32.1.8.1. Indicar el alcance y contenido de las prestaciones en especie, si correspondiese.

32.1.8.2. Determinar el porcentaje de Incapacidad Laboral, fijando el Tipo, Grado y Carácter, si se encuentra extinguido el período de Incapacidad Laboral Temporal.

32.1.8.3. 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.

32.1.9. En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro del período de Incapacidad Laboral Temporal, 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 de la incapacidad.

32.2. En primer término, la Comisión Médica evaluará la incapacidad según la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales (Decreto Nº 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 Nº 478/98), ello de conformidad con lo normado por el artículo 2 punto 1 del Decreto Nº 410/01.

32.3. 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:

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

32.3.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

32.3.3. El triplicado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado.

32.3.4. El cuadruplicado para el Empleador.

32.3.5. El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

32.4. 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 comunicación del dictamen, la Comisión Médica Central remitirá las actuaciones a la Comisión Médica jurisdiccional de origen.

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

ANEXO A

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
SOLICITUD DE INTERVENCION			
COMISION MEDICA N°		FECHA	
LOCALIDAD			
EXPEDIENTE N° :			
<u>MOTIVO DE LA PRESENTACION</u>			
Extender el plazo de una ILP/Provisoria		Homologación de ILPP Definitiva	
Carácter definitivo de las ILP.		Art. 20, apartado 2, Ley 24.557	
<u>DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO</u>			
NOMBRE:		CODIGO N° :	
SINIESTRO N° :			
DOMICILIO LEGAL :			
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:		C.U.I.L. N° :	
Domicilio real (donde reside actualmente):		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	T.E.:	
Domicilio constituido (donde desea ser notificado):		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	T.E.:	
Sexo:	Doc. de Ident.(Tipo y N°):	Fecha de nacimiento: / /	
Miembro hábil:	Derecho / Izquierdo	Lee y escribe:	SI / NO
Fecha de ingreso al establecimiento: / /			
Tarea/s habitual/es del trabajador:		Antigüedad en la tarea:	
Tarea en el momento del siniestro:		Código N°:	
Turno habitual: diurno/rotativo/nocturno		Horario que cumple habitualmente:	

<u>DATOS DEL EMPLEADOR</u>		
Razón Social:	C.U.I.T.:	
Domicilio:		
Localidad:	C.P.:	T.E.:
Provincia:		
Actividad principal del establecimiento:		Código N°:

<u>DATOS DEL SINIESTRO</u>		
ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐	ACCIDENTE DE TRABAJO ☐	
Fecha del siniestro (*):	Hora inicio jornada:	Hora del accidente:
Lugar del accidente:	Establecimiento:	CUIT:
Sección:		
Domicilio:		
Localidad:	C.P.:	T.E.:
Provincia:		
Diagnóstico: (según certificado de atención)		
Breve relato de la justificación del trámite:		
(*) Enfermedad profesional: consignar fecha de la primera manifestación invalidante.		
IN ITINERE ☐	Denuncia policial SI / NO N°:	Comisaría:
<u>DATOS DEL PRESTADOR</u>		
Nombre:	T.E.:	
Domicilio:	Localidad:	C.P.:
Pcia.:		
FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE:		

INSTRUCTIVO ANEXO A

Solicitud de Intervención

El formulario debe ser completado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado que formalice ante la Comisión Médica la solicitud de intervención.

1. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige la Aseguradora.
2. Fecha: Consignar la fecha de presentación.
3. Expediente: Consignar el número de expediente correspondiente según numeración asignada por la Comisión Médica.
4. Motivo de la presentación: Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según la Ley de Riesgos del Trabajo y su reglamentación.
5. Datos de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado:
 33. NOMBRE - CODIGO Nº : Consignar el nombre y el código asignado a la Aseguradora o Empleador Autoasegurado según habilitación concedida por la SRT.
 34. Siniestro: Consignar el número de siniestro según numeración correlativa que le asignará la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.
 35. 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.
6. Datos del damnificado:
 36. Apellido y nombre: consignar el que corresponda en forma completa, omitiendo iniciales.
 37. Número de C.U.I.L. del damnificado.

38. Domicilio real - 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.

39. Domicilio constituido: donde desea ser notificado.

40. Sexo: Consignar sexo del damnificado.

41. Consignar tipo y N° de documento del damnificado.

42. Fecha de nacimiento: indicar la del damnificado.

43. Miembro hábil: Tachar lo que no corresponda, según el trabajador sea diestro o siniestro.

44. Lee y escribe: Consignar lo que corresponda.

45. Fecha de ingreso al establecimiento: Consignar la fecha de ingreso al establecimiento y/o empresa donde se desempeña/ba el damnificado.

46. Tarea/s habitual/les del Trabajador: Consignar sucintamente la descripción del puesto de trabajo que habitualmente desempeña/ba el damnificado.

47. Antigüedad en la tarea: Consignar la antigüedad del damnificado desarrollando su tarea habitual.

48. Tarea en el momento del siniestro - Código N°: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado en el momento del siniestro y su código internacional.

49. Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió el siniestro.

50. Horario que cumple habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió el siniestro.

7. Datos del Empleador:

51. Razón Social: Consignar la razón social en la que el damnificado desarrolla/ba sus tareas.
52. C.U.I.T.: Consignar C.U.I.T. del Empleador.
53. Domicilio - Provincia - Código Postal - Teléfono: Consignar la ubicación del establecimiento.
54. Actividad principal del establecimiento - Código N°: Consignar la actividad principal del establecimiento y el código de actividad de la D.G.I.
8. Datos del Siniestro:
55. Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
56. Fecha del siniestro: Consignar la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo. En el caso de tratarse de una enfermedad profesional, indicar la fecha de la primera manifestación invalidante.
57. Hora de inicio de la jornada - hora del accidente. Consignar en el caso en que el siniestro sea un accidente de trabajo.
58. Lugar del accidente: Indicar Nombre del Establecimiento, Sección, CUIT, Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal y Teléfono del lugar del accidente.
59. Breve relato de las circunstancias: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
60. Diagnóstico (según certificado de atención): Consignar el diagnóstico que figura en el certificado de atención.
61. In itinere: Marcar con una cruz si se tratase de un siniestro de esas características. Consignar si hubo denuncia policial y los datos que hacen a la denuncia policial del hecho.
62. Denuncia Policial: Consignar si se realizó la denuncia policial, el número de denuncia y la dependencia policial correspondiente.

9. Datos del Prestador: Consignar la denominación y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean con motivo de las prestaciones en especies.

10. Firma y sello del solicitante: Consignar el cargo o función de la persona que efectúa la presentación.

ANEXO B

SOLICITUD DEL TRABAJADOR O DERECHOHABIENTE			
COMISION MEDICA N°		FECHA	
LOCALIDAD			
EXPEDIENTE N° :			
<u>MOTIVO DE LA PRESENTACION</u>			
Silencio de la Aseguradora	☐	Divergencia en la ILT o ILP	☐
Rechazo de la denuncia	☐	Divergencias en las prestaciones	☐
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:		C.U.I.L.L. N° :	
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	T.E.:	
Sexo:	Doc. de Ident.:	Fecha de nacimiento:	/ /
Lee y escribe: SI / NO		Miembro hábil: Der. / Izq.	Fecha de ingreso al establecimiento: / /
Tarea/s habitual/es del trabajador:		Antigüedad en la tarea:	
Tarea en el momento del siniestro:		Código N°:	
Turno habitual: diurno/rotativo/nocturno		Horario que cumple habitualmente:	
<u>DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO</u>			
NOMBRE:		CODIGO N°:	
DOMICILIO LEGAL :			
SINIESTRO N° :			

<u>DATOS DEL EMPLEADOR</u>		
Razón Social:	C.U.I.T.:	
Domicilio:		
Localidad:	C.P.:	T.E.:
Provincia:		
Actividad principal del establecimiento:	Código N°	

<u>DATOS DEL SINIESTRO</u>		
ACCIDENTE DE TRABAJO		ENFERMEDAD PROFESIONAL
Fecha (*): / /	Hora inicio jornada:	Hora del accidente:
Lugar del accidente:	Establecimiento:	C.U.I.T.:
Sección:		
Domicilio:		
Localidad:	C.P.:	T.E.:
Provincia:		
Breve relato de las circunstancias:		
Diagnóstico: (según certificado de atención)		
(*) Enfermedad profesional: consignar fecha de la primera manifestación invalidante.		
IN ITINERE:	Denuncia policial SI / NO N°:	Comisaría:
Testigos: 1º) Nombre y Apellido:	Doc. Ident. N°:	
2º) Nombre y Apellido:	Doc. Ident. N°:	

<u>DATOS DEL PRESTADOR</u>			
Nombre:			T.E.:
Domicilio:	Localidad:	C.P.:	Pcia.:
FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE: En calidad de:			
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:			

INSTRUCTIVO ANEXO B

Solicitud del Trabajador o Derechohabiente

El formulario debe ser completado por el trabajador o derechohabiente que formalice ante la Comisión Médica la solicitud de intervención.

1. Consignar la localidad y el número de Comisión a la cual se dirige el trabajador.
2. Fecha: Consignar la fecha de presentación.
3. Expediente: Consignar el número de expediente correspondiente según numeración asignada por la Comisión Médica.
4. Motivo de la presentación: Debe consignarse con una cruz el motivo que origina la solicitud de intervención según la Ley de Riesgos del Trabajo y su reglamentación.
5. Datos del damnificado: Consignar:
 - Apellido y nombre: consignar el que corresponda, omitiendo iniciales.
 - Número de C.U.I.L. del damnificado.
 - Domicilio - 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.
 - Consignar tipo y N° de documento del damnificado.
 - Fecha de nacimiento: indicar la del damnificado.
 - Lee y escribe: Consignar lo que corresponda.
 - Miembro hábil: 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.
- Antigüedad en la tarea: Consignar la antigüedad del damnificado desarrollando su tarea habitual.
- Tarea en el momento del siniestro - Código N°: Consignar la descripción del puesto de trabajo que desempeña/ba el damnificado en el momento del siniestro y el código internacional.
- Turno habitual: Consignar el turno de trabajo en que el damnificado desempeña/ba sus tareas, en la semana en que ocurrió el siniestro.
- Horario que cumple habitualmente: Consignar el horario que cumplía el damnificado en la semana que ocurrió el siniestro.

6. Datos de Aseguradora/Empleador Autoasegurado:

- NOMBRE - CODIGO N° : 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 N°: Consignar la actividad principal del establecimiento y el código de actividad de la D.G.I..

8. Datos del Siniestro:

- Accidente de trabajo, Enfermedad Profesional: Marcar con una cruz el siniestro del cual se trata.
- Fecha del siniestro: Consignar la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo. En el caso de tratarse de una enfermedad profesional, indicar la fecha de la primera manifestación invalidante.
- Hora de inicio de la jornada - hora del accidente. Consignar en el caso en que el siniestro sea un accidente de trabajo.
- Lugar del accidente: Indicar Nombre del Establecimiento, Sección, CUIT, Domicilio, Localidad, Provincia, Código Postal y Teléfono del lugar del accidente.
- Breve relato de las circunstancias: Consignar un relato breve de las circunstancias que motivan la solicitud de intervención.
- Diagnóstico (según certificado de atención): Consignar el diagnóstico que figura en el certificado de atención.
- In-itinere: Marcar con una cruz si se tratase de un siniestro de esas características. Consignar si hubo denuncia policial y los datos que hacen a la denuncia policial del hecho.
- Denuncia Policial: Consignar si se realizó la denuncia policial, el número de denuncia y la dependencia policial correspondiente.
- Testigos: Consignar los datos de dos testigos del siniestro (si los hubiera).

9. Datos del Prestador: Consignar la denominación y domicilio del prestador, en el caso en que las divergencias sean con motivo de las prestaciones en especies.

10. Firma y aclaración del solicitante: Consignar el nombre y apellido de la persona que efectúa la denuncia y, si es en calidad de derechohabiente, aclararlo.

11. Firma y sello del profesional de la salud: Consignar nombre y apellido del profesional de la salud interviniente y poner su correspondiente sello con número de matrícula.

ANEXO C

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
NOTIFICACION PARA AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO			
COMISION MEDICA N°		FECHA	
LOCALIDAD			
EXPEDIENTE N° :			
PARTE A NOTIFICAR :			
<u>MOTIVO DE INTERVENCIÓN DE LA COMISIÓN MÉDICA</u>			
Extender el plazo de una ILP/Provisoria		Homologación de ILPP Definitiva	
Carácter definitivo de las ILP.		Art. 20, apartado 2, Ley 24.557	
Silencio de la Aseguradora		Divergencia en la ILT o ILP	
Rechazo de la denuncia		Divergencias en las prestaciones	
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:		C.U.I.L.:	
Domicilio:		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	T.E.:	
<u>DATOS DE ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO</u>			
Nombre:		Código N°:	
Domicilio Legal:		Localidad:	
Provincia:	C.P.:	T.E.:	
Siniestro N°:			

<u>DATOS DEL EMPLEADOR</u>		
Razón Social:	C.U.I.T.:	
Domicilio:		
Localidad:		
Provincia :	C.P. :	T.E.:
Actividad principal del establecimiento:		
Notificamos a Ud. que: Deberá presentarse/la Comisión Médica se presentará, el día / / , a las horas en para Audiencia y/o al Examen Médico dispuesto por la Ley 24.557, en virtud de la solicitud de intervención de ésta Comisión Médica. Asimismo, se le <u>INTIMA</u> a presentar los antecedentes del caso, bajo apercibimiento de resolver la cuestión con los elementos existentes en el expediente (Art.13, Dto. 717/96, Ley 24.557). Firma Aclaración Sello		

INSTRUCTIVO ANEXO C

Notificación para Audiencia y/o examen médico

Objetivo: Citar fehacientemente a las partes, para su comparecencia destinada a efectuar la audiencia y/o examen médico e intimación a la presentación de los antecedentes del caso.

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

Contenido:

1. Comisión Nro.: 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. Parte a notificar: Mencionar a quién está dirigida esta notificación
6. Motivo de intervención de la Comisión Médica: consignar según la Solicitud de Intervención o la Solicitud del Trabajador o Derechohabiente.
7. Datos del damnificado: Consignar apellido, nombre, C.U.I.L., domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono.
8. Datos de ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Consignar nombre, código, domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono. Consignar el número de siniestro asignado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
9. Datos del empleador: Consignar nombre y apellido o razón social, C.U.I.T., domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono. Consignar también la actividad principal del establecimiento.
10. Presentarse/la comisión médica se presentará: tachar lo que no corresponda.

11. Indicar el día, mes, año y hora en que la parte deberá presentarse en la Comisión Médica, o la Comisión Médica se constituirá en el domicilio del damnificado.

12. En: indicar la dirección donde las partes deberán presentarse en la Comisión Médica, o en el domicilio del damnificado.

13. La presente debe ser firmada por el coordinador de la Comisión Médica.

ANEXO D

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO	
ACTA DE AUDIENCIA Y/O EXAMEN MEDICO PARA TRAMITE DE INCAPACIDAD LABORAL	
COMISION MEDICA N°	FECHA
LOCALIDAD	
EXPEDIENTE:	
DAMNIFICADO:	C.U.I.L. N° :
ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:	
CODIGO N°:	SINIESTRO N°:
EMPLEADOR NO ASEGURADO:	

<u>AUDIENCIA</u>	
Concurrentes a la Audiencia:	
Motivo de la presentación:	
Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado:	
Preexistencias:	
Fecha del siniestro:	Descripción del siniestro:
Tratamientos efectuados:	
<u>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DOCUMENTACION PRESENTADOS</u>	
Incapacidad otorgada por la ART/Autoasegurada/Empresa no asegurada:	

<u>EXAMEN FISICO</u>			
Miembro superior hábil:			
Causa o descripción de la dificultad para desarrollar la tarea:			
<u>DIAGNOSTICO</u>			
<u>INDICACIONES</u>			
<u>EMPLAZAMIENTO A LA ASEGURADORA, EMPLEADOR AUTOASEGURADO O EMPLEADOR NO ASEGURADO</u>			
PLAZO:			
<u>PROXIMA AUDIENCIA O FECHA DE DICTAMEN</u>			
Lugar:			
Fecha:		Hora:	
<u>Observaciones del Damnificado v/o de los Peritos designados por las partes</u>			

DAMNIFICADO Firma y Aclaración	ART/AUTOASEGURADA Firma y Aclaración	PERITO Firma y Aclaración	PERITO Firma y Aclaración

COMISION MEDICA Firmas y Aclaraciones			

INSTRUCTIVO ANEXO D

Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidad Laboral

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 la Comisión Médica, el damnificado y los Médicos designados por los interesados.

Contenido:

1. Comisión Nro.: 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. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.
6. CUIL: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.
7. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Consignar los datos correspondientes.
8. CODIGO N°: Consignar el número de código correspondiente a la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
9. EMPLEADOR: indicar el nombre del mismo.
10. SINIESTRO: Colocar el N° de siniestro dado por la ASEGURADORA o por el EMPLEADOR AUTOASEGURADO.
11. Audiencia: Consignar los datos que se solicitan según los aportes que efectúen las partes y descargos que realicen sobre el tema en cuestión.

12. Estudios complementarios y/o documentación presentados: Consignar los estudios complementarios, prácticas y/o interconsultas presentados y los datos relevantes de los mismos.
13. Incapacidad otorgada por... : transcribir lo fijado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
14. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
15. Causa o dificultad para desarrollar la tarea: especificar los motivos.
16. Diagnóstico: Detallar el diagnóstico.
17. Indicaciones: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica en los trámites por divergencias: Estudios, interconsultas y/o prácticas especiales.
18. Emplazamiento a la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado: Detallar los estudios y/o prácticas que solicite la Comisión Médica que deban estar a cargo de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado. Registrar la documentación faltante que debe presentar la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o Empleador no asegurado. Consignar el plazo otorgado para la entrega de los mismos.
19. Próxima Audiencia o fecha de dictamen: Consignar lugar, fecha y hora a realizarse.
20. 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

21. Firma y aclaración del damnificado y/o derechohabiente.
22. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado.
23. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.

24. Firma, aclaración y sello de la Comisión Médica (como mínimo 2 — dos — miembros).

ANEXO E

ORDEN DE ESTUDIO Y/O PRACTICA PARA TRAMITE DE INCAPACIDAD LABORAL		
COMISION MEDICA N°		FECHA
LOCALIDAD		
EXPEDIENTE N° :		
ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:		
CODIGO N°	SINIESTRO N°	
EMPLEADOR:		
<u>DATOS DEL DAMNIFICADO</u>		
Apellido y Nombre:		
Domicilio:	Localidad:	C.P.:
Provincia:	T.E.:	
<u>ESTUDIOS Y/O PRACTICAS SOLICITADOS</u>		

<u>INSTITUCION Y LUGAR DONDE SE EFECTUARAN LOS ESTUDIOS Y/O PRACTICAS</u>		
Nombre: _____		
Domicilio: _____	Localidad: _____	C.P.: _____
Provincia: _____	T.E.: _____	
LUGAR DE REALIZACIÓN: _____		
Fecha de realización: ____ / ____ / ____		
Hora: _____		
FIRMA DE LA COMISION MEDICA		

INSTRUCTIVO ANEXO E

Orden de Estudio y/o práctica para Trámite de Incapacidad Laboral

Objetivo: Notificar a las partes y al prestador el (los) Estudio(s) o prácticas que deberán realizarse.

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

Contenido:

1. Comisión Nro.: 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. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: colocar el nombre.
6. Código Nº - Siniestro Nº: consignar los números correspondientes.

7. Empleador: mencionar los datos de la razón social.
8. Datos del damnificado: consignar apellido, nombre, C.U.I.L., domicilio, localidad, provincia, código postal y teléfono.
9. Estudios y/o prácticas solicitados: indicar claramente los estudios, prácticas y/o interconsultas que deberán realizarse de acuerdo al "Manual de Procedimientos para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales", "Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales" o legislación laboral vigente.
10. Institución y lugar donde se efectuarán los estudios y/o prácticas: consignar nombre de la Institución que los realizará y el domicilio donde se efectuarán los estudios detallados en el punto anterior.
11. Colocar fecha y hora de realización de dichos estudios o prácticas.
12. La presente debe ser firmada por los dos médicos intervinientes en el trámite a los que se la asignó el expediente.

ANEXO F

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA POR INCAPACIDAD LABORAL			
COMISION MEDICA N°:	FECHA	____/____/____	HORA : _____
LOCALIDAD _____			
EXPEDIENTE N° : _____			
Fecha de solicitud de intervención: ____/____/____			
<u>DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre: _____			
Doc. de Identidad N° :		C.U.I.L. N° :	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Miembro Superior hábil:
Tarea:	Código N°	Antigüedad en la empresa:	en la tarea:
<u>ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO</u>			
CODIGO N° :		SINIESTRO N°:	
<u>EMPLEADOR:</u>		C.U.I.T. N° :	
Domicilio:		Tel.:	
Actividad:		Código:	
<u>FUNDAMENTOS</u>			
(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado de Enf. Profesionales)			
Solicitante y motivo de la Intervención: _____			
Fecha del siniestro:		Hora:	
Establecimiento y domicilio del siniestro: _____			
Sector:		Puesto o Tarea:	
Descripción del siniestro: _____			

Tratamiento efectuado: _____			

Duración:		Alta:	

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

<u>CONCLUSIONES</u>	
En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro de Actas N° , folio N° ,	
Modifica lo establecido por Aseguradora/Empleador Autoasegurado:	
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>	
<u>CONTINGENCIAS</u>	
ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD INCULPABLE
ENFERMEDAD PROFESIONAL	ACCIDENTE NO LABORAL
Fecha de revisión de la incapacidad por Asegurad./Empleador Autoasegurado: / /	
Plazo legal para dictaminar incapacidad definitiva: / /	
<u>INCAPACIDAD</u>	
LESIONES	PORCENTAJE
Miembro Superior Hábil:	
Subtotal:	
FACTORES DE PONDERACION	
Tipo de Actividad: Ninguna (0%) Leve (0a10%) Intermedia (0a15%) Alta (0a20%)	% del %
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) Amerita (10%)	% del %
Edad: Menos de 21 años (0a4%) De 21 a 30 años (0a3%) De 31 y más años (0a2%)	
TIPO:	GRADO: PORCENTAJE TOTAL:
CARÁCTER:	GRAN INVALIDEZ: SI NO
COMISION MEDICA	
Firmas y aclaraciones	

INSTRUCTIVO ANEXO F

Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral.

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la incapacidad laboral, tanto física como psíquica del damnificado o el carácter laboral del accidente o profesional de la enfermedad.

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

Contenido:

1. Comisión Nro.: 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 de Intervención" o "Denuncia del Trabajador o Derechohabiente".

DAMNIFICADO

5. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
6. Documento de identidad y C.U.I.L.: consignar el número de cada uno.
7. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
8. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.
9. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría laboral) y el código internacional.
10. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
11. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.

12. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
13. Empleador: Consignar nombre del mismo.
14. CUIT: 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 (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral).
17. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de incapacidades laborales y en el Listado de Enfermedades Profesionales. Mencionar el código OMS.
18. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16) y si el dictamen modifica lo dispuesto por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, indicando dónde quedó registrada la sesión realizada por la Comisión en la que se emite el dictamen en cuestión.
19. Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.
20. Contingencias: Señalar una de las posibles.
21. Fecha de revisión de incapacidad: Consignar día, mes y año.
22. Plazo legal para dictaminar el carácter definitivo de la incapacidad: Consignar día, mes y año.

INCAPACIDAD

23. Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.
24. Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).

25. Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las posibles opciones y el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.
26. Tipo: Mencionar temporaria o permanente
27. Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, parcial o total.
28. Porcentaje: Valor otorgado.
29. Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es provisoria o definitiva.
30. Gran invalidez: Marcar lo que corresponda.
31. La presente debe ser firmada (con aclaración y sello) por los integrantes de la Comisión Médica (mínimo 3 integrantes).

ANEXO G

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA PARA LA HOMOLOGACION DE INCAPACIDADES LABORALES			
COMISION MEDICA N°:	FECHA	/ /	HORA :
LOCALIDAD			
EXPEDIENTE N° :			
Fecha de solicitud de intervención:		/ /	Fecha del acuerdo: / /

<u>DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:			
Doc. de Identidad N°:		C.U.I.L. N°:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Miembro Superior hábil:
Tarea:	Código N°	Antigüedad en la empresa:	en la tarea:
ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO			
CODIGO N°:		SINIESTRO N°:	
EMPLEADOR:		C.U.I.T. N°:	
Domicilio:		Tel.:	
Actividad:		Código N°	
<u>FUNDAMENTOS</u>			
(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado de Enf. Profesionales)			
Solicitante y motivo de la Intervención:			
Fecha del siniestro:		Hora:	
Establecimiento y domicilio del siniestro:			
Sector:		Puesto o Tarea:	
Descripción del siniestro:			
Tratamiento efectuado:			
Duración:		Alta:	

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

<u>CONCLUSIONES</u>		
En la sesión ordinaria del / / , registrada en el Libro de Actas N° , folio N° ,		
CORRESPONDE HOMOLOGAR: SI / NO		
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>		
<u>CONTINGENCIAS</u>		
ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD INCULPABLE	
ENFERMEDAD PROFESIONAL	ACCIDENTE NO LABORAL	
<u>INCAPACIDAD</u>		
LESIONES	PORCENTAJE	
Miembro Superior Hábil:		
Subtotal:		
FACTORES DE PONDERACION		
Tipo de Actividad: Ninguna (0%) Leve (0a10%) Intermedia (0a15%) Alta (0a20%)		% del %
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) Amerita (10%)		% del %
Edad: Menos de 21 años (0a4%) De 21 a 30 años (0a3%) De 31 y más años (0a2%)		
TIPO: PERMANENTE GRADO: PARCIAL		PORCENTAJE TOTAL:
CARÁCTER: DEFINITIVO		
SE MODIFICA LO ESTABLECIDO POR ASEGURADORA/EMPLEADOR		
AUTOASEGURADO: SI / NO		
COMISION MEDICA		
Firmas y aclaraciones		

INSTRUCTIVO ANEXO G

Dictamen de Comisión Médica para Homologación de Incapacidades Laborales

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la Homologación del acuerdo a que han arribado las partes sobre la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva en cuestión.

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

Contenido:

1. Comisión Nro.: 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 de ..." o "Denuncia de ...".
5. Fecha del acuerdo: consignar la registrada en el formulario, presentado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.

DAMNIFICADO

6. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
7. Documento de identidad y C.U.I.L.: consignar el número de cada uno.
8. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
9. Sexo y miembro superior hábil: Indicar lo que corresponda.
10. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría) y el código internacional.

11. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
12. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.
13. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o El Empleador Autoasegurado.
14. Empleador: Consignar nombre del mismo.
15. CUIT: consignar el número de C.U.I.T.
16. Domicilio, teléfono, actividad y su código: 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 (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral).
18. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de incapacidades laborales y en el Listado de Enfermedades Profesionales. Mencionar el código OMS.
19. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16) y si el dictamen homologa o no el acuerdo de las partes, mencionando dónde quedó registrada la sesión de la Comisión en que se emitió el dictamen.
20. Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/ o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.
21. Contingencias: Señalizar una de las posibles.

INCAPACIDAD

22. Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.
23. Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).

24. Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las distintas opciones y el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.

25. Porcentaje: Valor otorgado.

26. Se modifica lo establecido por Aseguradora/Empleador Autoasegurado: tachar lo que corresponda.

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

ANEXO H

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO			
DICTAMEN DE COMISION MEDICA CENTRAL POR INCAPACIDAD LABORAL			
EXPEDIENTE N° :			
FECHA / /		HORA :	
Fecha de solicitud del recurso: / /			
<u>DAMNIFICADO</u>			
Apellido y Nombre:			
Doc. de Identidad N° :		C.U.I.L.N° :	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Miembro Superior hábil:
Tarea:	Código N°	Antigüedad en la empresa:	en la tarea:
ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO			
CODIGO N° :		SINIESTRO N°:	
EMPLEADOR:		C.U.I.T. N° :	
Domicilio:		Tel.:	
Actividad:		Código N°	

FUNDAMENTOS

(En caso de Enf. Profesional, consignar agente causal y actividad laboral, según Listado de Enf. Profesionales)

Solicitante y motivo de la Apelación:

Dictamen de la Comisión Médica:

Alegato del recurrente:

Alegato de la contraparte:

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

FIRMAS Y ACLARACIONES DE LA COMISION MEDICA

<u>CONCLUSIONES</u>		
En la sesión del / / , registrada en el Libro de Actas N° , folio N° ,		
Dictamen de La Comisión Médica recurrido: Confirmado / Revocado		
<u>CONTINGENCIAS</u>		
ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD INCULPABLE	
ENFERMEDAD PROFESIONAL	ACCIDENTE NO LABORAL	
<u>PRESTACIONES EN ESPECIE</u>		
<u>INCAPACIDAD</u>		
LESIONES	PORCENTAJE	
Miembro Superior Hábil:		
Subtotal:		
FACTORES DE PONDERACION		
Tipo de Actividad: Ninguna (0%) Leve (0a10%) Intermedia (0a15%) Alta (0a20%)		% del %
Reubicación laboral: No amerita recalificación (0%) Amerita (10%)		% del %
Edad: Menos de 21 años (0a4%) De 21 a 30 años (0a3%) De 31 y más años (0a2%)		
TIPO:	GRADO:	PORCENTAJE TOTAL:
CARÁCTER:	GRAN INVALIDEZ: SI NO	
Se modifica lo establecido por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado: SI / NO		
COMISION MEDICA		
Firmas y aclaraciones		

INSTRUCTIVO ANEXO H

Dictamen de Comisión Médica Central por Trámite de Incapacidad Laboral

Objetivo: Establecer con fundamentos técnicos la incapacidad laboral, tanto física como psíquica del damnificado o el carácter laboral del accidente o profesional de la enfermedad.

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

Contenido:

1. Expediente: indicar el número de expediente de referencia.
2. Fecha y hora: indicar la fecha y hora de emisión del dictamen.
3. Fecha de solicitud del recurso: consignar la fecha indicada en el mismo.

DAMNIFICADO

4. Apellido y nombre: consignar el apellido y nombres completos del damnificado evitando el uso de iniciales.
5. Documento de identidad y C.U.I.L.: consignar el número de cada uno.
6. Fecha de nacimiento y edad: mencionar la edad al momento del dictamen.
7. Sexo y miembro superior hábil: indicar lo que corresponda.
8. Tarea - Código N°: la desarrollada en el siniestro (No colocar la categoría) y su código internacional.
9. Antigüedad en la empresa y en la tarea: consignar lo que corresponda.
10. ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO: Indicar nombre y N° de código.
11. Siniestro N°: Número del siniestro otorgado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.

12. Empleador: Consignar nombre del mismo.
13. CUIT: consignar el número de C.U.I.T.
14. Domicilio, teléfono, actividad y su Código: consignar los datos del empleador.
15. Fundamentos: consignar los datos que figuran en este ítem y todos los elementos tenidos en cuenta para obtener la conclusión objeto del dictamen (en enfermedad profesional, especialmente el agente y la actividad laboral).
16. Diagnóstico: especificar la lesión que presenta el damnificado con su correlación en la Tabla de evaluación de incapacidades laborales y en el Listado de Enfermedades Profesionales. Mencionar el código OMS.
17. Conclusión: Se deberá definir en virtud de los fundamentos establecidos en el párrafo (16), mencionar si el dictamen confirma o revoca el dictamen de la Comisión Médica recurrido y en que sesión se registró la resolución.
18. Contingencias: Señalizar una de las posibles.
19. Prestaciones en especie: Consignar si corresponde efectuar: tratamiento médico, quirúrgico y/o fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación profesional o servicio funerario.

INCAPACIDAD

20. Lesiones: mencionar cada una de las lesiones ponderadas por la Comisión Médica.
21. Miembro hábil: consignar el porcentaje (si corresponde).
22. Factores de ponderación: Mencionar los que se utilizaron consignando las posibles opciones y el valor (porcentaje) otorgado en el cuadro correspondiente.
23. Tipo: Mencionar temporaria o permanente.
24. Grado: Mencionar si es una incapacidad permanente, parcial o total.
25. Porcentaje: Valor otorgado.

26. Carácter: Consignar si la incapacidad permanente es provisoria o definitiva.

27. Gran invalidez: Marcar lo que corresponda.

28. Se modifica lo establecido por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado: marcar lo que corresponda.

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

ANEXO I

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

ACUERDO PARA DETERMINAR LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE PARCIAL DEFINITIVA

Datos a completar por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado

Lugar: Fecha: / / Hora: / Sinistro N°

Fecha del siniestro: / / Fecha de alta: / /

ASEGURADORA/EMPLEADOR AUTOASEGURADO:.....

.....Código N°:

EMPLEADOR: CUIT:

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel:

TRABAJADOR:

Doc. de Identidad (tipo y N°): CUIL:

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP: Tel:

Tarea habitual: Código: Tarea actual:

Miembro superior hábil: Edad:

Preexistencias: (Preocupacional / Dictámenes / Sentencias).....

.....

.....

Capacidad restante:

Accidente de Trabajo: SI / NO Enfermedad Profesional: SI / NO

Estudios complementarios.....

.....

.....

Diagnóstico/s del siniestro:

.....

.....

Secuelas Incapacitantes:

.....

..... Código OMS(CIE10):

Dificultades para las Tareas Habituales (explicarlas):

Prestaciones en especie a brindar:.....

Lesiones y porcentaje de las Incapacidades Laborales según Tabla:

1. %

2. %

3. %

4. %

Porcentaje subtotal %

FACTORES DE PONDERACION:

Tipo de actividad: % del %

Reubicación laboral: % del %

Edad: %

INCAPACIDAD TOTAL:

Tipo: PERMANENTE Grado: PARCIAL Porcentaje: %

Carácter: DEFINITIVA

Se conviene en iniciar "Trámite de Homologación"

.....
Representante Area Médica
Aseguradora, Empleador
Autoasegurado

.....
Damnificado

.....
Asesor Médico del Damnificado

INSTRUCTIVO ANEXO I

FORMULARIO DE ACUERDO

OBJETIVO: Registrar el acuerdo entre las partes para iniciar el Trámite para la Homologación de las Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas ante la Comisión Médica.

EMISION: Estará a cargo de la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.

Contenido:

1. Lugar, fecha y hora: Indicar la localidad, día, mes, año y hora en que se realice.
2. Siniestro Nº: Número correlativo otorgado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado al hecho.
3. Fecha de siniestro: Día, mes y año de ocurrido el siniestro.
4. Fecha de Alta: Día, mes y año del Alta dada al damnificado.
5. Aseguradora, Empleador Autoasegurado: nombre de la misma
6. Código: número otorgado a la Aseguradora, Empleador Autoasegurado, por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo
7. Trabajador: Nombre y apellido del damnificado.
8. Doc. de Identidad y CUIL: tipo y número del documento y el número de CUIL del damnificado sin separadores de por medio.
9. Domicilio, Localidad, Provincia, CP y Tel.: Datos del damnificado.
10. Empleador: Nombre de la Razón Social.
11. CUIT: CUIT del empleador sin separadores de por medio.
12. Domicilio, Localidad, Provincia, CP y Tel.: Datos del empleador.
13. Tarea habitual: descripción de la realizada en el siniestro (No colocar la categoría).

14. Código N°: colocar el código de actividad del trabajador.
15. Tarea actual: descripción de la realizada luego del alta laboral.
16. Miembro hábil: mencionar cuál es.
17. Edad: años al momento del acuerdo.
18. Preexistencias: mencionar las secuelas incapacitantes previas que presenta el trabajador.
19. Capacidad restante: hacer el cálculo correspondiente.
20. Accidente de Trabajo / Enfermedad Profesional: marcar lo que corresponda.
21. Estudios complementarios: mencionar los efectuados, fechas y resultados de los mismos.
22. Diagnóstico del siniestro: Indicar las lesiones ocurridas en el mismo.

Secuelas Incapacitantes: especificar las que presenta al momento de efectuar el acuerdo y el número de la CIE 10 de la OMS.

23. Dificultades para las Tareas Habituales (Explicarlas): Detallar en qué consisten.
24. Prestaciones en especie a brindar: Mencionar las que recibirá al damnificado luego de establecida la incapacidad definitiva (si correspondiere).
25. Porcentaje según Tabla...: Colocar el valor de la incapacidad hallado en la Tabla para la evaluación de Incapacidades Laborales de acuerdo a la patología que presenta el damnificado.
26. Factores de Ponderación:
 - a) Tipo de actividad: evaluar el grado de dificultad (ninguna, leve, intermedia, alta) indicando el porcentaje otorgado y el referido a la lesión.
 - b) Reubicación laboral: consignar si amerita o no recalificación y el porcentaje otorgado y el referido a la lesión.

c) Edad: indicar la edad del damnificado al momento de efectuarse la aplicación del factor y el porcentaje otorgado.

27. Incapacidad Total: Consignar tipo, grado, porcentaje total otorgado y carácter de la misma.

28. Representante Area Médica Aseguradora, Empleador Autoasegurado: firma y aclaración del responsable del Area Médica de la Aseguradora/ Autoasegurada o Prestador autorizado.

29. Damnificado: Firma y aclaración del damnificado que conviene en iniciar la homologación.

30. Asesor Médico del Damnificado: firma, aclaración y número de matrícula del médico asesor del damnificado (si se hubiera designado algún profesional).

ANEXO J

<i>SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO</i>					
COMISION MEDICA N°					
LOCALIDAD			FECHA		
CARATULA DE EXPEDIENTE N° - /					
TIPO DE TRAMITE SOLICITADO					
APELLIDO Y NOMBRE DEL DAMNIFICADO					
C.U.I.L.					
ASEG./AUTOA.		CODIGO NRO.:		FOLIOS UTILES	
SINIESTRO N°					

EMPRESA	C.U.I.T.		
SOLICITANTE			
C.U.I.T., C.U.I.L. O TIPO Y N° DE DOCUMENTO			
DOMICILIO			
LOCALIDAD		CODIGO POSTAL	
PROVINCIA			
RESUMEN			
MÉDICOS ASIGNADOS:			

INSTRUCTIVO ANEXO J

Carátula de Expediente

Objetivo

Registrar la información del inicio del Expediente.

Emisor

Comisión Médica.

Distribución

Original: Para el expediente.

Copias: Un ejemplar.

Contenido

1. Localidad: Nombre de la localidad de la Comisión Médica.
2. Fecha: Fecha de apertura del Expediente.
3. Nº: Número de Expediente asignado.
4. Tipo de Trámite Solicitado: Nombre del Trámite Solicitado.
5. Apellido y Nombre del Damnificado: Datos del damnificado.
6. C.U.I.L: Del Damnificado.
7. ASEG./AUTOA.: Nombre de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
8. Código Nro.: Indicar el número de la Aseguradora o del Empleador Autoasegurado.
9. Folios útiles: Colocar el Nº de fojas presentada por el solicitante.
10. Siniestro Nº: Número de siniestro asignado en la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado.
11. Empresa: indicar la razón social del empleador.
12. C.U.I.T.: del empleador.
13. Solicitante: identificación del solicitante.
14. C.U.I.T., C.U.I.L. o Tipo y Nº de Documento: del solicitante, si correspondiere.
15. Domicilio: Domicilio del Solicitante.
16. Localidad: Indicar la localidad que corresponda al domicilio del Solicitante.

17. Código postal: Indicar el código de la localidad que corresponda.

18. Provincia: Corresponde la provincia del domicilio del Solicitante.

19. Resumen: consignar los datos sobresalientes.

Médicos Asignados: consignar los médicos de la Comisión Médica a los que les fue asignado el expediente.

CAPITULO 2

TRAMITE PARA LA HOMOLOGACION DE LAS INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS

1. Consideraciones Generales:

El presente capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Manual de Procedimientos respecto del TRAMITE PARA LA HOMOLOGACION DE LAS INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS; éstos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán según se establezca.

2. Consideraciones Particulares:

2.1. La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado propondrá al damnificado la firma del acuerdo entre las partes (Anexo I), al otorgarle el alta médica a través de su prestador habilitado o al notificarle la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado de las condiciones de la misma, de acuerdo al formulario C del Anexo II de las Resoluciones S.R.T. Nº 1601/07 ó 1604/07 según corresponda.

2.2. Para la determinación de la incapacidad laboral permanente parcial definitiva por parte de la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, se tendrán en cuenta el examen preocupacional del damnificado, su historia laboral, sus antecedentes siniestros y su estado actual.

2.3. En caso de aceptar el damnificado la incapacidad propuesta por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, el acuerdo deberá concretarse antes de los TREINTA (30) días hábiles a partir de la fecha del alta médica del damnificado, la que se demostrará con el

formulario C del Anexo II de las Resoluciones S.R.T. Nº 1601/07 ó 1604/07 según corresponda.

2.4. La Aseguradora o el Empleador Autoasegurado será la encargada de iniciar el trámite.

2.5. La solicitud deberá presentarse dentro de los QUINCE (15) días hábiles de realizado el acuerdo.

3. Evaluación del expediente

3.1. En el Punto 6.2 del Capítulo 1 reemplazar por

6.2. El Coordinador de la Comisión Médica procederá a realizar una evaluación del acuerdo a que arribaron las partes respecto a su compatibilidad con lo establecido en la "Tabla de evaluación de incapacidades laborales", el "Listado de enfermedades profesionales" y el "Manual de procedimientos para el diagnóstico de las enfermedades profesionales".

A su vez controlará que los plazos establecidos para la firma del acuerdo y para la presentación se hayan cumplido y que la documentación aportada cumpla con las normativas vigentes, dejando constancia de ello en el expediente y en el dictamen.

Cuando de la documentación obrante en el expediente surja que el damnificado presenta incapacidades por preexistencias que sumadas a la lesión a homologar, se alcanza o se supera el sesenta y seis (66) por ciento, se deberá suspender el trámite de homologación e instruir a las partes para que inicien una presentación para establecer el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente Total. Se dejará constancia en el expediente de lo expuesto y de las notificaciones pertinentes.

4. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

4.1. En el Punto 7.2 del Capítulo 1 reemplazar por

Si una de las partes no se presentara a la nueva citación, finalizará el trámite de homologación. En este caso el damnificado podrá iniciar un nuevo expediente siguiendo el procedimiento estipulado en el trámite de Solicitud del Trabajador por divergencia.

5. Audiencia y/o examen médico

5.1. En el Punto 9.1.6. del Capítulo 1 reemplazar por el siguiente texto:

Para los casos en que se solicite la homologación de un acuerdo al que arribaron las partes, la Comisión Médica procederá a verificar que la afección que presenta el trabajador, la incapacidad que posee (Tipo, Grado, Porcentaje y Carácter) y las prestaciones en especie que se deban seguir brindando (si correspondiere), concuerdan con lo establecido en el "Acuerdo para determinar la I.L.P.P definitiva" (Anexo I) que acompaña la Solicitud de Intervención y con las herramientas sobre la Ley de Riesgos del Trabajo (LRT).

Los procedimientos y herramientas que aplique la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado para arribar al diagnóstico y a la incapacidad que presente el trabajador, como los que utilice la Comisión Médica para evaluar si son compatibles, serán los reglados por la Ley de Riesgos del Trabajo, a saber:

- Listado de Enfermedades Profesionales (Decreto Nº 658/96)
- Manual de Procedimientos para el Diagnóstico de Enfermedades Profesionales (Laudo M.T.S.S. Nº 405/96)
- Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales (Decreto Nº 659/96)

En los casos involucrados, realizada la evaluación y el examen físico, se pueden presentar los siguiente casos:

5.1.2. Si la Comisión Médica detecta falencias en los acuerdos presentados (errores de procedimientos, falta de estudios complementarios que avalen las incapacidades, etc.), deberá emplazar a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado en el Acta de Audiencia y/o examen médico para que presente en el momento de la audiencia o un plazo máximo de CINCO (5) días un nuevo acuerdo que cumpla con los procedimientos establecidos en la LRT o los estudios complementarios necesarios para diagnosticar la lesión causante de la incapacidad en cuestión, bajo apercibimiento de emitir dictamen con la documentación obrante en el expediente.

Cuando la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado presentara la documentación o el nuevo acuerdo según lo solicitado, se recibirá e incorporará al expediente. La Comisión evaluará si la documentación o el nuevo acuerdo cumplen con lo requerido, procediendo a dejar constancia de ello, para luego continuar con el punto 14 del Capítulo 1, "Dictamen".

5.1.3. Si del estudio del acuerdo no se observaran diferencias con lo establecido por la Comisión Médica, se procederá a emitir el dictamen, efectuando la homologación según el punto 14 del Capítulo 1, "Dictamen".

6. Dictamen

6.1. En el Punto 14.1. del Capítulo 1 reemplazar por el siguiente texto:

En las Solicitudes de Intervención para la homologación de acuerdos entre las partes, se pueden presentar las siguientes situaciones:

a) Se procederá a emitir el "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" —Anexo G— confirmando la homologación de los acuerdos que originalmente son compatibles con las herramientas de la LRT o de aquellos que se presentaron luego del emplazamiento y que a criterio de la Comisión cumplan con la legislación.

b) Se procederá a emitir el "Dictamen de Comisión Médica para la Homologación de Incapacidades Laborales" —Anexo G— negando la homologación cuando del examen físico y de los estudios complementarios no se pueda acreditar el diagnóstico o cuando la incapacidad mencionada en el acuerdo no concuerde con las herramientas de la LRT.

Se dejará constancia en el dictamen, cuando vencido el plazo para incorporar al expediente la documentación requerida o un nuevo acuerdo entre partes, la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado no lo hubieran presentado.

En ambos la Comisión Médica fijará el tipo, el grado, el porcentaje y el carácter de la Incapacidad y las prestaciones en especie que se deban seguir brindando (si correspondiere).

7. Recurso del dictamen

Incorporar como Punto 16.2.10. del Capítulo 1:

16.2.10. Los dictámenes efectuados por las Comisiones Médicas que Homologan las Incapacidades Laborales Permanentes Parciales Definitivas no serán recurribles.

CAPITULO 3

TRAMITE PARA DIVERGENCIAS E INCAPACIDADES LABORALES ANTE LA SOLICITUD DE UN TRABAJADOR QUE PERTENECE A UN EMPLEADOR NO ASEGURADO O ANTE LA SOLICITUD DE INTERVENCION DE UN EMPLEADOR NO ASEGURADO

1. Consideraciones Generales

La Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 en su Art. 28 inciso 1º establece que el empleador que omitiese afiliarse a una aseguradora responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en la Ley.

El presente capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Manual; respecto del TRAMITE PARA DIVERGENCIAS E INCAPACIDADES LABORALES ANTE LA SOLICITUD DE UN TRABAJADOR QUE PERTENECE A UN EMPLEADOR NO ASEGURADO O ANTE LA SOLICITUD DE INTERVENCION DE UN EMPLEADOR NO ASEGURADO, éstos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán según se establezca.

2. Consideraciones Particulares

2.1. Armado del expediente

Sin perjuicio de lo dispuesto en el Capítulo 1º, puntos 3, 4, 5 y 6:

El Damnificado o el Derechohabiente presentará el formulario de la Solicitud, con todos los requisitos establecidos en el Manual, debiendo a su vez:

2.1.1. Identificar correctamente al empleador involucrado.

2.1.2. Acreditar fehacientemente la relación laboral por medio de recibo de sueldo, contrato laboral o documento emitido por un Organismo Laboral que certifique la misma, incorporando los originales a la denuncia.

2.1.3. En los recibos de haberes deben figurar según la legislación vigente, los datos del empleador, su dirección, el C.U.I.T. del mismo, los datos del trabajador, su C.U.I.L., la categoría o tarea desarrollada, el período abonado, fecha de ingreso al establecimiento, el lugar y la fecha de pago.

2.1.4. En los contratos laborales deben constar los datos identificatorios de ambas partes, el domicilio del empleador, la categoría, tarea o puesto a ocupar, el tiempo que durará la relación contractual y la fecha de inicio del contrato.

2.1.5. La documentación deberá a la fecha de la presentación ante la Comisión, tener menos de dos (2) años desde el cese de la relación laboral o desde la fecha en que la prestación debió ser brindada.

2.1.6. Los trabajadores que fueron contratados por Empresas de Servicios Eventuales para desarrollar tareas en un establecimiento de un tercero, tienen su relación laboral contractual con las empresas de servicios.

2.2. En los casos que no tuviera documentación probatoria o manifestara ser un trabajador no incorporado a la nómina de personal del empleador, no registrado o ilegal, previo a la iniciación del trámite, deberá solicitar:

2.2.1. Un Procedimiento Sumarísimo (Información Sumaria) previsto para las acciones meramente declarativas conforme se encuentre regulado en las distintas Jurisdicciones donde la misma deba acreditarse (por ej.: presentación ante el Juez, audiencia con testigos y sentencia) o la intervención del Organismo Laboral correspondiente para esclarecer su relación contractual y demostrar la misma con la copia del informe de la inspección en donde se haya comprobado su relación laboral con el Empleador no asegurado.

2.3. La Comisión deberá aclarar al trabajador los trámites a seguir e informar la ubicación del Organismo Laboral Provincial y/o su Delegación más cercana.

En el caso de estar distantes dichos organismos, el trabajador podrá llamar en el horario de 10 a 18 hs., al Tel. 0-800-8-7100 de la Dirección Nacional Policía del Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, donde se registrará su denuncia telefónica y el mismo día la Dirección Nacional dará traslado de la denuncia al Organismo Provincial correspondiente a la región.

En la Ciudad de Buenos Aires se deberán dirigir al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social mientras no existan acuerdos al respecto con el Gobierno Autónomo de la Ciudad.

La Comisión Médica podrá corroborar si el empleador tiene declarado al trabajador en el organismo que controla los aportes de las cargas sociales, por vía informática a través de un

modem-fax comunicándose con el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, pudiendo ingresar conociendo uno de los siguientes datos: Nombre del trabajador, nombre del empleador, nombre de la Razón Social, C.U.I.L. del trabajador, C.U.I.T. del empleador, etc.

El Empleador no asegurado solamente podrá presentar una Solicitud de Intervención luego de haberle brindado las prestaciones en especie correspondientes al Trabajador con el fin de otorgarle las prestaciones dinerarias estipuladas por la Ley. La solicitud deberá estar acompañada de la documentación establecida en el Manual, para demostrar la secuela incapacitante.

Deberá incorporarse al Punto 4 del Capítulo 1º del presente anexo, el siguiente punto: "4.1.5. El trabajador no pueda demostrar fehacientemente la relación laboral con la empresa denunciada".

3. Citación a las partes

Incorporar el Punto 6.3.4.2.5. al Capítulo 1º, reemplazar por

6.3.4.2.5. Remitir con una antelación mínima de (3) días el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo C) y copia de la "Solicitud" (Anexo B), mediante notificación fehaciente, a la empresa denunciada dejando constancia en el expediente.

4. Audiencia y/o examen médico

Sin perjuicio de lo normado en el Punto 9 del Capítulo 1º, se establece que a la audiencia y/o examen médico deben concurrir el médico o el representante del Empleador no Asegurado y el damnificado, quien podrá estar acompañado de su asesor médico.

Realizada la audiencia, se pueden presentar los siguientes casos:

4.1. Si ante la solicitud del damnificado, la empresa reconociera la relación laboral y aceptara o rechazara la contingencia declarada, se procederá a evaluar la documentación y examinar al trabajador con los procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos.

4.2. Si ante la solicitud del damnificado, la empresa desconociera la relación laboral, a pesar de la documentación incorporada al expediente, se deberá dar por finalizado el procedimiento dejando constancia en el expediente de tal situación.

En este caso la Comisión Médica deberá indicar al trabajador los posibles trámites a seguir, según lo expuesto en el presente capítulo.

Se podrá suspender el procedimiento en cualquier momento si el Empleador se allanare a la pretensión del recurrente debiendo constar esta circunstancia en el expediente por formulario "Acta de Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo D) y emitir un dictamen según el punto 14 del capítulo 1º, Dictamen.

4.3. En los casos aludidos deberá reemplazarse el punto 9.1.10.1.4 del Capítulo 1º del presente anexo, el que quedará redactado de la siguiente manera: "9.1.10.1.4. El médico interviniente entregará el duplicado al damnificado y el triplicado al Empleador no asegurado del Acta de Audiencia y/o Examen Médico para Trámite de Incapacidades Laborales, con lo que se considerará debidamente notificados de la citación a la 2º audiencia o de la fecha del dictamen a las partes.".

Se incorporará al final del Punto 9º del Capítulo 1º mencionado, el siguiente texto:

9.2. El Coordinador deberá informar los datos del Empleador no asegurado a la Subgerencia de Salud Laboral de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a través de los bolsines o vía fax, cuando se confirme que éste no tenía contratada una Aseguradora a la fecha del siniestro denunciado, a fin de iniciar las actuaciones tendientes a que dicha empresa cumpla con la legislación vigente.

14. Dictamen

Reemplazar el punto 14.1.1.2.2 del capítulo 1º del presente anexo, el que quedará redactado de la siguiente forma: "Duplicado: al Empleador no asegurado.".

CAPITULO 4

TRAMITE SUMARISIMO PARA DIVERGENCIAS

1. Consideraciones Generales:

Se entiende por Trámite Sumarísimo aquel que requiera una resolución urgente por parte de la Comisión Médica.

Se incluyen en esta definición aquellos casos que puedan afectar el cuadro nosológico del damnificado por falta de atención inmediata, ante la negativa de otorgar las Prestaciones Médicas y/o Farmacéuticas por el rechazo de la Indole Laboral del Accidente o Profesional de la Enfermedad por parte de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o del Empleador no asegurado.

El presente capítulo tiene por finalidad incorporar nuevos elementos y procedimientos a los existentes en el Manual de Procedimientos respecto del TRAMITE SUMARISIMO PARA DIVERGENCIAS; éstos se agregarán a los preexistentes o los reemplazarán según se establezca.

2. Consideraciones Particulares

2.1. Armado del expediente

Sin perjuicio de lo indicado en el punto 6º del Capítulo 1º, el Administrativo de la Comisión Médica deberá arbitrar los medios a su alcance para agilizar el ingreso de la Solicitud, facilitando los pasos a seguir por el expediente. Asimismo, el Coordinador de la Comisión Médica procederá a realizar una evaluación respecto al contenido y forma de los antecedentes recibidos, en forma inmediata.

2.2. Citación a las partes

2.2.1. Respecto a la citación establecida en el Punto 6.3.4.1, el Administrativo de la Comisión Médica deberá emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" (Anexo C) por triplicado o más (según corresponda). La Audiencia deberá practicarse dentro de los TRES (3) días de recibida la "Solicitud". En la notificación se mencionará que ante la ausencia de la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado se continuará con el trámite a pesar de su incomparecencia.

Aclárase que en los casos alcanzados por el presente capítulo, en lo referido al punto 6.3.4.2, se deberá remitir el original de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" al damnificado, mediante notificación fehaciente antes de las 24 hs. de iniciado el trámite, ya sea citando al mismo o comunicando que la Comisión o el profesional se constituirá en su domicilio. Se podrá fijar fecha de la audiencia correspondiente al momento de ser presentada la solicitud. Deberá, con igual plazo, remitirse el duplicado de la "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" y copia de la "Solicitud" (Anexo B), mediante notificación fehaciente, a

la Aseguradora, al Empleador Autoasegurado o al Empleador no asegurado dejando constancia en el expediente.

3. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

Sin perjuicio de lo establecido en el punto 7 del capítulo 1º del presente anexo, dispónese que si la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado no concurriese, se procederá a continuar con el trámite, basándose en la información existente en los actuados.

4. Audiencia y/o examen médico

No obstante lo reglado en el capítulo 1º, debe considerarse que realizada la evaluación, se pueden presentar los siguientes casos:

4.1. En el supuesto que del examen físico y de los estudios aportados no se pueda confirmar la patología denunciada y fuera necesario en forma imprescindible, efectuar estudios y/o interconsultas con especialistas para arribar al diagnóstico, el Coordinador deberá contactarse con los prestadores de la Comisión para agilizar la evaluación del damnificado y proceder a:

4.1.1. Indicar los estudios necesarios, según el Manual de Procedimiento para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales o la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales o prácticas especiales según la legislación laboral.

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

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

4.1.4. Entregar a la parte que corresponda, en sobre cerrado con la leyenda "Para ser abierto sólo por el destinatario", el original de la "Orden de Estudios para Trámites de Incapacidad Laboral".

4.1.5. Entregar a la otra parte el duplicado de la "Orden de Estudios".

4.1.6. Incorporar al expediente el triplicado, firmado por ambas partes.

4.1.7. Fijar lugar, fecha y hora para una siguiente audiencia, la que no podrá extenderse más allá de CINCO (5) días a partir de la primera audiencia. Esta fecha deberá figurar en el formulario de "Acta para Audiencia y/o Examen Médico".

4.1.8. Proceder a agendar los vencimientos de los plazos.

4.2. Si no fueran necesarios estudios y/o interconsultas con especialistas, se procederá a la emisión del dictamen según el punto 14 del capítulo 1º, "Dictamen".

5. 2da. Audiencia

En los supuestos aplicables, se evaluarán los antecedentes junto con los estudios solicitados. En ese momento se deberá resolver el expediente, emitiéndose el "Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral" de acuerdo al punto 14 del capítulo 1º, "Dictamen".

6. Dictamen

No obstante lo dispuesto en el punto 14.1 del capítulo 1º del presente anexo, se deberá emitir el formulario "Dictamen de Comisión Médica por Trámite de Incapacidad Laboral", por quintuplicado, en el momento de la Audiencia para Examen Médico, es decir, a los TRES (3) días (primera audiencia) u OCHO (8) días (segunda audiencia) de iniciado el trámite, según corresponda.

6.1. En el Dictamen deberá constar:

6.1.1. Naturaleza laboral o inculpable de la contingencia.

6.1.2. Diagnóstico.

6.1.3. Tratamientos médicos y farmacéuticos indicados.

6.1.4. Fecha de declaración de la incapacidad, de corresponder.

6.2. En los casos alcanzados por el presente capítulo, deberá modificarse lo determinado en el punto 14.1.1.2 del Capítulo 1º, el que quedará redactado de la siguiente manera: "14.1.1.2 Deberá notificarse a las partes en el momento de emisión del 'Dictamen de Comisión Médica Trámite de Incapacidad Laboral' y luego distribuir en forma inmediata, según corresponda y de siguiente forma:

14.1.1.2.1. Original: al expediente, junto con los acuse de recibo del resto de los ejemplares.

14.1.1.2.2. Duplicado: a la Aseguradora, el Empleador Autoasegurado o el Empleador no asegurado.

14.1.1.2.3. Triplicado: a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

14.1.1.2.4. Cuadruplicado: para el damnificado o su apoderado.

14.1.1.2.5. Quintuplicado: Archivo de dictámenes.

14.1.1.2.6. Sextuplicado o más: para las Entidades Previsionales, si hubieran intervenido”.

CAPITULO 5

ARCHIVO DE LOS DICTAMENES ORIGINADOS EN LOS TRAMITES PARA LA HOMOLOGACION DE INCAPACIDADES LABORALES PERMANENTES PARCIALES DEFINITIVAS ANTE LA AUTORIDAD PROVINCIAL DE TRABAJO

1. Consideraciones Generales

El Decreto Nº 717/96 de la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 en su Art. 10 inciso 3. Establece que la Autoridad Laboral habilitada por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo podrá efectuar las Homologaciones de las I.L.P.P. Definitivas y en el instructivo del procedimiento de dicho trámite se indica que el Organismo Laboral enviará una copia certificada del Dictamen a las Comisiones Médicas para su registro y archivo.

2. Consideraciones Particulares

2.1. Documentación

El Organismo Provincial de Trabajo deberá remitir todos los dictámenes en cuestión, en copia certificada por el Médico Oficial del mismo, donde a su vez se mencione el número de Acto Administrativo y/o Resolución de la Autoridad competente con el que se concluyó la tramitación del expediente respectivo.

2.2. Procedimiento

El administrativo recibirá la documentación, la controlará y firmará el acuse de recibo.

Procederá a registrar en un libro para tal fin, los datos de:

2.2.1. Fecha de recepción

2.2.2. Número de C.U.I.L. o del Documento de Identidad del trabajador

2.2.3. Organismo Laboral

2.2.4. Número de Dictamen

2.2.5. Número de Resolución

2.2.6. Número de bibliorato donde se archiva

2.2.7. Archivará la documentación por el N° de CUIL o Documento de Identidad del trabajador en un bibliorato habilitado para tal efecto. Se remitirá a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo la información que ésta disponga sobre los dictámenes recibidos de la Autoridad Laboral. Dichos datos deberán estar incluidos en los cuadros estadísticos que la Comisión Médica deberá enviar mensualmente.

CAPITULO 6

TRAMITE POR DIVERGENCIA EN LA NATURALEZA LABORAL DEL ACCIDENTE

1. 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 Artículo 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.

2. CONSIDERACIONES PARTICULARES

2.1. Audiencia y/o examen médico.

2.1.1. Reemplazar el punto 9.1.10.1.2. del Capítulo 1 por el siguiente texto:

9.1.10.1.2. 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 —Anexo K—.

2.1.2. Incorporar al punto 9.1.10.1.3. el siguiente texto:

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.

2.1.3. Sin perjuicio de lo reglado en el punto 9 del capítulo 1º, se incorporarán los siguientes puntos:

9.2. 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.

9.3. 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.

9.4. 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:

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

9.4.2. Posición de las partes.

9.4.3. Descripción de los hechos

9.4.4. Valoración jurídica de la prueba.

9.4.5. Conclusión fundamentada en derecho.

9.5. 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.

9.6. Recibidos los actuados por la Comisión Médica interviniente el trámite proseguirá según lo normado en el punto 14 Dictamen del Capítulo 1 del presente Manual.

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

Para este caso resulta aplicable lo dispuesto en el punto 2.1 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:
OBSERVACIONES DEL DAMNIFICADO Y / O DE LOS PERITOS DESIGNADOS POR LAS PARTES			
Las actuaciones serán giradas a la UNIDAD DE ASESORAMIENTO DE LAS COMISIONES MEDICAS 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	ART / E.AUTOASEGUR.	PERITO	PERITO
Firma y Aclaración	Firma y Aclaración	Firma y Aclaración	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 cuáles 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: Unicamente 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.

CAPITULO 7

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

1. 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 artículo 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.

2. CONSIDERACIONES PARTICULARES

2.1. Presentación de la documentación.

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

2.1.2.- 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" —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.

2.1.3.- 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.

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

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

2.1.4.2. 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 laboral.

2.1.4.3. 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 diagnóstico de la enfermedad denunciada y descripción de los agentes de riesgo a que estuvo expuesto el trabajador.

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

2.1.4.5. Fotocopia del Documento de Identidad del apoderado, en caso de iniciar éste el trámite, donde conste el último cambio de domicilio.

2.1.4.6. 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.

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

2.2.- Evaluación e inicio de expediente.

2.2.1. 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.

2.2.2. 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.

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

2.2.4. En el supuesto 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 Capítulo 1 del Anexo I de la Resolución SRT N° 45/97 y en el presente Capítulo, respectivamente.

2.2.5. Transcurrido el plazo establecido en el punto 2.2.1 del presente y mediando silencio por parte de la Comisión, se entenderá como ingresada la solicitud del trabajador.

2.2.6. 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:

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

2.2.6.2. 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) y los dos últimos al año de emisión.

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

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

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

2.2.6.4.1. Carátula (o "Tapa del Expediente" —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.

2.2.6.4.2. Original de la "Solicitud de Intervención", en caso de corresponder.

2.2.6.4.3. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica. En caso 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.

2.2.6.4.4. 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.

2.2.6.4.5. 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.

2.2.6.4.6. Petición fundada, junto a los exámenes complementarios y certificados médicos que la acompañen.

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

2.2.6.5. Se procederá a foliar con sello foliador todas las actuaciones por orden correlativo de incorporación.

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

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

2.3. Citación a las partes

2.3.1. 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.

2.3.2. La Comisión deberá cumplir con los siguientes pasos:

2.3.2.1. Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" —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.

2.3.2.2. 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.

2.3.2.3. 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.

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

2.3.2.5. 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.

2.4. Procedimiento ante la no concurrencia de las partes

2.4.1. En caso 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.

2.4.2. 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 2.3 Citación a las partes.

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

2.4.4. 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.

2.4.5. 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.

2.4.6. 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.

2.5. Audiencia y/o examen médico. Exámenes complementarios.

2.5.1. 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 Area Médica de la Aseguradora, del Empleador Autoasegurado o médico prestador habilitado por ella, y el representante del Empleador.

2.5.2. 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.

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

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

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

2.5.4.2. Recibir los elementos que aporte la Aseguradora.

2.5.4.3. Registrar o recibir los aportes del empleador.

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

2.5.4.5. Efectuar un examen clínico si correspondiere.

2.5.4.6. 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.

2.5.5. 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:

2.5.5.1. Indicar los estudios necesarios.

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

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

2.5.5.4. 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 sólo por el destinatario", constando en ella los comentarios médicos que la Comisión considere de carácter confidencial para conocimiento del prestador.

2.5.5.5. Incorporar al expediente el triplicado firmado por ambas partes.

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

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

2.5.5.8. 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.

2.5.5.9. 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.

2.5.5.10. 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.

2.5.6. 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.

2.5.7. 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.

2.5.8. 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.

2.5.8.1. 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; y fecha para una segunda Audiencia, si la Comisión Médica lo considera necesario, o fecha asignada para el dictamen.

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

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

2.5.9. 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 2.8 Dictamen.

2.5.10. 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.

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

2.6.1. 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.

2.6.2. 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.

2.6.3. 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.

2.7. Segunda Audiencia y/o Examen médico.

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

2.7.2. 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" —Anexo N—, de conformidad al punto 2.8 Dictamen; fijando fecha y hora del mismo y procediendo a notificar a las partes con la firma del Acta.

2.8. Dictamen

2.8.1. 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 Capítulo 1 Punto 14 de la presente Resolución, y continuará el trámite según lo dispuesto en el mencionado Capítulo 1.

2.8.2. 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" —Anexo N—, por quintuplicado o más según corresponda, dentro de los TREINTA (30) días de la fecha de iniciación del expediente.

2.8.3. En el Dictamen deberá constar lo siguiente:

2.8.3.1. Fecha de emisión del dictamen.

2.8.3.2. Un resumen de lo actuado.

2.8.3.3. Diagnóstico, si correspondiere.

2.8.3.4. 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.

2.8.3.5. Prestaciones en especie a otorgar, si correspondiere.

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

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

2.8.5. 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:

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

2.8.5.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

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

2.8.5.4. El cuádruplicado para el Empleador afiliado.

2.8.5.5. El quintuplicado a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

2.8.6. 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:

2.8.6.1. 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.

2.8.6.2. 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.

2.9.- Recurso del dictamen

2.9.1.- 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.

2.9.2. Los dictámenes de las Comisiones Médicas jurisdiccionales que desconozcan el carácter profesional de una patología podrán ser recurridos por el damnificado o sus derechohabientes, 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 Médica jurisdiccional, debiendo ésta elevarlo dentro de los TRES (3) días a la Comisión Médica Central, de acuerdo a lo establecido en el punto 2.9.9.

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

2.9.3.1. Datos del apelante.

2.9.3.2. Apellido y nombres del damnificado.

2.9.3.3. C.U.I.L. y Documento de Identidad del damnificado.

2.9.3.4. N° de expediente del trámite.

2.9.3.5. Comisión Médica actuante.

2.9.3.6. Fecha del Dictamen.

2.9.3.7. Domicilio legal del apelante.

2.9.3.8. Consignar expresamente la parte del dictamen que se apela.

2.9.3.9. Firma y aclaración del apelante.

2.9.3.10. Crítica concreta y razonada del dictamen recurrido.

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

2.9.5. 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".

2.9.6. 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 N°.....) resulta extemporánea. En consecuencia, queda notificado que dicho recurso ha sido rechazado. Fdo. Coordinador de la Comisión Médica".

2.9.7. 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.

2.9.8. 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 N° 24.557, y en los Decretos N° 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".

2.9.9. 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.

2.10. 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.

2.10.1. 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.

2.10.2. 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.

2.10.3. 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:

2.10.3.1. Emitir el formulario de "Notificación para Audiencia y/o Examen Médico" por cuádruplicado.

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

2.10.3.3. 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.

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

2.10.3.5. Incorporar al expediente el cuádruplicado 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.

2.10.4. 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.

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

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

2.11.2. En los casos en que el damnificado justifique la imposibilidad de trasladarse a la sede de la Comisión Médica Central, se efectuará 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.

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

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

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

2.12.1.1. Deberá entenderse que se hace referencia a la Comisión Médica Central, cada vez que se hace alusión a la Comisión Médica.

2.12.1.2. En el Punto 2.5.4. 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.

2.12.2. En casos excepcionales y debidamente justificados, la Comisión Médica Central podrá constituirse en el domicilio o lugar de internación del damnificado. La revisión 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.

2.13. Dictamen de la Comisión Médica Central.

2.13.1. 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:

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

2.13.1.2. Los fundamentos aportados por las partes.

2.13.1.3. El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.

2.13.1.4. 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.

2.13.1.5. Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central, debidamente fundamentadas.

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

2.13.1.7. 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.

2.13.1.8. 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 período de Incapacidad Laboral Temporal; y 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.

2.13.1.9. En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro del período de Incapacidad Laboral Temporal, 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.

2.13.2. 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.

2.13.3. 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:

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

2.13.3.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

2.13.3.3. El triplicado a la Aseguradora o al Empleador Autoasegurado.

2.13.3.4. El cuádruplicado para el Empleador.

2.13.3.5. El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

2.13.4. 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.

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

2.14. Apelación de los dictámenes de la Comisión Médica Central

2.14.1. 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. Será asimismo de aplicación supletoria lo normado en el punto 16.1 del capítulo 1º del presente anexo.

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

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

2.14.4. 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:

2.14.4.1. La Comisión Médica Central cumplirá las funciones de Mesa de Entradas.

2.14.4.2. La apelación deberá deducirse con patrocinio letrado.

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

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

2.14.4.5. 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.

2.14.4.6. 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.

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

2.14.5. 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.

2.15. 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.

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

2.15.2 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 éstas ofrecer medidas probatorias que hubiesen sido denegadas en la instancia anterior.

2.16. 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 2.10 de este capítulo.

2.17 Incomparencia 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 2.11.2 y 2.11.3 de este capítulo, excepto que la incomparencia del recurrente sea por causas injustificadas, en cuyo caso, dará lugar al archivo del expediente.

2.18. 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.

2.19. Dictamen en la Comisión Médica Central.

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

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

2.19.1.2. El dictamen de la Comisión Médica Jurisdiccional.

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

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

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

2.19.1.6. 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.

2.19.1.7. Las conclusiones a las que arriba la Comisión Médica Central.

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

2.19.1.9. 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 período de Incapacidad Laboral Temporal; y 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.

2.19.1.10. En los casos en que se indique prestaciones en especie a otorgar y hallándose el damnificado dentro del período de Incapacidad Laboral Temporal, 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.

2.19.2. 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:

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

2.19.2.2. El duplicado al trabajador o derechohabiente.

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

2.19.2.4. El cuadruplicado para el Empleador.

2.19.2.5. El quintuplicado para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

2.19.3. 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.

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

2.20. 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 2.14 de este capítulo.

2.21. 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 6º, 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 instituidos:
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 derechohabiente, y será suscrito por el damnificado, su apoderado o derechohabiente.

Contenido:

1. Comisión Médica N°.: consignar el número de la Comisión Médica donde se realiza la presentación.
2. Localidad: consignar la localidad donde se encuentra constituida la Comisión Médica antes indicada.
3. Fecha: indicar la fecha de presentación.
4. Solicitud N°: la Comisión Médica asignará el número de solicitud.
5. 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 N°: 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.

8. 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.
- Cuándo 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.
- Diagnóstico 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

148

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:

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

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

37. Fecha: indicar la fecha de emisión.

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

39. Fecha de solicitud de intervención: Indicar la fecha consignada en la solicitud (Form. Anexo L)

40. Damnificado: Colocar nombre y apellido del mismo.

41. CUIL N°: consignar el número de C.U.I.L. del damnificado.

42. Aseguradora/EmpleadorAutoasegurado: consignar nombre, código y número de siniestro.

43. Empleador: indicar el nombre del mismo y número de siniestro.

44. Concurrentes a la audiencia: Consignar los nombres de los participantes en la audiencia.

45. Fecha de la primera manifestación invalidante: Consignar la fecha denunciada.

46. Fecha del rechazo: Consignar fecha del rechazo del siniestro efectuado por la Aseguradora, Empleador Autoasegurado.
47. Sector de trabajo y tareas habituales del damnificado: Dejar constancia de las mismas.
48. Agentes de riesgos denunciados: Detallar los consignados en la petición fundada.
49. Tiempo de exposición a los riesgos denunciados. Consignar la exposición, según lo manifestado en la petición fundada.
50. Petición presentada: Resumen de los aspectos fundamentales de la presentación.
51. Estudios y/o certificados aportados: Resumen de los datos positivos consignados en los estudios y/o certificados adjuntados con la petición fundada.
52. 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.
53. Preexistencias: Dejar constancias de las preexistencias presentes en el damnificado, de acuerdo a lo indicado por las partes.
54. Examen físico: Realizar la descripción amplia de la patología que presenta el damnificado.
55. Diagnóstico invocado: Detallar el diagnóstico invocado por el damnificado.
56. Opinión de la Aseguradora: Dejar constancia sobre datos no aportados en la presentación.
57. Requerimientos: Detallar los requerimientos efectuados a las partes y el plazo para su entrega.
58. Solicitud de estudios: Detallar la prescripción indicada por la Comisión Médica: estudios, interconsultas y/o prácticas especiales. Se agregará el plazo para su presentación.

59. Segunda Audiencia y/o Dictamen: Unicamente 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.

60. 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

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

62. Firma y aclaración del representante de la Aseguradora.

63. Firma y aclaración del Empleador.

64. Firma y aclaración de los peritos designados por los interesados.

65. 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: / /	Edad:	Sexo:
Miembro Superior hábil: Der. /Izq.		
Tarea:	Código N°:	
Antigüedad en la Empresa:		
Antigüedad en la Tarea:		
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

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.

Emissor: 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 N°: 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 N° de código.
13. Siniestro N°: 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

Ø 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 Médica jurisdiccional acompañado de la crítica concreta y razonada del dictamen recurrido.

PARA DICTAMENES QUE RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Ø 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.

Ø 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: / /	Edad: Sexo:
Miembro Superior hábil: Der. /Izq.	
Tarea:	Código N°:
Antigüedad en la Empresa:	
Antigüedad en la Tarea:	
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: / /
<i>Conclusiones de la CM Jurisdiccional:</i>
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	
<i>Modifica lo establecido por Aseguradora / Empleador Autoasegurado: SI / NO</i>	
CONTINGENCIAS	
ACCIDENTE DE TRABAJO	☐
ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
ENFERMEDAD INCULPABLE	☐
ACCIDENTE NO LABORAL	☐
PRESTACIONES EN ESPECIE	
Otorgadas (opinar):	
A brindarse (indicarlas):	

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 N°: 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 N° de código.

12. Siniestro N°: 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

Ø 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 6º, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557.

PARA DICTAMENES QUE RECONOCEN LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

Ø 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 6º, 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"

Ø Cuando corresponda fijar el carácter definitivo de una Incapacidad Laboral Permanente, según los diferentes supuestos establecidos en los artículos 7º y 9º 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:

Ø 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:

3. La Comisión Médica Central cumplirá las funciones de Mesa de Entradas.
4. La apelación deberá deducirse con patrocinio letrado.
5. El apelante deberá constituir domicilio en el ámbito de la Capital Federal.
6. Se deberá cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 120 y 265 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.
7. Transcripción textual del artículo 120º del CPCyC.

8. 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).