

Resolución N° 60/98

Bs. As., 17/6/98

VISTO el Expediente del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) N° 0929/98, los artículos 32 y 36 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557, el artículo 58 de la Ley de Seguros N° 20.091, y la Resolución S.R.T. N° 079 de fecha 26 de junio de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que resulta facultad de esta S.R.T., conforme al apartado I incisos b) y d) del artículo 36 de la Ley N° 24.557, supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) y los empleadores autoasegurados, así como requerir a los mismos toda información o documentación que resulte menester a tal efecto.

Que para el ejercicio de dicha función, le corresponde a esta S.R.T. la realización de auditorías médicas dirigidas a controlar el otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones en especie que deben brindar a los trabajadores damnificados, las A.R.T. y empleadores autoasegurados.

Que a tal efecto, esta S.R.T. debe contar indispensablemente con la información adecuada y oportuna que corresponde proporcionar a las A.R.T. y empleadores autoasegurados.

Que resulta conveniente, función de los antecedentes y experiencia cumplida desde la sanción del régimen de la Ley N° 24.557, modificar, el listado de patologías que resultan prioritarias para este Organismo, en vistas al control de las prestaciones en especie que deben brindar las A.R.T. y empleadoras autoasegurados.

Que los cambios propiciados atienden a mejorar el control de dichas prestaciones en especie teniendo en cuenta los accidentes laborales que pudieren ocasionar mayor morbi-mortalidad y secuelas incapacitantes sobre los trabajadores.

Que a los efectos de incorporar los cambios en esta materia, resulta necesario modificar la Redolución S.R.T. N° 079/96 que fuera dictada oportunamente por este Organismo para tal finalidad.

Que en razón de la importancia que implica el cumplimiento por parte de las A.R.T. y empleadores autoasegurados de sus obligaciones para brindar información adecuada y oportuna a esta S.R.T., respecto a las patologías que sufrieran los trabajadores, como a la atención que les fuera otorgada, debe tenerse presente, para el supuesto de incurrir en su incumplimiento, las previsiones establecidas en el artículo 32 de la Ley N° 24.557, como así también lo prescripto en el artículo 58 de la Ley N° 20.091.

Que la Subgerencia Legal de esta S.R.T. ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dieta en ejercicio de las atribuciones conferidas por el artículo 36, apartado 1 incisos b) y d) de la Ley N° 24.557.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

ARTICULO 1°-Dispónese que, a los efectos de llevar a cabo la Auditoria Médica por parte de esta S.R.T., las A.R.T. y las empresas autoaseguradas, están obligadas a informar a este Organismo, las patologías que presenten los trabajadores asegurados y que resultan tipificadas en el ANEXO I

que se aprueba formando parte de esta Resolución. La declaración de las referidas patologías por parte de las Aseguradoras y empleadores autoasegurados, en ningún caso excluirá el cumplimiento de otros deberes de información previstos en la Ley N° 24.557 y sus normas reglamentarias.

ARTICULO 2°-La comunicación a esta S.R.T. de las patologías descritas en el ANEXO I, deberá efectuarse dentro de las VEINTICUATRO (24) horas del momento a partir del cual la Aseguradora o empleadores autoasegurados hubieran prestado la primera asistencia al trabajador accidentado o de haberseles requerido la correspondiente cobertura. Para efectuar la comunicación a este Organismo, las Aseguradoras y los empleadores autoasegurados deberán utilizar el formulario adjunto como ANEXO II y seguir los procedimientos estipulados en el ANEXO III, anexos que se aprueban integrando la presente Resolución.

ARTICULO 3°-Establécese asimismo que las A.R.T. y empleadores autoasegurados deberán informar a esta S.R.T., aquellas circunstancias que se produzcan e impliquen un cambio sobre la denuncia inicial efectuada, tal como el alta, traslado, fallecimiento del paciente o bien en el caso de detectarse algún error en los datos denunciados a este Organismo. Esta nueva información deberá comunicarse a esta S.R.T dentro de las DOCE (12) horas de haberse producido el hecho o de tomarse conocimiento de la nueva situación.

ARTICULO 4°-El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente Resolución, por parte de las A.R.T. y empleadores autoasegurados, traerá aparejado la posible aplicación de las sanciones previstas en el régimen de la Ley N° 24.557.

ARTICULO 5°-Dispónese que esta Resolución entrará en vigencia a partir del 1° de julio de 1998, fecha en que quedará derogada la Resolución S.R.T. N° 079/96, resultando reemplazada por la presente.

ARTICULO 6°-Regístrese, comuníquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación y archívese.

Dr. Reinaldo Alberto Castro. Superintendente de Riesgos del Trabajo.

LISTADO DE PATOLOGÍAS A DENUNCIAR

1. Quemadura grave (Tipo AB + 20%; Tipo B + 10%)
2. Amputación por encima de carpo o tarso, parcial o total
3. Intoxicaciones agudas con alteración de parámetros vitales
4. Coma de origen traumático
5. Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento (se excluyen los casos sin alteraciones neurológicas, con TAC normal)
6. Politraumatismo grave
7. Aplastamiento torácico
8. Fractura expuesta
9. Fractura de una o más vertebras
10. Fracturas de pelvis
11. Herida abdominal trans peritoneal con o sin perforación de víscera
12. Perforación o enucleamiento ocular
13. Rotura/estallido de vísceras
14. Castración o emasculación traumática
15. Fracturas cerradas de miembros por encima de carpo o tarso
16. Amputación total de uno o más dedos de manos y pies
17. Herida grave de manos
18. Muerte



| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|----------|--|---------------------------|-------------|-----------|-----------|
| S.R.T. | | FORMULARIO DE DENUNCIA POR SINIESTRO LABORAL | | | | | | | |
| SRT: Fax: 394-2211/4070 | | | | | N° Denuncia: | | | | |
| INICIAL | | | MODIFICACIÓN | | CORRECCIÓN DE ERROR | | | | |
| <u>Datos del Siniestrado</u> | | | | | | | | | |
| Apellido | | Nombres | | CUIL/DNI | | Fecha Nac. | Sexo M F | | |
| Domicilio del Siniestrado: Calle | | N° | | Teléfono | | C.P. | Ciudad | Provincia | |
| Empresa donde trabaja (Razón Social) | | | CUIT de la Empresa | | | Cargo / Actividad | | | |
| <u>Datos de la ART</u> | | Código de A.R.T./AUTOASEGURADA | | | CUIT | | | | |
| <u>Datos del Prestador</u> | | | | | | | | | |
| Nombre del Prestador | | | | | CUIT | | | | |
| Domicilio del Prestador: | | Calle | N° | | Teléfono | | C.P. | Ciudad | Provincia |
| <u>Datos del Siniestro</u> | | LUGAR DE TRABAJO | | | IN ITINERE | | | | |
| Lugar del Siniestro: | | Calle | N° Piso Dpto. | | Teléfono | | C.P. | Ciudad | Provincia |
| Descripción del Efecto producido en el Accidentado: | | | | | | | | | |
| Oportunidad del Siniestro | | 1ª Atención Asistencial | | | Ubicación y Situación actual del Accidentado | | | | |
| Fecha Hora | | Fecha Hora | | | | | | | |
| UCO, UTI o Piso – Cama | | | Diagnóstico Actual | | | | | | |
| Observaciones: (Probable evolución, etc.) | | | | | | | | | |
| <u>Remitente Responsable</u> | | | Firma | | | Aclaración y N° Matrícula | | | |
| Fecha Hora | | | | | | | | | |

PROCEDIMIENTOS

El formulario - Anexo II - debe ser remitido por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o empleador autoasegurado, por vía de fax a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO – (S.R.T.) - dentro de las VEINTICUATRO (24) horas del momento a partir del cual la Aseguradora o los empleadores autoasegurados hubieren prestado asistencia al trabajador accidentado o de habersele requerido la correspondiente cobertura, utilizando los teléfonos (01) 394-2211/4070 y/o a aquellos que disponga por Circular la S.R.T..

Las modificaciones a la situación del accidentado o correcciones de una información previa, deberán comunicarse por la misma vía y con el mismo formulario, dentro de las (DOCE)12 horas de acaecida la modificación o detectada la necesidad de corrección. Los fallecimientos deberán ser informados en todos los casos sin excepción.

Los teléfonos preimpresos corresponden a fax automáticos que funcionan VEINTICUATRO (24) horas al día los 365 días del año.

Nº DE DENUNCIA: reservado para la SRT.

Marcar con "X" el rectángulo correspondiente, cuando se utilice el formulario como primera comunicación, (**INICIAL**), modificación del estado del paciente, es decir, egreso, fallecimiento, traslado, etc., (**MODIFICACIÓN**), o cuando sea necesario corregir datos por error en una información previa, (**CORRECCIÓN DE ERROR**).

Los **Datos del Siniestrado** deben informarse completamente en todos los casos, consignando si ocurrió in itinere o en el lugar de trabajo, así como los **Datos de la A.R.T./ Autoasegurada, del Prestador y del Siniestro**.

Descripción del Efecto Producido en el Accidentado: Breve descripción de las lesiones, informando condiciones de gravedad del caso.

Oportunidad del Siniestro y 1ra. Atención Asistencial: en ambos casos consignar fecha y hora completa (con horas y minutos).

Ubicación y Situación Actual del Accidentado: Hospital / Clínica / Sanatorio, piso, cama, etc. En caso que el paciente haya sido dado de alta antes de la comunicación, (dentro de las VEINTICUATRO (24) horas que se establecen como lapso máximo para la denuncia), se deberá informar igualmente, consignando tal situación en este casillero.

Remitente responsable: la planilla debe ser firmada por médico o, en su defecto, personal jerárquico de la Aseguradora/Autoasegurada. En el primer caso se consignará el Nº de Matrícula Profesional.