

Resolución 75/96

Establécense requisitos para los empleadores privados que soliciten autorización para autoasegurarse.

Bs. As., 21/6/96

VISTO la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557 y el Decreto N° 585 de fecha del 31 de mayo de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que la norma citada pone a cargo de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo la facultad de autorizar a las empresas, que así lo soliciten, a funcionar como Autoaseguradas.

Que el Artículo 7° de dicho decreto establece que esta Superintendencia controlará la acreditación de los requisitos estipulados en el Artículo 6° del mismo decreto.

Que por el Artículo 9° se exige la contribución que los empleadores privados están obligados a aportar con destino al Fondo de Garantía y al financiamiento de esta Superintendencia, estableciendo las pautas para su cálculo.

Que por Artículo 33, apartado 3, de la Ley N° 24.557 se ordena que el Fondo de Garantía lo administrará la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Que la presente se dicta en uso de las facultades previstas en el Art. 36 de la Ley N° 24.557.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

Artículo 1° - Los empleadores privados que soliciten autorización para autoasegurarse deberán presentar ante esta Superintendencia la documentación siguiente:

a) Carta de presentación suscripta por el Presidente de la Empresa que exprese el propósito de acceder al régimen de autoseguro previsto en la Ley N° 24.557. Cuando se trate de un conjunto de empresas la carta de presentación deberá estar firmada por los Presidentes de las empresas que integran el conjunto.

b) Copia de la boleta de depósito donde consta la acreditación al Fondo de Garantía, que deberá realizarse en la cuenta corriente N° 2819/94 que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo tiene en el Banco de la Nación Argentina, Sucursal Plaza de Mayo.

c) Fotocopia autenticada de la Declaración Jurada consignando el detalle de las remuneraciones sujetas a cotización de los últimos doce meses e indicación de la actividad principal solicitada en el Artículo 1°, punto b) de la Resolución N° 24.659 de la Superintendencia de Seguros de la Nación. En caso de tratarse de un conjunto de empresas esta información deberá suministrarse detallada por empresa.

d) Deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos del Artículo 6° del Decreto 585 mediante la presentación de los datos exigidos en el Anexo I, que tendrán el carácter de Declaración Jurada.

e) Deberá manifestar con carácter de Declaración Jurada encontrarse en el nivel de cumplimiento de la normativa de Higiene y Seguridad correspondiente a los empleadores autoasegurados, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto N° 170 y su modificatorio.

Art. 2º - Una vez aprobada la acreditación de los requisitos estipulados en el Artículo 1º de la presente, previo a la presentación de copia autenticada de la Resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación que la autoriza a operar, esta Superintendencia de Riesgos del Trabajo otorgará la autorización para funcionar como empleador autoasegurado de los alcances de la Ley sobre Riesgos del Trabajo ordenándose la inscripción en el registro creado al efecto.

Art. 3º - Regístrese, comuníquese, notifíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación, y remítase copia autenticada al Departamento Publicaciones, Biblioteca y archívese.

Roberto J. Domínguez.



I - ORGANIZACION

1.1 - Ubicación del Area Prestaciones en el organigrama de la Empresa:

Gerencia Subgerencia Departamento Area/Sector

Otros (Especificar).....

1.2 - Dependencia jerárquica :

Del nivel máximo de la organización De mandos medios

Otros (Especificar)

1.3 - Organigrama: Adjuntar con Nombres y Apellidos de los responsables

1.4 - Area Médica: Objetivos y Actividades Adjunta SI NO

2 - AREA DE PRESTACIONES (En Especie):

2. 1 - Recursos Humanos:

Número de profesionales

Horas/día (promedio)

Personal médico		
Personal de enfermería		
Apoyo técnico/asistencial		
Otros (Consignar)		

2.2 - Identificación de Responsables de Area:

Médico responsable del Area médica:

Nombre y Apellido.....

Especialidad/es:

Matrícula/s Profesional/es:

Técnico responsable de la Recalificación Profesional:

Nombre y Apellido:

Título:.....

A) Existe Plan de Emergencias?	Primero <input type="checkbox"/>	Alternativo <input type="checkbox"/>
¿Tiene establecido procedimientos de actuación ante emergencias? (Táchese lo que no corresponda)		
	SI	NO
¿Figuran en los procedimientos los teléfonos y direcciones de los prestadores de la zona?		
Servicio de Traslados	SI	NO
Centro Asistencial de Baja complejidad	SI	NO
Centro Asistencial de Media complejidad	SI	NO
Centro Asistencial de Alta complejidad	SI	NO
B) ¿Organizó con los prestadores un Plan de Acción ante Emergencias?	SI	NO
En caso afirmativo. contempla los siguientes ejemplos:		
Politraumatizados	SI	NO
Amputaciones (*)	SI	NO
Quemados (*)	SI	NO
Intoxicados (*)	SI	NO
(*) Enviar Plan de Acción en cada caso.		
Prestadores de traslados		
¿La Empresa Autoasegurada entrega procedimientos que contengan instrucciones y datos de centros asistenciales?		
	SI	NO
¿En base al diagnóstico realizado por profesional del móvil, tiene autorización para la derivación directa a un centro asistencial de mayor complejidad?		
	SI	NO
Prestadores asistenciales		
¿Requiere el prestador autorización previa para algún tipo de prestación?		
	SI	NO

Provincia.....					
	Nº de Móviles	Móviles Comunes		Móviles Alta Complejidad	
	o Unidades	S/Médico	C/Médico	Unidad de Terapia Intensiva Móvil	Unidad Coronaria Móvil
Cantidad de Empresas					
Contratadas					
Con Medios Terrestres					
Con Medios Aéreos					

Se consignará el tiempo de llegada de los móviles a los puestos de trabajo mas distantes en caso de emergencia. Se señalará, además, la distancia aproximada.

Ubicación	Distancia al puesto de trabajo más alejado	Tiempo estimado de llegada
Zona Urbana (*)		
Zona Semiurbana (*)		
Zona Rural (*)		

Nota: A los efectos de este Anexo, se define:

(*) Area Urbana: Se considerarán en esta categoría aquellas ciudades, pueblos o comunidades que cuenten con un centro asistencial de alta complejidad en su propio seno.

(*) Area Semiurbana: Se considerarán en esta categoría aquellas poblaciones que cuenten sólo con centros asistenciales de media o baja complejidad.

(*) Area Rural: Se considerarán en esta categoría aquellos asentamientos ubicados a más de 50 Km. de un centro asistencial.

ANEXO Id - ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE BAJA COMPLEJIDAD

Provincia.....		
Cantidad de Establecimientos	Total Médicos	Total Enfermeras Diplomadas
Propios		
Contratados		

Prestaciones propias y contratadas: (Se consignará N° de establecimientos y de recursos)

A) Atención Médica:

Establecim. con consultorios	<input type="text"/>	N° de consultorios	<input type="text"/>
Establecim. con Sala Guardia	<input type="text"/>	N° de camas en Guardia (no Camillas)	<input type="text"/>
Establecim. con Salas de Internac.	<input type="text"/>	N° de camas	<input type="text"/>
Establec. con quirófanos de guardia	<input type="text"/>	N° de quirófanos	<input type="text"/>
Establecim. con quirófano central	<input type="text"/>	N° de quirófanos	<input type="text"/>

B) Recursos Técnicos

Establec. con electrocardiógrafo	<input type="text"/>		
Establecim. con equipos RX	<input type="text"/>		
100 mA	<input type="text"/>	300 mA	<input type="text"/>
500 mA	<input type="text"/>		
Establec. con desfibriladores	<input type="text"/>		

C) Laboratorios

	<input type="text"/>	Dentro del establecimiento	<input type="text"/>
		Externo	<input type="text"/>

D) Medicamentos

Entrega en el Establecimiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de Establecimientos	<input type="text"/>
Entrega en Farmacia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de Farmacias	<input type="text"/>
Sistema de Reintegro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

ANEXO Ie - ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE MEDIA COMPLEJIDAD

Provincia.....

Cantidad de establecimientos: Propios Contratados

Prestaciones propias y contratadas: (Se consignará N° de establecimientos y de recursos)

A) Atención Médica:

Establecimientos con Terapia Intermedia	<input type="text"/>	Cantidad de camas	<input type="text"/>
Establecimientos con Sala de Internación Común	<input type="text"/>	Cantidad de camas	<input type="text"/>
Establecimientos con Banco de Sangre	<input type="text"/>		
Establecimientos con quirófanos de guardia	<input type="text"/>	N° de quirófanos	<input type="text"/>
Establecimientos con quirófanos centrales	<input type="text"/>	N° de quirófanos	<input type="text"/>

B) Recursos Técnicos

Establecimientos con desfibriladores	<input type="text"/>		
Establecimiento con Respiradores	<input type="text"/>		
Establecimientos con equipos RX			
100 mA <input type="text"/>	300 mA <input type="text"/>	500 mA <input type="text"/>	
Laboratorios dentro del establecimiento	<input type="text"/>		
Laboratorios externos	<input type="text"/>		

C) Medicamentos

Entrega en el Establecimiento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de Establecimientos	<input type="text"/>
Entrega en Farmacia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de Farmacias	<input type="text"/>
Sistema de Reintegro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

ANEXO If - ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE ALTA COMPLEJIDAD

Provincia.....

Cantidad de establecimientos: Propios Contratados

Prestaciones propias y contratadas: (Se consignará N° de establecimientos y de recursos)

A) Atención Médica:

Establecimientos con UTI Camas

Establecimientos con UCO Camas

Equipos médicos preparados para "grandes cirugías"

Equipos médicos preparados para "reimplantes"

Equipos médicos preparados para efectuar "microcirugía"

Banco de sangre

B) Prácticas o Estudios

Tomografía Computada En el establecimiento Externo

Resonancia Magnética Nuclear En el establecimiento Externo

Estudios de Medicina Nuclear En el establecimiento Externo

Detallar

C) Medicamentos

Entrega en el Establecimiento SI NO N° de Establecimientos

Entrega en Farmacia SI NO N° de Farmacias

Sistema de Reintegro SI NO

En todos los casos las mismas serán confortables y estéticamente aceptables. Serán reemplazadas conforme al desgaste de las mismas (de acuerdo al uso normal y habitual para las que están destinadas) y/o a las alteraciones producidas a posteriori del implante.

Ortesis: Collar cervical de tracción regulable - Collar de Philadelphia - Corsé de Jewett - Corsé Dorsolumbar - Corsé Milwaukee - Corsé Lumbosacro - Faja Abdominal - Corsé Bivalvado de Polipropileno - Fajas costales - Férulas Estáticas y Dinámicas (para distintas zonas corpóreas) - Ortesis de marcha - Muñequera - Rodilleras feruladas - Tobilleras elásticas - Zapatos ortopédicos - Sillas de Ruedas - Sillas sanitarias - Bastones: Comunes de mango anatómico. Canadienses y Trípodes - Muletas (de altura regulable, de madera, de metal) - Cabestrillo de tela modelo Vietnam - Elementos antiescarantes.

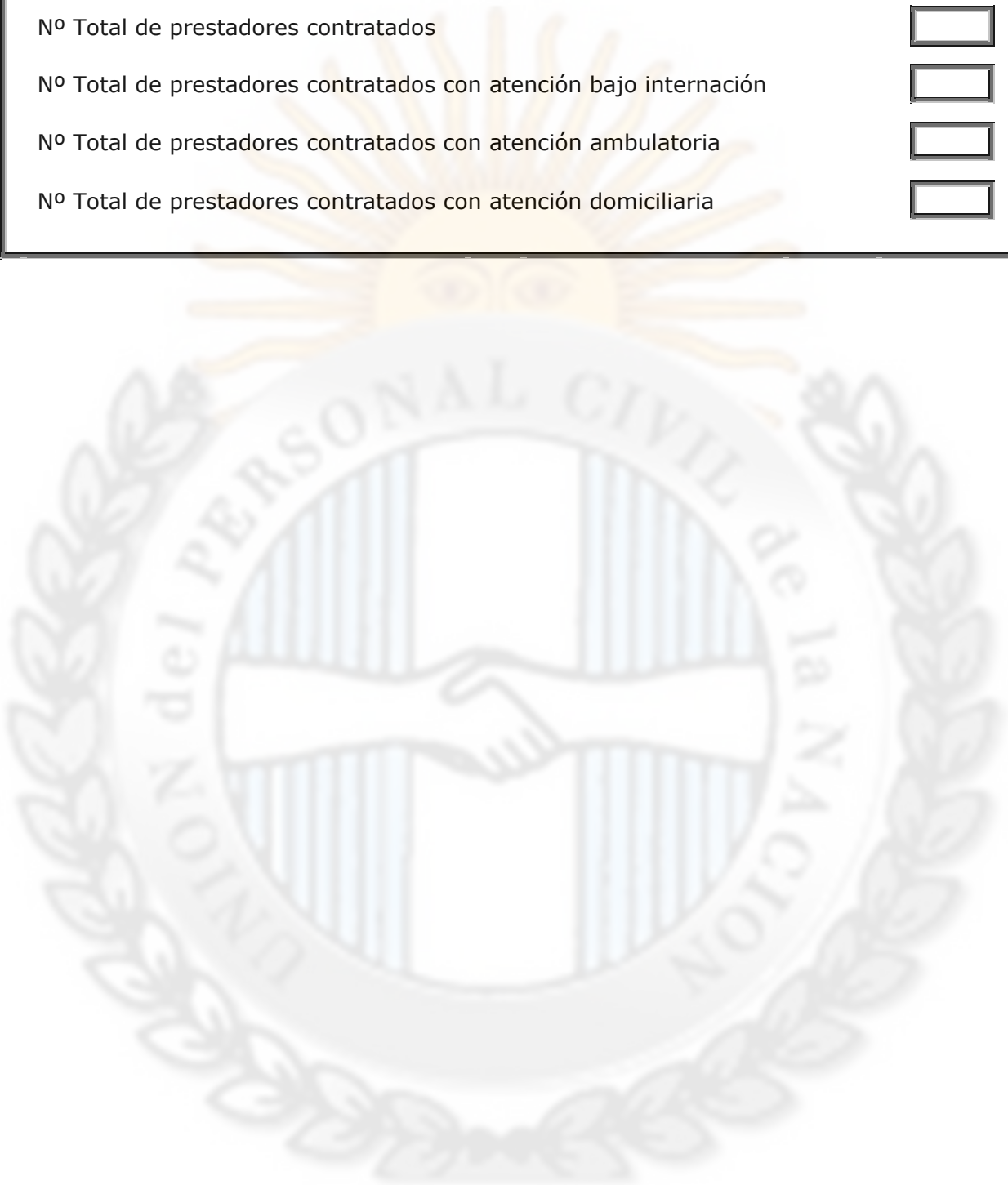
Provincia.....

Nº Total de prestadores contratados

Nº Total de prestadores contratados con atención bajo internación

Nº Total de prestadores contratados con atención ambulatoria

Nº Total de prestadores contratados con atención domiciliaria



Provincia.....

Cantidad de cocherías contratadas

Cantidad de cocherías con sistema de reintegro

