

Resolución 283/2002

Auditorías médicas. Listado de lesiones a denunciar por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados. Plazos y formularios para las comunicaciones correspondientes. Confirmación de denuncia.

Bs. As., 29/8/2002

VISTO el Expediente del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) N° 0230/01, la Ley N° 20.091, la Ley N° 24.557, la Resolución S.R.T. N° 39 de fecha 6 de febrero de 2002, y

CONSIDERANDO:

Que por lo dispuesto en el apartado 1, incisos b) y d) del artículo 36 de la Ley N° 24.557 son funciones de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados, así como requerir a los mismos toda información que resulte necesaria para el cumplimiento de sus competencias.

Que para el ejercicio de dichas funciones le corresponde a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO la realización de auditorías médicas dirigidas a controlar el otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones en especie que deben brindar las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados a los trabajadores damnificados.

Que para ello, la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO debe contar con la información adecuada y oportuna que les corresponde proporcionar a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y a los empleadores autoasegurados.

Que en función de los antecedentes y experiencia cumplida desde la sanción del régimen de la Ley N° 24.557, resulta conveniente modificar el listado de lesiones que son prioritarias para este Organismo, en vistas al control de las prestaciones en especie que deben brindar las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados.

Que con el fin de optimizar las acciones de control de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, la celeridad del flujo informativo y la calidad de la información remitida por las Aseguradoras o los Empleadores Autoasegurados, resulta pertinente implementar un sistema de denuncia por vía extranet.

Que, asimismo con el objetivo de unificar conceptos y criterios médicos, es necesario definir los alcances y significados de algunas de las lesiones identificadas como prioritarias.

Que es necesario determinar precisamente los plazos dentro de los cuales las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados deben remitir la información a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.

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

Que a los efectos de incorporar los cambios en esta materia, resulta necesario derogar la Resolución S.R.T. N° 39/02 que para tal finalidad fuera dictada oportunamente por este Organismo.

Que sin perjuicio de lo expuesto, y por una necesidad operativa, durante el plazo de CUARENTA Y CINCO (45) días corridos desde la entrada en vigencia de la presente se utilizará el sistema de denuncia vía fax.

Que cabe aclarar que lo enunciado precedentemente versará sólo en cuanto al canal de denuncia, debiendo las Aseguradoras cumplir desde la vigencia de la presente Resolución, la totalidad de las disposiciones y mecanismos que se aprueban.

Que en razón de la importancia que implica el cumplimiento por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y de los empleadores autoasegurados de sus obligaciones de brindar información adecuada y oportuna a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO respecto de las lesiones que sufrieran los trabajadores, así como 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 de Asuntos Legales de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente se dicta 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:

Artículo 1° — Dispónese que, a los efectos de llevar a cabo la Auditoría Médica por parte de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados están obligados a informar a este Organismo, las lesiones que presenten los trabajadores asegurados que se encuentran tipificadas en el ANEXO I que se aprueba como parte integrante de la presente Resolución. La declaración de las referidas lesiones por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y de los empleadores autoasegurados, en ningún caso excluirá el cumplimiento de otros deberes de información que se hallen previstos en la Ley N° 24.557 y sus normas reglamentarias.

Art. 2° — La comunicación a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), por parte de las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (A.R.T.) y Empleadores Autoasegurados; de los accidentes asociados a las lesiones descritas en el Anexo I de la presente resolución, deberá efectuarse en forma inmediata y en un plazo no mayor de DOCE (12) HORAS a partir del momento en el cual la A.R.T. o el Empleador Autoasegurado hubiera tomado conocimiento del accidente y/o de haberseles requerido la correspondiente cobertura, lo que ocurra primero, salvo para las lesiones descritas en los puntos 6, 16 y 17 del Anexo citado, las que podrán ser comunicadas dentro de las VEINTICUATRO (24) HORAS.

(Artículo sustituido por art. 1° de la [Resolución SRT N° 40/2009](#). Vigencia: a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial)

Art. 3° — La mencionada comunicación deberá realizarse por vía extranet, salvo impedimento técnico fundado, en cuyo caso se enviará vía fax.

Art. 4° — Para efectuar la comunicación a este Organismo, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados deberán utilizar el formulario incorporado como ANEXO II y seguir los procedimientos estipulados en el ANEXO III. Ambos ANEXOS se aprueban como parte de la presente Resolución.

Art. 5° — Respecto del ANEXO II, establécese que el campo referido al CODIGO POSTAL ARGENTINO (CPA) no constituirá información obligatoria sino hasta pasados los CIENTO OCHENTA (180) días corridos desde la entrada en vigencia de la presente Resolución. En caso de no disponer el CPA, se deberá completar con el Código Postal tradicional.

Art. 6° — Una vez recibida la denuncia, la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO remitirá el formulario de 'Confirmación de Denuncia', que como Anexo IV forma parte integrante de la presente resolución, pudiendo ser reemplazado por una confirmación electrónica. Por medio de esa 'Confirmación' se informará a la A.R.T. o empleador autoasegurado la obligación de completar los datos faltantes, dándose por debidamente notificado y teniendo el plazo de VEINTICUATRO (24) horas para completarlos.

(Artículo sustituido por art. 2° de la [Resolución SRT N° 1.021/2008](#). Vigencia: a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial)

Art. 7° — Establécese que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados deberán informar a esta SUPERINTENDENCIA, aquellas circunstancias que se produzcan e impliquen un cambio sobre la denuncia inicial efectuada, tales como: el alta, el traslado o el fallecimiento del paciente; el rechazo posterior del siniestro, o los errores que se detecten en los datos denunciados a este Organismo. Esta nueva información deberá comunicarse dentro de las VEINTICUATRO (24) horas de tomarse conocimiento de la nueva situación.

Art. 8° — El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente Resolución, por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y de los empleadores autoasegurados, importará la aplicación de las sanciones previstas en el régimen de la Ley N° 24.557.

Art. 9° — Las irregularidades verificadas mediante las Auditorías realizadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO darán origen a la substanciación de sumario, en virtud de las sanciones que pudieren corresponder. La acción de control por Auditoría muestral que ejerce esta Superintendencia se podrá extender a otras lesiones no listadas en el ANEXO I.

Art. 10. — Derógase la Resolución S.R.T. N° 39/02.

Art. 11. — Dentro del plazo de CUARENTA Y CINCO (45) días corridos a partir de la vigencia de la presente, se utilizará el sistema de denuncia vía fax y el sistema de denuncia establecido en la presente Resolución. A partir del vencimiento de dicho plazo, el único sistema de denuncia vigente será el de la presente Resolución.

Art. 12. — Dispónese que esta Resolución entrará en vigencia a la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 13. — Regístrese. comuníquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación y archívese.

José M. Podestá.

LISTADO DE LESIONES A DENUNCIAR

1. Quemadura grave (Tipo AB mayor al 20%; Tipo B mayor al 10%).
2. Amputación por encima de carpo o tarso, parcial o total.
3. Amputación de uno o más dedos de manos o pies (con internación).
4. Intoxicaciones agudas con alteración de parámetros vitales.
5. Coma de origen traumático.
6. Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento (se excluyen los casos sin alteraciones neurológicas, con TAC normal).
7. Politraumatismo grave. (Cuando se presente más de una lesión de este listado)
8. Aplastamiento torácico.
9. Fractura expuesta, incluidas fracturas abiertas (con internación).
10. Fractura o luxación de una o más vértebras. *(Descripción de la lesión sustituida por art. 3° de la [Resolución SRT N° 1.021/2008](#). Vigencia: a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial)*
11. Fractura de pelvis.
12. Herida abdominal transperitoneal con o sin perforación de víscera.
13. Perforación o enucleamiento ocular.
14. Rotura/estallido de vísceras.
15. Castración o emasculación traumática.
16. Fracturas cerradas de miembros inferiores o superiores (con internación o con internación y cirugía inmediata al accidente o programada como consecuencia de la lesión inicial).
17. Herida y/o traumatismo de mano con internación.
18. Lesiones producidas por arma de fuego o arma blanca (con internación)
19. Muerte.

NOTAS ACLARATORIAS AL LISTADO:

- a) *(Nota aclaratoria derogada por art. 4° de la [Resolución SRT N° 1.021/2008](#). Vigencia: a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial)*
- b) Para la lesión 7. Politraumatismo grave, es obligatorio describir cada una de las lesiones en el campo "Lesión/Diagnóstico Actual" del ANEXO II de la presente Resolución.

S.R.T.		FORMULARIO DE DENUNCIA POR SINIESTRO LABORAL GRAVE					
SRT: Fax: 4394-2211/4070 http://www.arts.gov.ar		N° Siniestro ART:			N° Denuncia:		
INICIAL	<input type="text"/>	MODIFICACIÓN	<input type="text"/>	CORRECCIÓN DE ERROR			<input type="text"/>
<u>Datos del Siniestrado</u>							
Apellido		Nombres		CUIL/DNI		Fecha Nac.	SEXO M F
Domicilio del Siniestrado: Calle		N°:	Teléfono	C.P.A.	Ciudad	Provincia	
Empresa donde trabaja (Razón Social)			CUIT de la Empresa		Cargo / Actividad		
<u>Datos de la ART</u>		A.R.T./AUTOASEGURADA (Denominación)			Código:		
<u>Datos del Prestador</u>							
Nombre del Prestador				CUIT			
Domicilio del Prestador: Calle		N°:	Teléfono	C.P.A.	Ciudad	Provincia	
<u>Datos del Siniestro</u>		LUGAR DE TRABAJO		IN ITINERE			
Lugar del Siniestro Calle		N°:	Piso	Teléfono	C.P.A.	Ciudad	Provincia
Dpto.							
CUIT ESTABLECIMIENTO			CIU		N° DE ESTABLECIMIENTO		
Descripción de la forma de ocurrencia del siniestro:							
Oportunidad del Siniestro Fecha		1° Atención Asistencial Fecha		Hora		Ubicación actual del Accidentado UCO – UTI o Piso – Cama	
Lesión/Diagnóstico Actual							<input type="text" value="C.L."/>
Observaciones: (Probable evolución, etc.)							
<u>Remitente Responsable</u> Fecha		Firma			Aclaración y N° Matricula		
Hora							

NOTA:

El campo "Firma" debe ser completado solamente ante la posibilidad que se presenten impedimentos técnicos y debe enviarse la información vía fax.

(Nota: Ver art. 5° de la [Resolución SRT N° 1.021/2008](#). Vigencia: a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial, que establece los campos detallados en el presente Anexo, indispensables para el ingreso inicial de una denuncia)

PROCEDIMIENTOS

El formulario de denuncia - /Anexo II - debe ser remitido por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o empleador autoasegurado, vía extranet a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO - (S.R.T.) - de conformidad con los parámetros establecidos en la presente Resolución, a través de la siguiente dirección: <http://www.arts.gov.ar>.

La Superintendencia comunicará por Circular complementaria los mecanismos específicos referentes a la denuncia vía extranet.

Las modificaciones a la situación del accidentado o correcciones de una información previa, deberán comunicarse por la misma vía y con el mismo formulario.

N° DE SINIESTRO: consignar el N° asignado por la Aseguradora

N° 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., (MODIFICACION), o cuando sea necesario corregir datos por error en una información previa, (CORRECCION DE ERROR).

Los Datos del Siniestrado deben informarse completamente en todos los casos, así como los datos de la A.R.T./ Autoasegurada, del Prestador (sin omitir el N° de Teléfono) y del Siniestro. Cumplido el plazo de 180 días desde la entrada en vigencia de la presente Resolución, el campo referido al CPA (Código Postal Argentino) será información de carácter obligatorio para todas las localidades del país cubiertas con esta codificación.

Datos del Siniestro: Se consignará si el accidente ocurrió en el lugar de trabajo o in itinere; en caso de haber sucedido en el lugar de trabajo se consignará, además, el CIU y el CUIT del establecimiento y, en caso de corresponder, el N° de establecimiento con el que se identifica la sucursal del mismo.

Descripción de la forma de ocurrencia del siniestro: Breve descripción de las circunstancias en que ocurrió el siniestro, la tarea realizada por el trabajador y las máquinas o herramientas involucradas en la ocurrencia del accidente.

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

Ubicación Actual del Accidentado: Hospital / Clínica / Sanatorio, piso, cama, etc. En caso que el paciente haya sido dado de alta antes de la comunicación, se deberá informar igualmente, consignando tal situación en este casillero.

Lesión/Diagnóstico Actual: Describir la lesión, el diagnóstico y breve reseña del cuadro presentado y las acciones diagnósticas o terapéuticas iniciales. En el Campo titulado C.L. (Código de Lesión) se consignará el código correspondiente a la lesión denunciada, a dos dígitos, según el Anexo I de la presente.

Toda vez que se solicita identificar la Provincia de un domicilio se consignará según el Código utilizado por la DGI

Tabla de Códigos de Provincias

00 Capital Federal
01 Buenos Aires
16 Chaco
17 Chubut
03 Córdoba
04 Corrientes
02 Catamarca
05 Entre Ríos
18 Formosa
06 Jujuy
21 La Pampa
08 La Rioja
07 Mendoza
19 Misiones
20 Neuquén
22 Río Negro
13 Sgo. del Estero
09 Salta
10 San Juan
11 San Luis
12 Santa Fe
23 Santa Cruz
24 Tierra del Fuego
14 Tucumán
99 Exterior del país

Observaciones: Se consignarán aquí datos adicionales que se evalúen como convenientes y pertinentes para la tipificación de la lesión y su evolución inicial.

Modificatorias: Se remitirán para los casos de: cambio de prestador, altas o muertes, también deberán remitirse cuando, luego de producida la denuncia inicial, se hubiere detectado un cambio de tipificación de lesión inicial o se ha rechazado el siniestro.

Remitente Responsable: En los casos de impedimentos técnicos que requieran el envío de la planilla vía fax, la misma debe ser firmada por el médico Responsable del Area Médica según las Resoluciones S.R.T. N° 66/96 ó 75/96 o, en su defecto, por personal de la Aseguradora o del empleador autoasegurado que se encuentre debidamente autorizado por el médico responsable.

CONFIRMACION DE DENUNCIA



Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Ministerio de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos

A: (CART DE: SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO
ASEGURADORA: (NOMBRE ART) PRESTACIONES EN ESPECIE - CASOS GRAVES
FLORIDA 537 PISO 11° - CAP. FED. FAX: 4394-22114070

Acuso de recibo de su fax "Denuncia de Siniestro" correspondiente a:

Siniestrado: (Apellido y Nombre)	CUIL: (CUIL del Siniestrado)
Empresa: (Nombre del Empleador)	CUIT: (CUIT de la Empresa)

Recibido a las 00:00:00 del dd/mmlaaaa

La mencionada denuncia ha sido registrada con el numero:

0000-0000

Todo trámite al respecto deberá hacer mención de dicho número.

Encontrándose algunos datos de la Denuncia incompletos o incorrectos, la Aseguradora deberá informar lo siguiente:

Antecedentes Normativos

- Artículo 2° sustituido por art. 1° de la [Resolución SRT N° 1.021/2008](#). Vigencia: a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.