



# BOLETIN OFICIAL

## DE LA REPUBLICA ARGENTINA

### Nº 30.374

Viernes 02 de abril de 2004

#### Superintendencia de Riesgos del Trabajo RIESGOS DEL TRABAJO Resolución 266/2004

**Precísanse los casos en los cuales resulta procedente la imposición de aportes adicionales para financiar el funcionamiento de las Comisiones Médicas, que deberán abonar las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo, previstos en el artículo 22 del decreto 717/1996.**

Buenos Aires, 30/3/2004

VISTO:

El expediente del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) 1509/2002, la ley 24557, el decreto 717 de fecha 28 de junio de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 22 del decreto 717/1996 dispone: "La Superintendencia de Riesgos del Trabajo queda facultada para imponer a las aseguradoras aportes adicionales para financiar los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones médicas cuando sus dictámenes fueren modificados por éstas a solicitud del trabajador, o cuando soliciten injustificadamente su intervención, sin perjuicio de las sanciones que pudieren corresponder por aplicación del artículo 32 de la ley 24557."

Que a través del citado decreto se han previsto dos supuestos a partir de los cuales esta SUPERINTENDENCIA ha quedado facultada a imponer a las aseguradoras de riesgos del trabajo aportes adicionales para financiar el funcionamiento de las Comisiones Médicas.

Que atento a que desde el dictado del decreto 717/1996 el citado artículo ha permanecido sin reglamentar, es menester precisar los casos en los cuales resulta procedente la imposición del aporte adicional referido.

Que asimismo corresponde precisar el procedimiento a través del cual se hará efectiva la imposición del mismo, facultando al Departamento de Comisiones Médicas y Homologación, de la Subgerencia de Salud de los Trabajadores de esta S.R.T. a evaluar los Expedientes que puedan traer aparejada su imposición.

Que por su parte debe determinarse el monto del aporte adicional que se impondrá por expediente.

Que a estos fines se ha estimado, tal como lo informa la Subgerencia de Salud de los Trabajadores, el valor promedio que demanda el costo de tramitación de cada expediente en las Comisiones Médicas, que asciende a la suma de TRES (3) MOPRES.

Que finalmente deberá dejarse aclarado que los fondos que resulten de la recaudación de los aportes impuestos serán destinados a la realización de acciones de capacitación a los integrantes de las Comisiones Médicas.

Que obra en estos actuados Dictamen de legalidad emitido por la Subgerencia de Asuntos Legales, confeccionado en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 7, inciso d), de la ley Nacional de procedimientos administrativos 19.549.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 36 de la ley 24557 y el artículo 22 del decreto 717/1996.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

**Artículo 1** - Los aportes adicionales que deberán abonar las aseguradoras de riesgos del trabajo (A.R.T.) cuando sus criterios fueren modificados por las Comisiones Médicas a solicitud del trabajador o cuando soliciten injustificadamente su intervención, que prevé el artículo 22 del decreto 717/1996, se regirán por la presente resolución.

**Art. 2** - A los fines de tipificar el supuesto de "dictámenes modificados por las Comisiones Médicas a solicitud del trabajador" previsto en el artículo 22 del decreto 717/1996, serán considerados por el Departamento de Comisiones Médicas y Homologación, como modificación del criterio impuesto por las aseguradoras de riesgos del trabajo (A.R.T.), las siguientes situaciones:

a) Acuerdo de Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.) no homologados por indicar la continuidad a cargo de las Aseguradoras, del otorgamiento de prestaciones en especie, dentro del período de Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.).

b) Acuerdos de I.L.P.P.D. no homologados con dictamen de incapacidad que difieren en más o en menos del VEINTE POR CIENTO (20%) sobre lo oportunamente estimado por las Aseguradoras.

c) Los dictámenes en que habiendo sido otorgada el alta médica por la A.R.T. las Comisiones Médicas indiquen continuar brindando las prestaciones en especie a cargo de las Aseguradoras, hallándose el damnificado en período de I.L.T.

d) Los dictámenes en que habiendo sido evaluada la incapacidad por las Aseguradoras, la I.L.P.P.D. determinada por la Comisión Médica difiera en más o en menos del VEINTE POR CIENTO (20%) sobre lo oportunamente estimado por la A.R.T.

e) Los dictámenes que ante la solicitud del trabajador por rechazo de la índole laboral, sea reconocida la contingencia laboral y se indique la continuidad de prestaciones en especie, o bien se determine algún grado de incapacidad laboral.

f) Los dictámenes que ante la solicitud del trabajador por silencio de la Aseguradora indiquen la necesidad de continuar con las prestaciones en especie, o bien se determine algún grado de incapacidad laboral.

**Art. 3** - Serán considerados por el Departamento de Comisiones Médicas y Homologación como supuestos "de solicitud injustificada de intervención de las Comisiones Médicas por parte de las Aseguradoras" conforme lo previsto en el artículo 22 del decreto 717/1996, los recursos de apelación interpuestos ante la Comisión Médica Central fuera de los plazos establecidos.

**Art. 4** - El Departamento de Comisiones Médicas y Homologación efectuará la evaluación de los dictámenes y de las conclusiones médicas dictadas que se encuentren firmes, y efectuará un informe técnico por Aseguradora con periodicidad mensual

donde conste la lista de los expedientes incluidos en los supuestos citados en los artículos precedentes. Asimismo, deberá contener una crítica razonada y apoyada en la normativa vigente.

**Art. 5** - Seguidamente al informe técnico dispuesto en el artículo anterior el Departamento de Comisiones Médicas y Homologación deberá requerir a las Aseguradoras involucradas que presenten en forma escrita y en el plazo de CINCO (5) días hábiles el correspondiente descargo sobre la situación planteada a los efectos de ser evaluada por dicho Departamento.

**Art. 6** - El informe técnico, acompañado por el descargo pertinente, será girado a la Subgerencia de Asuntos Legales para que proceda a ratificar o rectificar el mismo, remitiendo en los casos que corresponda a la Subgerencia de Administración el listado de los expedientes comprendidos por

Aseguradora para que se proceda a efectuar la liquidación de los aportes adicionales.

**Art. 7** - El aporte adicional por cada expediente imputado se establecerá en la suma de TRES (3) MOPRES.

**Art. 8** - Efectuada la liquidación por la Subgerencia de Administración, las Aseguradoras deberán efectuar el depósito correspondiente en el plazo de DIEZ (10) días hábiles.

**Art. 9** - Los aportes adicionales efectuados por la Aseguradoras al Fondo de Reserva para el financiamiento de las Comisiones Médicas tendrán como destino exclusivo la realización de acciones de capacitación a los integrantes de las Comisiones Médicas.

**Art. 10** - La presente resolución tendrá vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

**Art. 11** - De forma.