

## **Resolución 1068/2011**

**Apruébase un procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas.**

**Bs. As., 27/7/2011**

VISTO el Expediente N° 16.512/09 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), las Leyes N° 19.549 y 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 S.R.T. N° 635 de fecha 23 de junio de 2008, N° 772 de fecha 29 de julio de 2009 y N° 1314 de fecha 3 de septiembre de 2010, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto N° 717 de fecha 28 de junio de 1996 se reglamentaron, en el marco de la Ley N° 24.557, las diversas acciones a cargo de las Comisiones Médicas y los procedimientos que resultan de aplicación a su labor.

Que en virtud de lo dispuesto por el artículo 35 del Decreto N° 717/96, la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) es el Organismo encargado de dictar las normas complementarias del procedimiento previsto por dicha norma.

Que el artículo 12 del Decreto N° 717/96 determina que la S.R.T. establecerá los requisitos que sean necesarios para formalizar las solicitudes de intervención ante las Comisiones Médicas.

Que mediante la Resolución S.R.T. N° 1314 de fecha 3 de septiembre de 2010, se aprobó el procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas, cuando la presentación realizada por el trabajador sea encuadrada en los motivos: "Silencio de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo/Empleador Autoasegurado", "Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie", "Divergencia en la situación de Incapacidad Laboral Temporal (I.L.T.)", "Divergencia en el porcentaje de Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.)" y "Rechazo de la denuncia de la contingencia por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.)/Empleador Autoasegurado (E.A.)", entre otras cuestiones.

Que transcurridos aproximadamente DIEZ (10) meses de la entrada en vigencia del procedimiento aprobado, se detectaron puntos críticos que requieren optimización, para adecuarlos a las exigencias de las labores diarias y habituales de las Comisiones Médicas.

Que el procedimiento que por el presente se aprueba tiene como fin brindar mayores beneficios al trabajador accidentado, simplificar y agilizar las gestiones, unificar circuitos de información e intercambio, incrementando de esta forma la eficiencia y eficacia del Sistema de Riesgos del Trabajo.

Que el inciso d), apartado 3° del artículo 31 de la Ley N° 24.557 establece como obligación de los trabajadores someterse a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación.

Que los artículos 7 y 17 del Decreto N° 717/96 establecen la obligación del trabajador a someterse tanto al control que efectúe el facultativo designado por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, como a los exámenes médicos que indique la Comisión Médica, respectivamente.

Que el inciso b) del artículo 1 de la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos N° 19.549, establece para los trámites que se desarrollan en su ámbito, los principios de celeridad, economía, sencillez y eficacia.

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

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el apartado 3° del artículo 21 y por el apartado 1° del artículo 36, ambos de la Ley de Riesgos del Trabajo, y por el artículo 35 del Decreto N° 717/96 y la Resolución S.R.T. N° 772 de fecha 29 de julio de 2009.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébase el procedimiento para verificar los requisitos necesarios para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas, cuando la presentación realizada por el trabajador, derechohabiente o apoderado deba ser encuadrada dentro de los siguientes motivos: "Silencio de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.)/Empleador Autoasegurado (E.A.)", "Divergencia en el contenido o en el alcance de las prestaciones en especie", "Divergencia en la situación de Incapacidad Laboral Temporal (I.L.T.)", "Divergencia en el porcentaje de Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.)" y "Rechazo de la denuncia de la contingencia por la A.R.T./E.A."

Art. 2° — Establécese como herramienta de intercambio electrónico entre las A.R.T., los E.A. y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), para el procedimiento aprobado en el artículo precedente, al Sistema de "Ventanilla Electrónica", implementado mediante la Resolución S.R.T. N° 635 de fecha 23 de junio de 2008. El intercambio electrónico recíproco efectuado a través de la Ventanilla Electrónica tendrá el carácter de notificación fehaciente y declaración jurada.

Art. 3° — Establécese que las A.R.T. deberán incorporar los informes aludidos en la presente resolución en el "Registro de Seguimiento de Casos" y remitirlos a la S.R.T. en Formato de Documento Portable (P.D.F.), en los términos de los artículos 4°, 7° y 8° de la Resolución S.R.T. N° 733 de fecha 26 de junio de 2008.

Art. 4° — Establécese que:

a) Dentro de los DOS (2) días hábiles de haber recibido el Expediente S.R.T., la A.R.T./E.A. deberá contactar al damnificado en forma telefónica, vía correo electrónico o mensaje de texto telefónico, o por el medio electrónico que tenga a disposición, a los fines que corresponda según el trámite de que se trate.

b) Dentro de los CINCO (5) días hábiles de haber recibido el Expediente S.R.T., la A.R.T./E.A. deberá responder mediante un "Informe del Caso", que contendrá la información correspondiente de acuerdo al tipo de trámite de que se trate.

Art. 5° — Establécese que si el Expediente S.R.T. es iniciado por motivo de SILENCIO DE LA A.R.T./E.A., la A.R.T./E.A. deberá:

a) Contactar al damnificado dentro del plazo establecido en el inciso a) del artículo 4° de la presente resolución.

b) Brindar la información que a continuación se detalla a la S.R.T., dentro del plazo establecido en el inciso b) del artículo 4° de la presente resolución:

1) Fecha de ocurrencia de la contingencia.

2) Fecha de denuncia de la contingencia.

3) Día y hora del turno otorgado y nombre del prestador, en caso de que amerite citación por parte de la A.R.T.

4) Resultado de la evaluación del damnificado, en caso de haberse realizado.

5) Detalle de estudios y/o tratamientos requeridos, en caso de haberse realizado.

En aquellos casos en que, efectuada la evaluación por parte de la A.R.T./E.A, se considere que no se trata de un supuesto de silencio, la aseguradora deberá acreditar tal situación, por lo que no procederá lo previsto en los incisos a) y b) del presente artículo.

Art. 6° — Establécese que si el Expediente S.R.T. es iniciado por motivo de DIVERGENCIA EN EL CONTENIDO O EN EL ALCANCE DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE, se procederá a derivar al trabajador en forma inmediata a un profesional médico de la Comisión Médica Jurisdiccional para su evaluación, pudiéndose verificar DOS (2) situaciones:

a) Cuando de la evaluación y a criterio del médico interviniente surgiera que las lesiones no están consolidadas y que resulta necesario continuar con el tratamiento, se derivará el Expediente S.R.T. a la A.R.T./E.A. adjuntando el informe médico a partir del cual se arriba a tal conclusión. La A.R.T./E.A. deberá ratificar su propio criterio médico o, en caso de aceptar el criterio del médico interviniente, contactar al damnificado dentro del plazo establecido en el inciso a) del artículo 4° de la presente resolución para su evaluación y/ o tratamiento.

En cualquier caso, la A.R.T./E.A. informará la situación dentro del plazo establecido en el inciso b) del artículo 4° de la presente resolución.

Para el caso de aceptar el criterio médico de la Comisión Médica Jurisdiccional (C.M.I), la A.R.T./E.A. deberá informar la situación, remitiendo a la S.R.T. la siguiente información:

- 1) Fecha de la citación para que concurra al prestador.
- 2) Nombre del prestador al que fue derivado.

Para el caso de ratificar su propio criterio médico, deberá justificar la decisión adoptada.

b) Cuando el médico interviniente constate que las lesiones que presenta el damnificado se encuentran consolidadas, se asesorará al trabajador y se informará a la A.R.T./E.A. para que, en caso de corresponder, proceda de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

Art. 7° — Establécese que si el Expediente S.R.T. es iniciado por motivo de DIVERGENCIA EN LA SITUACION DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA (I.L.T.), la A.R.T./E.A. deberá informar el estado de situación del trámite y, en caso de corresponder, citar al trabajador damnificado para fijar incapacidad, proponer acuerdo y presentarlo ante la S.R.T. para homologar, en el plazo establecido por la normativa vigente.

Además deberá informar al damnificado el estado de su trámite.

Una vez iniciado el Expediente S.R.T., la A.R.T./E.A. deberá brindar la información que a continuación se detalla, dentro del plazo establecido en el inciso b) del artículo 4° de la presente resolución:

- 1) Fecha de ocurrencia de la contingencia.
- 2) Fecha de denuncia de la contingencia.
- 3) Fecha y motivo del Cese de la I.L.T.
- 4) Notificación fehaciente del cese de la I.L.T. al empleador y al trabajador. En caso de que ésta hubiere sido realizada mediante carta documento, la acreditación se realizará a través de la

remisión del acuse de recibo en formato PDF, conforme los artículos 2º y 3º de la presente resolución.

5) De haberse efectuado, fecha de citación para evaluar la incapacidad laboral por la A.R.T./E.A., copia de la notificación fehaciente al trabajador de la estimación realizada respecto de la Incapacidad Laboral y firma del acuerdo para homologar la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.).

6) Fecha de inicio de trámite para homologar el acuerdo o para determinar la Incapacidad Laboral, en caso de corresponder.

Art. 8º — Establécese que si el Expediente S.R.T. es iniciado por DIVERGENCIA EN EL PORCENTAJE DE I.L.P., fijado y notificado por la A.R.T./E.A. al trabajador damnificado, se iniciará el trámite médico correspondiente a "Divergencia en la situación de I.L.P.". La A.R.T./E.A. deberá aportar al momento de la audiencia toda la documentación médica que obre en su poder.

Art. 9º — Establécese que en los casos en que el trabajador se presentase ante las Comisiones Médicas con motivo de RECHAZO DE LA DENUNCIA DE LA CONTINGENCIA por parte de la A.R.T./E.A., negando la existencia del accidente o enfermedad o la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, o en los supuestos contemplados en los incisos a) y b) del apartado 3º del artículo 6º de la Ley N° 24.557, se abrirá un Expediente S.R.T. Si la A.R.T./E.A. no realizó el rechazo en tiempo y forma, se efectuará un requerimiento a la A.R.T./E.A. para que otorgue las prestaciones de ley. Al recibir el requerimiento, la Aseguradora deberá:

a) Citar al damnificado para brindar las prestaciones dentro del plazo establecido en el inciso a) del artículo 4º de la presente resolución.

b) Remitir dentro del plazo establecido en el inciso b) del artículo 4º de la presente resolución la información que a continuación se detalla:

1) Fecha de la citación o acreditación de la misma.

2) Fecha de inicio de prestaciones.

3) Nombre del prestador al que fue derivado.

En los casos en los que se encuentren acreditados los requisitos para el rechazo, contemplados en el artículo 6º del Decreto 717/96 y cumplidos los fundamentos contemplados en el artículo 10 de la presente resolución, se dará inicio al Trámite Médico ante las Comisiones Médicas. En los casos de rechazo de patologías no incluidas en el Listado de Enfermedades Profesionales, se seguirá el procedimiento establecido en el apartado 2 del artículo 6º de la Ley N° 24.557 y los Decretos N° 1278 de fecha 28 de diciembre de 2000 y N° 410 de fecha 6 de abril de 2001.

En los casos en que habiéndose abierto un Expediente S.R.T. y efectuado el requerimiento a la A.R.T./E.A., la aseguradora considere que no se trata de un supuesto de rechazo o que éste fue realizado en tiempo y forma, deberá acreditar tal situación, no aplicándose en consecuencia el resto del procedimiento previsto en el presente artículo.

La Aseguradora deberá incluir en la notificación del rechazo, que el trabajador estuvo bajo tratamiento.

Art. 10. — Establécese que el rechazo será debidamente fundado en los siguientes supuestos:

a) El rechazo de un accidente de trabajo se considerará debidamente fundado cuando la A.R.T./E.A. haya basado sus argumentos en los siguientes requisitos:

- Evaluación médica del damnificado.
  - Estudios complementarios realizados en los casos en que la patología lo requiera.
  - Investigación del accidente, en los casos que corresponda.
  - Inasistencia del damnificado a la citación realizada por la A.R.T./E.A. en forma fehaciente.
- b) El rechazo de una enfermedad profesional se considerará debidamente fundado cuando la A.R.T./E.A. haya basado sus argumentos en los siguientes requisitos:
- Examen médico del damnificado o declaración de imposibilidad de realizarlo por causas atribuibles al trabajador, situación que oportunamente deberá acreditar la A.R.T./E.A. en los términos de lo establecido en el artículo 11 de la presente resolución.
  - Estudios complementarios realizados por la A.R.T./E.A. o aportados por el trabajador.
  - Relevamiento de Agentes de Riesgo (R.A.R.) y nómina de personal expuesto declarado por el empleador al momento de la celebración o renovación del contrato de afiliación o declaración de la A.R.T./E.A. del incumplimiento de la realización del mismo por parte del empleador.
  - Cualquier otro estudio vinculado a los factores de riesgo imperantes en el lugar de trabajo, en caso de poseerlos.
  - Resultado de exámenes médicos en salud realizados al trabajador, en caso de corresponder.
- c) En los casos en que habiéndose realizado el examen médico se constatará la inexistencia de la patología denunciada, no será necesaria la presentación del relevamiento de agentes de riesgo o estudios vinculados a los factores de riesgo imperantes en el lugar de trabajo.
- d) Los requisitos mencionados en los incisos a) y b) no serán de aplicación en los casos en que el rechazo encuentre fundamento en la falta de cobertura.

Art. 11. — Establécese que la notificación al trabajador para el examen médico, realizado por la A.R.T./E.A., deberá ser fehaciente y contener la siguiente leyenda, en el mismo tamaño y tipografía que el resto de la comunicación:

LA SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO INFORMA:

SR. TRABAJADOR USTED TIENE LA OBLIGACION DE ASISTIR A LA CITACION QUE LE HIZO SU A.R.T. DE ACUERDO A LA LEY N° 24.557 Y AL DECRETO N° 717/96.

ES IMPORTANTE QUE SEA EVALUADO POR UN MEDICO DE SU A.R.T.

ESTO ES INDISPENSABLE PARA INICIAR UN TRAMITE ANTE LAS COMISIONES MEDICAS.

CUIDE SU SALUD.

LE RECORDAMOS QUE EL TRAMITE ES SIMPLE Y GRATUITO, NO ES NECESARIO UN GESTOR O INTERMEDIARIO PARA REALIZARLO.

ANTE CUALQUIER DUDA O CONSULTA SOBRE SU TRAMITE, COMUNIQUESE A (TELEFONO DE LA A.R.T.) O A LA LINEA GRATUITA 0800-666-6778.

Art. 12. — Establécese que el incumplimiento de las obligaciones impuestas por la presente resolución a las A.R.T./E.A., será comprobado, juzgado y sancionado mediante los procedimientos reglados por la Resolución S.R.T. N° 10 de fecha 13 de febrero de 1997.

Art. 13. — Deróganse los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de la Resolución S.R.T. 1314 de fecha 3 de septiembre de 2010.

Art. 14. — La presente resolución entrará en vigencia a partir del 1° de agosto de 2011.

Art. 15. — Comuníquese, publíquese, notifíquese a las A.R.T./E.A. por Ventanilla Electrónica. Cumplido, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, y archívese.

Juan H. González Gaviola.

