



Temas Médicos y Periciales

que se presentan a los Tribunales
en los reclamos por

Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Julio A. **Ravioli** | Guillermo G. **Maciá** | Roberto A. **Vázquez Ferreyra** |
Miguel Ángel **Maza** | Diego J. **Tula** | Ester Norma **Martín** | Jorge A.
Neira | Raúl **Valli** | Norma B. **Tauro** | Florencia **Moore** | José **Bettolli**

Coordinador: Miguel Ángel **Maza**

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Temas médicos y periciales que se presentan a los tribunales en los reclamos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ; compilado por Maza Miguel Ángel. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Superintendencia de Riesgos del Trabajo ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Academia de Intercambio y Estudios Judiciales, 2017.

256 p. ; 24 x 17 cm.

ISBN 978-987-4067-21-0

1. Informe Pericial. 2. Perito Médico. 3. Leyes . I. Miguel Ángel, Maza, comp.
CDD 344

Impreso por Crear Artes Gráficas SRL
Junín 917 - 1º C - CABA - Argentina

ISBN 978-987-4067-21-0
Hecho el depósito que previene la ley 11.723



ACADEMIA DE INTERCAMBIO Y ESTUDIOS JUDICIALES -AIEJ-

Gustavo Bossert
Presidente

Hilda Kogan
Presidente del Comité Académico

Rafael Gutierrez
Miguel Ángel Caminos
Comité de Relaciones Institucionales

Ricardo Li Rosi
Director General

Javier H. Fernández
Director Ejecutivo

Observatorio de Riesgos del Trabajo

Mario Adaro

Jaquelina Balangione

Flavia Baños

María del Carmen Battaini

Mercedes Blanc de Arabel

Germán Carlomagno

Ariel Coll

Ana Conde

Laura Elmelaj

Enzo Espasa

Sergio González

Andrea Mariana Santi

Elvira Roson

Oscar Corradini

Omar Esteban Uría

Sergio Fabián Vittar

Diego J. Tula

Coordinadores del Observatorio de Riesgos del Trabajo

Miguel Ángel Maza
Gregorio Corach

Índice

Coordinación

Miguel Ángel Maza

Prólogo	1
<i>Miguel Ángel Maza</i>	
Capítulo I	
Los peritos y la peritación	5
<i>Julio A. Ravioli</i>	
Capítulo II	
Los peritos médicos, el examen médico, el informe pericial y los baremos. El desafío de cómo mejorar	28
<i>Guillermo G. Maciá</i>	
Capítulo III	
Qué esperan los jueces de un informe médico pericial	43
<i>Roberto A. Vázquez Ferreyra</i>	
Capítulo IV	
La importancia de la peritación médica y de la calidad profesional de los peritos. Riesgos y peligros que actualmente acechan la labor auxiliar de jueces y juezas	51
<i>Miguel Ángel Maza</i>	
Capítulo V	
Consultas técnicas y científicas	66
<i>Diego J. Tula</i>	
Capítulo VI	
Diferencias entre problemas psicológicos y psiquiátricos	71
<i>Ester Norma Martín</i>	
Capítulo VII	
La certificación de profesionales médicos y su mantenimiento para la revalidación periódica. El Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) de la Academia Nacional de Medicina	90
<i>Jorge A. Neira, Raúl Valli, Norma B. Tauro y Florencia Moore</i>	

Capítulo VIII

Los registros de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

El Registro Nacional de Litigiosidad del Sistema
de Riesgos del Trabajo (RENALI).

La interacción con el poder judicial 111

José Bettoli

Apéndice

Apéndice Normativo

1. Ley N° 24.557 (modificada por DNU N°1278/2000) 119

2. Ley N° 26.773 154

3. Ley N° 27.348 160

4. Decreto N° 1694/2009 171

Protocolo en Psiquiatría 178

Prólogo

*Miguel Ángel Maza **

1. La Academia de Intercambios y Estudios Judiciales, con su caro objetivo de contribuir a la capacitación permanente de magistrados y magistradas, incorporó en el año 2011 un capítulo dedicado a la problemática de los Riesgos del Trabajo, al percibir la complejidad de la normativa en esa materia así como el fenómeno de la litigiosidad que, pese a la regulación de un marco administrativo en la ley 24.557, comenzaba a abrumar a los tribunales de todo el país.

Fue así como organizó en el segundo semestre de ese año un encuentro en la ciudad de Salta en el que jueces y juezas de todo el país, junto a especialistas y abogados de los distintos sectores, debatieron sobre las peculiaridades y problemas del régimen legal y de su realidad judicial. El evento fue muy bien recibido por la comunidad judicial y por los operadores del sistema por lo que AIEJ repitió esa experiencia anualmente desde entonces, aunque trasladando la sede de los encuentros a Bariloche, en la Provincia de Río Negro.

Paralelamente, el entramado normativo vigente a la época del primer encuentro, es decir a junio de 2011 ¹, se modificó y se hizo aún más complejo, a la par que también mediaron cambios en la normativa reglamentaria emanada de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Con ello, y la variada jurisprudencia sobre la materia dictada a lo largo y ancho del país, la preocupación y el interés de los magistrados y magistradas, así como de los especialistas y de los sectores involucrados, creció exponencialmente, más aún luego de verificarse un fenómeno paradójico: el dictado del decreto 1694/2009 primero y de la ley 26.773 luego, provocaron una notable mejora en el régimen de prestaciones económicas y ello derivó, a su vez, en un incremento notable de la litigiosidad, sobre todo en 5 grandes ciudades y centros judiciales de nuestro país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Mendoza y varios distritos de la Provincia de Buenos Aires.

2. En los encuentros celebrados en Bariloche a partir del año 2013, esa preocupación fue haciendo hincapié en ciertos puntos específicos de la problemática de los Riesgos del Trabajo, su normativa y sus formas de reclamación y llegó a un punto tal que la Academia decidió

¹ Por entonces, la ley 24.557, sancionada en septiembre de 1995, había sido modificada por el decreto de necesidad y urgencia 1278/2000 y por el decreto 1694/2009.

conformar en agosto de 2015 un Observatorio de Riesgos del Trabajo especialmente dedicado a estudiar esa problemática en sus diversos aspectos, efectuar propuestas de carácter objetivo y científico y, finalmente, a procurar la capacitación de los operadores del sistema gracias a la participación de la Junta Federal de Superiores Tribunales del país y de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires.

En su primera reunión ese Observatorio avanzó en la colección de información como material de análisis para identificar las falencias del régimen y poder así efectuar propuestas. Tanto en el Encuentro celebrado en 2015 y 2016 en Bariloche con magistrados de todo el país como en la segunda reunión operativa del Observatorio, celebrada en 2016, el material colectado fue analizado y discutido con amplitud, detalle, objetividad, siempre bajo la pauta del rigor científico en base al conocimiento de especialistas y de la experiencia de los actores del sistema así como de jueces y juezas de diferentes jurisdicciones e instancias, incluyendo los Superiores Tribunales del país.

3. Entre los primeros frutos que el trabajo del Observatorio de Riesgos del Trabajo ha dado figura la presente contribución a la comunidad judicial. En efecto, aunque son muchos los problemas y las peculiaridades que el extenso y complejo entramado normativo que parte de la Ley sobre Riesgos del Trabajo 24.557 evidencia, se ha visualizado con gran consenso que hay dos cuestiones esenciales en el centro del problema: a) el funcionamiento que originalmente previó el legislador para el sistema de reclamación administrativa (arts. 21 y 46 de la ley 24.557, recientemente afectados por la ley 27.348) y b) las cuestiones médico legales que forman el corazón de gran parte de las divergencias que, finalmente, llegan a los tribunales.

De hecho, en el Encuentro celebrado en Bariloche en el mes de noviembre de 2016 se pudo hacer hincapié, con un consenso generalizado, en una serie de puntos que reflejan, por un lado, los focos generadores de problemas en el sistema y, por el otro, posibles soluciones que el Poder Legislativo y la autoridad administrativa podrían haber tenido en cuenta para diseñar una reforma dirigida a solucionar la compleja situación actual. Si bien el dictado de la ley 27.348 por el Congreso Nacional a instancias del proyecto nacido del PEN y de la Res. 298/2017 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo no parecen haber tenido cabalmente en cuenta esos señalamientos, la contribución de la AIEJ y del Observatorio de Riesgos del Trabajo sigue vigente para ser tomada en cuenta en el futuro inmediato.

Como acabo de señalar, el Encuentro de 2016 sobre Riesgos del Trabajo puso sobre el tapete los problemas relativos a la conformación

y funcionamiento de las comisiones médicas a las que refieren los arts. 21 y 46 de la ley 24.557, al trámite administrativo y el régimen de recursos, a la cuestión de la participación de peritos médicos, el nivel de su capacitación médica y también legal, así como sus mecanismos de retribución.

Dicho Encuentro sugirió la necesidad de mejorar la gestión de las comisiones médicas; dotar de estabilidad absoluta a sus integrantes para garantizar la independencia de quienes tienen encomendadas funciones jurisdiccionales en el ámbito administrativo; la elevación del Secretario Letrado a la categoría de miembro pleno de las comisiones médicas; garantizar la brevedad del trámite administrativo; exigir que los exámenes clínicos y los dictámenes sean efectuados por, al menos, dos integrantes de la comisión; aclarar las cuestiones incluidas y no incluidas en la competencia de tales organismos; la creación de nuevas comisiones médicas²; la incorporación de directrices encaminadas a garantizar el debido proceso, como reglas marco, sin perjuicio de las normas locales que puedan dictarse en materia recursiva; la regulación de un esquema de honorarios profesionales para los letrados de los reclamantes en el proceso administrativo³, el otorgamiento de la mayor libertad a los damnificados para elegir la comisión médica competente de acuerdo con las reglas establecidas en el art. 24 de la ley 18.345⁴, la exigencia de un mayor nivel de formación profesional en lo médico y en lo forense a los peritos que participen en los procesos y en los recursos⁵; la fijación de los honorarios periciales según el tiempo estimado exigido por el trabajo pericial⁶ y desvinculado del resultado del proceso administrativo y/o judicial; y asimismo se recomendó la creación de un mecanismo de pronto pago para el perito al término de su labor profesional.

Por esas ya descritas preocupaciones, el Observatorio, con el invalorable apoyo y empuje de la ya mencionada Junta Federal y de la Suprema Corte bonaerense, así como de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, y en el marco de una ya bien delineada política editorial de AIEJ, decidió dar a luz una primera contribución doctrinaria bajo la forma de este libro en el que especialistas de distintas áreas vinculadas a la problemática bajo examen abordan algunos de los

² Sugerencia que puede verse en parte receptada por la Res. SRT N° 326/2017.

³ Idea que parece aceptada por la ley 27.348 en su art. 1° que introduce la institución de las costas procesales ausente en el régimen anterior.

⁴ Dicho precepto dispone en su primer párrafo que "En las causas entre trabajadores y empleadores será competente, a elección del demandante, el juez del lugar del trabajo, el del lugar de celebración del contrato, o el del domicilio del demandado".

⁵ Puede verse un reflejo de esta idea en el art. 2° de la ley 27.348.

⁶ También esta recomendación puede considerarse recibida en el art. 2 de la ley 27.348.

temas que en el Observatorio y en los Encuentros ya aludidos se han perfilado como los más trascendentes.

Así, en esta obra se insertan aportes relevantes sobre lo que los litigantes, sus letrados y los magistrados esperan y necesitan de las peritaciones médicas; la eventual utilidad de incorporar el uso de protocolos periciales; la calidad esperable de los peritos médicos; conceptos sobre los problemas psiquiátricos y psicológicos; la importancia y utilidad de los baremos médicos; y una descripción del Registro de Siniestralidad con información Judicial que lleva la SRT.

Tanto la calidad académica y científica de los profesionales convocados como su objetividad aportan valiosa información que será de gran utilidad a los operadores judiciales de todo el país que a diario deben resolver gran cantidad de controversias basadas en la Ley sobre Riesgos del Trabajo y también para todos los interesados en la mejora de un régimen que, como ya fue dicho más arriba, se ha caracterizado desde su nacimiento por sus problemas y disfuncionalidades.

4. Resulta insoslayable agradecer a la Academia, a la Junta Federal de Superiores Tribunales y a la SCBA la importancia dada a esta temática, la creación del mencionado Observatorio de Riesgos del Trabajo y la edición de este libro. Del mismo modo, cabe resaltar el apoyo brindado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, por la Academia Nacional de Medicina y por todos los profesionales cuyo tiempo y conocimientos fueron solicitados no solamente para plasmarlos en esta obra sino como invalorable guías a las que los miembros del Observatorio hemos recurrido repetidamente para identificar y comprender los temas comprendidos en el análisis del régimen de Riesgos del Trabajo y sus aspectos médico legales.

Por último, en nombre de las autoridades de la Academia, creo oportuno hacer un recordatorio del gran apoyo que Enrique Rodríguez Quiroga (+) brindara durante años a la AIEJ desde la editorial La Ley acompañando los esfuerzos doctrinarios y convirtiéndolos en publicaciones de gran ayuda para la tarea de acercar la ciencia a los jueces. •

Capítulo I

Los peritos y la peritación

*Julio A. Ravioli **

Definición

Real Academia Española:

perito, ta. (Del lat. *perītus*), *adj.* Entendido, experimentado, hábil, práctico en una ciencia o arte. *U. t. c. s. 2. m. y f.* ingeniero técnico. *3. m. y f.* Der. Persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador, sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia. (1)

Enciclopedia Espasa:

1. *adj.* Hábil y experto en una ciencia o arte. También s.: es un perito arreglando aparatos electrónicos.
2. *m. y f.* Persona que tiene el grado de ingeniero técnico: perito químico.
3. Persona experta en alguna cosa y que informa al juez sobre determinados hechos: perito médico.
4. En una compañía de seguros, persona encargada de valorar los daños materiales ocasionados en alguna propiedad del asegurado. (2)

Son además, sinónimos de perito términos como experto, competente, conocedor, técnico, experimentado, diestro, especialista. De estas definiciones se desprende que un perito es una persona experta, con grado profesional o no, capaz de dar opinión sobre un tema o temas determinados

Un baqueano que puede seguir un rastro en una selva intrincada y no errar el camino, es un experto y puede ser considerado un perito en su especialidad y no tener ningún título que lo habilite. Para otras circunstancias, como en el caso de la medicina, sólo podrán anunciarse como peritos aquellas personas que tenga un título universitario que los habilite, para el caso de la Justicia Nacional, la Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración (3). Hay que tomar en cuenta que, en virtud del sistema federal adoptado por nuestra Constitución Nacional, cada jurisdicción establece las leyes que determinan la regulación de las distintas profesiones con grado universitario.

Existen innumerables ocasiones en que, cuestiones relativas a la medicina, generan hechos controvertidos que exigen la opinión médica para tratar de resolver los problemas que se plantean desde la administración de justicia civil, penal, comercial, laboral, previsional o administrativa.

Los peritos médicos en materia penal, civil y laboral fuero penal

En el fuero penal las causas recaen en el Cuerpo Médico Forense, es decir, recaen en peritos oficiales. También se admiten los peritos a propuesta de las partes, que, como su nombre lo indica, representarán a las partes en la peritación, trabajando en conjunto con los peritos oficiales. Las partes harán la propuesta de peritos por oficio, y el juez hará la designación.

En el Código Procesal Penal de la Nación (CPPN) (4) en el Capítulo V, Peritos, está regulada la designación y actuación de los peritos, definiciones, nombramiento, incompatibilidades, excusaciones y recusaciones, acto pericial, dictamen y apreciación, sanciones y honorarios entre los artículos 253 y 267 (ver Anexo). A modo de ejemplo establece (art. 253) que "el juez podrá ordenar pericias siempre que para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia pertinente a la causa, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica". La calidad habilitante de los peritos está señalada en el artículo 254 que expresa: "Los peritos deberán tener título de tales en la materia a que pertenezca el punto sobre el que han de expedirse y estar inscriptos en las listas formadas por el órgano judicial competente. Si no estuviere reglamentada la profesión, o no hubiere peritos diplomados o inscriptos, deberá designarse a persona de conocimiento o práctica reconocidos". En el fuero penal, no sólo se exige el título habilitante, sino además, la inscripción previa en listas, en este caso en la Cámara Penal.

En la Justicia Nacional, la inscripción de los peritos que actuarán como peritos de parte, se lleva a cabo en la Asociación Médica Argentina. En el procedimiento deberá presentarse el título de médico y de especialización.

Un aspecto que nos preocupa es la competencia específica del perito y sus calificaciones agregadas, tema que se trata en otro capítulo de esta presentación, que, no sólo debería ser médico, sino que, de acuerdo a nuestra opinión, debería estar *certificado* en la especialidad, motivo particular del tema médico que se ventila en la causa, es decir su especialización.

Resumiendo, en el fuero penal, actuarán peritos oficiales y peritos a propuestas de las partes. Deberán llevar a cabo la peritación en conjunto, respondiendo a puntos de pericia solicitados por el juez, el fiscal y las partes. El informe pericial a que arriben los peritos no será vinculante para el juez ya que el artículo 263, inciso 4, establece que "El juez valorará la pericia de acuerdo con las reglas de la sana crítica". Sin embargo, por el hecho de ser un informe técnico y científico, será, habitualmente difícil apartarse de las conclusiones de un informe pericial, siempre que se haya llevado a cabo de acuerdo a las reglas procesales y con conocimientos y habilidades indiscutibles de los expertos actuantes.

Fuero Civil

En el Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial de la Nación (CPCCN) (5) se determina que para ser designado perito se necesita idoneidad. El artículo 464 determina que "Si la profesión estuviese reglamentada, el perito deberá tener título habilitante en la ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada a que pertenezcan las cuestiones acerca de las cuales deba expedirse". Dado que la profesión médica se encuentra reglamentada por ley 17132, en el ámbito nacional, es necesario el título para actuar como perito.

En qué ocasión actuará un perito médico. También lo contempla el mencionado Código cuando en el art. 457 determina "Será admisible la prueba pericial cuando la apreciación de los hechos controvertidos requiere conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada".

Todos los aspectos vinculados a los peritos, tales como: designación, aceptación del cargo, respuesta a puntos de pericias, plazos de entrega del informe, excusación, recusación, honorarios, aceptación del cargo, contestación a observaciones o impugnaciones, remoción de peritos, etc., están determinados en el CPCCN en la Sección 6, Prueba de Peritos, entre los artículos 457 y 478 y en el CPPN en el Capítulo V – Peritos – entre los artículos 253 y 267. (ver Anexo)

En el fuero civil, el perito a ser designado en una causa será un perito de oficio que el juez sorteará, estableciendo un orden de rotación, entre los peritos médicos inscriptos en el fuero civil. Surge del artículo 458 –"La prueba pericial estará a cargo de UN (1) perito único designado de oficio por el juez, salvo cuando una ley especial establezca un régimen distinto".

Cada parte tiene la facultad de designar un consultor técnico.

Esta inscripción es similar a la que se efectúa en el fuero penal para los peritos de parte. Se lleva a cabo una vez al año, en el mes de octubre, en la sede de la Asociación Médica Argentina. Los inscriptos pasarán a integrar listas que se inscriben en la Cámara Civil y los jueces procederán a su sorteo como se ha mencionado. El consultor técnico no requiere inscripción previa ya que, como se verá, su rol en el proceso pericial, no se considera como de perito.

Fuero Laboral

El tema se desarrolla en otro capítulo de esta publicación.

Tipos de peritos

En el transcurso del texto he nombrado diferentes tipos de peritos: peritos oficiales, peritos de oficio, peritos a propuesta de las partes y consultores técnicos que no cumplen el rol de peritos pero que actúan en el proceso pericial civil.

¿Cómo clasificamos a los peritos?

Existen **peritos generales** y **particulares**, clásicamente definidos por Bonnet (6). Los primeros estarían en condiciones de poder responder a cualquiera de los temas que se pudieran presentar. Los segundos serían especialistas en un tema o temas determinados que limitarían aquella posibilidad.

Soy de la opinión de que, debido a la inabordable posibilidad de abarcar todo el conocimiento médico, la práctica pericial debería estar limitada al ámbito particular del conocimiento del perito. No cabe duda que hoy, la medicina ha adquirido tal complejidad y es tan vasto el ámbito del conocimiento que es imposible que un médico pueda abarcar cualquier tema. La condición de médico especialista en Medicina Legal tampoco otorga esas capacidades. Hemos tenido la experiencia de participar en peritaciones donde un psiquiatra opina de partos o un obstetra de hipoacusias, lo que no es concebible en esta época. Todavía no ha penetrado en el ámbito forense, la idea de que un médico no puede contestar a todo lo que se le podría preguntar. Es llamativo que, desde la implantación del juicio oral en el ámbito de la Justicia Nacional, año 1993, el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional debió nombrar médicos especialistas dado que a un juicio de esas características no se puede ir a improvisar. Debería tomarse en cuenta este tema e inclinarse, cuando debe designarse un perito oficial, de oficio o de parte o consultor técnico, su condición de idóneo en el tema a considerar.

Por su procedencia los peritos pueden ser:

Peritos oficiales aquellos que dependen de una institución pública y sólo pueden desarrollar sus tareas para la institución donde trabajan siendo incompatible cualquier otra tarea pericial o de asesoramiento pericial, tal es el caso de los médicos forenses de justicia nacional o provinciales, los médicos de policía federal o provinciales y los médicos de servicios penitenciarios federal o provinciales.

Son **peritos de oficio**, aquellos médicos legistas o especialistas, inscriptos en listas en los diferentes fueros, civil, penal, laboral, previsional, comercial, que son llamados en forma rotativa o por sorteo por los jueces de los diferentes fueros.

Son **peritos a propuesta de las partes**, aquellos que, en el fuero penal, son designados por el juez, a propuesta de las partes y deben trabajar y emitir los dictámenes periciales junto con los peritos oficiales o de oficio. Las disposiciones relativas a los peritos están contenidas en el Código de Procedimientos en lo Penal (Ley 23984) en el Capítulo V, Peritos, artículos 253 a 267 (ver Anexo).

El **consultor técnico**, es un sujeto procesal, médico o médico legista, cuya función consiste en producir informes técnicos a pedido de las partes en el fuero civil. (7) Esta figura fue creada por la ley 22434 y su función es actuar junto al perito en la producción de las pruebas pero la diferencia entre ambos consiste en que, mientras el perito debe ser imparcial en sus apreciaciones, el consultor técnico responde únicamente a la defensa de los intereses de la parte que lo propuso. En este sentido, el consultor técnico no tiene obligación de presentar un informe ni de suscribir el informe del perito de oficio o puede presentar un informe por su cuenta. El Código Procesal Civil y Comercial de la Nación establece (art. 458) que "Cada parte tiene la facultad de designar un consultor técnico." Las disposiciones relativas a los peritos están contenidas en el Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial de la Nación, Sección 6ª, Prueba de Peritos, artículos 457 a 478. (ver Anexo)

Es importante señalar algunos aspectos vinculados a la designación de peritos.

1. Cualquier médico, sin ser legista o especialista podría ser designado por un juez para actuar como perito si las circunstancias de lugar, persona y de tiempo lo hiciesen necesario. Tal sería la situación, en un lugar del país donde no hubiera peritos oficiales designados y fuera necesario emitir una opinión técnica. Esta situación está prevista en el código de procedimientos en el que se expresa "Si no estuviese reglamentada la profesión, o no hubiere peritos diplomados o inscriptos, deberá designarse a persona de conocimiento o práctica reconocidas" (art. 258 CPPN)
2. Excusación y recusación: un perito podría excusarse a su pedido o podría ser recusado por alguna de las partes. Son motivos de excusación y recusación las mismas causas establecidas para los jueces (art. 256 del código de procedimientos en lo penal). El incidente deberá ser resuelto por el juez, previa averiguación sumaria y sin recurso posterior. Los motivos (son 12) están expresados en el art. 55 del mismo código. Tienen que ver con cuestiones de parentesco, patrimoniales, de deudas o acreencias, de amistad íntima o enemistad manifiesta.
3. Falso testimonio: el perito puede incurrir en falso testimonio, tal como está señalado en el Código Penal de fondo (8) en el art. 275 "Será reprimido con prisión de un mes a cuatro años, el testigo, perito o intérprete que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad, en todo o en parte, en su deposición, informe, traducción o interpretación, hecha ante la

autoridad competente". Por su parte, en el código de procedimientos, en el art. 252, se establece que "si un testigo incurriere presumiblemente en falso testimonio se ordenarán las copias pertinentes y se las remitirá al juez competente, sin perjuicio de ordenarse su detención".

4. La necesidad de reserva de todo lo que el perito conoce acerca de la causa. En el art. 266 del código de procedimientos se dispone: "El perito deberá guardar reserva de todo cuanto conociere con motivo de su actuación. El juez podrá corregir con medidas disciplinarias la negligencia, inconducta o mal desempeño de los peritos y aún sustituirlos sin perjuicio de las responsabilidades penales que puedan corresponder".
5. Tanto en el procedimiento civil como en el penal los peritos designados deberán aceptar el cargo bajo juramento de desempeñar fielmente el cargo.

Los peritos médicos también pueden actuar en casos de Mediación y Arbitraje, dos formas alternativas de resolución de conflictos antes de llegar a la instancia judicial.

Bonnet (6) cita a Lacassagne para señalar las características que debe reunir un perito médico: "tres características perfilan al médico legista: técnica, sabiduría y arte", Bonnet, también señala tres condiciones: científicas, morales y culturales. Por su parte, Nerio Rojas (9) describió magníficamente en su "Decálogo médico legal" cuáles deben ser las condiciones que debe reunir un perito:

1. El perito debe actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del juez.
2. Es necesario abrir los ojos y cerrar los oídos.
3. La excepción puede ser de tanto valor como la regla.
4. Desconfiar de los signos patognomónicos.
5. Seguir el método cartesiano.
6. No fiarse de la memoria.
7. Una autopsia no puede rehacerse.
8. Pensar con claridad para escribir con precisión.
9. El arte de las conclusiones consiste en la medida.
10. La ventaja de la medicina legal, está en no formar una inteligencia exclusiva y estrechamente especializada.

Todas estas consideraciones permiten afirmar que el perito médico es un experto que deberá expresar una opinión de naturaleza médica o biológica a requerimiento de la Justicia. Esta opinión podrá transmitirse en forma oral o escrita. De tal manera, el médico legista cumplirá una de las funciones primordiales de su quehacer, asesorar a la justicia, aplicando los conocimientos, habilidades y valores médicos y biológicos, para tratar de resolver los problemas que se plantean desde el Derecho. Esta es la función de "puente" que la Medicina Legal cumple entre la Medicina y el Derecho.

La Peritación médico legal

Es la manifestación más auténtica y genuina de la labor del perito médico. Es el instrumento, oral o escrito, por el cual el perito asesora a la administración de justicia sobre alguna cuestión de naturaleza biológica o médica. Requiere la habilidad que debe adquirir el perito médico para poder llevar a cabo la función de asesor.

La prueba científica

La peritación médico legal es una prueba científica ya que sus conclusiones, respondiendo a los puntos de pericia solicitados, deben estar fundadas en las esquivas verdades científicas que nutren los conocimientos y habilidades adquiridas por el perito y que deben quedar plasmadas en el informe pericial. La designación de un perito está fundada en la necesidad de auxiliar al juez, para asesorarlo en técnicas y ciencias ajenas al saber jurídico.

Una definición que considero muy acertada, la describe como: “una actividad procesal, la cual se realiza a través de los medios previstos o autorizados por la ley y resulta orientada a crear convicción judicial acerca de los hechos alegados por las partes”. (Lino Palacio) (10)

Para poder cumplir con este fin es imprescindible que el perito tenga conocimientos médico-legales, que tenga conocimientos técnico- científicos especializados a través de su certificación como especialista en el tema a discernir y que, en ocasiones, tenga una calificación agregada. Que sepa desarrollar una metodología pericial. Que sepa trabajar en un equipo multi e interdisciplinario, ya que en ocasiones, la complejidad de una peritación requiere la participación de distintos tipos de peritos. Además, y es fundamental, que sus conclusiones se expresen a través de un lenguaje médico legal, que sea comprensible para quienes tienen que interpretar el informe. Son incomprensibles aquellos informes plagados de tecnicismos y terminologías propias de la jerga médica. Recordemos que el rol fundamental del perito es asesorar a jueces, fiscales y abogados de parte, en técnicas y ciencias ajenas al saber jurídico.

Para ser un buen perito es imprescindible tener dos tipos de conocimientos: médicos en el tema de debate y que requiere especialización y certificación y jurídicos para poder analizarlos desde un punto de vista médico legal y expresarlos en un lenguaje comprensible para terceros no médicos. Un excelente especialista no reúne los requisitos si no tiene formación médico legal y un médico legista tampoco la tiene si no tiene sólidos conocimientos respecto del tema médico que se trate.

Definiciones

Gisbert Calabuig (11) la define como "todas aquellas actuaciones periciales médicas mediante las cuales se asesora la administración de justicia sobre algún punto de naturaleza biológica o médica. Constituye la manifestación más genuina de la Medicina Legal y a su través desarrolla su función el perito médico legal".

Bonnet (6) citando a Briand y Chaudé la conceptualiza como "un acto cumplido por una o más personas del arte de curar, en virtud de orden judicial, y cuyo fin es analizar un hecho determinado estableciendo sus características y extrayendo del mismo determinadas conclusiones".

Achaval (12) por su parte, expresa que "Se denomina pericia al informe realizado mediante conocimientos científicos, artísticos o industriales o comerciales, que no son comunes a los integrantes de la sociedad. En el caso especial de las pericias judiciales éstas son las que se presentan, previo su requerimiento, ante las autoridades judiciales que tienen la facultad de disponerlas".

Todas las definiciones comparten en común la idea de que una peritación judicial es un informe, elaborado por un experto, a pedido de la autoridad competente, respondiendo a puntos determinados, sobre una cuestión médica o biológica que plantea conflictos de orden penal, civil, laboral, previsional, sobre los cuales la Justicia requiere información técnica. Es importante remarcar que, en estas condiciones, el perito actuará como asesor de la Justicia dando una opinión. Como tal, esa opinión no será vinculante para un tribunal que, por su cuenta o a pedido de las partes podrá impugnarse, desestimarse o requerirse aclaraciones acerca de la misma.

Quién ordena las pericias: Tanto el Código Civil como el Penal y el laboral determinan que deberá ordenarse una prueba pericial toda vez que existan hechos controvertidos que requieran conocimientos especiales en alguna ciencia, técnica o arte. Esa potestad, en nuestra codificación la tienen los jueces o agentes fiscales según la jurisdicción.

El proceso pericial tendrá dos partes, la primera de ellas consistirá en el reconocimiento y estudio de las personas o cosas sobre las cuales caerá la investigación. La segunda parte consistirá en la elevación del informe, y con ello la opinión, que el perito manifestará en sus conclusiones respondiendo a los puntos periciales que le fueran solicitados.

Puntos de pericia: El juez y/o las partes solicitarán en las peritaciones puntos particulares a los cuales el perito deberá responder puntualmente.

Partes constitutivas de una peritación médico legal: Una peritación médico legal tiene como objetivo fundamental tratar de esclarecer a través de conocimientos técnicos los problemas que se plantean en el ámbito del

Derecho, tal como señala Bonnet (3) “la misión del perito es informar, ilustrar y precisar. Por lo tanto su informe, oral o escrito, deberá ser siempre: claro, concreto, seguro en sus afirmaciones o negaciones”.

Teniendo en cuenta la incertidumbre que siempre significa emitir opiniones de carácter médico o biológico, una condición que debe poseer un perito para asegurar afirmaciones o negaciones, siempre debe darse tomando en cuenta esa incertidumbre, ya que la opinión médica jamás podrá ser asertiva en un 100%. Otra condición del perito es la objetividad con que debe responder en sus conclusiones, despojándose de toda subjetividad que, peligrosamente lo deslice hacia elementos subjetivos que son patrimonio exclusivo del juez: determinar la culpa.

Partes constitutivas de una peritación médico legal

Encabezamiento: El texto comienza con una presentación del perito dirigida al juez o tribunal que lo ha designado para efectuar la peritación. En la misma, el perito puede señalar sus cargos académicos y títulos profesionales.

Preámbulo o Proemio: Se citan los autos (datos del demandante y demandado y motivo de demanda y número de expediente) por los cuales el perito ha sido designado y aclara los puntos generales y particulares (puntos de pericia) que pasará a contestar.

Antecedentes de autos (del expediente) de interés médico legal. En este capítulo, el perito deberá transcribir, señalando foja por foja, todos aquellos aspectos relevantes, de carácter médico legal, que recoja de la detenida lectura del expediente. Tienen un gran valor todos aquellos datos médicos que son importantes de evaluar para la causa y que el perito deberá ordenar y jerarquizar. Una de las pruebas instrumentales de fundamental importancia está constituida por la documentación médica adjuntada que deberá ser analizada meticulosamente por el perito y, de no estarlo, deberá ser solicitada. Estos elementos de juicio médico serán de gran utilidad en el momento de sacar conclusiones. Cobra trascendental importancia la historia clínica, documento médico legal por excelencia de la cual surgirán las pruebas objetivas de una correcta práctica médica o no.

Examen médico legal: este paso debe cumplir la metodología clínica clásica orientada al tema específico (clínico, traumatológico, neurológico, etc.) de la peritación siguiendo los pasos habituales del examen médico y aplicando toda la metodología complementaria disponible (todo tipo de examen complementario) para tratar de dilucidar el tema que se plantea. En el caso de cadáveres, se llevará a cabo la autopsia médico legal reglada, metódica y completa efectuando además todos los exámenes complementarios que la metodología indique.

Consideraciones médico legales: En este punto el perito planteará los diagnósticos diferenciales, fundamentando y justificando sus conclusiones de forma racional, tomando en cuenta todos los aportes que el conocimiento y las habilidades adquiridas le permitan asegurar, con los límites que el conocimiento médico presupone. Siempre hay que demostrar que el perito da una opinión fundada, pero que en la práctica médica la conclusión siempre es probabilística y que el estatuto, en medicina, es la probabilidad y no la certeza. Pretender que un perito responda en "forma fehaciente", como muchas veces se solicita, es desconocer que la medicina jamás puede ofrecer certidumbres.

Conclusiones: Consistirá en un cierre con una opinión general del tema tratado y la respuesta puntual a los puntos de pericia solicitados por las partes.

Valor de la prueba pericial: La prueba pericial no es vinculante para el juez quien la valorará de acuerdo a su sana lógica, podrá desestimarla y pedir una nueva peritación, observarla y pedir aclaraciones, lo mismo que las partes que podrán impugnarla o pedir aclaraciones.. La calidad de la presentación, donde se valorará el conocimiento por parte del perito de los hechos que se plantearon (antecedentes de autos de interés médico legal), la metodología racional utilizada para la investigación (examen médico legal), la fundamentación de sus consideraciones, alejándose del terreno dogmático y justificando sus consideraciones con bibliografía pertinente y actualizada y la claridad de las conclusiones, serán valoradas para calificar la competencia del perito.

Hace poco tiempo que ha penetrado en el ámbito forense, la idea de que un médico no puede contestar a todo lo que se le podría preguntar. La medicina ha adquirido tal complejidad y es tan vasto el ámbito del conocimiento que es imposible que un médico pueda abarcar cualquier tema. Se abre la necesidad y posibilidad del trabajo interdisciplinario. He sido y soy de la opinión, que, debido a la inabordable posibilidad de abarcar todo el conocimiento médico, la práctica pericial debe estar limitada al ámbito particular del conocimiento del perito.

La condición de médico especialista en Medicina Legal tampoco otorga esas capacidades. Hemos tenido la experiencia de participar en peritaciones donde un psiquiatra opina de partos o un obstetra de hipoacusias, lo que no es concebible en esta época.

Desde el momento en que se implantó del juicio oral en el ámbito de la Justicia Nacional, año 1993, el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional debió nombrar médicos especialistas dado que a un juicio de esas características no se puede ir a improvisar. ¿Cubre hoy todas las necesidades?

Debería tomarse en cuenta este tema y requerirse, cuando debe designarse un perito oficial, de oficio o de parte o consultor técnico, su condición de idóneo en el tema a tratarse y su formación médico legal.

A tal efecto la Dirección General Pericial dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, emitió el 31 de agosto de 2016, una Resolución, por la cual los peritos, en su inscripción para el año 2017, debían acreditar su condición de especialistas en las distintas especialidades médicas reconocidas como tales por el Ministerio de Salud de la Nación. Se resume a continuación el contenido de dicha resolución:

Peritos – CSJ – D. G. Pericial – Reg.996 - Exp.48729 – 31/08/2016

Tomó el listado de especialistas reconocido por el MSN. Res. 2273/10.

Excluyó de la lista a los médicos legistas sin certificación de especialidad.

Exigió la certificación en las especialidades. ¿Recertificación?

Incluyó a las especialidades médicas sin formación médico legal.

No tomó en cuenta a los peritos psicólogos.

Sin embargo, esta resolución, cuyo objetivo principal fue elevar el nivel científico de los peritos a través de la certificación de los títulos de especialización fue sorpresivamente **derogada por EXPTE. N° 5302/15 - D.P. N° 48.729** cuyo texto se transcribe a continuación:

VISTA: La Resolución N° 996 del registro de ésta Dirección Pericial dictada con fecha 31 de agosto pasado,

Por ello, **SE RESUELVE: DEJA SIN EFECTO** -por contrario imperio- la Resolución del Registro de ésta Dirección Pericial N° 996/16.

Llama la atención y resulta paradójico, que una resolución, tomada con el fin de elevar la calidad de los peritos haya sido derogada sin dar verdaderas razones de justificación. Una consulta efectuada en la Dirección Pericial de la Corte Suprema de Justicia reveló que la suspensión de la resolución fue motivada por un amparo presentado por un grupo de médicos alegando que la misma atentaba contra la libertad de trabajo.

¿Cómo se resolvió este conflicto en la Provincia de Buenos Aires?

En 1996, la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires por el Acuerdo 2728 acordó "Aprobar el Reglamento para la confección de lista y designaciones de oficio de profesionales auxiliares de la Justicia y la Nómina de especialidades y títulos obrantes en los Anexos I y II respectivamente y que forman parte del presente"

Entre las exigencias que se requieren en el artículo 3° "Requisitos" es importante señalar:

g) Título/s profesional/es habilitante/s en la/s especialidad/es en la/s que se solicite inscripción de acuerdo con la nómina de especialidades y títulos establecida conforme lo dispuesto en el artículo 12 del presente.

i) Capacitación en práctica procesal conforme el programa de contenidos básicos establecido por la Suprema Corte de Justicia. (13)

Esta reglamentación debería ser propuesta como modelo en el ámbito de la Justicia Nacional, para elevar la calidad profesional de los peritos, exigiendo la especialización certificada y la certificación de una capacitación en la práctica procesal o el título de médico legista.

La investigación pericial en la muerte violenta

El tema de la investigación pericial en la muerte violenta merece un párrafo especial debido a la trascendencia social y jurídica que han adquirido casos resonantes, que han demostrado las graves falencias ocurridas en el proceso técnico de investigación pericial por, al menos, el desconocimiento de los procesos que deben llevarse a cabo.

"En algunos casos estos déficit se relacionan con la ausencia de criterio científico en el trabajo de los agentes preventores iniciales, ya sea por la escasa o inadecuada capacitación o por la falta de consenso en las reglas básicas de procedimientos para la aplicación de sencillas, pero ineludibles rutinas procedimentales". (14)

En el ámbito de la Justicia Nacional, en casos de muertes violentas, el lugar del hecho es examinado por médicos legistas de la policía federal, UMFIC (Unidad Médico Forense de Investigación Criminal). Los integrantes de esta unidad, elaboran un informe que elevan al fiscal o juez de la causa. Sin embargo, ese informe no llega en tiempo y forma, ni el médico legista de la policía concurre a la Morgue Judicial. Por ese motivo, el médico forense de turno, lleva a cabo la autopsia médico legal sin tener una mínima información del resultado del examen del lugar del hecho.

Qué dicen los clásicos respecto de la investigación en casos de muerte violenta, del examen del lugar del hecho y de la autopsia médico legal. (citado por Raffo). (15)

A. Lacassagne: "El lugar del hecho constituye las 3/4 partes de la autopsia", por lo tanto, un perito médico oficial que practica un autopsia sin haber examinado el lugar del hecho habrá practicado la 1/4 de la autopsia.

Ch. Vivert: "El lugar del hecho es un recinto sagrado". En el lugar del hecho suele haber una multitud de personas, los hechos lo demuestran.

Oswaldo Raffo (15) hace una cita de Edmond Locard, de su libro *Policías de novela y policías de laboratorio*, de un párrafo que Conan Doyle pone en boca de Sherlock Holmes, *El misterio del valle de Boscombe*, "Cómo sería de fácil todo lo que tengo que hacer, si hubiese estado aquí antes de que ellos llegaran como una tropilla de búfalos y si no se hubieran revolcado por todas partes". Y agrega Locard: "Esta frase también podría servir de epígrafe a los manuales destinados a los agentes".

Israel Castellanos: "El lugar del hecho no es solamente el mezquino lugar que ocupaba el cadáver sino todo el predio." El examen del lugar del hecho no se reduce al área donde aparece el cadáver sino también al área circundante, que comprende mínimamente todas las dependencias de la vivienda, los accesos inmediatos y alejados.

Qué dicen los autores modernos y citamos en este caso a Vincent Di Maio, reconocida figura en el mundo de la Patología Forense.

"La autopsia forense involucra no sólo el examen físico del cadáver en la mesa de autopsia, sino otros aspectos que el patólogo general no considera como parte de la autopsia – el lugar del hecho, la naturaleza del arma empleada (si existe), la ropa, el estudio toxicológico y los resultados de los estudios de laboratorio como evidencia. La autopsia forense comienza en el lugar del hecho. El patólogo no debería llevar a cabo una autopsia forense a menos que conozca las circunstancias que rodearon a la muerte. Este es un principio muy básico que es violado frecuentemente. ¿Qué se pensaría de un médico que examine a un paciente sin que le pregunte cuáles son sus síntomas o malestares? Como en todo examen efectuado a pacientes, uno debe tener una historia médica. En el caso del patólogo forense el "paciente" no es capaz de transmitir esta historia. Sin embargo, la historia debería ser obtenida por el médico forense o los investigadores policiales. Esta historia debería ser conocida antes de efectuar la autopsia". (16)

El sistema de investigación de la muerte violenta, en nuestro medio, muestra profundos baches e imperfecciones en el procedimiento de investigación, que impiden en numerosos casos, llegar a conclusiones que nos acerquen a la verdad jurídica.

Rodolfo Echegoyen (1990)
Carlos Menem (h) (1995)
Marcelo Cattáneo (1998)
María García Belsunce (2002)

Lourdes Di Natale (2003)
Nora Dalmasso (2006)
Héctor Febres (2007)
Mariano Benedit (2014)

Hay más...

Son casos en los que la Justicia no dio respuestas. En todos ellos podremos encontrar que el proceso de investigación no ha cumplido con las recomendaciones que se encuentran en toda la literatura médico legal, desde los clásicos hasta la actualidad, ni con las recomendaciones que parten del Ministerio de Justicia. (14)

Estas situaciones, que son de dominio público, merecen una seria consideración de cómo debe ser llevado a cabo el procedimiento. Esto ya está escrito y reconocido. Sólo debe tomarse la decisión.

Debería conformarse un equipo de trabajo sobre investigación de la muerte violenta, conformado por el fiscal, la prevención con la participación de las fuerzas de seguridad que sólo deben verificar la existencia del delito e impedir el ingreso de terceras personas hasta que se haga presente el fiscal y el equipo de investigadores que deberá estar constituido por el médico legista que luego practicará la autopsia, el experto en criminalística, el instructor, los técnicos especializados en técnicas forenses y el fotógrafo que deberá fijar las imágenes a través de la fotografía y el video. Nadie más debe ingresar al lugar del hecho.

Los fiscales que intervengan en la investigación deberían tener conocimientos en materia médico legal y de criminalística para poder evaluar la información que se les suministra. •

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. <http://www.rae.es/> (al 28/03/17)
2. Enciclopedia Espasa. <http://espasa.planetasaber.com/index.asp?1490831443> (al 28/03/17)
3. Ley 17132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración
4. Código Procesal Penal de la Nación Ley 23984
5. Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial de la Nación
6. Bonnet, E. F. P., Medicina Legal, Segunda Edición, López Libreros Editores, 1980
7. González A. C., El Consultor Técnico en la normatización del Código Procesal Nacional, La Ley, Año LIV N° 156.
8. Código Penal de la Nación Argentina
9. Rojas N., Medicina Legal, Ed. El Ateneo, 1936
10. Palacio, Lino E. "Derecho Procesal Civil", Lexis Nexis-Abeledo Perrot, 2005, Lexis N° 2507/002385
11. Gisbert Calabuig, J. A., Medicina Legal y Toxicológica, 5ª Edición, Masson, 1999.
12. Achaval A., Manual de Medicina Legal, Abeledo Perrot, Quinta Edición, 2000.
13. Acuerdo 2728 - Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos, 1 de octubre de 1996.
14. Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación. Manual de Procedimiento para la preservación del lugar del hecho y la escena del crimen. Resolución SJ y AP N° 056/04. Año 2011.
15. Raffo Osvaldo "La Muerte Violenta" Ed. Universidad - Versión digital 2016. <https://osvaldoraffo.wordpress.com/2016/05/26/la-muerte-violenta-digitalizado-ano-2016/> (al 28/03/17).
16. Vincent Di Maio, "Lesiones por amas de fuego" CRC Press, 2ª edición, 1999. Pag. 396.

APÉNDICE

CÓDIGO PROCESAL PENAL DE LA NACIÓN – LEY 23984 CAPITULO V

Peritos

Facultad de ordenar las pericias

Art. 253. - El juez podrá ordenar pericias siempre que para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia pertinente a la causa, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica.

Calidad habilitante

Art. 254. - Los peritos deberán tener título de tales en la materia a que pertenezca el punto sobre el que han de expedirse y estar inscriptos en las listas formadas por el órgano judicial competente. Si no estuviere reglamentada la profesión, o no hubiere peritos diplomados o inscriptos, deberá designarse a persona de conocimiento o práctica reconocidos.

Incapacidad e incompatibilidad

Art. 255. - No podrán ser peritos: los incapaces; los que deban o puedan abstenerse de declarar como testigos o que hayan sido citados como tales en la causa; los que hubieren sido eliminados del registro respectivo por sanción; los condenados o inhabilitados.

Excusación y recusación

Art. 256. - Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, son causas legales de excusación y recusación de los peritos las establecidas para los jueces. El incidente será resuelto por el juez, oído el interesado y previa averiguación sumaria, sin recurso alguno.

Obligatoriedad del cargo

Art. 257. - El designado como perito tendrá el deber de aceptar y desempeñar fielmente el cargo, salvo que tuviere un grave impedimento. En este caso, deberá ponerlo en conocimiento del juez, al ser notificado de la designación. Si no acudiere a la citación o no presentare el informe a debido tiempo, sin causa justificada, incurrirá en las responsabilidades señaladas para los testigos por los artículos 154 y 247. Los peritos no oficiales aceptarán el cargo bajo juramento.

Nombramiento y notificación

Art. 258. - El juez designará de oficio a un perito, salvo que considere indispensable que sean más. Lo hará entre los que tengan el carácter de peritos oficiales; si no los hubiere, entre los funcionarios públicos que, en razón de su título profesional o de su competencia, se encuentren habilitados para emitir dictamen acerca del hecho o circunstancia que se quiere establecer. Notificará esta resolución al ministerio fiscal, a la parte

querellante y a los defensores antes que se inicien las operaciones periciales, bajo pena de nulidad, a menos que haya suma urgencia o que la indagación sea extremadamente simple. En estos casos, bajo la misma sanción, se les notificará que se realizó la pericia, que puedan hacer examinar sus resultados por medio de otro perito y pedir, si fuere posible, su reproducción.

Facultad de proponer

Art. 259. - En el término de tres (3) días, a contar de las respectivas notificaciones previstas en el artículo anterior, cada parte podrá proponer, a su costa, otro perito legalmente habilitado, conforme a lo dispuesto en el artículo 254.

Directivas

Art. 260. - El juez dirigirá la pericia, formulará concretamente las cuestiones a elucidar, fijará el plazo en que ha de expedirse el perito y, si lo juzgare conveniente, asistirá a las operaciones. Podrá igualmente autorizar al perito para examinar las actuaciones o para asistir a determinados actos procesales.

Conservación de objetos

Art. 261. - Tanto el juez como los peritos procurarán que las cosas a examinar sean en lo posible conservadas, de modo que la pericia pueda repetirse. Si fuere necesario destruir o alterar los objetos analizados o hubiere discrepancias sobre el modo de conducir las operaciones, los peritos deberán informar al juez antes de proceder.

Ejecución. Peritos nuevos

Art. 262. - Los peritos practicarán unidos el examen, deliberarán en sesión secreta, a la que sólo podrá asistir el juez, y si estuvieren de acuerdo redactarán su informe en común. En caso contrario, harán por separado sus respectivos dictámenes. Si los informes discreparen fundamentalmente, el juez podrá nombrar más peritos, según la importancia del caso, para que los examinen e informen sobre su mérito o, si fuere factible y necesario, realicen otra vez la pericia.

Dictamen y apreciación

Art. 263. - El dictamen pericial podrá expedirse por informe escrito o hacerse constar en acta y comprenderá, en cuanto fuere posible:

- 1°. La descripción de las personas, lugares, cosas o hechos examinados en las condiciones en que hubieren sido hallados.
- 2°. Una relación detallada de todas las operaciones practicadas y sus resultados.
- 3°. Las conclusiones que formulen los peritos conforme a los principios de su ciencia, arte o técnica.
- 4°. Lugar y fecha en que se practicaron las operaciones. El juez valorará la pericia de acuerdo con las reglas de la sana crítica.

Autopsia necesaria

Art. 264. - En todo caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad se ordenará la autopsia, salvo que por la inspección exterior resultare evidente la causa de la muerte.

Cotejo de documentos

Art. 265. - Cuando se trate de examinar o cotejar algún documento, el juez ordenará la presentación de las escrituras de comparación, pudiendo utilizarse escritos privados si no hubiere dudas sobre su autenticidad. Para la obtención de estos escritos podrá disponer el secuestro, salvo que su tenedor sea una persona hubiere dudas sobre su autenticidad. Para la obtención de estos escritos podrá disponer el secuestro, salvo que su tenedor sea una persona que deba o pueda abstenerse de declarar como testigo. El juez podrá disponer también que alguna de las partes forme cuerpo de la escritura. De la negativa se dejará constancia.

Reserva y sanciones

Art. 266. - El perito deberá guardar reserva de todo cuanto conociere con motivo de su actuación. El juez podrá corregir con medidas disciplinarias la negligencia, inconducta o mal desempeño de los peritos y aún sustituirlos sin perjuicio de las responsabilidades penales que puedan corresponder.

Honorarios

Art. 267. - Los peritos nombrados de oficio o a pedido del ministerio público tendrán derecho a cobrar honorarios, a menos que tengan sueldo por cargos oficiales desempeñados en virtud de conocimientos específicos en la ciencia, arte o técnica que la pericia requiera. El perito nombrado a petición de parte podrá cobrarlos siempre, directamente a ésta o al condenado en costas.

CÓDIGO PROCESAL CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN**TÍTULO II - SECCIÓN 6° - PRUEBA DE PERITOS****PROCEDENCIA**

Art. 457. - Será admisible la prueba pericial cuando la apreciación de los hechos controvertidos requiere conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada.

PERITO. CONSULTORES TÉCNICOS

Art. 458. - La prueba pericial estará a cargo de UN (1) perito único designado de oficio por el juez, salvo cuando una ley especial establezca un régimen distinto.

En los procesos de declaración de incapacidad y de inhabilitación, se estará a lo dispuesto en el artículo 626 inciso 3. En el juicio por nulidad de testamento, el juez podrá nombrar de oficio TRES (3) peritos cuando por la importancia y

complejidad del asunto lo considere conveniente. Si los peritos fuesen TRES (3), el juez les impartirá las directivas sobre el modo de proceder para realizar las operaciones tendientes a la producción y presentación del dictamen.

Cada parte tiene la facultad de designar un consultor técnico.

DESIGNACIÓN. PUNTOS DE PERICIA

Art. 459. - Al ofrecer la prueba pericial se indicará la especialización que ha de tener el perito y se propondrán los puntos de pericia; si la parte ejerciera la facultad de designar consultor técnico, deberá indicar, en el mismo escrito, su nombre, profesión y domicilio.

La otra parte, al contestar la vista que se le conferirá conforme al artículo 367, podrá formular la manifestación a que se refiere el artículo 478 o, en su caso, proponer otros puntos que a su juicio deban constituir también objeto de la prueba, y observar la procedencia de los mencionados por quien la ofreció, si ejerciese la facultad de designar consultor técnico deberá indicar en el mismo escrito su nombre, profesión y domicilio.

Si se hubiesen presentado otros puntos de pericia u observado la procedencia de los propuestos por la parte que ofreció la prueba, se otorgará traslado a ésta.

Cuando los litisconsortes no concordaran en la designación del consultor técnico de su parte, el juzgado desinsaculará a uno de los propuestos. (Artículo sustituido por art. 2° de la Ley N° 25.488 B.O. 22/11/2001)

DETERMINACIÓN DE LOS PUNTOS DE PERICIA. PLAZO

Art. 460. - Contestada la vista que correspondiera según el artículo anterior o vencido el plazo para hacerlo, en la audiencia prevista en el artículo 360 el juez designará el perito y fijará los puntos de pericia, pudiendo agregar otros o eliminar los que considere improcedentes o superfluos, y señalará el plazo dentro del cual el perito deberá cumplir su cometido. Si la resolución no fijase dicho plazo se entenderá que es de quince días. (Artículo sustituido por art. 2° de la Ley N° 25.488 B.O. 22/11/2001)

REEMPLAZO DEL CONSULTOR TÉCNICO. HONORARIOS

Art. 461. - El consultor técnico podrá ser reemplazado por la parte que lo designó; el reemplazante no podrá pretender una intervención que importe retrogradar la práctica de la pericia. Los honorarios del consultor técnico integrarán la condena en costas.

ACUERDOS DE PARTES

Art. 462. - Antes de que el juez ejerza la facultad que le confiere el artículo 460, las partes de común acuerdo, podrán presentar UN (1) escrito proponiendo perito y puntos de pericia. Podrán, asimismo, designar consultores técnicos.

ANTICIPO DE GASTOS

Art. 463. - Si el perito lo solicitare dentro de tercero día de haber aceptado el cargo, y si correspondiere por la índole de la pericia, la o las partes que han ofrecido la prueba deberán depositar la suma que el juzgado fije para gastos de las diligencias.

Dicho importe deberá ser depositado dentro de quinto, día, plazo que comenzará a correr a partir de la notificación personal o por cédula de la providencia que lo ordena; se entregará al perito, sin perjuicio de lo que en definitiva se resuelva respecto de las costas y del pago de honorarios. La resolución sólo será susceptible de recurso de reposición. La falta de depósito dentro del plazo importará el desistimiento de la prueba.

IDONEIDAD

Art. 464. - Si la profesión estuviese reglamentada, el perito deberá tener título habilitante en la ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada a que pertenezcan las cuestiones acerca de las cuales deba expedirse.

En caso contrario, o cuando no hubiere en el lugar del proceso perito con título habilitante, podrá ser nombrada cualquier persona con conocimientos en la materia.

RECUSACIÓN

Art. 465. - El perito podrá ser recusado por justa causa, dentro del quinto día de la audiencia preliminar.

(Artículo sustituido por art. 2° de la Ley N° 25.488 B.O. 22/11/2001)

CAUSALES

Art. 466. - Son causas de recusación del perito las previstas respecto de los jueces; también, la falta de título o incompetencia en la materia de que se trate, en el supuesto del artículo 464, párrafo segundo.

TRÁMITE. RESOLUCIÓN

Art. 467. - Deducida la recusación se hará saber al perito para que en el acto de la notificación o dentro de tercero día manifieste si es o no cierta la causal. Reconocido el hecho o guardado silencio, será reemplazado; si se lo negare, el incidente tramitará por separado, sin interrumpir el curso del proceso. De la resolución no habrá recurso pero esta circunstancia podrá ser considerada por la alzada al resolver sobre lo principal.

REEMPLAZO

Art. 468. - En caso de ser admitida la recusación, el juez, de oficio, reemplazará al perito recusado, sin otra sustanciación.

ACEPTACIÓN DEL CARGO

Art. 469. - El perito aceptará el cargo ante el oficial primero, dentro de tercero día de notificado de su designación; en el caso de no tener título habilitante, bajo juramento o promesa de desempeñar fielmente el cargo. Se lo citará por cédula u otro medio autorizado por este Código.

Si el perito no aceptare, o no concurriere dentro del plazo fijado, el juez nombrará otro en su reemplazo, de oficio y sin otro trámite.

La cámara determinará el plazo durante el cual quedarán excluidos de la lista los peritos que reiterada o injustificadamente se hubieren negado a aceptar el cargo, o incurrieren en la situación prevista por el artículo siguiente.

REMOCIÓN

Art. 470. - Será removido el perito que, después de haber aceptado el cargo renunciare sin motivo atendible, rehusare dar su dictamen o no lo presentare oportunamente. El juez, de oficio, nombrará otro en su lugar y lo condenará a pagar los gastos de las diligencias frustradas y los daños y perjuicios ocasionados a las partes, si éstas los reclamasen. El reemplazo perderá el derecho a cobrar honorarios.

PRÁCTICA DE LA PERICIA

Art. 471. - La pericia estará a cargo del perito designado por el juez.

Los consultores técnicos, las partes y sus letrados podrán presenciar las operaciones técnicas que se realicen y formular las observaciones que considera pertinentes.

PRESENTACIÓN DEL DICTAMEN

Art. 472. - El perito presentará su dictamen por escrito, con copias para las partes. Contendrá la explicación detallada de las operaciones técnicas realizadas y de los principios científicos en que se funde.

Los consultores técnicos de las partes dentro del plazo fijado al perito podrán presentar por separado sus respectivos informes, cumpliendo los mismos requisitos.

TRASLADO. EXPLICACIONES. NUEVA PERICIA

Art. 473. - Del dictamen del perito se dará traslado a las partes, que se notificará por cédula. De oficio o a instancia de cualquiera de ellas, el juez podrá ordenar que el perito dé las explicaciones que se consideren convenientes, en audiencia o por escrito, atendiendo a las circunstancias del caso.

Si el acto se cumplieren en audiencia y los consultores técnicos estuvieren presentes, con autorización del juez, podrán observar lo que fuere pertinente; si no comparecieren esa facultad podrá ser ejercida por los letrados.

Si las explicaciones debieran presentarse por escrito, las observaciones a las dadas por el perito podrán ser formuladas por los consultores técnicos o, en su defecto, por las partes dentro de quinto día de notificadas por ministerio de la ley. La falta de impugnaciones o pedidos de explicaciones u observaciones a las explicaciones que diere el perito, no es óbice para que la eficacia probatoria del dictamen pueda ser cuestionada por los letrados hasta la oportunidad de alegar con arreglo a lo dispuesto por el artículo 477.

Cuando el juez lo estimare necesario podrá disponer que se practique otra pericia, o se perfeccione o amplíe la anterior, por el mismo perito u otro de su elección.

El perito que no concurriere a la audiencia o no presentare el informe ampliatorio o complementario dentro del plazo, perderá su derecho a cobrar honorarios, total o parcialmente.

DICTAMEN INMEDIATO

Art. 474. - Cuando el objeto de la diligencia pericial fuese de tal naturaleza que permita al perito dictaminar inmediatamente, podrá dar su informe por escrito o en audiencia; en el mismo acto los consultores técnicos podrán formular las observaciones pertinentes.

PLANOS, EXÁMENES CIENTÍFICOS Y RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS

Art. 475. - De oficio o a pedido de parte, el juez podrá ordenar:

1. Ejecución de planos, relevamientos, reproducciones fotográficas, cinematográficas, o de otra especie, de objetos, documentos o lugares, con empleo de medios o instrumentos técnicos.
2. Exámenes científicos necesarios para el mejor esclarecimiento de los hechos controvertidos.
3. Reconstrucción de hechos, para comprobar si se han producido o pudieron realizarse de una manera determinada.

A estos efectos podrá disponer que comparezcan el perito y los testigos y hacer saber a las partes que podrán designar consultores técnicos o hacer comparecer a los ya designados para que participen en las tareas, en los términos de los artículos 471 y, en su caso, 473.

CONSULTAS CIENTÍFICAS O TÉCNICAS

Art. 476. - A petición de parte o de oficio, el juez podrá requerir opinión a universidades, academias, corporaciones, institutos y entidades públicas o privadas de carácter científico o técnico, cuando el dictamen pericial requiriese operaciones o conocimientos de alta especialización.

EFICACIA PROBATORIA DEL DICTAMEN

Art. 477. - La fuerza probatoria del dictamen pericial será estimada por el juez teniendo en cuenta la competencia del perito, los principios científicos o técnicos en que se funda, la concordancia de su aplicación con las reglas de la sana crítica, las observaciones formuladas por los consultores técnicos o los letrados, conforme a los artículos 473 y 474 y los demás elementos de convicción que la causa ofrezca.

IMPUGNACIÓN. DESINTERÉS. CARGO DE LOS GASTOS Y HONORARIOS

Art. 478. - Los jueces deberán regular los honorarios de los de peritos y demás auxiliares de la justicia, conforme a los respectivos aranceles, debiendo adecuarlos, por debajo de sus topes mínimos inclusive, a las regulaciones que se practicaren en favor de los restantes profesionales intervinientes, ponderando la naturaleza, complejidad, calidad y extensión en el tiempo de los respectivos trabajos. (Párrafo incorporado por art. 10 de la Ley N° 24.432 B.O. 10/1/1995)

Al contestar el traslado a que se refiere el segundo párrafo del artículo 459, la parte contraria a la que ha ofrecido la prueba pericial podrá:

1. Impugnar su procedencia por no corresponder conforme a lo dispuesto en el artículo 457; si no obstante haber sido declarada procedente, de la sentencia resultare que no ha constituido UNO (1) de los elementos de convicción coadyuvante para la decisión, los gastos y honorarios del perito y consultores técnicos serán a cargo de la parte que propuso la pericia.
2. Manifestar que no tiene interés en la pericia, y que se abstendrá, por tal razón, de participar en ella; en este caso, los gastos y honorarios del perito y consultor técnico serán siempre a cargo de quien la solicitó, excepto cuando para resolver a su favor se hiciera mérito de aquélla.

Capítulo II

Los peritos médicos, el examen médico, el informe pericial y los baremos. El desafío de cómo mejorar

Guillermo G. Maciá *

"Y en fin, ¿no es hermoso limar aquellas aristas que puedan dar a una reparación justa el aspecto de una limosna? Loemos todo esfuerzo que se afine en el enaltecimiento de la dignidad humana".

(Felipe M Cia. Consideraciones médicas sobre la ley 9688. Tesis de doctorado en medicina, 1942, Buenos Aires)

I. INTRODUCCIÓN

Frente a la invitación de la Academia de Intercambios y Estudios Judiciales intentaré resumir los elementos más importantes que hacen a la función pericial de los peritos, con especial foco en el ámbito de la Justicia del Trabajo y los pleitos por infortunios laborales.

Hoy, nos encontramos con una falencia estructural severa en el sistema de incorporación de peritos a la Justicia ya que ser un buen cirujano o un buen psiquiatra no es sinónimo de ser un buen perito médico para los tribunales. Sin embargo, en la actualidad, el solo hecho de anotarse en el listado y pagar el arancel correspondiente alcanza para actuar como perito médico de oficio, sin ninguna capacitación específica adicional.

Les cuento que, cuando yo me inscribí hace muchos años atrás en uno de los fueros y acepté el primer cargo, en una de las preguntas del cuestionario pericial se solicitaba que evaluara la incapacidad de la "TO". Recuerdo que consulté a un amigo qué significaba esa sigla ya que no sabía qué representaba.

Informar a la Justicia y cuantificar daño requieren de una preparación especial que en general brinda la Medicina Legal en el nivel de postgrado universitario. Evidentemente, el conocimiento médico de la especialidad es esencial; empero, saber informar al magistrado para que pueda resolver adecuadamente en un terreno en el que no es experto ya constituye otro escenario. Por ello, es que me parecería importante que se arbitren medidas para mejorar la incorporación y selección de peritos para todos los fueros.

Muchos jueces y juezas que me han consultado sufren los problemas de los malos informes periciales, por ser incompletos, dogmáticos y carentes de los

datos y la información que aquellos necesitan para comprender y decidir. En ese campo, últimamente el problema se hizo muy agudo en relación a las valoraciones inconsistentes de secuelas psicológicas por daños inexistentes.

En algún momento, se deben tomar acciones directas, ejecutivas y efectivas para reducir el margen de error que genera la incorporación discrecional de profesionales médicos al listado de peritos, elevando el nivel de formación pericial y exigiendo el cumplimiento cabal de las reglas de la peritación judicial.

En los últimos 30 años aproximadamente, la salud pública argentina entró en una crisis debido a una decadencia en la formación profesional de los médicos. Quizás los médicos están hoy más informados pero menos formados y esto afecta directamente la capacidad de los profesionales para resolver los requerimientos de la Justicia, por lo cual, se requiere lo que en los ámbitos gerenciales llaman "reingeniería" y decidir ser un "técnico de mantenimiento" o un "arquitecto del sistema". Buscar mejorar sustancialmente un sistema y dejar de poner parches a las fugas.

II. EL PERITO MÉDICO Y LA PERITACIÓN MÉDICA

Debemos rescatar las grandes reglas del Médico legal que enseñaba el gran maestro de la Medicina legal argentina el Dr. Nerio Rojas que afirmaba:

1. El perito debe actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del juez;
2. Es necesario abrir los ojos y cerrar los oídos;
3. La excepción puede ser de tanto valor como la regla;
4. Desconfiar de los signos únicos- patognomónicos;
5. Usar el método cartesiano; no admitir jamás como verdadero nada que no aparezca evidentemente como tal. Prevenirse y evitar la precipitación; dividir las dificultades en tantas partes como sea posible para resolverlas mejor; dirigir ordenadamente el pensamiento, comenzando por lo más sencillo y fácil para llegar a lo más complejo; hacer enumeración completa y revisada sin omitir nada;
6. No fiarse de la memoria;
7. Una autopsia no puede rehacerse;
8. Pensar con claridad para escribir con precisión;
9. El arte de las conclusiones consiste en la medida;
10. La ventaja de la medicina legal está en no formar una inteligencia exclusiva y estrechamente especializada.

El perito (Experto o entendido en algo, según la RAE) es aquel quien tiene el honor, así lo he sentido en mi vida, de asesorar a una instancia en la vida de quienes vivimos en democracia (más allá de sus falencias) que es la Justicia.

Mi padre era ingeniero civil y trabajaba además como perito, haciendo tasaciones, midiendo campos y propiedades, así como participando en los famosos "juicios por medianeras". Él siempre me decía que era un trabajo importante asesorar a la Justicia y remarco que no hago mención al juez sino a la Justicia. Ambos, perito y juez, en diferentes grados de responsabilidad trabajamos para algo superior, repito, la Justicia.

Es importante destacar que el perito no es testigo. El testigo vio, escuchó, participó de alguna manera en los hechos y su utilidad consiste en recrear el pasado ante los tribunales, sin dar opiniones como regla. Por el contrario, el perito solamente se nutre de la documental técnica y de observaciones actuales para que los jueces vean a través de sus ojos y, además, opina, asesora.

El perito no cree ni deja de creer en lo manifestado por la partes, su trabajo consiste en valorar técnicamente los elementos de juicio, en este caso médicos, que le son aportados y determinar si existe o no coincidencia con los resultados del examen médico, con los estudios complementarios y con los hechos manifestados.

La persona peritada, no es un paciente en el sentido estricto de la palabra, ya que el perito no lo medica ni lo trata. Si bien el perito puede informar al magistrado sobre las posibles conductas terapéuticas, no es un médico asistencial.

Compartimos con el maestro a Gisbert Calabuig ¹ que el perito médico debe tener las siguientes características:

- a. **Objetividad:** debe ser objetivo en la interpretación de los elementos que tiene a la vista. No debe tener una visión "*macartista*" ² de la persona peritada, de las pruebas y del examen médico. Si bien la simulación o disimulación son factores a tener en cuenta en el examen médico, nunca se debe poner tal circunstancia como escenario durante el examen. La posibilidad de simulación o disimulación puede ser el resultado del análisis razonado de todas las pruebas que se han tenido a la vista.
- b. **Veracidad:** entiendo que es la más importante de las cualidades del perito. Debe decir la verdad.
- c. **Reflexión y sentido común:** el perito debe ser reflexivo y escuchar otras opiniones. Debe tener sentido común. Recordamos la frase popular que "*el sentido común es el menos común de los sentidos*". Se debe seguir el método Cartesiano.

¹ Citado por Romero Palanco en "La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica", IV Jornadas Andaluzas sobre valoración del daño corporal, Sevilla, Mayo-junio 2001, Cuadernos de Medicina Forense N° 27 - enero 2002.

² McCarthy Senador de los EEUU que perseguía todos los que él consideraba comunistas.

- d. **Juicio:** es la herramienta intelectual por la que el perito médico puede distinguir el bien del mal y lo verdadero de lo falso. Es el estado de sana razón opuesto a locura o delirio. El perito debe analizar todas las posibilidades (siguiendo el método cartesiano) y a veces eso lleva tiempo.
- e. **Prudencia:** el perito debe tener templanza, sensatez y cautela. Las partes quieren defender su postura y puede haber preguntas diseñadas para llevar a error o a confusión. No se es infalible.
- f. **Imparcialidad:** afirmaba Paul Brouardel que "la calidad mayor que debe tener el perito no es la extensión de sus conocimientos, sino la noción exacta de lo que sabe y de lo que ignora".

Simonin definía tres condiciones incompatibles con la actividad pericial: el orgullo que ciega; la ignorancia, que no hace dudar de nada; y la deshonestidad, que envilece y degrada.

De los puntos detallados el más criticable es la "deshonestidad", que califica como delito ³. El orgullo y la ignorancia los podemos encuadrar como "culposos", algo vinculado a la personalidad, a la idea despectiva o negligente hacia un trabajo.

La aceptación del cargo

Cuando el perito es designado y logra tener acceso a la causa, podrá leer cuales son las lesiones que se denuncian. Lo manifestado por el letrado de la parte reclamante puede ser inespecífico (traumatismos múltiples en miembros inferiores) o específico (fractura expuesta de la pierna derecha). Puede suceder que exista documental médica agregada al expediente o que el letrado, por desconocimiento, reclame que el juzgado sea el encargado de reclamar a las instituciones médicas la documental correspondiente y digo "por desconocimiento" dado que las constancias médicas de atención, la llamada historia clínica, tiene por ley un único titular, que es el paciente, el enfermo. La ley 26.529 (derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado), claramente establece "...*artículo 14. – Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia...*".

El perito no debería comenzar su labor hasta tanto se agregue la documentación médica. El examen pericial del actor, sin la historia clínica, no tiene la misma calidad que aquel que se puede realizar con un adecuado detalle de las lesiones y su evolución histórica. En mi experiencia, a lo largo

³ Cabe recordar que el "falso testimonio pericial" está penado por nuestro derecho criminal.

de más de 30 años en la actividad pericial, muchas veces debí reexaminar a una persona debido a que la historia clínica agregada con posterioridad aportaba datos que ameritaban examinar nuevamente al paciente, o aclarar reclamos e impugnaciones de las partes por esos nuevos datos. En oportunidades el Juzgado, incluso a pedido de los letrados de la parte actora o de la demandada, me intimaba a presentar el informe en un plazo perentorio, lo cual cumplía en tiempo y forma, sin estar la historia clínica agregada en el expediente. Esto implicaba que tiempo después se aportaba la documental médica y debía nuevamente hacer el informe lo que, obviamente, resultaba una pérdida de tiempo para todos así como duplicar costos innecesarios.

La historia clínica es el documento esencial para que el perito médico pueda actuar. Con ella, se puede planificar el examen, estudiar maniobras, signos, interrogar sobre síntomas, revisar bibliografía, evaluar qué estudios complementarios pueden ser útiles y evitar dilaciones e incremento de los costos del juicio y dispendios de tiempo.

En medicina legal no existe la urgencia como en la medicina asistencial. En medicina pericial existen plazos pero no urgencias. El perito tiene oportunidad, una vez que tomó conocimiento de las patologías, de consultar con libros o con otros profesionales. En mi actual actividad como médico forense es frecuente que nos consultemos si alguien peritó algún caso similar dado que uno se puede nutrir de los aciertos y errores de los otros profesionales.

El examen médico pericial

El examen médico pericial siempre debe ser completo y ordenado hacia lo que puntualmente está cuestionado. Por ejemplo, en caso de una lesión en la mano derecha se centrará en ella. Un reclamo por una enfermedad profesional se centrará en la parte cardio-respiratoria, en una neumoconiosis, por dar un ejemplo. Esto no impide que el perito, si al momento del examen, encuentra una patología tumoral u otra enfermedad grave, aunque ajena al litigio, le informe al examinado su existencia y asiente en su informe que fue lo que encontró para que el paciente sea evaluado en un centro asistencial. Sin embargo, en tales casos debe consignar esa información de modo claro para no confundir a las partes ni a los jueces ya que se trataría de información importante para el reclamante pero que no versa sobre los puntos discutidos en ese pleito.

La actividad pericial está dentro del marco de la ley 17.132 que establece: *Artículo 2° A los efectos de la presente ley se considera ejercicio: a) de la Medicina: anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las*

mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el artículo 13º.

El examen médico pericial está orientado a determinar la existencia de una secuela y evaluar el vínculo que tienen los hallazgos semiológicos con el mecanismo productor denunciado. Una vez obtenido esta información, se procede a cuantificar, valorar o calificar la incapacidad de la persona.

Las partes del informe son:

Anamnesis: es el relato de la información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico y nace del interrogatorio médico; es una de las primeras partes del trabajo médico. Igualmente, quiero hacer un comentario de algo que aprendí del Dr. Jorge Berra, cirujano general del Hospital Escuela de Clínicas. Una vez participando en un consultorio con él, siendo yo estudiante de medicina, ingresó al consultorio una mujer y al verla me miró y me dijo: "...la paciente viene a consultar por un problema de vesícula". La mujer, su esposo y yo nos sorprendimos al ratificar la paciente que era correcto el motivo de la consulta. El Dr. Berra hizo el diagnóstico desde el sillón del escritorio. Inmediatamente me preguntó a mi cómo había llegado él a determinar el motivo de la consulta. No pude encontrar nada en la paciente que me diera un indicio razonable para dar respuesta al desafío. Finalmente, el Dr. Berra me dijo: "por la radiografía que trae en la mano". En aquel momento, se hacían las llamadas colecistografías, que se realizaban en placas radiográficas de un tamaño particular. La confluencia de ese tipo de tamaño de radiografía en la consulta con un cirujano general indicaba con una alta probabilidad que la consulta era por patología biliar.

Esto se llama observación, algo lamentablemente olvidado en la medicina de este siglo para mal de todos los que somos pacientes.

Existe, incluso, la evaluación del paciente previa a la anamnesis. Cuando está sentado en la sala de espera el médico puede observar cómo está sentado, dato que puede indicar que la flexión de las rodillas y cadera alcanza los 90º, que los codos están flexionados y que la pinza pulgar-índice le permite tener una revista en las manos, etc. Recientemente, un amigo de mi hijo (médico), que está haciendo la residencia en dermatología, me comentó que al llegar al hospital y pasar por la sala de espera vio un paciente que tenía lesiones en la pierna y ante la sospecha de una patología poco frecuente en nuestro medio (Pie de Madura- o Micetoma: lesión crónica infecciosa por hongo de la piel, muy frecuente en el África y La India) al ingresar a la zona de los consultorios le pidió a la enfermera encargada de distribuir a los paciente que ese paciente en particular se lo pasara a él. Con la sola observación pudo hacer un diagnóstico presuntivo y posteriormente corroborarlo.

El examen de la capacidad física comienza con el paciente al ingresar al consultorio, cómo habla, cómo se mueve en general, cómo se sienta y cómo se levanta de la silla, como busca su documento y lo extrae sin ver del bolsillo trasero (indicador de rotación interna del hombro y de la sensibilidad conservada dentro de algunos parámetros. Desabrocharse los botones de la camisa requiere de sensibilidad conservada en los dedos que intervienen. El médico perito debe poner sus ojos más en el paciente que en los papeles.

Cada sector del cuerpo requiere de maniobras particulares para el examen. Es diferente el examen del hombro al examen de la mano o el del tobillo. El médico perito lo puede tener esquematizado en un protocolo de forma de no olvidar ningún paso.

Se pueden resumir pasos importantes en el examen que son:

Observación: por ejemplo, la articulación está deformada, edematizada, con rubor, cianótica, se observan amputaciones totales o parciales de algún sector, cicatrices, etc.

Palpación: se palpa calor, edema, frío de la piel, piel seca, palpación abdominal, etc.

Maniobras especiales: puede ser la auscultación cardiopulmonar, maniobra del cajón anterior en la rodilla, evaluación de los reflejos y otras maniobras neurológicas.

Finalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos, se evalúan los estudios complementarios necesarios para llegar a un diagnóstico más preciso. El perito debe medir los estudios complementarios limitándose a aquellos que son necesarios. Cuando se piden estudios complementarios innecesarios se incrementan los costos y se dilatan los tiempos.

El material fotográfico tiene un rol muy importante en la aportación de información a los jueces y juezas. Yo comencé con las fotografías para los informes hace muchos años atrás con una máquina Pentax K1000. El despegue fue cuando compré la primera máquina digital y desde ese momento todos los informes que hacía para la justicia estaban adecuadamente documentados. Hoy con la existencia de nuevas cámaras digitales y con los *smartphones* no hay justificativo para que el informe pericial no tenga el apoyo de fotografías. Es importante para el perito porque queda documentado que la persona, por ejemplo, flexiona correctamente la columna o que cierra el puño o se puede poner en cuclillas. También sirve para el magistrado para saber sobre la supuesta secuela. Cuando yo informo que el trabajador presenta en el dedo índice de la mano derecha flexión de la articulación interfalángica proximal a 30° y de la interfalángica medial a 20° con deformidad en flexión de la

articulación interfalángica distal por rotura del aparato extensor y similares descripciones en otros dedos, si no se acompaña de unas fotografías es difícil que el juez pueda tener un acabado conocimiento de la magnitud del daño. Recordemos que los peritos, además de lo estrictamente técnico médico, deben ser claros para ilustrar a los jueces y la fotografía digital es muy importante y hasta concluyente.

El desarrollo de un informe pericial

Todo informe pericial cuenta en general con las siguientes partes.

1. El proemio: en el que el perito se presenta ante el juez o la jueza, con un detalle de sus especialidades, domicilio legal, los autos donde fue designado, etc.
2. Es importante el detalle con la foliatura de la documental médica agregada al expediente. En general, la historia clínica está atomizada. En una parte todas las actualizaciones clínicas, en otra los protocolos quirúrgicos, en otra los resultados de los estudios de laboratorio.
3. El resultado que arroja el examen médico pericial o examen clínico de la persona peritada.
4. Resultados de los estudios complementarios.
5. Consideraciones médico-legales: estas reflexiones son fundamentales y es mediante las cuales el perito debe detallar con claridad y de manera ordenada cómo analizó la documental y cómo arribó a las conclusiones. Es la parte del informe en la que el perito debe poner más atención pues está destinada a exponer ante los jueces cómo se procedió pericialmente. Un buen desarrollo de esta parte del trabajo pericial evita responder una serie de puntos periciales innecesarios y en dichas consideraciones es donde los jueces podrán evaluar la capacidad pericial y, ante una impugnación, decidir "se tendrá en consideración al momento de la sentencia" (no es lo más frecuente), evitando traslados innecesarios. En general dado la carga de trabajo de los juzgados las impugnaciones se envían al perito sin análisis. El magistrado debería evaluar cuales son los fundamentos volcados en esta parte y su razonabilidad con las conclusiones para determinar si es pertinente correr impugnaciones o ampliaciones que serían innecesarias y dilatorias.

La simulación/disimulación

En general en la actividad pericial nos encontramos frente a la posibilidad de la simulación. Lo primero que el perito debe tener en cuenta es que no cabe enojarse. Es natural, siguiendo al maestro Dr. José Ingenieros, que el paciente simule y el perito, sobre la base de sus conocimientos, detecte la simulación y vuelque en el informe que los signos o síntomas manifestados por el peritado no

coinciden con las maniobras semiológicas o con los estudios complementarios. Entiendo como un error el enojo de los peritos en tales supuestos así como que, por ello, traten mal al paciente que simula y descarguen opiniones negativas en el informe pericial. Es un error ya que esa actitud puede engeguecer la labor pericial y llevar a cometer errores de diagnóstico.

Los protocolos médico-periciales

Según mi experiencia, existen algunas patologías o secuelas que históricamente han creado dolores de cabeza para jueces, médicos y abogados, como son las patologías lumbares, las lesiones en las rodillas, las secuelas en las manos y la hipoacusia.

Hoy la tecnología está a nuestro favor. Se puede trabajar sobre protocolos unificados para las patologías más frecuentes de manera que todos los jueces pueden tener acceso a información y que esa información sea comparable. Se puede determinar lo que podemos llamar un "informe médico-pericial base". Todo lo que el perito quiera agregar de más está bien pero debe existir un mínimo de información concreta no obviaable.

Crear la posibilidad de ver casos similares de otros juzgados, conocer cómo se resolvieron desde el punto de vista jurídico y desde la medicina en distintos lugares del país permitirá sin lugar a dudas que el juez pueda conocer más precisamente la magnitud del daño.

Esos protocolos pueden estar en soporte informático de manera que el perito lo pueda acceder desde cualquier punto del país. No es imposible, sólo se debe tener la decisión de hacerlos, divulgarlos y exigir su seguimiento.

Los puntos periciales

Existe una cierta idea de que se requieren muchos puntos periciales para resolver una demanda laboral lo que es un error facilitado, quizás, por el invento de Bill Gates que es el "copia- pega", un arma nefasta en manos poco rigurosas en medicina y derecho.

En materia laboral podemos resumir que los puntos básicos a responder por el perito son:

1. ¿Qué patología/s presenta el actor sobre la base de lo reclamado?
2. ¿Qué patología/s están vinculadas a accidentes de trabajo o a enfermedades profesionales denunciadas en la demanda como sustento del reclamo?
3. ¿Cuáles son los fundamentos científicos que permiten vincular o no las patologías con los hechos denunciados?

4. ¿Cuál es el porcentual de incapacidad y sobre que parámetros se determinó?

Las impugnaciones y cómo resolverlas

En pocas ocasiones encontré impugnaciones correctas y fundamentadas de las partes. Lo fundamental para algunos letrados es impugnar sin sentarse a pensar que es lo que se impugna. Además, del Juzgado se remite la impugnación tal como la presentó la parte solicitando que el perito responda, en muchos casos, cosas absurdas.

El perito no debe irritarse sino limitarse a responder lo que se reclama y corregir los errores propios y poner en evidencia a los ojos del magistrado cuando la impugnación es banal y sin sustento. Los peritos deben tener siempre en cuenta que las respuestas deben ayudar a los jueces y juezas a comprender la cuestión médica, por lo que es vital evitar que las contestaciones constituyan guerras personales contra el impugnante que sólo ayudan a confundir a los magistrados.

También existen impugnaciones bien desarrolladas frente a las que el perito debe salir adelante y de las que debe aprender. Una vez por una lesión de los tendones extensores de la mano con una secuela menor le di un porcentaje excesivo y el abogado y médico de la compañía de seguros en su impugnación tenían razón. En ese momento, en los comienzos de mi actividad pericial estaba yo tan convencido que era lo correcto que convencí al juez y le dieron ese porcentual. No obstante, siempre menciono en mi actividad docente ese episodio. En efecto, la impugnación fue muy prolija, era correcto que era un porcentaje excesivo pero logré convencer al juez porque yo estaba convencido.

III. LOS BAREMOS O TABLAS DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES

Realmente "baremos" (derivado de B. F. Barrême, 1640-1703, matemático francés) es un vocablo general e impropio de uso habitual en el Derecho y particularmente en la medicina legal. Correspondería quizás un nombre más preciso como "criterio de valoración de incapacidad", "tabla de porcentuales de incapacidad por secuelas", "pautas orientativas de incapacidad por secuelas laborales" u otros nombres.

Se requiere estudiar otra denominación que pueda plasmar su importancia en el mundo del "derecho al resarcimiento". Aquí los llamaremos TEIL (Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales) tal como dice el Dec. 659/1996.

En 1853 en el Diccionario de Domínguez, según los registros del Diccionario Lexicográfico de la RAE, aparece la palabra "baremo" con la definición:

"Libro elemental de aritmética, así llamado del nombre de su autor", donde podemos ver que no existe ninguna mención a las incapacidades⁴. Hasta 1992 no se menciona a la palabra baremo vinculada a incapacidades o daño físico, cuando RAE define "baremación" como "Acción y efecto de establecer un baremo de evaluación" y "baremo" de la siguiente forma: "(De B. F. Barrême, matemático francés) 1. Cuaderno o tabla de cuentas ajustadas; 2. Lista o repertorio de tarifas; 3. Conjunto de normas establecidas convencionalmente para evaluar los méritos personales, la solvencia de empresas, etc."

Con posterioridad se amplió la definición de la 3ª acepción a "...cuadro gradual establecido convencionalmente para evaluar los méritos personales, la solvencia de empresas, etc., o los daños derivados de accidentes o enfermedades...", definición actualmente vigente en el Diccionario de la RAE.

Ahora bien, nos encontramos que la definición "evaluar (...) los daños derivados de accidentes o enfermedades" resulta insuficiente y es importante entender qué alcances tienen estos baremos y a tal fin podemos intentar la siguiente definición: *"El baremo es una herramienta que busca reducir el error y la discrecionalidad del médico evaluador en la valoración, cuantificación o calificación del daño corporal, aportando elementos para establecer un valor numérico (habitualmente porcentual) para ese daño, en relación a otros daños"*. Seguidamente, cabe señalar cuál es el objetivo del uso de un baremo: *Convertir un daño psicofísico en el Ser Humano en un valor numérico porcentual, para que el magistrado pueda resarcir, reparar o compensar al portador de la secuela o a sus derechohabientes.*

Cómo utilizar los baremos

Ningún baremo, de ninguna manera, es "una verdad revelada" y así se deben usar, partiendo de esa premisa. Todos tienen fallas, errores e inconsistencias, pero hoy en la Argentina rige el decreto 659/96, dictado por el PEN ante el mandato expreso nacido de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, y, como todo otro baremo, tiene también falencias. No obstante, resuelve en general y en forma ecuaníme las diferentes secuelas laborales. Además, cabe recordar que la citada ley 24.557 hace obligatorio su uso y tal regla ha sido reiterada por la ley 26.773.

El médico debe saber qué secuelas sufre la persona peritada y luego determinar cuál es el porcentual que le otorga la tabla de incapacidades. Cuando esa tabla presenta un valor que no es realmente representativo de la secuela, el perito lo debe informar al juez y, de apartarse del baremo de uso habitual, explicar los motivos y el origen de ese porcentual.

³ Definición de baremo RAE 1853

El porcentual siempre será discutible, lo que no debe ser discutible es que tal o cual secuela sea incapacitante.

El uso del baremo otorga, asimismo, uniformidad para que un damnificado de La Quiaca y otro de Ushuaia sean valorados con la misma vara. Con anterioridad a la LRT, cada perito tomaba una sistema de cuantificación diferente, lo que ocasionaba grandes problemas para los magistrados saber el porcentual de incapacidad correcto. Un perito utilizaba la TEIL de Costa Rica, otro el baremo de los Dres. Romano y Fernandez Blanco, otro el del Dr. Basile, etc. Cada uno de los autores hacía su tabla de incapacidades a su criterio.

Hoy afortunadamente eso se resolvió con el Dec. 659/96 y, como ya dije, esta TEIL es perfectible. Para mejorarla se debe hacer un trabajo en conjunto entre la Justicia y los médicos con experiencia en valoración del daño corporal.

Escierto que dicho baremo lleva muchos años sin revisarse concienzudamente. En 2014 se realizaron "parches" como incorporar las limitaciones funcionales del tobillo a los valores de incapacidad y la incapacidad por las várices de origen laboral⁵.

El juez, el médico y los baremos

Considero que sin duda alguna la TEIL que se debe utilizar en el fuero laboral en todo el país es la contenida en el decreto 659/96 dado que así lo disponen, como ya indiqué, las leyes 24.557 y 26.773 y por ende debería ser una exigencia de los magistrados que el perito la utilizara, más allá que pueda aportar otros valores porcentuales de incapacidad de otras TEIL nacionales y extranjeras explicando las razones para discrepar con el baremo legal y tendientes a demostrar que éste es erróneo o incompleto en el tema.

En aquellos casos en que exista incapacidad laboral y que la TEIL del dec. 659/96 no la cuantifique el perito podrá explicar y establecer qué porcentual de incapacidad considera aplicable al caso sobre la base de su experiencia y mencionar otras tablas de incapacidades que sirvan como parámetros.

Recientemente, la Sala II de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo de la Capital Federal en la causa "Díaz, Mauro Julio Cesar C/ Provincia ART SA S/ Accidente- Ley Especial" resolvió ese tipo de problemas. Había mediado cuestionamiento por la aseguradora ante la atribución de un porcentaje de incapacidad por una hernia inguinal izquierda incapacitante "no operada", con el argumento de que esa específica situación no está prevista en el

⁵ Las várices no eran reconocidas como posibles Enfermedades Profesionales en el Listado original del decreto 658/1996 y por decreto 49/2014 esta situación cambió, obligando a la adaptación del baremo.

decreto 659/1996. La Sala II le pidió al perito actuante aclaraciones y éste explicó que el baremo de incapacidades aprobado por ese decreto sólo se refiere a las "hernias operadas con o sin secuelas", puntualizando que el caso del actor corresponde a una hernia "no operada", razón por la que, en su opinión, cabría orientarse con otro baremo de incapacidades.

La Cámara desestimó el argumento de la demandada al entender que en el caso estaba fuera de discusión que el accionante evidencia una hernia inguinal izquierda que lo incapacita efectivamente y en el entendimiento de que el decreto 659/1996 no contiene disposición alguna que permita sostener, desde el punto de vista jurídico, que no puedan considerarse a los fines resarcitorios las secuelas incapacitantes de una hernia inguinal por no estar operada. Añadió el Tribunal que, si bien al tabular las incapacidades que ese baremo legal asigna a los distintos supuestos de lesión de la pared inguinal, sólo prevé las derivadas de "hernias operadas", en modo alguno niega el reconocimiento de la pérdida de la capacidad que derive de una hernia no operada. En opinión de los jueces, esa falta de mención expresa no permite predicar que tal situación obste al reconocimiento del daño indemnizable, ya que alcanzar semejante conclusión a partir de una circunstancia tácita y contra el principio de indemnidad constituiría una postura de un rigorismo formal excesivo e inadmisibles para interpretar el régimen nacido de los arts. 6 apartado 1 y 8 apartado 3 de la ley 24.557.

El Tribunal de alzada añadió que si bien el apartado 3 del art. 8 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo dispone que *"El grado de incapacidad laboral permanente será determinado...en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales, que elaborará el Poder Ejecutivo Nacional..."*, no se advierte en el régimen normativo vigente ninguna norma que vede expresa o claramente que las situaciones de incapacidad no previstas en esa tabla puedan ser evaluadas en base a otros baremos de rigor científico suficiente, así como tampoco el art. 9 de la ley 26.773 impide esta alternativa.

Y en el sentido en el que vengo exponiendo sobre el valor que cualquier tabla de incapacidades posee, la Sala II de la CNAT apuntó que *"el baremo aprobado por el decreto 659/1996 es, obviamente, una creación humana y, por ende, no perfecta por definición, de lo que se sigue que no resulta posible excluir la hipótesis de que el caso de las hernias incapacitantes pero no operadas haya sido omitido involuntariamente. Esta hipótesis encuentra abono en la circunstancia de que el baremo oficial no contiene explicación alguna que permita considerar que las hernias incapacitantes no operadas fueron dejadas de lado por alguna razón científica o legislativa"*.

Además, los jueces intervinientes recordaron que el art. 21 de la ley 24.557 establece que las Comisiones Médicas *"podrán, asimismo,...y -en las materias de su competencia- resolver cualquier discrepancia que pudiera surgir entre la ART y el damnificado o sus derechohabientes"* y que esa amplia facultad

que permite superar cualquier situación no prevista la posee con mayor e indiscutible legitimidad el Poder Judicial.

De ahí que, según ese Tribunal, la circunstancia de que el decreto 659/1996 no haya tenido en cuenta la situación de hernia inguinal incapacitante no operada debe considerarse un mero olvido o laguna del baremo y que, a la hora de resolver la controversia relativa a si resulta indemnizable o no, es facultad de los jueces competentes superar tal carencia apelando a otras tablas de incapacidad que tengan reconocido rigor científico en la comunidad médica.

Sentada esta premisa, opinaron los magistrados que el uso que el perito médico actuante en la causa había hecho del baremo para el fuero civil de los Dres. Rinaldi y Altube posee el suficiente reconocimiento científico como para resultar un elemento válido para la estimación del daño incapacitante.

El decreto 659/96 y algunas de sus inconsistencias

En esa misma línea, tendiente a reiterar que las tablas o baremos de incapacidades son meras creaciones humanas consensuadas para obtener uniformidad, así como que, como toda labor humana, no goza de la perfección ni de la infalibilidad, enumeraré algunas inconsistencias del decreto 659/96:

1. No determina cual es el valor de incapacidad por limitación de la extensión de los dedos.
2. La TEIL de ese decreto otorga incapacidad por pseudo-artrosis de escafoides en una parte 15% y en otra del 15 al 18%.
3. A las fracturas de tibia y peroné consolidadas sin secuelas les reconoce incapacidad pero a las fracturas de fémur no.
4. Utiliza los términos secuelas leves, moderadas y severas al referirse a la columna lumbar sin establecer cuáles son los alcances de cada uno de los vocablos.
5. Se valoran secuelas de quemaduras sobre la base de los criterios agudos de A, AB y B cuando se deberían establecer parámetros de secuelas como existencia o no de cicatriz, extensión de cicatriz, existencia de queloides, visibilidad de la cicatriz, limitaciones funcionales de articulaciones, etc.
6. En comparación le da más valor a las amputaciones del miembro inferior que a las del miembro superior.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar me gustaría remarcar la importancia profesional de la labor pericial médica, la necesidad de la exigencia de los más altos estándares de formación y capacitación de los peritos; que los informes periciales deben ser realizados siguiendo el método y las reglas enseñadas por la medicina legal y que no deben ser dogmáticos sino claros, fundamentados y explicativos pues no están destinados a resolver causas sino a ilustrar a los jueces y juezas para que puedan ver fenómenos ajenos a su conocimiento profesional propio, para que puedan comprenderlos y así juzgar adecuadamente, ya que las leyes han puesto en cabeza y responsabilidad de los tribunales y no de los peritos la decisión aún de las cuestiones de índole médica. •

Capítulo III

Qué esperan los jueces de un informe médico pericial

Roberto A. Vázquez Ferreyra *

Introducción

El informe pericial es una prueba valiosísima en el proceso, aunque no la única, atento al resguardo de la seguridad jurídica sobre la comprobación cierta y suficiente para la acreditación de un hecho.

En mi desempeño como Juez Civil y Comercial en la ciudad de Rosario, y actualmente en el ejercicio de la profesión representando empresas aseguradoras he leído cientos de pericias. He recogido varias experiencias, de las buenas y de las malas. Las líneas que siguen son algunos "tips", producto de esa experiencia.

Claridad expositiva en términos comprensibles y objetivos

Días atrás participaba de una audiencia de vista de causa en un Tribunal Colegiado de Juicio oral, en un proceso por daños y perjuicios. Uno de los puntos clave del litigio era determinar la verdadera causa de la muerte de la víctima de un accidente. En la ocasión había sido llamado a declarar –brindar algunas explicaciones– el perito médico que había realizado la pericia oficial. A diversas preguntas del tribunal, todos los que estábamos presentes en el acto –incluidos los tres jueces– comenzamos a mirarnos con caras extrañas. Es que nadie podía entender lo que estaba diciendo el perito ya que toda su explicación era más propia de una conferencia en ambientes académicos médicos que ante personas inexpertas en ciencias de la salud.

Con buen criterio, uno de los magistrados interrumpió al experto y le rogó que explique todo de nuevo, pero en términos entendibles para un lego. Así ocurrió, y con otras palabras y otros términos el perito repitió todo lo que había estado explicando, pero esta vez lo entendimos todos los presentes.

Es que lo primero que debe tener en cuenta un perito médico es que no solo ha sido llamado para brindar una explicación respecto de lo que se quiere conocer, sino que esa explicación debe ser dada en términos entendibles por personas ajenas a las ciencias de la salud. De nada sirve un minucioso y fundado dictamen pericial si su contenido no puede ser descifrado por quien no posee conocimientos científicos. De ahí que debe usar un lenguaje entendible.

La fundamentación científica es fundamental, pero poca utilidad reportará a los litigantes y al tribunal si no resulta de clara y entendible lectura. Acá como

en tantas otras actividades y parafraseando al filósofo español, la claridad es la cortesía del perito.

El texto debe ser comprensible y de fácil legibilidad por todos los que de una manera u otra tienen interés en el dictamen pericial, por lo que en lo posible debe ser redactado en un estilo llano, sin perder el rigor científico.¹

Por otra parte el perito debe poner en el informe pericial, todo su empeño en lograr la mayor objetividad respecto de los hechos acaecidos y sus consecuencias médico laborales. Su actuación debe ser neutral y ajustarse a principios de ética, idoneidad, prudencia, tanto en el acto pericial como en el informe posterior.

Legibilidad tipográfica y facilitadora de la lectura

La legibilidad tipográfica estudia la percepción visual del texto (dimensión de la letra, contraste de fondo y forma, inclusión de imágenes, variación tipográfica, etc.). Es la primera impresión que nos da el informe pericial.

¿Quién no ha tenido la experiencia de tener que leer pericias –en cualquier especialidad– encontrando que la primera dificultad viene dada por la desprolijidad de la presentación? Escritos sin espacios, sin tabulaciones, sin márgenes, sin variaciones tipográficas y otras desprolijidades que quitan las ganas de leer.

La presentación debe ser atractiva, que facilite la lectura. En este sentido algo que resulta fundamental es que en el informe pericial, el experto no haga remisiones, sino que incluya toda la información en el cuerpo del escrito. La pericia debe ser autosuficiente.

En este sentido resulta fundamental que el perito transcriba las preguntas o puntos de pericia a medida que va dando respuesta a cada uno.

Muchas veces en el informe se lee que se da respuesta a la pregunta 1, o 2 o 3 de los puntos de pericia propuestos por una de las partes, sin transcribir el punto en cuestión al cual se le da respuesta. Nada más complicado para su lectura pues hay que ubicar el escrito donde se ofrecieron los puntos periciales (tarea que en expedientes voluminosos o de varios cuerpos resulta una pérdida de tiempo injustificada), y una vez ubicado, ante cada respuesta hay que ir a ese escrito para ver que se le preguntaba al perito. La propuesta

¹ "El concepto de legibilidad designa el grado de facilidad con que se puede leer, comprender y memorizar un texto escrito". Desde hace décadas se han realizado estudios sobre el tema. Algunos autores hablan de legibilidad alta y baja. La primera se caracteriza entre otras cosas por el uso de palabras cortas y básicas, frases cortas, lenguaje concreto, variación tipográfica, etc. Ver Daniel Cassany "La Cocina de la escritura" Edit. Anagrama, Barcelona 2014, pág. 20 y sgtes.

de autosuficiencia de la pericia incluso permite el análisis del dictamen sin necesidad de tener que contar con todo el expediente. Para el perito pueden ser unos minutos más de labor (transcribir las preguntas o puntos de pericia ante cada respuesta), pero para quienes deben leer la pericia (y ni hablar para el Juez al momento de sentenciar) es una simplificación enorme que evita gran pérdida de tiempo.

El perito debe expedirse sobre los aspectos propios de su ciencia

Es muy loable la actitud de muchos médicos de adquirir conocimientos en cuestiones jurídicas, asistiendo por ejemplo a posgrados o conferencias sobre temas de responsabilidad por daños. Pero el norte que nunca deben perder es el de que su ciencia es la medicina y no el derecho. Para el derecho están los abogados y los jueces.

Lo expuesto en el párrafo anterior viene a cuento de algunas pericias o informes en los que el perito incurre en el lamentable error de querer ilustrar a las partes y al tribunal sobre cuestiones jurídicas.

No son pocas las veces en que el experto médico se expide sobre cuestiones netamente jurídicas, como el concepto de culpa, categorías jurídicas, de daños, o se expiden sobre cuestiones tan complejas como el tema de la causalidad jurídica. Hemos llegado a leer pericias en las cuales el experto médico pretende dictaminar respecto a la naturaleza *in itinere* o no de un accidente ocurrido en la vía pública.

Sobre el particular, hace ya algún tiempo ha alertado el gran jurista Alberto J. Bueres que así como los abogados y jueces no están preparados para discutir sobre cuestiones médicas, tampoco los médicos pueden entrometerse en cuestiones jurídicas. "Algunas veces señalamos que no es feliz la actitud de algunos médicos legistas –o de algunos médicos en general– de incursionar en los más intrincados temas de la responsabilidad por daños. Al respecto, cabe resaltar que no son muchos los profesionales del derecho (catedráticos, publicistas, estudiosos, etcétera) que han calado hondo en esta materia –ya casi autónoma dentro del derecho de las obligaciones–, que la conozcan con profundidad o, mejor aún, con la profundidad sistemática, meditada y consciente que el relativismo del saber humano puede permitir. Y esto significa tanto como que esos aspectos tortuosos, complejos, enhebrados a unos no menos difíciles aspectos conexos, ni siquiera son captados en su real dimensión por los civilistas que tal vez no están muy cerca del asunto –que no ya por los abogados generalistas o por los abogados especializados en otras ramas del derecho... Por lo tanto, resulta un desatino que en obras de medicina legal se discorra sobre el contenido de la antijuricidad, sobre el enigmático problema de la relación de causa a efecto –que hasta

el presente sigue siendo indócil para los juristas dedicados al derecho de daños-, sobre las obligaciones de medios y de resultado –que han suscitado en los últimos años entre los especialistas que abordaron las cuestiones una ardua polémica, como resultado de la cual sin duda hicieron crisis las ya antiguas ideas de René Demogue–... Los médicos han avanzado más, y de tal suerte efectúan digresiones sobre la prueba de la culpa, emitidas de oído, en las que se entremezclan principios penales y principios civiles, y se pone de manifiesto el desconocimiento –como no puede ser de otra manera– de las presunciones, de los factores de atribución objetivos, de las eximentes o límites de responsabilidad, etcétera.”²

Resulta también interesante que en la primera parte de la pericia, el experto exponga muy brevemente sus antecedentes en la materia, y en particular con el tipo de dolencias sobre las que tiene que peritar.

La función del perito es asesorar y explicar, no decidir

También debe tenerse en cuenta que el perito simplemente asesora y explica. Su tarea no es decidir, para eso está el tribunal que debe realizar un análisis crítico de la prueba, y no limitarse a recibir el informe como verdad revelada. Las posibilidades del tribunal son diversas. El Juez puede aceptar sólo una parte o la totalidad del informe, puede pedir una ampliación o aclaración, o disponer directamente el rechazo de la misma y ordenar un nuevo examen pericial, con otro perito. Además, el Juez podrá designar nuevos Peritos, los que actuaran en forma independiente o conjunta con el o los designados en primer término. La decisión corresponde al tribunal y no al perito.

No obstante “para apartarse de la valoración efectuada por el galeno, el juez debe encontrar sólidos argumentos, ya que se trata de un campo del saber ajeno al hombre de derecho, y aunque no son los peritos médicos los que fijan la incapacidad, sino que ella es sugerida por el experto y determinada finalmente por el juzgador –basándose en las pruebas que surgen del expediente y las normas legales de aplicación– su informe resulta el fundamento adecuado para la determinación de la minusvalía que se ordena reparar (v. en este sentido, entre otros, SD 97.235 del 31/7/13 “Fernández Epifanía Isabel c/ Caesar Park Argentina SA y otros/ Accidente – Acción civil” y SD 96.639, 12/10/2012, “La Porta Gerardo c/ Expreso San Isidro SA s/ Accidente Acción-Civil”) ...no puede soslayarse que el trabajo de este perito, en función de la aptitud y especial versación que cabe reconocer a quienes se hallan oficialmente habilitados para ejercer la ciencia u oficio de que se trata, goza de una presunción de idoneidad que hace que, en principio, deban aceptarse sus conclusiones en lo que

² Alberto J. Bueres “Responsabilidad civil de los médicos” 2ª edición renovada, Edit. Hammurabi, 2006, pág. 43/44.

a su especialidad se refiera, salvo la presentación por el interesado de elementos de doctrina que por su autoridad permitan dudar acerca de sus conclusiones, o bien cuando éstas puedan aparecer manifiestamente infundadas o arbitrarias a la vista del lego"(Cam. Nac. Trabajo Sala 4 – 29/6/2016 –Jordan León Mario Lorenzo c/ Galeno ART S.A. s/ accidente – ley especial" – elDial.com – AA99A5).

En sentido coincidente se ha dicho que "conforme lo establece en el art. 477 del CPCCN, la fuerza probatoria de los dictámenes periciales debe ser evaluada de acuerdo a la competencia del perito, los principios científicos o técnicos en que se fundan, la concordancia de su aplicación con las reglas de la sana crítica, las observaciones formuladas por los letrados y los demás elementos de convicción que la causa ofrezca, siendo facultad del judicante su apreciación con la latitud que le adjudica la ley, a lo que cabe añadir que, para que el Juez pueda apartarse de la valoración efectuada por el perito médico, debe hallarse asistido de sólidos argumentos, ya que estamos ante un campo de conocimiento ajeno al hombre del derecho" (CNT 43788/2012/CA1 – "V. A. M. c. Galeno Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. s. accidente – ley especial" – CNTRAB – SALA VIII – 10/11/2016 – elDial.com – AA9CC6).

Obviamente que la pericia debe valorarse en su conjunto y a la luz de todas las demás pruebas de la causa. "(...) las conclusiones a las que arribó el a quo se basan en las observaciones parciales del peritaje médico, referidas a que la patología columnaria que padece la actora podría hallarse concausalmente relacionada con la actividad laboral, pero no toman en cuenta las afirmaciones del experto acerca de que no existía evidencia de que el cuadro clínico hubiese empeorado entre el diagnóstico y el momento de la peritación, en razón de la alegada falta de equipamiento ergonómico. La decisión no solo efectúa una valoración fragmentada del informe médico sino que, además, prescinde de un examen integral de todas las probanzas de la causa, las que -según puso de manifiesto la sentencia de primera instancia en la que fueron expresamente ponderadas resultaban insuficientes para condenar a la Obra Social del Poder Judicial de la Nación." (Del voto de la mayoría) ("Passanisi, Marisa Viviana y otro c/ Obra Social del Poder Judicial de la Nación y otros s/ accidente de trabajo/ enfermedad profesional - acción civil" – CSJN – 20/12/2016).

Los jueces están facultados –y no deben tener temor al respecto– para pedir al perito todas las explicaciones y aclaraciones que estimen pertinentes.

El perito debe basarse en la normativa vigente y específica de la materia brindando suficiente fundamento a su dictamen

En el ámbito laboral la actividad pericial ayuda al juez para conocer la veracidad o no de las patologías o incapacidades denunciadas. Para ello debe verificar, explicar y fundamentar la o las incapacidades que el trabajador pueda presentar, dando detalle circunstanciado de las mismas.

No son pocos los casos en que se ha descalificado una pericia por falta de fundamentación o explicación suficiente. Así por ejemplo se ha considerado que corresponde descalificar el valor probatorio de la pericia médica cuando la experta omite producir una explicación que sustente lo relativo a calificación médico legal de la patología diagnosticada. Es obligación del perito explicar en su dictamen cómo la enfermedad laboral que se invoca tuvo relación causal en las tareas desarrolladas por la actora, brindando las razones de orden científico médicas que abonaran sus dichos. La situación señalada se ve agravada cuando la pretendida incapacidad tampoco surge de los estudios médicos arrimados a la causa" ("Ochoa Celeste Soledad C/ Consolidar ART S.A. (Galeno ART S.A) – ordinario - accidente (ley de riesgos)" Expte. 226892/37 - Cámara del Trabajo de Córdoba - Sala 10 - unipersonal - 17/06/2016. elDial.com - AA99A1).

La lectura del cuerpo pericial debe llevar naturalmente a las conclusiones del experto, no pudiendo existir contradicciones entre una y otra.

Es muy importante que el perito de oficio aplique al momento de elaborar su dictamen, la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales incluida en el Anexo I del Decreto N° 659/96.

Y es fundamental que el juez al momento de dictar sentencia tenga en cuenta la pericia médica únicamente en la medida en que la misma se ajuste a las prescripciones del citado decreto.

Ello, en virtud de lo normado por el artículo 9 de la Ley N° 26.773, el cual establece: *"Para garantizar el trato igual a los damnificados cubiertos por el presente régimen, los organismos administrativos y los tribunales competentes deberán ajustar sus informes, dictámenes y pronunciamientos al Listado de Enfermedades Profesionales previsto como Anexo I del Decreto 658/96 y a la Tabla de Evaluación de Incapacidades prevista como Anexo I del Decreto 659/96 y sus modificatorios, o los que los sustituyan en el futuro"*.

La obligación de aplicar la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales surge, como vemos, de la propia Ley N° 26.773, de acuerdo a lo normado

en el apartado 3 del art. 8 de la Ley N°24.557, el cual establece que: *“3. El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales que elaborará el Poder Ejecutivo Nacional, y ponderará, entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral”.*

En virtud del ya citado artículo 9 de la Ley N° 26.773, dicha obligación se extendió también a los tribunales competentes para resolver casos sobre infortunios laborales. Es decir que a la hora de determinar el grado de incapacidad laboral los organismos, judiciales o administrativos, encargados de hacerlo deberán aplicar la Tabla de Evaluación de las Incapacidades Laborales que el Ejecutivo incluyó como Anexo I del Decreto N° 659/96.

A fines de brindar soporte jurídico a lo anteriormente expuesto, se pone de manifiesto lo admitido por La Corte al expresar que *“las facultades de reglamentación que confiere el art. 99, inc. 2º de la Constitución Nacional –art. 86, inc. 2º, antes de la reforma de 1994–, habilitan para establecer condiciones o requisitos, limitaciones o distinciones que, aun cuando no hayan sido contemplados por el Legislador de una manera expresa, cuando se ajustan al espíritu de la norma reglamentada o sirven, razonablemente, a la finalidad esencial que ella persigue (Fallos: 301:214), son parte integrante de la ley reglamentada y tienen la misma validez y eficacia que ésta.”*³

A raíz de lo señalado debemos poner de resalto la clara finalidad tuitiva de la LRT, la cual mediante el decreto de referencia, tiene por objetivo principal la protección del trabajador, consagrando un sistema único para la determinación de las incapacidades laborales a fin de evitar todo tipo de arbitrariedades y regulaciones subjetivas.

En los supuestos donde la sentencia reconozca un grado de incapacidad superior al previsto en la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales del Anexo I del Decreto N° 659/96, nos encontraríamos frente a una resolución contraria a la validez de una norma nacional, existiendo entonces una cuestión federal en los términos del art. 14 de la ley 48.

El perito debe recurrir a estudios y análisis indubitados

Los estudios a los que puede recurrir el perito médico deben ser indiscutibles o indubitados, en el sentido de que exista certeza de que pertenecen al sujeto de que se trate y hayan sido realizados por personal y entidades reconocidas.

Se debe tratar de documentación debidamente introducida al proceso.

³ Fallos 190:301;202:193; 237:636; 308:668; 316:1239.

En este sentido se ha resuelto que lo atinente a cual pueda ser el porcentaje de incapacidad, establecido en una pericia fundada en documentación cuestionada, amerita la realización de una nueva pericia. •

Capítulo IV

La importancia de la peritación médica y de la calidad profesional de los peritos. Riesgos y peligros que actualmente acechan la labor auxiliar de jueces y juezas

*Miguel Ángel Maza **

I. INTRODUCCIÓN

Gran número de juicios requiere la reconstrucción ante los Tribunales de hechos históricos, es decir acontecidos en el pasado, y a tal fin se utilizan diversos medios probatorios tales como documentos, testimonios, confesiones de partes, informes, etc.

Entre los hechos a acreditar para que los jueces y juezas puedan encuadrarlos en el derecho aplicable encontramos algunos que no necesariamente son pretéritos y que, al contrario, pueden ser actuales. Es el caso, por ejemplo, del daño cuya reparación en especie o dineraria se procura con el reclamo.

A la par, reconocemos una categoría de hechos a demostrar que puede recaer sobre el pasado y a la vez sobre el presente, con características muy peculiares. Aludimos a hechos de naturaleza tal que, para detectarlos, describirlos y comprenderlos, resultan imprescindibles conocimientos o saberes técnicos o científicos ajenos a la formación e incumbencias académicas y profesionales de la magistratura.

Así, en juicios en los que se discute el acierto de una atención médica o de un tratamiento –reclamos por mala praxis médica– deben reconstruirse hechos de naturaleza médica acontecidos en el pasado a fin de conocerlos y calificarlos; a la par que corresponderá verificar las eventuales consecuencias dañosas actuales.

En los litigios que tramitan ante la Justicia del Trabajo de todo el país, basados en el derecho civil o en el Régimen de Riesgos del Trabajo, resulta necesario determinar si hay daño físico y/o psicológico en la persona del trabajador y también conocer cómo se produjo inicialmente la alteración de la salud para que los magistrados puedan examinar y decidir –con base en el conjunto de las pruebas– si ese proceso patológico incapacitante se vincula causal o concausalmente con hechos atribuibles al empleo.

En sendas hipótesis, para esa reconstrucción de hechos pasados y también para la descripción de los actuales –como el daño–, se necesitan ineludiblemente conocimientos científicos de carácter médico así como una experiencia profesional específica, de manera que tales hechos resultan primordialmente pasibles de un modo de prueba idónea peculiar: la pericial.

Así lo exigen las distintas normas procesales del país, valiendo citar, entre tantas otras, el art. 457 del CPCCN donde se indica que "Será admisible la prueba pericial cuando la apreciación de los hechos controvertidos requiere conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada"; similarmente, el art. 457 del Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial de la Provincia de Buenos Aires dispone que "Será admisible la prueba pericial cuando la apreciación de los hechos controvertidos requiriere conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada". En la misma línea, el art. 91 de la ley 18.345 de procedimiento ante los Tribunales del Trabajo de la Capital Federal dispone que la pericial será necesaria "Si la apreciación de los hechos controvertidos requiere conocimientos especiales en alguna ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada"¹.

Por ende, en los juicios de trabajadores por actos u omisiones endilgados al empleo en los que, para dictar sentencia, se requiera determinar, conocer, describir y comprender hechos de naturaleza científica, como los de carácter médico, los tribunales necesitan la actuación insoslayable de peritos con incumbencia en la materia².

Amén de esa exigencia legal recién reseñada, es de toda evidencia que los jueces y juezas de todo el país adolecen de la formación académica y profesional correspondiente para examinar hechos de naturaleza médica³ y necesitan la participación y asistencia de peritos especializados para que actúen como sus ojos –según dijera Loudet en la Revista de Criminología y Psiquiatría– y a fin de que los ayuden a comprender las evidencias científicas y los procesos anátomo fisiológicos en juego.

El Código Procesal Civil y Comercial de la Nación en el art. 464 indica, en materia de requerimientos profesionales, que "Si la profesión estuviese reglamentada, el perito deberá tener título habilitante en la ciencia, arte, industria o actividad técnica especializada a que pertenezcan las cuestiones acerca de las cuales deba expedirse", a la par que, en alusión directa a los "expertos", prevé que "En caso contrario, o cuando no hubiere en el lugar del proceso perito con título habilitante, podrá ser nombrada cualquier persona con conocimientos en la materia"⁴. Por otro lado, se denomina "pericia" a

¹ La ley 11.653 de procedimiento ante los Tribunales del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires no posee una norma análoga, por lo que rige al respecto lo establecido en el ya citado Código de Procedimientos Civil y Comercial provincial.

² Juicios fundados en los arts. 208, 211 y 212 de la Ley de Contrato de Trabajo, en la ley 24.557 de Riesgos del Trabajo y sus modificatorias, en las normas del Código Civil y Comercial sobre responsabilidad civil, etc.

³ Más aún: carecen de incumbencia para evaluar, por sí solos, elementos de juicio como exámenes clínicos, imágenes radiológicas o digitales (tomografías, resonancias magnéticas, etc.), electrocardiogramas, ecografías, etc.

⁴ De lo que se deduce que el perito es el profesional diplomado, mientras que el experto puede

la capacidad, conocimientos y habilidad de los peritos y “peritación” al resultado concreto de la labor pericial.

II. LA ESPECIAL RELEVANCIA DE LOS PERITOS EN EL PROCESO JUDICIAL

Por lo dicho, los peritos constituyen un medio de conocimiento indirecto e instrumental para los tribunales ya que, sin sus aptitudes para observar y comprender los hechos de naturaleza científica y sus opiniones profesionales, estarían imposibilitados para decidir. Como corolario de ello, y dado que las leyes no prevén ni autorizan la delegación en los peritos de las decisiones sino que las ponen exclusivamente en cabeza de los jueces, resulta de substancial relevancia su labor auxiliar y precisamente por esas peculiaridades se advierte una fuerte dependencia de los magistrados respecto de las peritaciones científicas.

Señalada esta relevancia, nos parece interesante apuntar que el vocablo “perito”, a cuya definición ya hicimos alusión, reconoce dos sentidos posibles. En primer lugar constituye un adjetivo, que implica “entendido, experimentado, hábil, práctico en una ciencia o arte” según la 1ra. acepción del Diccionario de la Real Academia Española; aunque también dicha palabra expresa un sustantivo, en referencia a la “persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgado sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia”, como lo describe dicho Diccionario en su 3ra. acepción.

Ahora bien, la experiencia judicial de varias décadas nos permite comprobar que no todo “perito” en sentido sustantivo –es decir, un profesional inscripto para actuar como tal ante los tribunales– ha de merecer el uso del adjetivo para ser cualificado como “perito” en sentido adjetivo. Es que, lamentablemente, muchas personas designadas como peritos evidencian en su actuación judicial que carecen de “pericia”, dándose así el paradójal caso de los peritos imperitos o de la impericia pericial.

Las ya descritas carencias de los jueces y juezas en materia técnica o científica y la también señalada dependencia del saber pericial dan lugar a un grave riesgo no solamente para los magistrados –ya que pueden equivocarse por la impericia de los peritos– sino también para los litigantes, sobre todo en pleitos laborales en los que no está prevista la participación de los peritos de parte ⁵.

ser designado, por excepción, sin tal nivel de conocimientos. Ello permite concluir que los vocablos “perito” y “experto” no son sinónimos.

⁵ Esto se agrava, en general, para los reclamantes de créditos de origen laboral que, por definición, carecen de los medios económicos para sufragar el auxilio de consultores que los ayuden a controlar la producción de la prueba pericial y el informe de los peritos.

Tal riesgo es peculiarmente intenso en áreas del conocimiento más específicas y que, incluso, suelen expresarse con un vocabulario propio, tal como acontece en la materia química, tecnológica/informática y, sobre todo, en la medicina ⁶.

III. FACTORES ESPECÍFICOS DE RIESGO PROCESAL

Hemos destacado la trascendencia de la prueba pericial por sus propias características y ahora cabe puntualizar, tal vez entre otros, 4 factores adicionales de riesgo, a saber: el peligro de vincular el monto de los honorarios con el valor económico del pleito, la peligrosa relación entre el resultado del pleito y la posibilidad de cobro de los honorarios, el riesgo nacido de la designación azarosa mediante sorteo, y los problemas que provoca la falta de conocimiento sobre lo que los magistrados necesitan en los pleitos. Veamos.

1. El ominoso vínculo entre el valor económico del proceso y los emolumentos periciales

Es una repetida práctica en las distintas leyes nacionales y provinciales del país que se establezcan reglas arancelarias para fijar las retribuciones de los peritos en juicio como porcentajes a computar sobre el monto del proceso, de la sentencia o de la transacción ⁷.

Tal sistema posee, como casi todo en la vida, ventajas y desventajas, así como hay diversas motivaciones que lo justifican o que permiten criticarlo. No obstante, resulta aceptable en principio en materia de honorarios correspondientes a los profesionales del derecho, quienes actúan en representación y defensa de las partes litigantes y en definitiva dan lugar a un análisis distinto al que motiva estas reflexiones.

En cambio, la aplicación de tal sistema para fijar la retribución de las tareas periciales en juicio debe ser vista con otra óptica, cuidadosa y crítica, pues no siempre la labor pericial tiene una entidad y extensión tales que expliquen ni, menos aún, justifiquen la fijación de un porcentaje siquiera mínimo del monto del proceso, de la sentencia o de la transacción.

Por añadidura, no es raro que la opinión pericial pueda resultar un elemento definitorio para determinar el éxito o el rechazo de la pretensión o, incluso, para fijar la cuantía de las pretensiones a admitir en la sentencia. En efecto, la postura que se exponga, por ejemplo, en una peritación médica sobre la existencia o falta de relación causal entre la patología incapacitante y

⁶ Vr. gratia: los peritos médicos gustan de señalar, en sus informes, que la marcha es "eubásica"... en lugar de expresar que la marcha es normal.

⁷ Ver, entre muchas otras, la ley 21.839, el decreto 16.638/57 para peritos contadores en el ámbito nacional, ley 10.620 modificada por ley 13.750 de la Provincia de Buenos Aires para peritos contadores, ley 20.243 para peritos calígrafos, ley 8.999 de Santa Fe para calígrafos, etc.

el factor laboral es muy relevante para la suerte del reclamo. Asimismo, y esto es vital a los fines que estamos advirtiendo, la opinión pericial acerca de una eventual participación sólo concausal del empleo puede ser el punto de partida para que los jueces solamente admitan parcialmente una reclamación fundada en el derecho civil, en cuyo ámbito no rige la teoría de la indiferencia de la concausa.

En tales hipótesis, se configura un visible conflicto de intereses para los peritos que, de no estar regidos por una sólida conciencia moral, pueden verse presionados por sus propios intereses: si opinan que la patología incapacitante guarda relación causal con el empleo sus emolumentos serán fijados sobre el monto total de la indemnización a pagar y si sostienen la inexistencia de tal vínculo sus honorarios se calcularán sobre el monto demandado; pero si su opinión lleva a los jueces a admitir sólo parcialmente la pretensión –vr. gratia, en el 50% de lo reclamado– sus honorarios se establecerán sobre un monto de condena que será inferior al demandado o al que hubiese procedido si la pretensión hubiera progresado totalmente⁸.

Este riesgo se presenta en razón de la naturaleza humana y del régimen arancelario, contribuyendo a enturbiar la esperable transparencia del sistema, amén que alimenta posibles dudas de los jueces y juezas cuando encaran el difícil brete de decidir en cuestiones tan ajenas a sus saberes y experiencia como las atinentes al nexo causalístico.

2. La peligrosa relación de la posibilidad y alcances del cobro de los honorarios periciales y el éxito o el fracaso de las acciones respectivas

En los pleitos laborales se suma otro elemento generador de problemas y es que el trabajador reclamante, como regla y por definición, carece de solvencia económica y litiga bajo el beneficio de gratuidad derivado del art. 20 de la Ley de Contrato de Trabajo.

Esta circunstancia lleva al punto de que, salvo disposición legal distinta⁹, los peritos sepan de antemano que sólo podrán cobrar sus honorarios cuando medie condena total o parcial, ya que en el supuesto de rechazo de la pretensión difícilmente podrían efectivizar los emolumentos reconocidos.

En este sentido conviene recordar que el art. 77 del CPCCN dispone en lo pertinente que: “Los peritos intervinientes podrán reclamar de la parte no

⁸ Salvo que el Tribunal sea muy cuidadoso en tal sentido y distribuya proporcionalmente las costas y fije los honorarios en base al valor nominal reclamado, práctica muy inhabitual en nuestros Tribunales.

⁹ Como enseguida se verá, las leyes procesales otorgan la posibilidad al perito de reclamar el 50% de sus honorarios a la parte no vencida.

condenada en costas hasta el cincuenta por ciento (50%) de los honorarios que le fueran regulados, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 478”¹⁰.

En cambio, el Código Procesal del Trabajo de la Provincia de Catamarca, aprobado por ley 4.799, indica en su art. 32 que “Los honorarios de los auxiliares de la justicia designados por el tribunal, serán exigibles a cualquiera de las partes, sin perjuicio del derecho de repetición que tendrá la que haya pagado contra la condenada en costas”. La ley procesal laboral de Entre Ríos de la ley 5.315, en la misma línea, prevé en el art. 39 que “El vencido en costas será el obligado a su pago. No obstante si luego de requerido el pago no se le abonare, podrá reclamar el mismo a la otra parte, quien a su vez tendrá acción para repetir el pago al vencido”. La ley 1.504 que rige el proceso laboral en la provincia de Río Negro establece en su art. 65 que “Los honorarios de los auxiliares de la Justicia designados de oficio serán exigibles a cualesquiera de las partes, sin perjuicio del derecho de repetición que tendrá la que haya pagado contra la condena en costas” y del mismo modo se expresa la ley 1.444 que rige los juicios en materia laboral en Santa Cruz, cuyo art. 24 dice así: “Los honorarios de los auxiliares de la justicia designados de oficio serán exigibles a cualquiera de las partes, sin perjuicio del derecho de repetición que tendrá la que haya pagado contra la condenada en costas”.

Semejante regulación encontramos en el Código Procesal Laboral de Santa Fe, aprobado por ley 7.945, en tanto se dispone en el art. 76 que “Si la designación fuere propuesta por acuerdo de partes y en interés común, el cobro de la totalidad de los honorarios periciales podrá ser reclamado – oportunamente– a cualquiera de las partes que lo hubieran propuesto”; así como en el Código Procesal Civil, Comercial, Laboral, Rural y Minero de Tierra del Fuego de la ley 147, donde se establece por el art. 421 lo siguiente: “Los honorarios de los peritos serán a cargo de la parte vencida en costas, salvo que el dictamen no haya sido tomado como elemento de convicción en la sentencia, en cuyo caso, serán a cargo de la parte que solicitó la prueba”.

Con una lógica razonable la ley 69 de regulación de Conflictos Jurídicos de Trabajo de Chubut indica en el art. 38 que “Cuando fuere vencido el obrero o empleado, los honorarios de los peritos serán abonados por la Provincia, siempre que se justifique sumariamente que aquéllos son insolventes o de escasos recursos”¹¹.

Parece innecesario destacar el papel desequilibrante que esto puede jugar en pleitos laborales ya que, como dijimos más arriba, ante la ausencia de un

¹⁰ Texto conforme ley N° 26.589.

¹¹ Para un examen completo de la normativa procesal laboral del país, véase el excelente trabajo de los Dres. Pablo Marco y Agustín Adan en www.catedraprofesormaza.com.ar

fuerte sentido de responsabilidad profesional, esta situación podría incidir en la objetividad del perito que, según su propio dictamen, podría estar condenándose a percibir sólo una parte de su retribución.

3. Las designaciones por sorteo

Razones ajenas a los principios procesales y vinculadas, en cambio, a las quejas de peritos que no obtenían, por diversos motivos, el número de designaciones logradas por otros profesionales –o ninguna– así como ciertos temores de posibles corrupciones han llevado en los últimos años a propiciar o imponer la designación por sorteo.

Esta metodología impide que los magistrados puedan seleccionar los auxiliares periciales según la complejidad de los casos dentro de una lista de inscriptos habilitados como peritos.

Pero, además, las designaciones regidas por el azar del sorteo lucen más riesgosas en jurisdicciones en las que la partición por especialidades no es rigurosa según criterios científicos o académicos o, peor aún, en aquellas en las que la escasez de peritos obliga a admitir listas periciales amplias poco apegadas a la especialización profesional.

Así, no es infrecuente que bajo la habilitación básica de la especialidad en "medicina legal" queden incluidas cuestiones traumatológicas, dermatológicas, psiquiátricas, oncológicas, infecciosas, etc.

Por añadidura, una vez sorteado el perito, los magistrados normalmente no saben quién es profesionalmente el perito designado. En este sentido, no resulta un dato menor, para valorar la seriedad profesional del perito y su competencia científica, conocer sus antecedentes a fin de conocer su grado de actualización y la profundidad de sus conocimientos¹².

Ciertamente, el riesgo del sistema de designación mediante sorteos con listas de especialidades muy amplias y omnicomprendivas se potencia o se reduce según la calidad profesional y científica exigible a quienes se inscriben para ejercer como peritos en procesos judiciales.

La peligrosa combinación del mecanismo de designación mediante sorteos con la admisión de listas amplias de especialidades y un mediano a bajo requisito de experiencia y capacitación profesional permite tener una pobre expectativa de calidad pericial y, por consiguiente, de decisiones judiciales en materias técnicas o científicas.

¹² Esta información debería estar a disposición de jueces y juezas, así como de las partes, de manera simple, en una base de datos de fácil acceso.

No se nos escapa que cierta laxitud en la delimitación de las especialidades se vincula en muchas jurisdicciones con otro problema importante del sistema y que plantea un dilema de muy difícil –aunque no imposible– solución estructural.

Estamos haciendo alusión a que, por ejemplo, en los litigios laborales por enfermedades del trabajo o accidentes de trabajo la posible y habitual invocación de diversas y múltiples patologías incapacitantes¹³ pone a los tribunales en la disyuntiva de sortear 2 o 3 peritos médicos, encareciendo severamente el costo de los litigios, o bien optar por sortear sólo 1 con una competencia pericial amplia.

No se puede dejar de decir en un análisis honesto del problema que en muchos casos la posibilidad de designar, además del perito contador, 2 o 3 peritos médicos es percibida por los demandados como una forma de extorsión tendiente a compelerlos a la transacción ya que, aún de obtener el éxito en la contienda judicial, deberían pagar montos muy elevados por la sumatoria de los emolumentos periciales y de acuerdo a reglas procesales como las ya reseñadas.

4. Un cuarto factor: falta de oficio pericial

Allende estas tres piedras con las que la justa resolución de un conflicto judicial puede tropezar, nuestra prolongada experiencia en la magistratura especializada laboral nos permite visualizar un cuarto problema, ya no de tipo académico sino técnico y, por eso, más fácilmente solucionable que los 3 precedentemente expuestos.

Aludimos a que, más allá del nivel de capacitación y calificación profesional, en un importante número de casos los peritos no saben qué necesitan los jueces y las juezas en concreto para comprender los temas científicos así como para resolver adecuadamente las cuestiones que justificaron acudir al auxilio pericial.

Si bien en el ámbito universitario de las Facultades de Medicina se enseñan las reglas periciales, creemos que en muchos casos los peritos –aun con altos conocimientos científicos– apenas recuerdan esas enseñanzas sobre el arte de peritar oportunamente aprendidas en medicina legal y en un mayor número todavía desconocen las necesidades de quienes los convocaron como auxiliares así como las peculiaridades procesales de las causas en que intervienen, es decir: qué se reclama, qué se discute, sobre qué aspectos particulares se requiere análisis, mirada y opinión pericial.

¹³ No es raro que una persona luego de laborar 20, 25 o más años como dependiente, alcanzando la consecuente edad, demande invocando a la vez artrosis columnaria, sordera profesional, várices, alteraciones psicológicas, etc.

Es muy lógico que los peritos no conozcan los alcances de las reglas jurídico procesales de la congruencia judicial, del debido proceso adjetivo, y otros estándares adjetivos¹⁴ y en general también es natural el desconocimiento pericial de aspectos constitucionales, legales y jurisprudenciales; todo lo cual provoca un desajuste entre el aporte pericial científico y las necesidades adjetivas del proceso.

En este sentido recuerdo que en la década de los años 80 hubo en los tribunales laborales de la Capital Federal y de la Provincia de Buenos Aires una gran cantidad de reclamos por incapacidad permanente y absoluta de acuerdo al art. 212 párrafo 4º de la Ley de Contrato de Trabajo¹⁵, ya que por entonces miles de trabajadores que iniciaron su vida laboral en los años 40/50 alcanzaron la 6ª década de vida y estaban visiblemente achacados por el deterioro propio de la edad pero también como corolario de muchos años de labor bajo condiciones muy duras.

En muchos de los pleitos, en los que sólo se requería comprobar con la ayuda del perito médico que el reclamante sufría incapacidad absoluta o total y de carácter permanente, los peritos complicaban sus dictámenes y los juicios opinando sobre el nexos causal entre el trabajo y las enfermedades incapacitantes.

Ese tipo de situaciones ocurren en razón de que los peritos no conocen el marco jurídico y procesal de las cuestiones cuyas aristas científicas están llamadas a ayudar a dilucidar. Nadie, como regla, explica a los peritos ese marco ni les aclara qué necesita saber en concreto el magistrado a fin de comprender el aspecto científico en juego para luego resolver la causa.

Tampoco se puede soslayar que, por desconocimiento de las reglas procesales, muchos peritos también ignoran los alcances de su rol y por eso es moneda común ver informes periciales en los que no asesoran a los jueces y las juezas sino que dan opiniones dogmáticas, imposibles de someter al análisis crítico. Peor aún, en esa tesitura no pocos peritos muestran enojo y molestia ante las impugnaciones de las partes o los pedidos de aclaraciones o explicaciones que

¹⁴ Durante los primeros años de vigencia del régimen de Riesgos del Trabajo de la ley 24.557 y de funcionamiento de las Comisiones Médicas previstas en el art. 21 para actuar como tribunales administrativos conformados por médicos, se dio la llamativa circunstancia de que en repetidos casos la Comisión Médica determinaba que el trabajador apelante presentaba menos incapacidad que la otorgada por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo. Mucho les costó comprender a los médicos de dichos órganos administrativos la aplicación que la Cámara Federal de Apelaciones de la Seguridad Social hacía de la regla "*no reformatio in peius*" ya que se trata de una pauta jurídico procesal que no comulga con la verdad científica y sobre la cual nada se les enseñó en sus carreras formativas.

¹⁵ Norma que, ante tal situación, da por extinguido el contrato de trabajo por desaparición del objeto de tal contrato y otorga al dependiente una reparación dineraria equivalente a la que prevé el art. 245 para el supuesto de despido injusto, a cargo del empleador.

les formulan los propios magistrados, olvidando que éstos deben comprender la materia científica para tomar sus propias decisiones.

Esto acontece cuando el perito no sabe o ha olvidado que las leyes encargan a los jueces decidir las causas y que la necesidad de recurrir a la ayuda pericial no constituye en modo alguno una delegación para que sean los peritos quienes decidan.

4. Algunas propuestas de cambio

Luego de haber efectuado un diagnóstico general de la situación y de identificar algunos de los factores nocivos, y siempre en el contexto de la gran relevancia del aporte pericial para el acto de decisión judicial, es oportuno ahora formular algunas propuestas para su eventual consideración por los poderes políticos, sobre quienes pesa la responsabilidad de legislar y reglamentar a fin de propender al afianzamiento de la Justicia, conforme lo promete el Preámbulo de la Constitución Nacional.

Ofrecemos, en paralelo con los 4 problemas identificados hasta aquí, 4 propuestas dirigidas a mejorar el complejo panorama descrito y reducir el riesgo de la impericia pericial o, cuanto menos, a provocar reflexión y debate como primer paso para romper la inercia de la actual situación.

4.1. Sobre la forma de designar a los peritos

Los mecanismos de sorteo informático como el impuesto por la Acordada de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Nº 2/2014 tienen la finalidad de aventar el riesgo ya mencionado de que algunos peritos tengan gran número de designaciones en desmedro de otros que, por diversas razones, sean designados menos veces o ninguna.

Sin embargo, como ya lo sostuvimos más atrás, el azar como método de designación en materia científica impide una distribución racional de las tareas periciales ya que no permite a los magistrados asignar las causas con problemas científicos o técnicos más complejos a los peritos más experimentados o cuyo más alto nivel profesional garanticen un mejor aporte para la resolución de las causas.

Propiciamos como una posible alternativa que los peritos sean clasificados con algún parámetro objetivo, como años de experiencia profesional y pericial, certificaciones profesionales, etc., en categorías de manera que los jueces y las juezas, de acuerdo al tipo de causa y la complejidad de las cuestiones a dilucidar con ayuda pericial, puedan decidir que se sortee un perito de una categoría determinada.

Asimismo creemos adecuado que los jueces gocen de un margen legal o reglamentariamente regulado para designar sin sorteo aquellas causas que por su naturaleza y complejidad científica así lo aconsejen –previa resolución fundamentada– sin que esa facultad pueda exceder, por ejemplo, el 20% de las designaciones anuales.

4.2. Sobre la calidad pericial

En primer lugar, sugerimos que los distintos organismos judiciales responsables, es decir la Corte Suprema de Justicia de la Nación, los Superiores Tribunales provinciales, las Cámaras de Apelaciones y de Casación, dispongan por Acordadas que los peritos al momento de inscribirse adjunten un formulario diseñado al efecto donde conste lo esencial de sus antecedentes, en no más de 2 o 3 carillas; ello a fin de que los jueces y las juezas puedan tener en cuenta la experiencia y la calificación profesional del auxiliar al designar según lo antes propuesto o bien al valorar el informe pericial y sus impugnaciones¹⁶. Tal información debería cargarse en una plataforma digital en intranet de cada tribunal o en un sitio web, con el objeto de permitir de manera sencilla y fácilmente esa consulta.

Asimismo, entendemos necesario para mejorar la calidad de la labor pericial adoptar nuevas y mayores exigencias para admitir la inscripción y actuación ante los tribunales y/o para calificar en las diversas categorías periciales según venimos de proponer.

Por eso, pensamos que debería exigirse a quien desee actuar como perito en juicios obtener certificación periódica ante las entidades profesionales correspondientes, como la Asociación Médica Argentina, por citar una entidad muy conocida y prestigiosa.

En última instancia, consideramos que, cuanto menos, podría adoptarse una doble calificación de peritos según posean o no certificación profesional, de manera que los magistrados puedan designar en casos complejos o en los que tienen mayores dudas por la naturaleza de la cuestión discutida a peritos certificados, cuya actualización profesional y experiencia estén aseguradas.

De igual modo, estimamos pertinente que los órganos judiciales de revisión sólo designen para mejor proveer peritos certificados.

En esa misma línea de pensamiento, creemos que otra alternativa para mejorar la calidad del asesoramiento pericial es la creación de Juntas Periciales para funcionar exclusivamente como posibilidad auxiliar en aquellos casos en que

¹⁶ Nobleza obliga: esta idea se la hemos escuchado al vocal de la Sala A de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, Dr. Ricardo Li Rosi.

los magistrados, luego de producida la prueba pericial ordinaria, sufran dudas en su evaluación.

Vemos factible que, en el ámbito de cada jurisdicción, pueda crearse por ley un cuerpo asesor por especialidad profesional o, como mínimo, para los aspectos médicos, con peritos de probada experiencia y profundos conocimientos científicos, designados por concurso público, a fin de que integrando tales cuerpos estables ayuden a la magistratura a disipar las dudas que los informes periciales presentados les generan.

Es necesario aclarar que esta alternativa debería ser reglamentada de modo cuidadoso de modo tal que esté clara la restrictividad de su utilización, dispuesta exclusivamente por resolución fundada en la que se expliciten cuáles son las dudas concretas que justifican la solicitud así como los puntos requeridos identificados precisamente¹⁷.

Por añadidura, nos parece que mejoraría la labor y la calidad de los peritos que, luego de su inscripción por primera vez ante una Cámara o ámbito jurisdiccional, los futuros auxiliares recibiesen información sobre aspectos jurídicos procesales –ajenos a su formación profesional– útiles para ejercer el arte de peritar en general y en particular en relación al tipo de pleitos en los que actuarán. Esto podría lograrse con un muy breve curso de dos o tres clases dadas por funcionarios o magistrados o bien a través de un breve instructivo escrito.

4.3. Sobre la relación entre los honorarios periciales y el valor económico del proceso

A fin de romper esa peligrosa asociación pensamos posible sancionar legislativamente, jurisdicción por jurisdicción, leyes arancelarias expresadas en valores dinerarios o en base a su equivalencia en módulos variables como el *ius* o derecho fijo, con bandas mínimas y máximas.

Así, en cada juicio se podrían determinar los emolumentos periciales dentro de esas bandas mínimas y máximas, según la extensión, calidad e importancia del trabajo pericial y la cantidad de horas de labor estimadas por los tribunales en cada caso.

En este sentido, y en el específico campo de los juicios por infortunios laborales, es útil memorar que la ley 24.028¹⁸ había introducido una regla tendiente a morigerar aquel problema al indicar en su art. 17 que “En las

¹⁷ Si no fuese así, se corre el riesgo de que tales cuerpos asesores se vean inundados de consultas generales y, a veces, dilatorias, tal como ya aconteció con el Cuerpo Médico Forense antes de que la Corte Federal dictase el Reglamento General del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional del 15-12-09 aprobado por Acordada 47/2009.

¹⁸ La ley 24.028 sucedió a la legendaria ley 9688 de Accidentes del Trabajo y, a su vez, fue reemplazada por la ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo hoy vigente.

acciones judiciales iniciadas al amparo de las normas de esta Ley o de la opción prevista en el artículo 16, los jueces deberán regular los honorarios de todos los profesionales intervinientes **con abstracción del monto reclamado y en función de los trabajos realizados** (la negrita es nuestra). Empero, dicha ley tuvo una vida extremadamente corta ya que rigió desde sólo desde fines de 1991 y hasta el 30/6/1996, cuando entró en vigencia el régimen de la ley 24.557 que, ilusamente, creyó haber terminado con los litigios de este tipo ¹⁹.

En ese camino, el art. 1º del decreto 1.813/1992 dispuso que "En aquellas situaciones en las que a la fecha del presente no exista regulación firme de honorarios y respecto de las cuales la aplicación estricta de las pautas establecidas en las leyes arancelarias que rigen la actividad de los peritos auxiliares de la justicia designados en juicio, resulte desproporcionada en función de la tarea profesional cumplida, su utilidad, el tiempo que haya insumido y la naturaleza o materia del asunto de que se trate, los magistrados podrán excepcionar de aquellas pautas y regular los honorarios conforme a estos últimos criterios, por aplicación de lo previsto en el segundo párrafo del art. 1071 del Código Civil".

También procede aquí recordar la ley 24.675, cuyo art. 1º dispuso su "... aplicación en los procesos judiciales en que deba producirse prueba pericial o cuando resultare necesaria la actuación de un auxiliar de la justicia" y preveía en lo que aquí interesa que "El auxiliar percibirá por su tarea una suma única, cuyo monto, condiciones y circunstancias se establecerán reglamentariamente, guardando relación con la especialidad de la pericia o del trabajo encomendado, su grado de complejidad y tiempo estimado de realización de la misma, con exclusión de cualquier disposición arancelaria" (conf. art. 7).

Dicha ley fue declarada inválida por la Corte Suprema de Justicia de la Nación el 15/10/1996 por Acordada 60/1996 en lo atinente al modo de designación de los peritos pero tal invalidez conllevó la inaplicabilidad de la regla del art. 7 sobre retribuciones.

No obstante ello, traemos a colación ambas normas legales como relevantes antecedentes a considerar a los fines de propiciar un nuevo régimen legal.

Pareciera que la ley 27.348 retoma ese camino mediante la regla de su art. 2º antepenúltimo párrafo.

¹⁹ A ese objetivo de la ley 24.557 le resulta bien aplicable la máxima "Los muertos que vos matáis gozan de buena salud", atribuida en general al comediógrafo español Pedro Muñoz Seca (1881-1936) en su obra *La venganza de don Mendo* (1919), a juzgar por la enorme litigiosidad que hoy y desde hace varios años atraviesan los tribunales del trabajo de todo el país.

4. 4. Acerca de la delicada relación entre el resultado del litigio y la posibilidad de cobro de los honorarios periciales

Como ya lo expusiéramos, el directo vínculo que existe en los distintos regímenes procesales del país –y aún en aquellos en los que esto se morigera parcialmente, como en el CPCCN y la ley 18.345– entre el resultado del reclamo y la posibilidad o extensión del cobro de los honorarios de los auxiliares periciales constituye un grave e inadmisibles factor de perturbación para el sistema judicial.

Pensamos que las reglas adjetivas antes mencionadas, en tanto menguan ese riesgo al habilitar al perito a cobrar el 50% de sus honorarios sobre la parte vencedora, no son una respuesta adecuada al problema y, por otra parte, no logran neutralizar dicho peligro por ser, en última instancia, una solución sólo parcial al conflicto de intereses de los peritos.

Amén de ello, esas reglas son injustas para el vencedor de la contienda procesal y en no pocos casos, como ya fue dicho más arriba, pueden favorecer o al menos permitir prácticas extorsivas frente a los costos que, en todos los casos, deberá afrontar un demandado aun saliendo victorioso en la lid.

En nuestra opinión, los honorarios periciales deberían estar a cargo, íntegramente, de un fondo especial conformado por una tasa especial adicional y diferente a la tasa de justicia, a cargo de todo litigante, sin perjuicio de los efectos del principio de gratuidad del art. 20 de la Ley de Contrato de Trabajo²⁰ y de los beneficios de litigar sin gastos que se concedan en otros procesos.

En esa línea, también cabe citar dos antecedentes normativos fallidos. El decreto 1.813/1992, ya mencionado, preveía en sus arts. 9 y siguientes un régimen alternativo para la prueba pericial con un mecanismo de financiación mediante una tasa especial. La también citada ley 24.675 en su art. 10 disponía una tasa a abonar por cada designación pericial solicitada por las partes.

5. En síntesis

Lamentablemente, no poseemos soluciones sencillas, seguras y de eficacia certera. Lo que nos inspira a presentar estas reflexiones es poner en tela de juicio un problema que juzgamos severo a fin de proponer a la sociedad académica y profesional un posible debate.

²⁰ El art. 20 LCT, en lo pertinente, dice así: “El trabajador o sus derecho-habientes gozarán del beneficio de la gratuidad en los procedimientos judiciales o administrativos derivados de la aplicación de esta ley, estatutos profesionales o convenciones colectivas de trabajo”.

Difícilmente, creemos, pueda discreparse con nuestro diagnóstico o con la importancia de los problemas que presentamos. Si esto es así, bueno sería romper el estado de inercia en que estamos inmersos abogados, litigantes, jueces y legisladores para intentar la introducción de cambios positivos.

Nuestras propuestas no son más que ideas provisionarias dirigidas a tal fin pero las hemos expuesto para comenzar a pensar esta problemática que se vincula de modo directo con el adecuado servicio de Justicia que todo habitante del país merece y del que abogados, funcionarios y magistrados somos tributarios. •

Capítulo V

Consultas técnicas y científicas

Diego J. Tula *

I. COMPLEMENTO CIENTÍFICO EN LA LABOR PERICIAL

Desde la experiencia judicial se observa, en muchos casos, la existencia de juicios por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales donde se somete al arbitrio judicial la resolución de cuestiones complejas, especialmente vinculadas a una problemática de naturaleza médica.

Si bien la sentencia definitiva suele transpolar los conceptos científicos aportados en el dictamen pericial, no menos cierto es que -en algunos casos-, el informe del perito médico resulta insuficiente para dilucidar las cuestiones técnicas sometidas a juzgamiento.

Gran parte de las legislaciones procesales contemplan la posibilidad de que los magistrados -de oficio o a pedido de parte- puedan requerir opinión a instituciones de carácter científico y/o técnico especializadas en la materia sobre la que versa el litigio, cuando fueren necesarias operaciones o conocimientos muy especializados para su elaboración.¹

El juez que considere pertinente contar con el análisis y las conclusiones de una entidad reconocida en el campo del conocimiento científico vinculado a los temas

¹ Art. 476 del Código Procesal Civil y Comercial de la **Nación**: “A petición de parte o de oficio, el juez podrá requerir opinión a universidades, academias, corporaciones, institutos y entidades públicas o privadas de carácter científico o técnico, cuando el dictamen pericial requiriese operaciones o conocimientos de alta especialización”. El citado dispositivo legal encuentra concordancia en el art. 475 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Buenos Aires**; art. 282 del Código Civil y Comercial de la Provincia de **Córdoba**; art. 197 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Santa Fe**; 463 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de la Provincia de **Entre Ríos**; art. 350 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Tucumán**; art. 477 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Salta**; art. 477 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Neuquén**; art. 356 del Código Procesal Civil de la Provincia de **Jujuy**; art. 477 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **San Luis**; art. 474 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Formosa**; art. 476 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Río Negro**; art. 452 del Código Civil y Comercial de la Provincia de **La Pampa**; art. 476 del Código Civil y Comercial de la Provincia de **Catamarca**; art. 455 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Chaco**; art. 235 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **La Rioja**; art. 469 del Código Civil y Comercial de la Provincia de **Santiago del Estero**; art. 456 del Código Procesal Civil, Comercial de Familia y Violencia Familiar de la Provincia de **Misiones**; art. 476 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Corrientes**; art. 440 del Código Procesal Civil, Comercial y de Minería de la Provincia de **San Juan**; art. 480 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Chubut**; art. 454 del Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de **Santa Cruz** y art. 414 del Código Procesal Civil, Comercial, Laboral, Rural y Minero de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

en debate, puede optar por complementar la tarea pericial con el dictamen de esos organismos colegiados especializados, o bien requerir solamente informes para que, sobre la base de la especial formación de los profesionales que integran ese ente colectivo y a tenor de las reglas del arte, ciencia o técnica aplicables, emitan una opinión fundada sobre el tópico requerido.

Cuando la entidad convocada es de carácter público (v.gr. Universidad), tendrá la obligación de expedirse, excepto que su negativa se fundare en una disposición legal o reglamentaria. En cambio, esa carga no rige, en principio, para las entidades privadas (academias, colegios profesionales, consultoras especializadas, asociaciones, etc.). En este último caso generalmente se prevé una compensación pecuniaria por dicha labor.

Según datos brindados por el Observatorio de la Ley de Riegos del Trabajo de la Academia de Intercambio de Estudios Judiciales, las afecciones y/o patologías más comunes reclamadas en los juicios por daños laborales durante el año 2015 fueron: lumbalgias no especificadas (10%); efectos del ruido sobre el oído interno (4%); cervicgia (2,6%); esguinces y torceduras de tobillo (2,5%); contusión de rodilla (2,4%); desgarró de meniscos (2,3%); herida de dedo(s) de la mano (1,6%); lumbago con ciática (1,5%); traumatismos superficiales que afectan otras combinaciones de regiones del cuerpo (1,3%); dorsalgia (1,3%); síndrome de túnel carpiano (1,2%); luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamientos de la rodilla (1,1%); traumatismo superficial de la pierna (1,1%); traumatismo superficial de la muñeca y de la mano (1,1%); resto -no especificado- (65%).

A continuación se enuncian las principales instituciones académicas, científicas y universitarias a las que jueces y juezas de todo el país pueden requerir información, opinión o ayuda relacionado a temas médicos de gran complejidad, de acuerdo a las especialidades más comunes:

Entidad	Página Web	Domicilio
Academia Nacional de Medicina	www.acamedbai.org.ar	José Andrés Pacheco de Melo 3081, CABA
Academia Nacional de Farmacia y Bioquímica	www.anfyb.com.ar	Junín 956 PB, CABA
Academia Nacional de Odontología	www.academia nacionaldeodontologia.org	Marcelo T. de Alvear 2142, Piso 14° Sector "A", CABA
Academia Argentina de Cirugía	www.academiadecirugia.org.ar	Marcelo T. de Alvear 2415, CABA
Asociación Médica Argentina	www.ama-med.org.ar	Av. Santa Fe 1171, CABA

Entidad	Página Web	Domicilio
Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires	www.fmed.uba.ar	Paraguay 2155, CABA
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata	www.med.unlp.edu.ar	Calle 60 y 120 , 1900, La Plata, Buenos Aires
Asociación Argentina de Salud Mental	www.aasm.org.ar	Guardia Vieja 3732, 1ºA, CABA
Sociedad Argentina de Alergia e Inmunología	www.alergia.org.ar	Moreno 909, CABA
Sociedad Argentina de Medicina	www.sam.org.ar	Gascón 655, 11° E, CABA
Sociedad Argentina de Oftalmología	www.sao.org.ar	Viamonte 1465, 7º, CABA
Asociación Argentina de Otorrinolaringología	www.aaofp.org.ar	Ángel Carranza 238, CABA
Sociedad Argentina de Patología de Columna Vertebral	www.columna.org.ar	Vicente López 1878, CABA
Asociación Toxicológica Argentina	www.toxicologia.org.ar	Adolfo Alsina 1441, Of. 302 , CABA
Asociación Argentina de Traumatología y Ortopedia	www.aaot.org.ar	Vicente López 1878, CABA
Federación Argentina de Cardiología	www.fac.org.ar	Bulnes 1004, CABA
Sociedad Argentina de Cardiología	www.sac.org.ar	Azcúenaga 980, CABA
Sociedad Argentina de Dermatología	www.sad.org.ar	Av. Callao 852, 2do piso, CABA
Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo	www.saem.org.ar	Díaz Vélez 3889, CABA
Sociedad Argentina de Patología	www.patologia.org.ar	Pte. Perón 2234 1° A, CABA
Asociación Argentina de Neurocirugía	www.aanc.org.ar	Adolfo Alsina 3093, CABA
Asociación Argentina de Psiquiatras	www.aap.org.ar	Paraguay 631, 1º, CABA
Asociación Argentina de Quemaduras	www.aaq.org.ar	Av. Santa Fe 1145, CABA
Consejo Argentino de Oftalmología	www.oftalmologos.com.ar	Perón 1479, 2º A, CABA

Entidad	Página Web	Domicilio
Federación Argentina de Medicina del Trabajo	www.smtba.org.ar	Av. Maipú 545 1° F, CABA
Sociedad Argentina de Genética	www.sag.org.ar	Rodríguez Peña 36, 6°A, CABA
Sociedad Argentina de Hematología	www.sah.org.ar	Julián Álvarez 146, CABA
Sociedad Argentina de Infectología	www.sadi.org.ar	Av. De Mayo 1370, piso 11, of. 300 CABA
Sociedad Neurológica Argentina	www.sna.org.ar	Thames 2127, CABA
Sociedad Argentina de Gastroenterología	www.sage.org.ar	Marcelo T. de Alvear 1381, 9° piso, CABA
Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires	www.medmun.org.ar	Junín 1440, CABA
Asociación Médica de Avellaneda	www.amavellaneda.org.ar	Laprida 173, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina
Asociación Médica de Pergamino	www.ampergamino.com.ar	Av. de Mayo 1051, Pergamino, Buenos Aires Argentina
Asociación Médica del Este del Chubut	www.amech.org.ar	Julio A. Roca 378, Chubut
Asociación Médica Luján	www.asocmedicalujan.com.ar	Mariano Moreno 1460, Luján, Pcia. de Bs. As
Círculo Médico de Salta	www.cirmedsa.com.ar	Urquiza 153, Salta.
Colegio de Médicos de la Provincia de Misiones	www.colememi.org.ar	Av. Santa Cruz 6950, Misiones
Colegio de Médicos de la Provincia de Salta	www.colmedsa.com.ar	Marcelo T. de Alvear 1310, Salta
Colegio de Médicos de Santiago del Estero	www.colmedse.com.ar	9 de Julio 154/6, Santiago del Estero (Capital)
Colegio Médico de Neuquén	www.cmn.org.ar	Entre Ríos 651, Neuquén (Capital)
Colegio Médico de San Juan	www.colegiomedicosj.com.ar	Entre Ríos 164, San Juan (Capital)
Colegio Médico de Tucumán	www.colemed.com	Las Piedras 496, San Miguel de Tucumán
Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba	www.cmpc.org.ar	Mendoza 251, Barrio Alberdi, Córdoba
Consejo de Médicos de la Provincia de Santa Cruz	www.consejomedicosc.org.ar	Fagnano 444, Río Gallegos.
Federación Médica de Entre Ríos	www.femer.com.ar	9 de Julio 362, Paraná

Es dable mencionar que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo suscribió un Convenio Marco de Cooperación y Asistencia Técnica con diversos Tribunales Superiores de Justicia del país, en virtud del cual el mencionado organismo pone a disposición la oficina de pericias judiciales, a los fines de realizar las pericias médicas derivadas de procesos donde se reclamen rubros y/o conceptos derivados de accidentes de trabajo y/o por enfermedades profesionales.

II. MÉDICOS CERTIFICADOS Y RECERTIFICADOS

En el capítulo VII de la presente obra -referido a la calidad profesional- se desarrolla la temática vinculada al concepto de especialidad médica, la certificación y la recertificación de los profesionales de la salud y su posible utilidad en el plano pericial judicial.

Quienes ejercen la judicatura y deseen conocer los facultativos certificados y recertificados por especialidades médicas de nuestro país, pueden hacerlo a través del sitio web del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) <http://www.ccpm.org.ar>, el que permite una búsqueda sistematizada por nombre, especialidad o matrícula profesional. •

Capítulo VI

Diferencias entre problemas psicológicos y psiquiátricos

*Ester Norma Martín **

Las diferencias entre problemas psiquiátricos y psicológicos, es un interrogante no siempre debidamente aclarado que induce a una dicotomía artificial del ser humano y a potenciales errores conceptuales.

El aparato psíquico existe montado sobre un cerebro, cuerpo-alma, cuerpo-psique, son una unidad indivisible, en permanente interacción e interrelación.

El funcionamiento de la estructura física y de los neurotransmisores del cerebro todavía es investigado con nuevos descubrimientos a cada paso. El encéfalo humano es un órgano de control biológico y la psiquis una estructura mental, que se construye por sobre las estructuras biológicas existentes en el encéfalo (hemisferio cerebral derecho, hemisferio cerebral izquierdo, lóbulo frontal, lóbulo occipital, lóbulos parietales, lóbulos temporales, cerebelo, neuronas de la corteza cerebral) y se modula por la química cerebral (endorfinas, neurotransmisores, hormonas) bajo la influencia de la actividad, la comunicación social y el intercambio constante con el medio ambiente.

La amígdala del lóbulo temporal es el centinela de nuestras emociones, un perfume que activa nuestro bulbo olfatorio puede desencadenar un estado de ánimo particular al producir la evocación de una vivencia anterior significativa a la que estuvo asociado, el lóbulo frontal rige el control de humor e impulsos, el circuito límbico está ligado a la localización temporal de los recuerdos entre otras.

El cerebro y el aparato psíquico responden a vivencias, de las cuales muchas producen sentimientos de miedo, odio, culpa, alegría, desconfianza, amor, ira, irritabilidad, tristeza, cólera, rabia, envidia, alegría u otras.

Las conductas humanas pueden ser egoístas o generosas, adaptadas o desadaptadas, magnificadas, inhibidas o simuladas, el ser humano es capaz de proezas altruistas o de perversiones, crueldades, mezquindades y mentiras, en las tácticas fraudulentas de "la lucha por la vida" como diría el Dr. José Ingenieros.

El cerebro es la central donde asientan todas las funciones psíquicas, con los distintos niveles de jerarquía, el primer nivel de desestructuración de la conciencia da lugar a comportamientos infantiles, regresivos y caprichosos, propios de la histerización de la conducta.

La ideación neurótica o psicótica, las reacciones afectivas, los diferentes patrones de conducta, ponen en evidencia la alteración del psiquismo ya sea como consecuencia de la modificación biológica que afecta el cerebro y otras veces como consecuencia de vivencias de distinta intensidad sin un sustrato orgánico evidenciable.

La captación de la realidad externa se puede modificar leve o profundamente en forma transitoria o permanente, dando lugar a distintas afecciones pasajeras o no.

El individuo se adapta al medio físico y social por mecanismos de autorregulación. La psiquis montada sobre el cerebro, permite funciones superiores como el entendimiento, la comprensión y establece los mecanismos para interactuar con la realidad.

Daño psíquico e incapacidad psiquiátrica en el marco de leyes laborales

Surge como hilo conductor hacia el esclarecimiento del punto anterior analizar y describir qué se entiende y cuál es el alcance desde el punto de vista psicológico del concepto judicial de **daño psíquico**, cuya comprobación determina porcentaje de incapacidad y resarcimiento económico, conforme a distintas tablas o baremos, en el marco de las diversas leyes laborales y no laborales.

Con mucha frecuencia en pericias psicológicas de oficio se define al "daño psíquico como toda perturbación, trastorno, enfermedad, síndrome, o disfunción; que a consecuencia de un hecho traumático sobre la personalidad del individuo **acarrea una disminución en su capacidad de goce**, que afecta su relación con los otros y/o con el medio, sus acciones, etc.; no importando si hay una personalidad predispuesta para ese daño. En otras palabras, se refieren a daño psíquico en un determinado sujeto cuando éste presente un deterioro, disfunción, o trastorno que afecte sus esferas afectiva y/o volitiva y/o intelectual, **a consecuencia del cual disminuya su capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa**".

Conforme la definición de Carlos Alberto Ghersi: "**El daño psíquico resarcible se configura mediante la alteración de la personalidad, la perturbación profunda del equilibrio emocional de la víctima, que guarde adecuado nexo causal con el hecho dañoso y que entrañe una significativa descompensación que altere su integración en el medio social**" CNEspCivCom. Sala II 23-5-88, CNCiv, Sala H, 14-6-95, LL, 1997-A-179, otros.

Daray lo define como "**la perturbación transitoria o permanente del equilibrio espiritual preexistente, de carácter patológico, producida por un hecho ilícito, que genera en quien la padece la posibilidad de**

reclamar una indemnización por tal concepto a quien la haya ocasionado o deba responder por ella”.

Reducir **“daño psicológico” a la disminución de capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa**, es minimizar el concepto fundamental, que **debe constatar un estado patológico novedoso transitorio o permanente que requiere de un tratamiento formal, psicológico y psicofarmacológico, indemnizable conforme los criterios de las distintas leyes que se aplican (patología consolidada en plazos de ley o bien cuando se transforma en una secuela irreversible). De lo contrario con profesionales de poca experiencia clínica se corre el riesgo de indemnizar el displacer propio de personalidades inmaduras con baja tolerancia a la frustración, inmadurez emocional, buscadores del beneficio secundario de la enfermedad, por mínima que ésta sea.**

Con respecto a la afirmación de muchos peritos sobre que **“no importa si hay una personalidad predispuesta para ese daño”**, cabe aclarar que todo depende de la magnitud del siniestro y de las secuelas. De tratarse de contingencias con lesiones secuelares graves como amputaciones no importa la personalidad predisponente, en siniestros leves o moderados sin secuelas o secuelas leves, si importa la anomalía de la personalidad constitucional porque puede magnificar las secuelas psicológicas, objetivar una Neurosis de Renta o simular lisa y llanamente.

La determinación de “daño psíquico”, es la determinación de la existencia de una afección psiquiátrica, causada por una contingencia o varias, planteadas en la litis, sin olvidar las producidas a lo largo de los años vividos.

El “daño psíquico” puede expresarse en una dolencia de naturaleza psicógena exclusivamente, en una dolencia con compromiso orgánico cerebral (traumatismos de cráneo TEC, intoxicaciones, otros) o bien puede ser mixta.

Puede tener una etiología vivencial pura (violación, agresión), ser el resultado de una afección de origen físico con secuelas funcionales (ej. amputaciones, fracturas mal consolidadas en deseje, otras) o ser la consecuencia del compromiso cerebral directo (TEC, intoxicaciones).

A su vez, las afecciones de origen vivencial puro (ej. causada por violación, catástrofes) pueden tener una expresión clínica neurótica, pueden tener una expresión clínica psicótica o pueden haber producido una modificación de la personalidad de base en diferente grado, dando lugar a una personalidad anormal adquirida con características permanentes e irreversibles.

Hacer referencia a expresión clínica es hacer referencia a enfermedad o afección verificable y posteriormente, una vez cristalizada, si se constatan secuelas, cuantificable dentro del marco legal vigente.

Una enfermedad debe ser diagnosticada con la mayor precisión, debe ser estudiada por métodos específicos adecuados al objetivo final, debe establecerse el grado de compromiso psíquico objetivable en la clínica.

Cuando se hace referencia a una expresión clínica neurótica se está diciendo de ella, que es una afección psicógena y exógena, es decir producida por una "vivencia" que impactó emocionalmente en el psiquismo, dando como consecuencia una reacción psicológica, cuya sintomatología y magnitud, es determinante de una Reacción Vivencial Anormal Neurótica de diferente grado.

Esa reacción neurótica no se acompaña de alteración del juicio crítico o de realidad. Es psicológicamente comprensible, es decir que puestos nosotros, en el lugar de esa persona, comprendemos empáticamente sus sentimientos ante los hechos o vivencia (ejemplo la comprensión empática ante un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido).

"El término **Reacción** representa una forma de conducta compleja, con numerosas determinantes, que a veces abarcan todo el devenir biográfico de una personalidad e implica una relación dinámica entre el terreno predisponente y la intensidad del estímulo en proporción inversa".¹

"En el acontecer neurótico se ocultan a menudo fuertes tendencias desiderativas y en muchos casos está presente, sin duda alguna, cierto lucro neurótico" (Weitbrecht).

Cuando la personalidad de base es una Personalidad anormal constitucional (histerias severas, personalidades psicopáticas en sentido estricto o caracteropatías con marcados componentes psicopáticos injertados), contingencias leves, pueden producir cuadros aparentes muy sintomáticos, en los que se comprueba la búsqueda más o menos consciente del beneficio secundario de la enfermedad y/o la magnificación deliberada (Neurosis de renta, simulación).

Por lo expuesto, en las reacciones neuróticas, estadísticamente las más frecuentes, siempre hay que hacer un estudio detallado de los rasgos de la personalidad básica y un relato pormenorizado de la situación vivencial que supuestamente produjo el nuevo estado emocional.

Siendo la Traumatología la especialidad médica con mayor incidencia estadística en los accidentes de trabajo, las demandas con frecuencia hacen mención a limitaciones funcionales traumatológicas secuelas, acompañadas de sufrimiento por síntomas subjetivos de "dolor", buscando la compensación económica secundaria en las Reacciones neuróticas, por esa causa.

¹ Capítulo Psiquismo: Decreto 478/98. Baremo de Ley 24.241

Si bien el dolor es subjetivo, en Medicina, "todo segmento que no se utiliza se atrofia", por lo tanto se objetiva en el examen físico signos tales como asimetrías, alteración de la fuerza, tono y trofismo, consecuencia de la disminución significativa de la movilidad por causa de dolor.

Debe demostrarse una relación de sentido y congruencia entre el sufrimiento psíquico y la gravedad de la contingencia denunciada.

De la misma manera que no genera objeción alguna reconocer la existencia de una reacción neurótica severa a causa de una violación en ocasión del trabajo o *in itinere*, una amputación o un accidente con pérdida de vidas humanas; reconocer porcentaje de incapacidad psíquica por un esguince sin limitaciones funcionales o por el antecedente de una caída sin consecuencias con examen físico normal, tan sólo por los dichos de la actora o por las respuestas voluntarias de la misma en un "Cuestionario, Escala o Inventario de síntomas", es un despropósito que atenta contra el espíritu de impartir justicia.

El profesional que evalúa las secuelas psicológicas de una contingencia con secuelas físicas, tiene que tener conocimientos médicos para interpretar el examen físico y formación para comprender la fundamentación técnica de otros peritos médicos especializados.

Quizá este problema se resuelva fácilmente determinando que, en caso de ser necesarios ambos exámenes, el examen físico siempre se efectúe antes que la evaluación psiquiátrica y, que esta última tenga en cuenta siempre (obligatoriamente) ese informe y fundamente la incidencia del mismo en sus conclusiones, punto fundamental ampliamente ignorado en la actualidad porque las pericias psicológicas y psiquiátricas casi nunca tienen en cuenta el daño físico real sino el relatado por la actora.

Una vivencia psicotraumática grave, como lo es una contingencia que pone en riesgo la vida o la integridad propia, o bien, cuando se es testigo de muertes, heridos o cuando corre peligro la integridad de otras personas; por mecanismo de estrés postraumático, puede producir un estado con expresión clínica psicótica, es decir puede dar origen a cuadros psicopatológicos con alteración del juicio de realidad, tales como Depresiones psicóticas o Estados paranoides psicóticos, reactivos a la contingencia.

Estos cuadros se han constatado en trámites apelados por ante la Comisión Médica Central, en personal del Servicio Penitenciario víctimas de motines, en amputados y en conductores de trenes con antecedente de numerosos arrollamientos.

En los estados psicóticos, el juicio de realidad o crítico, está desviado, el razonamiento se encuentra por fuera de la lógica formal, el pensamiento

estructura un delirio con uno o varios núcleos delirantes, con o sin trastornos sensorio-perceptivos (alucinaciones, pseudoalucinaciones, ilusiones patológicas, alucinosis, otras).

Las interpretaciones delirantes, la temática depresiva o persecutoria (la mayoría de las veces) y la conducta subordinada a las ideas patológicas "psicológicamente incomprensibles" requieren de vigilancia permanente, medicación psicofarmacológica (antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos) y a veces internaciones transitorias o definitivas. Son cuadros con peligrosidad para sí y/o para terceros, que deben estar tratados por personas idóneas y bajo estricto control familiar y/o institucional.

Los traumatismos de cráneo, pueden tener diferente grado de severidad desde el punto de vista neurológico pero también pueden producir un Síndrome Cerebral Orgánico, que es un cuadro psiquiátrico de origen orgánico.

El Síndrome Cerebral Orgánico, se define como "el conjunto de signos y síntomas, trastornos psicológicos y/o conductuales causados por, o asociados con, alteración tisular cerebral, es decir con una disfunción cerebral transitoria o permanente".

Se suman a éstos en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, los síndromes cerebrales orgánicos (SCO) producto de intoxicaciones por agentes químicos y los producidos por agentes físicos como la descompresión anormal de los buzos en cámaras hiperbáricas.

Los SCO crónicos secuelares, constituyen cuadros psiquiátricos de naturaleza orgánica, claramente definidos por un psiquismo que se empobrece intelectualmente, juicio crítico que se debilita, pensamiento que se lentifica, se torna tautológico, repetitivo; memoria que inicia sus fallas en el olvido de los hechos recientes (memoria de fijación o anterógrada), para luego extender el síntoma hacia los recuerdos remotos (memoria retrógrada), la afectividad patológica está plagada de sospechas paranoides (como los ancianos deteriorados que se quejan de que les roban o les cambian las cosas de lugar intencionalmente) para luego evolucionar hacia la depresión hipocondríaca y el empobrecimiento afectivo con aislamiento.

En estos casos es obligación del perito, tener conocimiento de la severidad de los traumatismos (conmoción, contusión, laceración), la importancia de la duración de la pérdida de conciencia, de la amnesia postraumática y de la peritraumática.

El perito debe tener conocimiento sobre los cambios de conducta y de personalidad que pueden ser consecuencia de un TEC (traumatismos encéfalo craneanos) como ocurre en los traumatismos frontales, sin olvidar que cualquier traumatismo significativo, produce que el cerebro se desplace

contra las anfractuosidades óseas de la cara craneana interna, pudiendo producir lesiones por contragolpe.

Hacer referencia a "daño psíquico" es hacer la constatación de un "estado novedoso", representado por una afección psicopatológica.

Saber si esa expresión psicopatológica es neurótica, psicorgánica o psicótica, si requiere o no de tratamiento psicofarmacológico y/o psicológico simultáneos, de internación psiquiátrica o no, de asistencia de familiares o no, de otras interconsultas o no; exige la sólida formación y conocimientos de la Medicina a través de su especialista médico Psiquiatra.

Para despejar el "daño psíquico" hay que realizar en primer término una evaluación psiquiátrica según arte rigurosa, consecuencia de ella pueden o no requerirse estudios complementarios (Psicodiagnóstico, Electroencefalograma simple o con activación compleja, Estudios por imagen, Laboratorio, otros).

Tal afirmación no es arbitraria ni prejuiciosa sino que se corresponde con la realidad médica:

- Carcinoma de cabeza de páncreas puede comenzar con depresión (depresión sintomática).
- Enfermedades neurológicas y endocrinológicas como Parkinson e Hipotiroidismo, pueden comenzar con depresión (depresión sintomática).
- Enfermedades de la clínica pueden ser confundidas con enfermedades psiquiátricas Ej. cuadros de Hipertiroidismo mal diagnosticados, tratados con litio como si fueran cuadros de Manía.
- El 50% de Tumores Cerebrales comienza con sintomatología psiquiátrica;
- De toda la patología psiquiátrica, el 4% corresponde a Tumores Cerebrales.
- Cuadros depresivos suelen ser el inicio de Demencias preseniles en la edad media de la vida (Pick, Alzheimer), Demencias seniles, Demencias vasculares, enfermedades neurológicas.
- Personas de la tercera o cuarta edad, suelen objetivar Seudodemencias depresivas que hay que diferenciar de las Demencias auténticas.
- Cuadros depresivos graves que conducen a conductas autoccisivas impulsivas, violentas y muy cruentas, pueden ser expresión de Epilepsia (depresión orgánica).
- Cáncer de pulmón puede empezar con un cuadro alucinatorio.
- Las psicosis sintomáticas (cuadros confuso-oníricos) son la expresión cerebral secundaria de enfermedades de otros aparatos o sistemas.
- Las psicosis cerebro-orgánicas son cuadros confuso-oníricos, expresión de enfermedades con asiento cerebral primario (tumor cerebral, ACV, otros).
- Cuadros de excitación psicomotriz de causa orgánica cerebral

(intoxicación, tumoral, hemorrágica) son confundidos con Histeria, con alto riesgo de muerte, por desconocimiento de que el primer nivel de desestructuración del Sistema Nervioso Central es la "histerización de la conducta" como ya se expresara.

El valor de las pruebas. Estudios complementarios

Las pruebas complementarias como su nombre lo indican, tienen un valor que siempre va asociado a la clínica verificable.

Una Resonancia Nuclear Magnética puede evidenciar una imagen de apariencia patológica, pero la importancia de la misma va a estar dada si se acompaña de signo-sintomatología, congruente con alteración de la funcionalidad específica del área donde se visualiza la imagen.

El Electroencefalograma puede evidenciar un trastorno del trazado (disritmia) el cual no determina prescripción de tratamiento alguno si no está acompañado de síntomas o cambios conductuales relacionados con el mismo.

La Batería de Tests puede dar indicadores de patología sin correlato en la clínica e inversamente, en patologías psicóticas muy severas como la Esquizofrenia paranoide, no siempre se hacen evidentes los mismos, en las pruebas gráficas de pacientes muy rígidamente estructurados y controlados durante el examen.

El Test de L. Bender se utiliza entre otros fines, para evidenciar retrasos globales de maduración e indicadores de organicidad cerebral, pero su informe con hallazgos positivos, no genera un tratamiento psicofarmacológico, si esa organicidad no se constata sintomáticamente.

En sentido inverso, la existencia de síntomas clínicos es causa suficiente de prescripción de tratamiento médico farmacológico, aun cuando estudios complementarios no registren alteraciones o éstas no sean relevantes.

En cuanto a los retrasos de maduración, también se constatan por el interrogatorio, antecedentes del nacimiento, evolución madurativa, lenguaje, suministrando un dictado de números, palabras, frases, cálculos simples de suma, resta, multiplicación y división, acorde con la escolaridad desarrollada.

En los débiles mentales moderados y leves sin instrucción, el HTP (Test Proyectivo Gráfico Casa - Arbol - Persona) muchas veces puede ser interpretado erróneamente, porque pone en evidencia una capacidad potencial que la persona quizá nunca llegó a desarrollar por falta de educación especializada.

El peritado puede dibujar una casa, un árbol y una persona rudimentaria, acorde con un grado leve o moderado de insuficiencia intelectual, pero si no

aprendió a leer, ni a escribir, no viaja solo, no conoce el dinero y depende totalmente de sus familiares; en la realidad, funcionalmente se comporta como un débil mental profundo. El HTP, es insuficiente en estos casos.

Las pruebas mencionadas, sumadas a otras como nominación de los días de la semana y de los meses del año, en ambos sentidos, Prueba de los Apareados de Raushburg, nominación de objetos y otras, permiten inferir problemas del desarrollo de la inteligencia o, deterioro cognitivo cuando el rendimiento es inferior al esperado en virtud de niveles superiores alcanzados con anterioridad.

El perito que evalúa incapacidades debe conocer sobre las enfermedades psiquiátricas sin correlato orgánico o con correlato orgánico.

Los Síndromes delirantes se ponen en evidencia por el comportamiento, por la estructura del delirio y por los elementos psicopatológicos patognomónicos o síntomas guía, que emergen de éstos y del discurso.

El perito que evalúa "daño psíquico" debe tener conocimientos sobre diagnósticos diferenciales con enfermedades de otras etiologías a las relatadas y estudiadas a causa de la demanda dado que las mismas pueden producir síntomas similares y además, el perito debe distinguir si existe concurrencia de varias etiologías cuando se valora un siniestro, ej. problemas columnarios, circulatorios, alcoholismo crónico, adicciones a drogas, tumor cerebral, enfermedades neurológicas, endocrinológicas, inteligencia inferior al término medio, concomitantes con un Traumatismo encefalocraneano con secuelas, de manera de no asignar a éste último un porcentaje de incapacidad sobredimensionado por el acoplamiento de afecciones de origen inculpable.

El perito debe discernir en un cuadro depresivo reactivo por distintas causas, tales como la vivencia de un accidente de trabajo con o sin secuelas sumada a la vivencia de un despido, en qué magnitud aproximada incide cada una de ellas dado que intervienen distintos responsables legales en la reparación.

El perito no debe excusarse con argumentos tales como "que no es su competencia determinarlo", sí es su obligación hacerlo, para asesorar a los señores jueces que tienen la responsabilidad de producir sentencias para impartir Justicia. Esa responsabilidad es del perito no de su Señoría.

El perito debe saber que datos ir a buscar, interrogar, prestar atención durante la anamnesis, para luego cotejar con las pruebas psicológicas.

Cuando hay varias contingencias cuyo tratamiento pertenece a diferentes leyes como es el caso de accidentes de trabajo y despidos, el perito debe valorar la

relación temporal de esas contingencias en las cuales casi siempre el accidente es previo, debe verificar cuáles fueron las secuelas físicas del siniestro si las hubo, cuál fue su severidad, si la actora fue despedida inmediatamente a su reintegro laboral o si fue despedido por otras causas transcurrido un lapso mediano o prolongado, durante el cual no presentó sintomatología psiquiátrica ni realizó tratamiento alguno, por dentro o por fuera de la ART.

Las pruebas psicológicas que se seleccionan deben estar relacionadas con el objetivo a verificar. En el psicodiagnóstico, algunas pruebas como el Tests de Rorschach se aplica en todos los cuadros y otros tienen aplicaciones específicas: Bender, HTP, Persona bajo la lluvia, Desiderativo, Warteg, Miokinético conforme la finalidad para la que fue creada dicha herramienta: determinación de hallazgos psicopatológicos, rasgos de personalidad, aptitudes laborales específicas, conflictos y mecanismos de defensa, investigación, seguimiento sintomatológico en el curso de un tratamiento. Algunas pruebas pueden ser tomadas colectivamente y otras individualmente. Algunas se heteroadministran otras se autoadministran.

En el Capítulo Psiquismo del Decreto 478/98 de la Ley Previsional 24.241, figura el cuadro siguiente que sintetiza Nombre del Test, Tipo, Áreas que explora y Aplicación, de las herramientas con las que históricamente trabajó el equipo de psicólogos de organismos del estado, encargados de intervenir en incapacidades laborales:

Tests Psicológicos

TEST	TIPO	ÁREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL. CONDUCTA GRÁFICA. MADUREZ DE DEFICIENTES MENTALES. MEMORIA. HABILIDAD MOTORA MANUAL. CONCEPTOS TÍMPORESPAZIALES. CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN. MAGNIFICACIÓN. SIMULACIÓN.	RETRASOS GLOBALES DE MADURACIÓN. SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO. PSICOSIS. DEPRESIONES
RORSCHACH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD ADQUIRIDA. NIVEL INTELECTUAL APROXIMADO. DETERIOROS AGREGADOS. SIMULACIÓN.	EN TODOS LOS CUADROS

TEST	TIPO	ÁREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
MIOKINÉTICO	TEST ACTITUDINAL	TONO PSICOMOTOR. TENDENCIAS DE REACCIÓN Y PERTURBACIONES DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS ACTUALES Y PERMANENTES.	DIAGNÓSTICO DIFEREN. DE DEPRESIONES. SÍND. CEREBRALES ORGÁN. PSICOPATÍAS
HTP. CASA-ÁRBOL- PERSONA (U OTRO SIMILAR)	TEST PROYECTIVO GRÁFICO	REFLEJA LOS ASPECTOS MÁS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD. PROYECCIÓN DE LAS PROPIAS IDENTIFICACIONES.	OLIGOFRENIAS. NEUROSIS. PSICOPATÍAS. PSICOSIS

DESIDERATIVO

Indaga el sistema defensivo del que dispone el sujeto frente a situaciones de conflicto (laborales, afectivas, etc.), grado de capacidad y modalidad particular de enfrentar una adecuada resolución.

WARTEG

Analiza las características de la personalidad de base y rasgos psicopatológicos. De suma utilidad en selección y capacitación laboral, ya que permite arribar a un claro perfil de la personalidad y de la aptitud del individuo para desempeñar diferentes tareas.

Las pruebas de dígitos, la enumeración de objetos observados en la unidad de tiempo, la resolución de cálculos matemáticos acordes con el nivel de instrucción alcanzado, la lectura de un texto breve, la repetición posterior del mismo y el relato de lo que comprendió; son pruebas que pueden y deben tomar los médicos psiquiatras para valorar memoria de fijación o anterógrada, capacidad de abstracción, comprensión de texto, es decir permiten un paneo del estado actual de las funciones psíquicas, el que deberá cotejarse con los elementos que surgen de un interrogatorio meticoloso de los antecedentes personales para evaluar memoria retrógrada (de hechos pasados), conjuntamente con afectividad, lenguaje verbal (estructura gramatical, semántica, sintaxis), lenguaje mímico, estudio de la mirada y de la conducta.

El valor de esas pruebas está dado por las congruencias o discordancias con la normalidad o anormalidad de las respuestas y el comportamiento durante la anamnesis, que es la técnica más eficaz para valorar todas las funciones psíquicas al detalle sin que el peritado tenga conocimiento de ello.

El análisis del psiquismo por técnicas psicodiagnósticas a priori, excluyendo las pericias médicas de las especialidades clínicas involucradas y omitiendo la pericia psiquiátrica, es parcial e insuficiente al momento de determinar diagnóstico de "daño psíquico" y porcentaje de incapacidad laboral derivado de siniestros u otras contingencias, porque facilita errores por exceso o por defecto en la ponderación.

Los estudios psicológicos realizados por profesionales de experiencia, son un complemento muy útil incorporado al examen psiquiátrico y consensuado con éste (no disociado de éste) pero no lo suplanta.

Es muy común el error de creer que el informe producto de suministrar distintas pruebas psicológicas es más objetivo que un examen psiquiátrico según arte, realizado por un profesional médico-psiquiatra con sólida formación científica y muchos años de ejercicio de la profesión.

Las pruebas psicológicas tradicionales no son cuestionadas en sí mismas ni su validación, pero el informe depende del conocimiento y experiencia que el profesional psicólogo tiene de esas herramientas para interpretarlas adecuadamente, como pasa con cualquier disciplina o ciencia aplicada.

La Batería de Tests de los Peritos Psicólogos en el ámbito judicial, incluye en un altísimo porcentaje Escalas, Inventarios y Cuestionarios, algunos de los cuales se detallan a continuación, extractados de pericias de oficio, suplantando Tests tradicionales como Rorschach u otros, generalmente suministran Test de Bender, Casa, Árbol, Persona (HTP) y Persona bajo la lluvia o algunos de ellos más Escalas, a saber:

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI2,
- ACQ cuestión de cognición (cuestionario para agorafobia),
- Escala de Sensaciones corporales,
- Inventario de Síntomas SCL 90 –R de L. Derogatis,
- Escala de Gravedad de Estrés Postraumático,
- Escala de Sucesos de Vida,
- Inventario de Ansiedad de Beck,
- Inventario de Depresión de Beck,
- Inventario del enojo. Staxi2,
- Escala de Ansiedad de Hamilton,
- Tests de los colores de Lüscher,
- Tests del sí mismo,
- Tamadul. Cuestionario Clínico de Personalidad para adolescentes,
- Cuestionario de afrontamiento frente al dolor crónico,
- Escala de Bieps A.,
- Escala Evaluación Actividad Global (EEAG),
- Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL),
- Otros.

Se incorporan a continuación comentarios sobre algunas de las pruebas del listado, *ut supra*.

Test de Max Lüscher o Test de los colores: El test de Lüscher, también conocido como Test de los colores es una prueba de tipo proyectivo, es decir, una prueba que trata de conocer la personalidad a través de la elección de un color.

Este test fue diseñado en 1948 por Max Lüscher, y aunque en la actualidad muchos psicólogos opinan que carece de valor diagnóstico, es frecuente encontrarlo en pruebas de selección laboral.

No se indica su aplicación en el ámbito pericial para determinar la existencia de Personalidad Anormal Constitucional, su magnitud y la presencia de componentes psicopáticos francos.

MMPI 2 o Test de Minnesota: Es un tests que se utiliza en investigación. En su última versión MMPI-2 (revisión para adultos por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), el test se compone de 567 ítems dispuestos en 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad, y en 3 escalas de validación, que señalan el grado de confiabilidad de las respuestas obtenidas. Si se quisieran evaluar sólo las escalas básicas, con los primeros 370 reactivos sería suficiente pero es conveniente realizarlo completo para poder valorar todas las escalas. En esta nueva versión, se introdujeron 150 ítems nuevos y se revisaron 82 antiguos.

Las 567 preguntas se responden marcando con una cruz la opción elegida, **verdadero** o **falso**, no es conveniente su inclusión en las pericias donde se juegan los resarcimientos económicos.

Algunos profesionales utilizan la misma prueba para afirmar que no existe simulación, simplemente por el análisis de algunas respuestas y la existencia o no de contradicciones entre ellas.

El estudio de la Simulación es mucho más complejo, requiere de vasta experiencia clínica, exámenes minuciosos y prolongados, elevado nivel de conocimientos de cuadros genuinos y de diagnósticos diferenciales, para distinguir entre magnificación patológica, Neurosis de Renta y distintas formas de Simulación (Sobresimulación, Supersimulación o exageración de desórdenes preexistentes, Metasimulación o Perseveración y Simulación propiamente dicha o Creadora, conforme la Clasificación de Soller).

Respecto de la utilización de Escalas, Cuestionarios e Inventarios, en el ámbito pericial, no se recomienda su aplicación por motivos muy justificados:

1. Son pruebas que generalmente se entregan al peritado para que las complete o autoadministre.
2. Consisten en preguntas directas sobre síntomas cuya magnitud la marca con una cruz el peritado en forma consciente y voluntaria, conforme la consigna del test.
3. El resultado veraz de las escalas, depende de la honestidad del peritado, porque se basa en los dichos del mismo, no en la experiencia profesional, conocimiento y astucia del perito interviniente.

4. Se pueden utilizar con fines asistenciales, en el seguimiento de la evolución sintomática de afecciones bajo tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.
5. Algunas de estas Pruebas se utilizan masivamente con fines de investigación.

En 4 y en 5 los participantes (pacientes) colaboran genuinamente porque no median intereses finalistas o de renta.

A fines didácticos, para esclarecer los conceptos *ut supra*, se incorpora a modo de ejemplo parte del Inventario de L.R. Derogatis, adaptado en la UBA en el año 1999, que resume las características básicas de la generalidad de las Escalas o Inventarios: Ej.

L. R. Derogatis. Adaptación UBA 1999					
Nombre:	Edad:	Fecha de hoy:			
Marcar con una cruz las opciones que correspondan:					
Sexo:					
<input type="radio"/>	Mujer	<input type="radio"/>	Varón		
A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).					
Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:					
NADA MUY POCO POCO BASTANTE MUCHO					
No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder					
	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza					
2. Nerviosismo					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4. Sensación de mareo o desmayo					
5. Falta de interés en relaciones sexuales					
6. Criticar a los demás					

De la lectura de la consigna surge que el peritado cumplimenta la prueba colocando una cruz en un casillero, al que le asigna directa y conscientemente la magnitud de síntomas físicos. El experto que no es profesional médico, no tiene herramientas para determinar por sí mismo si el dolor de cabeza, el nerviosismo, la sensación de mareo o desmayo y la falta de interés sexual, es diferente a la que marca la actora, por consiguiente si la respuesta es "mucho" en todos los ítems del inventario, dará un resultado máximo que va a incidir en el grado de la afección.

El conocimiento médico permite ahondar el interrogatorio sobre características del dolor de cabeza, localización, circunstancias en las que aparece, duración, a qué características le asigna el número mayor, qué entiende la actora por mareo, si tiene o no sensación giratoria puesto que de ello depende si es mareo o vértigo, a qué le llama desmayo la prueba y cuál es la relación con mareo en el mismo ítem, desde el punto de vista médico tiene que haber rigor científico en la descripción de los síntomas, que aquí no se cumple.

En el ámbito pericial judicial o extrajudicial, por los medios descriptos establecer la magnitud de determinados síntomas, traspolar esos hallazgos a diagnóstico de patología psiquiátrica, encuadrarlo en distintos baremos y cuantificarlo en porcentaje, es un trabajo elogiosamente creativo, pero alejado de la realidad médica.

La salvedad de que se toman diferentes técnicas, no alcanza a explicar por qué se suministran escalas, inventarios, cuestionarios u otros similares, si sus resultados no son incluidos en las conclusiones. No se cuestiona ni se discute la utilidad de tales pruebas para los fines para las que fueron creadas, sino su aplicación en pericias en las que hay que discernir lo genuino de lo magnificado, simulado o de un origen que no es el motivo de la litis; sin contar los intereses particulares de los actores y de quienes los representan, ajenos a la enfermedad.

Un buen informe es el resultado de un examen minucioso realizado por perito experimentado y responsable, que integra los datos obtenidos y los complementa con el aporte de otros profesionales intervinientes en la causa, para un mejor fin, dado que se trata de la misma actora.

La determinación de daño psíquico es un proceso complejo, que requiere de formación médica sumada a todos los aportes que sean necesarios, para arribar a correcto diagnóstico y determinación de porcentaje en forma ajustada, preservando el derecho de las partes involucradas.

Las pericias y los protocolos originales de los psicodiagnósticos son elementos de prueba, que deben constar en el expediente. El Secreto Profesional no debe ser argumentado para impedir el análisis de dicha prueba, su aprobación o impugnación técnicamente fundada, en virtud del derecho de las partes. Todos los peritos deben actuar de la misma forma y defender técnicamente y fundamentamente sus afirmaciones.

Baremos, metodología de cálculo

El enfoque pericial en psiquiatría difiere del enfoque asistencial de la misma especialidad. El psicoterapeuta aborda al paciente trabajando con su relato y con lo que transmite de sus vivencias, es decir con la "realidad psíquica"

del mismo; a diferencia del psiquiatra o psicólogo en el rol de perito, puesto que deben basar sus conclusiones fundamentando las mismas y basándose al máximo en los elementos verificables "realidad fáctica".

Los peritos psicólogos y psiquiatras de oficio con mucha frecuencia, confunden el rol de "peritos" con el rol asistencial del psicoterapeuta, porque de sus pericias se desprende que el relato de la actora es tomado como verdad incuestionable, sin medir las consecuencias de ello.

Un ejemplo práctico lo constituyen aquellas demandas por motivos laborales que reclaman porcentaje de incapacidad por "acoso laboral" o *Mobbing*, como Enfermedad Profesional.

Partiendo de la base de que en la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557, no consta en el Listado Laudado ninguna enfermedad laboral de origen psíquico, se concluye que las mismas se incorporan al Sistema, como Enfermedades Profesionales No Listadas, cuya determinación es competencia de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo asignada por el Decreto 1278/2000, reglamentario de dicha Ley.

Dado que el diagnóstico de una Enfermedad Profesional (listada o no) en un trabajador exige la determinación del agente, tiempo de exposición, enfermedad y que ésta última sea la consecuencia del trabajo habitual; en los casos de Violencia laboral, el agente es una o varias personas, cuyo maltrato persistente prolongado, desvalorizador, agresivo con intención de humillar y expulsar a la víctima, "debe quedar tan comprobado como la enfermedad argumentada en la *litis*".

Esta comprobación no puede hacerse en una comisión médica, porque carece de herramientas y de competencia para dicha investigación. La determinación de violencia laboral, es resorte judicial, requiere de la indagación de testigos en forma reservada, para comprobar la facticidad del hecho y quiénes son los responsables del mismo.

La comprobación de los hechos de *Mobbing* o violencia laboral, no surge de una entrevista psiquiátrica ni de una batería de tests, aún cuando el relato sea verosímil. No hay indicadores de prueba específicos y de certeza para esta causa, como lo es encontrar el bacilo de Köch para confirmar el diagnóstico de Tuberculosis.

Puede constatar una Reacción neurótica, cuya causa no se puede afirmar, excepto que se investigue y se confirme *a priori* la existencia de tales conductas y en ese caso, *a posteriori*, el perito podrá afirmar si encuentra un estado psicopatológico y si éste se corresponde con la problemática planteada en la *litis*, por otras causas o por una sumatoria de causas concurrentes.

Resulta llamativo como la casi totalidad de peritos judiciales de oficio, confirman la existencia de Mobbing tan sólo por los dichos de la actora, asignando porcentaje de incapacidad laboral sin solicitar a su señoría la verificación del relato antes de emitir el informe final. Además, dichos peritos utilizan aquellos Baremos con porcentaje más generoso a los intereses del supuesto damnificado, con todo lo que implica hacer responsable a quien no lo sea, al hacer tal afirmación.

Respecto del uso de los Baremos hay un concepto casi generalizado y expuesto taxativamente en los informes, respecto que la elección de éstos es un derecho adquirido del perito.

Sobre esta base; ignoran en un alto porcentaje que leyes laborales nacionales argentinas como la Previsional Ley 24.241 y Ley laboral 24.557, tienen respectivamente un Baremo que fue analizado y consensuado con el Cuerpo Médico Forense y las máximas autoridades del mismo, antes de su publicación como Decretos reglamentarios.

Las pericias evidencian la selección de distintas tablas y a veces el perito hace una traspolación artificiosa y poco fundada, de esas tablas a los Baremos de Leyes Nacionales.

Los baremos de Ley 24.241 y 24.557, tienen su respectivo capítulo de Psiquiatría, basados en cuadros de la clínica psiquiátrica, en consonancia con todos los demás capítulos que se fundamentan en la clínica de las distintas especialidades.

En psiquiatría ocurre una situación particular, basados en el DSM IV y en el DSM V, que son clasificaciones estadísticas, se ha reemplazado en la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico por los Códigos del DSM, los cuales tienen muchos errores conceptuales que en la práctica han generado serios problemas asistenciales.

Los DSM IV y DSM V son Manuales de Clasificación Estadística de entidades nosológicas, agrupadas por síntomas. Críticas recíprocas, se suman a las que emergen de Asociaciones de Salud Mental de más de 50 países, entre los que se encuentran EE UU y España. El NIH National Institutes of Health Estados Unidos, públicamente les restó su colaboración. Thomas Insel director hasta fines 2015 ha publicado que "los enfermos mentales merecen algo mejor".

Las clasificaciones por agrupación de síntomas, atomizan el cuadro. Debe diferenciarse un síntoma, de un síndrome y de una enfermedad. No se indemniza el síntoma fiebre, el síntoma colitis, el síntoma vómitos, el síndrome de deshidratación, en una enfermedad infecciosa contraída laboralmente, se trata la enfermedad por el Sistema de ART y se indemniza la secuela de la misma una vez curada es decir con el alta médica.

Se indemnizan afecciones psíquicas secuelas, no síntomas aislados relatados por la actora tal como surge de los DSM, ej. pesadillas u otros trastornos del sueño, etc, por demás improbables.

Teniendo en cuenta que: a) las Clasificaciones Estadísticas Internacionales se modifican periódicamente, b) no son tratados de Psiquiatría Clínica, c) en su elaboración intervienen investigadores no médicos, d) muchas veces se realizan con el aporte de grandes laboratorios, e) en los DSM se codifican como **“trastornos” los síntomas “pesadillas”, “insomnio”, “acaparamiento”** (los cuales no siempre tienen connotación patológica), f) se detectan serios errores nosológicos con incidencia en los tratamientos y riesgo para la salud de pacientes asistenciales; se han producido múltiples reacciones de organismos especializados en Salud Mental de diferentes países, los Códigos del CIE 10 (clasificación que se utiliza en la actualidad) deberían incorporarse posteriormente al Diagnóstico médico psiquiátrico (como se hace en las demás especialidades médicas), tomando como base los utilizados en los Baremos Nacionales para unificar criterios en todo el país).

Diagnósticos frecuentes basados en DSM IV

Los diagnósticos que se leen con mayor frecuencia en las pericias psiquiátricas y psicológicas, son los mismos que se consignan en los certificados con solicitud de licencia psiquiátrica, la más de las veces prolongadas y reiteradas y en los certificados en los que fundamentan los diagnósticos de las causas:

- Estrés laboral.
- Depresión mayor.
- Trastorno depresivo.
- Trastorno de ansiedad.
- Estrés postraumático.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno adaptativo.
- TAG.
- Códigos del DSM sin diagnóstico.

Documentación para la orientación diagnóstica en el marco de la clínica psiquiátrica y criterios

Se adjunta en el Apéndice de esta obra el Protocolo del Consenso en Psiquiatría Previsional y de Riesgos del Trabajo. Documento realizado en el año 2004 como conclusión de las Jornadas en Psiquiatría Previsional y de Riesgos del Trabajo.

En ellas, organizadas a instancias de las Superintendencias de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, contó con representantes médicos psiquiatras de las distintas

Comisiones Médicas tanto de CABA como del interior del país, Comisión Médica Central, Psiquiatras veedores de las AFJP y de las aseguradoras de Riesgos del Trabajo, UART y ANSES. Se aprobó el proyecto presentado para su análisis por unanimidad y luego fue convalidado por las Asociaciones de Psiquiatría APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos) y AAP (Asociación Argentina de Psiquiatras).

En este protocolo se desarrollan criterios que permiten ubicar los cuadros en diferentes Grados y Porcentajes, con pautas orientadoras, dirigidas a especialistas y no especialistas en psiquiatría.

Propuestas

1. 1.1 Para disminuir la judicialización, debe respetarse el espíritu de las Leyes de unificar el criterio de evaluación en todo el territorio del país, logrando la aplicación de las Leyes Nacionales a nivel Provincial. Es fundamental la capacitación en temas tan específicos:
 - 1.2 Dictado de cursos de capacitación en Psiquiatría, para los jueces que estén interesados.
 - 1.3 Dictado de cursos de capacitación para peritos, que intervienen en demandas de naturaleza previsional y laboral (utilización de los baremos respectivos, requisitos en las pruebas y modelos de informes).
2. Unificar el modelo de pericia psiquiátrica.
3. Unificar un modelo de informe psicológico, para derivar al psiquiatra o al médico legista-psiquiatra, laboralista-psiquiatra que sintetice lo relevante de la batería y de respuesta a los puntos que le competen.
4. En las pericias de oficio por contingencias de Riesgos del Trabajo y Previsionales, certificaciones por psiquiatría que dan origen a Licencias psiquiátricas formales, certificados hospitalarios que dan origen a prestaciones previsionales y subsidios por discapacidad, el encuadre médico debe hacerse en los Baremos de Leyes Nacionales (Dec. 658/96, Dec. 659/96, Dec. 478/96), a posteriori se deberían incorporar los Códigos Internacionales del CIE 10 o de la Clasificación de uso que la haya reemplazado.
5. El porcentaje de incapacidad laboral psíquica debe ser determinado por profesionales con conocimiento médico específico en la especialidad de psiquiatría, es decir médicos psiquiatras y médicos legistas-psiquiatras, médicos del trabajo-psiquiatras. •

Capítulo VII

La certificación de profesionales médicos y su mantenimiento para la revalidación periódica

*Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM)
de la Academia Nacional de Medicina*

Acad. Jorge A. Neira

Raúl Valli

Norma B. Tauro

Florencia Moore

Introducción

Con el objetivo de facilitar la comparación de los resultados del ejercicio profesional de la medicina con aquellos alcanzados por otros profesionales, nacionales o incluso de otros países, se hace necesario el desarrollo de diferentes instancias de evaluación. Conocer cuales son las competencias necesarias para el ejercicio de las diferentes especialidades y cuales son los niveles de calidad adecuados para responder a los parámetros internacionales, constituyen dos datos trascendentes para el desarrollo de dicha evaluación. En la actualidad, el acceso masivo a la información y la disponibilidad de la misma ha permitido contar con una apreciación comparativa del desarrollo de nuestras prácticas profesionales.

La comparación de los resultados no sólo está vinculada a la tecnología disponible, sino, en particular, a la capacidad de asegurar un análisis adecuado de las situaciones que los profesionales encuentran con los medios disponibles. Esto se logra cuando la capacitación de los médicos se lleva a cabo en espacios de formación que aseguren modelos de atención de calidad. Quienes trabajan en la búsqueda de la excelencia en la atención médica, advierten que la adquisición de instrumentos normativos y de evaluación se desarrollan fundamentalmente en la etapa de formación y sobre todo en las prácticas que en ella se ejecutan: "se aprende lo que se hace donde se aprende".¹

Asimismo, la calidad debe mantenerse a lo largo del ejercicio profesional, independientemente del lugar donde se lo haga. En países desarrollados,

¹ <http://encuentro.educared.org/group/solo-se-aprende-haciendo/forum/topics/solo-se-aprende-haciendo>

existe cada vez mayor consenso en cómo lograr estas metas. Por este motivo, es imprescindible llevar adelante un esfuerzo sustentable para avanzar en el logro de estas metas.

En la formación de médicos especialistas existen dos etapas a cumplir luego del egreso como médico. Una es la capacitación inicial para obtener el reconocimiento como especialista, y la otra es la actualización permanente y la adquisición de experiencia creciente durante el ejercicio de la especialidad, orientada al desarrollo profesional continuo.

La responsabilidad de la evaluación y el desarrollo de los sistemas formativos deben respetar los niveles y competencias de la capacitación inicial, la acreditación asistencial del servicio donde se desarrolle el espacio de formación, la acreditación del programa de formación, el desarrollo y control del programa de aprendizaje, la evaluación del profesional durante el proceso formativo y la certificación final del egresado y la revalidación periódica de la certificación.

Es preciso que, para la capacitación inicial, se determine de qué será capaz el egresado, teniendo en cuenta que el control de cada uno de los niveles que la componen tenga libertad operativa, para asegurar mecanismos de control que hagan más confiable el proceso. Es fundamental determinar con claridad las competencias de cada especialidad, identificando con el mayor detalle posible qué debe ser capaz el profesional para su ejercicio. Si dichas competencias no están definidas adecuadamente no se sabrá qué debe aprender el futuro especialista ni como evaluarlo.

Para lograr una capacitación apropiada en las especialidades médicas, es indispensable que la misma se realice en servicios que aseguren un entrenamiento adecuado. Para ello, es necesario que existan instituciones que acrediten a dichos servicios y a las instituciones a las que pertenecen, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado. En este sentido, las sociedades científicas correspondientes tienen una enorme responsabilidad en acercar a dichas instituciones acreditadoras, no solo las áreas de competencia para los profesionales sino también los requisitos necesarios para la habilitación categorizante (por niveles de complejidad) para llevar a la práctica la oportuna acreditación (que debe evaluar estructura, procesos y resultados basados en registros de datos de pacientes) de las instituciones de salud.

La certificación inicial avala que el profesional ha alcanzado la capacitación necesaria para comenzar a ejercer la especialidad. En nuestro país existen tres grupos de instituciones que otorgan dicha validación: las Escuelas de Medicina, que son las únicas que otorgan títulos de especialista, los organismos de Ley (agencias gubernamentales y Colegios o Consejos Médicos por delegación del Ministerio de Salud jurisdiccional), que habilitan para anunciarse como

especialistas en cada provincia y las Sociedades Científicas, que por medio de sus Consejos o Tribunales de Evaluación certifican a sus pares.

Es necesario lograr una alianza estratégica entre dichas instituciones, que permita para cada especialidad generar un espacio de consenso para acordar prerequisites e instrumentos de evaluación unificados lo que facilitará consolidar para todo el país las competencias mínimas necesarias para ejercer adecuadamente una especialidad médica. La certificación debe priorizar la evaluación de competencias relacionadas con la práctica profesional.

La satisfacción del ejercicio profesional tiene una incidencia importante en la disponibilidad de instrumentos apropiados para acceder con facilidad a información actualizada. Poder ofrecerla de manera sistemática ha llevado a buscar el desarrollo de metodologías accesibles y eficientes, útiles para la revalidación periódica.

La revalidación es una instancia que se inicia inmediatamente luego de certificar y se evalúa anualmente e integra, en la evaluación permanente del colega, la calidad del ejercicio profesional que desarrolla. A través de ella, cada 5 años se revalida la certificación.

Se han desarrollado instrumentos que convierten la práctica cotidiana en un mecanismo válido de actualización. Es necesario llevar el mantenimiento al lugar de trabajo, aunque este sea un consultorio aislado u cualquier otro espacio de aplicación específica de las competencias de la especialidad. Para ello es recomendable generar instrumentos que faciliten el acceso a evidencias actualizadas aplicables a las prácticas cotidianas y posibiliten controlar los resultados, comparándolos con los estándares esperados.

Además, en la medida que se avanza en el ejercicio de la profesión, se adaptan las capacidades a las características de la actividad que se desarrolla, adquiriendo una experiencia cada vez mayor que permite enfrentar, con éxito creciente, problemas en situaciones de incertidumbre.

Es por ello que la revalidación de la certificación debe utilizar instrumentos que se adapten a esta diversidad, evitando las estructuras estandarizadas. La actualización permanente debe ser una fuerte responsabilidad de las sociedades científicas ante los especialistas certificados, para facilitar la revalidación periódica de dicha certificación.

Antecedentes

La certificación de la calidad profesional de los médicos tiene valiosos antecedentes en la Argentina, gracias al trabajo de numerosas entidades científicas. A fines de 1990, la Academia Nacional de Medicina, con el

liderazgo del Acad. Carlos Giannantonio, entendió oportuno auspiciar la articulación de los diferentes esfuerzos sobre la materia a fin de sistematizar el proceso de certificación de médicos en el país.

Para alcanzar los objetivos propuestos, la Academia convocó a personas y entidades con interés y experiencia en el tema, al "Simposio y Taller sobre Certificación de Profesionales Médicos", que se llevó a cabo los días 20 y 21 de Setiembre de 1991. De ese encuentro surgió un consenso sobre la conveniencia y oportunidad para apoyar la iniciativa de la Academia, a cuyo efecto se designó una Comisión Organizadora del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) que durante el siguiente año tuvo por cometido sentar las bases de un procedimiento de alcance nacional para la certificación de médicos, apoyado en la tarea realizada hasta ese momento por las diversas entidades actuantes en el medio.

La Academia Nacional de Medicina, ante el aumento constante del número de médicos y la complejidad creciente de las especialidades de la medicina, consideró necesario promover la creación de una estructura autónoma representativa del sector que fuera responsable de la certificación voluntaria de los profesionales y de su recertificación.

En su Declaración de la creación del CCPM se expresa que "ya se ha afirmado el concepto de que el título de médico acredita tan solo una formación básica, que debe ser seguida de un período de formación de postgrado, en ámbitos y con programas previamente aceptados para este fin. Los resultados finales serán una comunidad mejor atendida e informada de los valores médicos con los que interactúa y una profesión protegida y enaltecida por sus propios miembros".

Si bien algunas entidades han desarrollado sistemas eficientes para estos fines, resulta evidente la falta de compatibilización de criterios entre distintas especialidades, la superposición de instancias y jurisdicciones diversas y la carencia de un ente coordinador creativo, participativo, elástico y moderno que contribuya en esta tarea fundamental al progreso de la medicina nacional. Este interés ha sido puesto de manifiesto por el Congreso de la Nación al sancionar la ley 23.873 que, en lo fundamental, modifica el artículo 21 de la ley 17.132².

El CCPM fue creado a fin de orientar, respetar y promover el desarrollo profesional continuo y no solo como ente controlador de la actividad de los médicos. El mismo propuso a los profesionales médicos en ejercicio someterse voluntariamente a ser evaluados periódicamente en sus antecedentes y

²<http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/ley-23873.pdf>

actuación, enaltecendo sus capacidades y demostrando su propio deseo de perfeccionamiento y elevación personal.

En cumplimiento de tales cometidos, la Comisión Organizadora realizó la delimitación formal de los objetivos del Consejo mediante la convocatoria al Segundo Simposio – Taller, que se realizó en Buenos Aires el 10 de Octubre de 1992, y la elaboración de los estatutos de la entidad. Allí, se señaló que “la Academia Nacional de Medicina y el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) tienen como objetivo promover mecanismos confiables de certificación y de su revalidación periódica, que garanticen la calidad de los actos médicos y la seguridad del paciente. Para ello, su propósito es convenir, con las entidades adheridas, los mecanismos de certificación y revalidación periódica, avalando la calidad de los mismos”.

El objetivo del convenio fue establecer estándares que permitieran obtener bases nacionales para la certificación y su revalidación periódica, en concordancia con los temas desarrollados en Talleres y Jornadas que se realizaron en la Academia Nacional de Medicina el 22 y 23 de septiembre de 1995 sobre certificación y el 29 de septiembre de 2009, el 24 de junio de 2011 y el 29 de septiembre de 2012 sobre certificación médica y su revalidación periódica. Actualmente, estas actividades se realizan en forma regular dos veces en el año con la participación plenaria de las entidades adheridas pudiendo agregarse otras reuniones de acuerdo a las necesidades del CCPM o de las entidades certificadoras.

El 7 de mayo de 2013, se llevó a cabo la firma de un Convenio entre la Academia Nacional de Medicina y el CCPM por lo que a partir de esa fecha dejó de estar patrocinado por la misma y pasó a conformar una estructura dependiente del Consejo de Administración y, a través de él, del Plenario Académico. De la misma forma, en el año 2013 se firmó un Convenio entre el CCPM y el Comité de Recertificación de la AMA (CRAMA), que se refrendó en 2016.

Actividades del CCPM

El Consejo, ente autónomo, independiente, privado y estrictamente médico, se integra con miembros activos, tanto fundadores como aquellos que se fueron incorporando. Los miembros institucionales están constituidos por entidades científicas con las cuales el Consejo ha celebrado convenios de cooperación y aquellas otras entidades médicas (universitarias, gremiales, profesionales, colegiadas, etc.) que, cada una dentro de sus incumbencias, coinciden con un propósito común de mejorar la calidad del desempeño técnico y ético-moral de los profesionales médicos y, de ese modo, contribuir al logro de mejores niveles de salud para nuestra población.

Desde su inicio, el Consejo ha celebrado convenios con cuarenta y seis (46) entidades científicas, cuya nómina puede consultarse en su página web (<http://www.ccpm.org.ar/entidades/>) y está en proceso de hacerlo con todas aquellas entidades que compartan los objetivos generales de la certificación y el mantenimiento de los niveles de calidad profesional apropiados para nuestro país. Dichos convenios, en lo substantivo, establecen:

- que el Consejo homologa el programa que lleva a cabo la entidad firmante y le concede el correspondiente aval;
- que el Consejo homologa la certificación de los profesionales que aprueben el programa reconocido mediante el convenio;
- que se extiende tal homologación de la certificación a los profesionales que hubieran aprobado dicho programa con anterioridad al reconocimiento, siempre que así lo soliciten.

Las Instituciones que tienen acuerdo vigente con el CCPM de la Academia Nacional de Medicina deben:

- manifestar su adhesión a los requisitos mencionados en una "Declaración de principios, políticas y estrategias", por medio de la aceptación de la presente como parte del acuerdo;
- conformar dentro de la Institución un ente responsable de la certificación y revalidación periódica de profesionales. Por tratarse de un organismo eminentemente técnico, es conveniente que los miembros encargados de dicha actividad no formen parte de sus Comisiones Directivas a fin de lograr continuidad en sus funciones;
- designar dos miembros del ente certificador como delegados titular y suplente ante la Academia Nacional de Medicina y el CCPM, con mandato no menor a cuatro años, y
- promover, por medio de otra estructura que puede ser parte de la misma Institución, la acreditación de los programas de capacitación y espacios de formación que como prerrequisito deben haber completado los postulantes a ser certificados.

Los primeros diplomas fueron entregados a Médicos Certificados en el acto público el día 3 de Agosto de 1993, en al Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina. A partir de allí, se han efectuados nuevos actos de entrega de diplomas a médicos certificados y revalidados en numerosas oportunidades en el Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina y también en otras sedes, como el Congreso Anual de la Asociación Argentina de Cirugía, el Auditorio de la Sociedad Argentina de Pediatría y de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva.

Hasta la fecha, el CCPM cuenta con 20.551 médicos certificados y 3.359 médicos revalidados (2840 por primera vez, 457 por segunda vez y 62 por

tercera). Dicha información puede consultarse en la página web donde puede ubicarse la condición actual del profesional según su apellido, su especialidad o su matrícula (<http://www.ccpm.org.ar/>).

Requisitos para la certificación y su mantenimiento

Para la certificación, es necesario que el profesional demuestre:

- Ser médico matriculado.
- Haber completado para las especialidades postbásicas un programa de formación en la básica correspondiente.
- Tener, para las capacidades agregadas, certificación vigente en la disciplina de la cual la capacidad agregada depende.
- Haber completado un programa formativo de postgrado, que permita alcanzar las competencias acordadas de la especialidad básica, postbásica o capacidad agregada.

Los programas formativos de postgrado deberán desarrollarse en programas a tiempo completo, o programas a tiempo parcial con no menos de 25 horas semanales de dedicación, y una duración de:

- Especialidades básicas: un mínimo de tres años a tiempo completo o cinco años a tiempo parcial.
- Especialidades postbásicas: un mínimo de dos años a tiempo completo o cuatro años a tiempo parcial.
- Calificación agregada: un mínimo de dos años a tiempo parcial. Los programas deben cumplir con los siguientes requisitos:

Todos los programas deben contar con:

1. Supervisión y evaluación permanente del proceso educativo y los logros obtenidos;
2. Delegación creciente de responsabilidades;
3. Adiestramiento progresivo en servicio con atención programada y supervisada de pacientes, y
4. Programas acreditados desarrollados en Servicios de la especialidad, con una carga horaria adecuada para el cumplimiento de las metas propuestas.

Aceptados los antecedentes presentados, los postulantes son sometidos a una evaluación presencial de capacidad. La misma está constituida por instancias escritas, orales y/o prácticas, pudiendo incluir pruebas combinadas. Los instrumentos utilizados están adecuados a la especialidad a certificar.

El rol del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios Provinciales

Una vez certificado el profesional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (hasta tanto no se deleguen las competencias de la Nación a la Ciudad), ya sea mediante el título otorgado por una carrera universitaria o una certificación de una sociedad científica o entidad de ley, debe presentar dicha documentación en el Ministerio de Salud de la Nación a fin de ser autorizado a anunciarse como especialista. El Ministerio de Salud de la Nación³ tiene convenio con las sociedades científicas y acaba de promulgar la Resolución N° 1448/2016 para que dichas sociedades actualicen sus datos y sus actividades académicas en septiembre del corriente año. En este sentido, el CCPM acaba de diseñar un Programa de Asesoramiento para la Certificación (Pro-a-Cer) para que las sociedades científicas cuenten con asesoramiento educativo que les permita completar los requisitos solicitados.

En caso de las jurisdicciones provinciales, el profesional debe presentar sus diplomas al Ministerio de Salud correspondiente a la Provincia o al Colegio Médico cuando dichas funciones fueron delegadas por la autoridad sanitaria provincial.

Requisitos para la revalidación periódica

De acuerdo con normas nacionales, la certificación y sus revalidaciones se deben otorgar con una vigencia de cinco años. La revalidación de los profesionales certificados debe tener en cuenta no solamente su participación en actividades académicas y de actualización, sino también el mantenimiento de la práctica activa de la especialidad y la calidad de su ejercicio profesional. Es aconsejable que el control del cumplimiento de estas metas sea anual (Mantenimiento de la Certificación, MC), para facilitar correcciones tempranas cuando sea necesario y que al final del período estipulado, pueda generar la revalidación por otro período de 5 años.

Cada especialidad debe tener claramente definidas sus competencias, en particular en áreas o dominios de competencias que incluyan competencias específicas, en términos de actividades operativas que identifiquen sus conductas específicas de aplicación. Un excelente ejemplo de este tipo de programas basados en competencias lo constituyen el CoBaTrICE (Competence Based Training in Intensive Care Medicine in Europe)⁴ y el del Royal College of Psychiatrists⁵.

³ <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/265480/norma.htm>

⁴ <http://www.cobatrice.org/en/index.asp>

⁵ <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/bhodges.pdf>;

<http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/revalidation.aspx>

Dichas áreas de competencia (y, aún, las competencias específicas) deben incluir los siguientes aspectos: conocimiento, habilidades prácticas, actitud, profesionalismo, gestión, seguridad del paciente y comportamiento ético.

Profesionalismo, aplicado a la práctica del ejercicio profesional

Tiene crucial importancia para el adecuado desempeño de la actividad asistencial que se reconozca que el profesionalismo médico se refleja en las actitudes, comportamientos, carácter y modelos de la práctica y que requiere que el profesional esté familiarizado con los códigos de ética y estándares establecidos por organizaciones nacionales e internacionales, no gubernamentales, institucionales o profesionales. La Sociedad Argentina de Pediatría enfatiza que "los atributos profesionales a destacar son: honestidad, honradez y compromiso ético, ofrecer la más alta calidad de atención, contar con capacidad crítica y autocrítica reflexiva, compasión, integridad, respeto por los demás y por la privacidad, confidencialidad de los pacientes y de sus familiares. Es imprescindible que su actitud sea empática y que sea responsable ante las necesidades del paciente por encima del propio interés, así como reconocer los límites personales y saber pedir ayuda. También es importante solicitar el consentimiento para la realización de procedimientos y tratamientos médicos y saber aplicar técnicas apropiadas de comunicación para obtenerlo, actuar en forma autónoma para la toma de decisiones cuando sea necesario y saber desempeñarse en equipos inter y transdisciplinarios. El profesional debe saber adaptarse a nuevas situaciones y manejar la incertidumbre, tener capacidad de organización, de planificación y de gestión del tiempo, cumplir con las obligaciones legales y morales de informar acerca de las enfermedades y demostrar capacidad de análisis y síntesis.

Otro aspecto trascendente es demostrar compromiso en mantener actualizadas sus competencias mediante el aprendizaje autodirigido y el desarrollo profesional continuo, demostrar capacidad de liderazgo, comprensión con las diferentes culturas y costumbres de la población, uso respetuoso de los recursos ambientales y responsabilidad ante los pacientes, la sociedad y la profesión."

A ello agregaríamos que es fundamental el entrenamiento en técnicas apropiadas de comunicación para facilitar el vínculo con el paciente, con su familia y con otros profesionales, ya sean del equipo de salud o pertenecientes a otras actividades.

La seguridad del paciente y la mejora de la calidad en el ejercicio profesional

Con respecto a la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica, las competencias deben incluir el conocimiento del error médico, de los efectos

adversos (previsibles y no previsibles) y su impacto en la morbimortalidad. Asimismo, el profesional médico debe reconocer sus causas, las situaciones que incrementan el riesgo de padecerlos y la aplicación de estrategias para prevenirlos. Debe saber utilizar herramientas adecuadas para comunicar los errores y los efectos adversos al paciente y su familia y enfatizar la importancia de la notificación voluntaria de los mismos a fin de establecer estrategias adecuadas de apoyo para los profesionales del equipo de salud luego de que un error médico ha ocasionado un daño.

Es importante que reconozca la relevancia de los sistemas y de los individuos en los errores y daños médicos y que utilice la intervención de los profesionales de farmacia en la prevención de errores de prescripción y de administración de la medicación, jerarquizando la importancia de las consultas médicas en su prevención y en el rol del paciente y sus familiares en la reducción de efectos adversos. Debe saber reconocer la posibilidad de uso de tratamientos no autorizados ("off label" ⁶, o compasivos" ⁷) como una práctica de riesgo seguro para el paciente, anticipándose a las vulnerabilidades del sistema mediante la aplicación de análisis de errores (FMEA: *failure mode effects analysis*) ⁸.

El uso de guías de práctica clínica para reducir los efectos adversos clínicos y de intervenciones para reducir situaciones de alto riesgo de error médico (como estrés, fatiga o distracciones) son herramientas valiosas, así como el uso de una metodología para prevenir los errores de medicación.

Optimizar factores humanos y ambientales como reuniones informativas diarias con colegas, para mejorar la seguridad del paciente y reconocer la importancia de la evaluación y rediseño de los procesos de atención de la salud mediante la gestión de los riesgos contribuirá al conocimiento qué es un sistema (personas, procedimientos, equipamiento), y cómo cada componente de ese sistema afecta a los resultados.

Es fundamental que el profesional del equipo de salud tenga acceso a su base de datos de pacientes para analizar su variación y sus tendencias a lo largo del tiempo para implementar programas de mejora continua de la calidad (estructura, proceso y resultados), utilizando metodologías y tecnologías

⁶ El término *Off-label*, del inglés "sin etiqueta", corresponde al uso de medicamentos que cuentan con registro en el país, pero que son utilizados en condiciones o situaciones diferentes a las autorizadas por la entidad regulatoria, para una indicación distinta, población distinta, vía de administración distinta o dosis/frecuencia diferentes a las aprobadas. Para más datos se recomienda ingresar a la ANMAT. http://www.anmat.gov.ar/comunicados/Indicaciones_de_medicamentos_fp.pdf

⁷ El uso compasivo de los medicamentos se refiere a aquellos medicamentos que se administran a un paciente antes de que el fármaco haya recibido su aprobación oficial para esa indicación específica. http://www.anmat.gov.ar/Medicamentos/medicamentos_de_uso_compasivo.pdf

⁸ Institute for Health Care Improvement.

<http://www.ihc.org/resources/Pages/Tools/FailureModesandEffectsAnalysisTool.aspx>

actualmente aceptadas para la mejora de la calidad (ej.: modelo de Langley⁹ o modelo PEVA - Planificar, Ejecutar, Verificar, Actuar¹⁰).

Mantenimiento de la Certificación (MC)

Vencido el plazo de la certificación el médico debe demostrar que está actualizado mediante presentación de créditos (otorgados por actividades académicas, docentes o asistenciales) o por un examen. Actualmente, es también voluntaria y tiene una validez limitada (cinco años).

Este mecanismo se denomina Mantenimiento de la Certificación ya que está estrechamente relacionado con la Educación Médica Continua (EMC). Como ya se ha mencionado, la Educación Médica Continua se basa en proveer una atención con los más altos estándares y mantener las habilidades y el conocimiento en relación con la formación profesional, el aprendizaje permanente y la autoevaluación, la experiencia cognitiva en la evaluación del desempeño y la evaluación del desempeño en la práctica (medidas de resultados y programas de mejora de la calidad).

La Educación Médica Continua (EMC) y el Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) es un proceso por el cual los médicos identifican sus necesidades formativas y carencias de conocimiento, se involucran en el aprendizaje, reflexión y autoanálisis y participan en actividades de evaluación. Toda esta actividad está diseñada para ayudarlo a mejorar la calidad de la atención que presta a los pacientes. Aunque se parezca a las clásicas actividades de Educación Médica Continua (EMC), un proceso de DPC sólo tendrá éxito si la motivación proviene más del médico, del conocimiento de sus áreas débiles y de sus limitaciones que de un proceso reglado y obligatorio. Los métodos tradicionales de EMC aportan un valor más limitado para mejorar la calidad de la atención a los pacientes y para mantener la competencia individual. Mientras que muchas de las actividades clásicas de EMC dan acceso a aprendizaje y evaluación, la mayoría ofrecen menos solidez y competencia técnica para ayudar al médico en sus necesidades de aprendizaje. El DPC debe ser provechoso, práctico y con valor agregado. Debe, por lo tanto, incluir actividades de EMC como un medio para el proceso de aprendizaje y evaluación, pero también debe ampliar la EMC tradicional en un proceso de aprendizaje y retroalimentación continuo en el contexto de un programa reglado diseñado para mejorar y mantener la competencia a lo largo de toda la carrera profesional.

9 Modelo de Langley, <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/045311.pdf>

10 Modelo PEVA, Edwards Deming. <http://www.pdcahome.com/5202/ciclo-pdca/>

Son objetivos del DPC que los profesionales mantengan un alto nivel de competencia en todas las áreas básicas, que el programa de DPC debe aportar oportunidades formales y no formales para identificar las áreas de necesidad, oportunidades de aprendizaje para cubrir esas necesidades, actividades de mejora de la calidad, y formas de asegurar que se mantiene e incrementa la profesionalidad. Las oportunidades de aprendizaje o actualización pueden ser actividades como seminarios o conferencias, pero también deberán aportar aprendizaje on line y posibilidad de colaborar a distancia con otros colegas en relación con la resolución problemas del ejercicio profesional.

El DPC debe permitir a los profesionales evaluar su propio ejercicio preferentemente usando sus propios datos, generar mejoras basadas en guías de buena práctica o en la mejor evidencia disponible y encontrar soluciones a las necesidades identificadas en su práctica diaria. Un programa sólido de DPC aporta procesos y herramientas de evaluación estandarizados, válidos y confiables para identificar debilidades y necesidades que se pueden solucionar mediante el aprendizaje continuado, mejorar sus conocimientos, habilidades y capacidades para la práctica de su disciplina y aportar evidencias de que está manteniendo y mejorando la calidad de la atención que presta a sus pacientes.

En conclusión, el programa de DPC debe centrarse en el médico como alumno, ser lo suficientemente flexible para encajar dentro de sus actividades diarias, aportar actividades que sean provechosas con evidencia de que se asocian a mejoras en el ejercicio profesional y permitir el aprendizaje individual y colectivo.

Estrategias para el Mantenimiento de la Certificación y la Revalidación Periódica

Tanto la certificación profesional como su revalidación a los 5 años, se pueden determinar en base a los baremos que cada sociedad implementa teniendo en cuenta: la actividad asistencial, su antigüedad, la formación profesional (residencia, becas, pasantías, etc.), la actividad en congresos, jornadas y cursos y títulos o certificados obtenidos en el período, la producción científica/docente (trabajos, libros, capítulos, premios, conferencias, mesas redondas, coordinación de cursos o actividades docentes, cargos docentes y actuación institucional en sociedades científicas).

Sin embargo, si bien la mayoría de las sociedades científicas contempla evaluaciones similares, no existe homogeneidad en la adjudicación de créditos por dichas actividades. En ese sentido, el CCPM ha generado un **Consorcio de Homologación de Créditos** cuya tarea es la de definir qué tipo de créditos se deben adjudicar para cada actividad. Esta homologación permitirá, en un futuro cercano, que cada sociedad otorgue créditos similares

para actividades similares. Una de las herramientas que utiliza el Consorcio son las publicadas por la Asociación Médica Americana (AMA)¹¹ y el American Council of Continuing Medical Education (ACCME)¹² que constituyen entes homologadores que reconocen a las entidades científicas otorgadoras de créditos, una actividad muy similar a la que lleva a cabo el CCPM en Argentina. El convenio de reciprocidad firmado con la Comisión de Recertificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA)¹³ nos permite denominar a los créditos a otorgar como Créditos CCPM/CRAMA.

Hoyt, Director Ejecutivo del ACS, propuso, en un excelente trabajo, cual era el rol del *Journal of Trauma*¹⁴ en la educación médica continua y el mantenimiento de la certificación. Recomendaba que la publicación ofreciera, dentro de su formato electrónico, la posibilidad de completar 90 horas de créditos (AMA-PRA, Cat 1)¹⁵ durante tres años y 60 horas de autoevaluación mediante cuestionarios con 75% de aprobación.

En ese sentido, el CCPM conformó un **Consortio Electrónico** con aquellas sociedades científicas que cuentan con revista electrónica con el fin de diseñar un programa piloto para que los profesionales médicos pudieran acceder a 2 a 4 artículos por año que les permitiera no sólo la lectura sino la autoevaluación mediante un cuestionario de elección múltiple con aprobación de 70-80%. Dos sociedades integran el plan piloto, la Sociedad Argentina de Radiología y la Sociedad Argentina de Hematología, las que mediante una plataforma web ofrecerán el acceso a los trabajos científicos seleccionados con créditos (CCPM/CRAMA), compartiendo un link con el CCPM para favorecer su difusión. Este programa se encuentra ya en sus etapas finales y creemos que a corto plazo comenzará su actividad.

De la misma forma, el Consortio Electrónico se encuentra diseñando otro programa para que en los Congresos y Jornadas de las Especialidades se desarrollen cursos de EMC con otorgamiento de créditos con una metodología similar, es decir con auto evaluación post curso accediendo a la página del congreso y contestando un cuestionario con similares características.

Es importante señalar que para que estas actividades tengan un otorgamiento similar de créditos es necesario homologar las características de los exámenes de elección múltiple con el fin de lograr su máxima eficacia. Para ello se

¹¹ American Medical Association,

https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/cme/prs-booklet_0.pdf

¹² American Council for Continuing Medical Education.

http://www.accme.org/sites/default/files/626_20170321_Accreditation_Requirements_Document.pdf

¹³ CRAMA, <https://www.ama-med.org.ar/crama>

¹⁴ Hoyt, D. Journal of Trauma and Acute Care Surgery,

<http://journals.lww.com/jtrauma/pages/default.aspx?desktopMode=true>

¹⁵ American Medical Association, Physician Recognizing Awards (AMA-PRA), Categoría 1.

conformó un **Consortio de Homologación de Exámenes de Respuesta Múltiple**, conformado por Licenciadas en Educación, Psicopedagogas y profesionales médicos provenientes de distintas áreas, que se está dedicando a la tarea de generar criterios similares para la implementación de este tipo de herramientas. Es digno de señalar que en las actividades científicas que realiza el CCPM junto con el CRAMA se eligen dichas temáticas para que las entidades certificadoras tengan acceso al mismo tipo de información y de asesoramiento, si así lo requieren.

Otro aspecto muy interesante a señalar es la posibilidad del desarrollo de competencias mediante la **simulación clínica**¹⁶ en la formación de médicos y otros profesionales de las ciencias de la salud, en las diferentes etapas de su continuum educativo (grado, postgrado y formación continua). Actualmente, se la reconoce como una ayuda fundamental para asegurar el aprendizaje del médico, para mantener sus habilidades y, en consecuencia, mejorar la seguridad del paciente.

Existen en nuestro país numerosas instituciones pertenecientes a universidades, sociedades científicas, instituciones públicas y privadas que se dedican al entrenamiento mediante técnicas de simulación. Dichas instituciones participan de la ALASIC (Asociación Latino Americana de Simulación Clínica) que debido al enorme desarrollo que ha tenido en nuestra región se ha transformado actualmente en FLASIC (Federación Latino Americana de Simulación Clínica). Esta entidad va a organizar el V Congreso de Simulación Clínica y 1er Congreso Argentino que se llevará a cabo en Noviembre en Buenos Aires¹⁷.

Es opinión del CCPM que el entrenamiento en competencias mediante prácticas simuladas tiene muchas ventajas, no solo en el ámbito educativo de la competencia sino en particular en las habilidades no técnicas, es decir en aquellas que se insertan en un trabajo en equipo y además en otras competencias tan necesarias como las de comunicación interpersonal (equipo de salud, paciente, familia, sociedad). Además pueden ser utilizadas para el mantenimiento de la certificación ya que si el profesional necesita actualizar alguna competencia en particular, puede hacerlo mediante esta vía.

Otras herramientas de MC que se enmarcan en el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) son la **Evaluación Clínica Objetiva Estructurada** y el **Portfolio**. El aprendizaje de un profesional médico debe continuar durante el tiempo que dure su ejercicio profesional ya que tiene la responsabilidad de seguir aprendiendo y mantener su competencia profesional para asegurar una

¹⁶ El uso de las simulaciones en educación médica, http://www.ub.edu/medicina_unitateduaciomedica/documentos/Lus%20de%20les%20simulacions%20en%20educacio%20medica.pdf

¹⁷ ALASIC, FLASIC. <https://www.alasic.org/>

atención mantenida de calidad. El DPC es un proceso por el cual puede asegurarse a sus pacientes un aprendizaje continuado y el mantenimiento de su competencia para un ejercicio profesional satisfactorio. Los pacientes y empleadores deben contar con la garantía de que los médicos mantienen un alto nivel de competencia y dominio de su disciplina. De esta forma, el DPC es importante para los reguladores, la comunidad educativa médica, los pacientes y la profesión, como una forma de que los médicos demuestren su compromiso en la mejora y el aprendizaje mantenidos a lo largo de su vida profesional.

Como mencionamos antes, una forma del DPC se puede llevar a cabo a través de la **ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada)**, que consiste en el diseño y montaje de una serie de estaciones por las cuales deben pasar los examinados y donde tienen lugar las situaciones o casos clínicos que habrán de resolver. Por lo general, se utilizan pacientes estandarizados, actores entrenados para simular a un paciente, los cuales deben representar la historia clínica, actitudes, aspectos físicos, emocionales y comunicacionales que les plantea el caso. En este sentido, la ventaja de este tipo de evaluación es que permite a los evaluados poner en práctica competencias profesionales en situaciones que son muy similares a las que deben enfrentar en la realidad. Sin embargo, la desventaja de este tipo de evaluación es que requiere de tiempo y recursos para su diseño e implementación.

Otro modelo de DPC se basa en el **portfolio**, que presenta las siguientes características: puede estar estandarizado, con identificación previa de sus contenidos; ser libre, donde el profesional decide sus contenidos o semiestandarizado, donde se desarrollan ambas opciones. Es importante que sea, formativo, útil para identificar las áreas donde se ha alcanzado el aprendizaje y otras en donde todavía no o evaluativo y orientado a validar o revalidar determinado nivel de competencia.

Las ventajas del portfolio son que evalúa un período de tiempo y no una única instancia, que estimula el aprendizaje y potencia la adquisición de nuevas competencias y que está enfocado en la realidad del profesional en su sitio de trabajo. El profesional puede manejar, dentro de los plazos establecidos, el ritmo y orden de las tareas (importante cuando existe alta presión asistencial).

Asimismo, el portfolio permite la combinación de nuevas tecnologías y de diferentes instrumentos para medir competencias, la evaluación de aspectos clínicos y no clínicos (investigación, docencia, educación para la salud, etc.) y es reproducible.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que tiene algunas desventajas como la falta de desarrollo en nuestro medio, su complejidad y el costo de su diseño, la necesidad de tutores, que genera mucha documentación para evaluar y que puede presentar problemas de validación por su escaso uso.

Es muy útil en los denominados incidentes críticos. Los incidentes críticos son sucesos de la práctica profesional que causan perplejidad, generan dudas, producen sorpresa o inquietan por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados. Son aquellos sucesos de la práctica que impactan o sorprenden por su buena o mala evolución y que motivan reflexión en el profesional que analiza su propia práctica.

El portfolio puede presentar varios formatos como la videograbación (registro de imagen y sonido de la consulta con finalidad de autoaprendizaje con consentimiento del paciente y respeto a la confidencialidad) o audiograbación (registro sólo de sonido). También puede utilizarse el informe o registro clínico (historias clínicas, solicitudes de interconsultas, informes de derivación, etc), la evaluación de la actuación de un profesional realizada por colegas o el informe de autorreflexión. Es aconsejable que cada período del portfolio se complete con un informe global del evaluado, que incluya su opinión y la del tutor de lo que es recomendable que aprenda.

El portfolio está dirigido a los profesionales en capacitación para ejercer una especialidad (como residentes) o especialistas certificados para su revalidación periódica. Por ejemplo, revalidación de médicos dedicados a la atención ambulatoria en cualquier ámbito, urbano o rural. Sus objetivos son la identificación de competencias mínimas exigibles en las actividades diarias del profesional. Para ello se deberá diseñar el mapa de competencias que contará con contenidos predeterminados en la especialización, y cambiantes relacionados con los avances científicos y tecnológicos en la revalidación.

Deben definirse los indicadores a utilizar (un indicador puede ser útil para medir dos o más competencias), los formatos o tareas (es recomendable establecer formatos alternativos, para poder utilizar el que más se adapte a las posibilidades del profesional) y los indicadores operativos (obtenibles con determinados formatos).

Dado que realizar el portfolio consume tiempo del profesional a evaluar y que es importante que las pruebas objetivas de la competencia surjan de la práctica diaria son recomendables los portfolios semiestructurados, que tienen definidas gran parte de las tareas a realizar. También depende de la experiencia del que lo realiza. Algunos profesionales no están entrenados en la utilización de instrumentos evaluativos/formativos (de investigación/acción), como la identificación de incidentes críticos. Aquí cobra importancia la función del tutor.

Para favorecer la organización de cómo llevarlo a la práctica se recomienda que una vez cada siete días se dedique una hora a la autorreflexión de lo ocurrido en la semana, y que diariamente se registren los incidentes críticos y la respuesta a ellos. Estas tareas no tienen por qué ser un trabajo adicional, sino

el registro sistematizado de actividades y procesos de aprendizaje aplicados al ejercicio profesional, que habitualmente ya se realiza. Es importante que el profesional cuente con apoyo que puede surgir de un colega cercano o del tutor, profesional de la misma especialidad con experiencia clínica (asesora y motiva al profesional evaluado).

El portfolio debe ser evaluado por los responsables de la certificación de especialistas en los participantes de programas de especialización y por los responsables de la revalidación periódica para especialistas en ejercicio profesional.

Certificación de calificación especial o agregada

Se otorga a un médico ya certificado en una especialidad médica reconocida, que ha cumplido con normas de formación para dedicarse al estudio, desarrollo y práctica de una disciplina determinada de esa especialidad que por su importancia merece ser considerada sectorialmente. Requiere además una evaluación antes de ser otorgada.

Como se ha comentado, requiere certificación de una especialidad reconocida, ya sea básica o postbásica y se otorga a quien ha jerarquizado su ejercicio profesional a un área más restringida de su especialidad que ha adquirido reconocimiento en el orden nacional y/o internacional y puede abarcar una sola o varias patologías. Para ello, una vez terminada su formación profesional y obtenido el título o certificado de la especialidad, dicho profesional se forma en programas de formación tipo "*fellowship*" o de capacitación supervisada de tiempo parcial o total en un ámbito acreditado para dicha formación y obtiene así un nuevo certificado. Es importante destacar que la calificación agregada también debe ser revalidada cada cinco años así como también su especialidad básica ya que la calificación agregada debe considerarse como una actividad inherente a la misma.

Ejemplos de calificaciones agregadas son: Especialidad Pediatría, Post Básica, Neurología infantil, Calificación agregada Epileptología; Especialidad Otorrinolaringología, Post Básica Otología Calificación agregada Otoneurología; Especialidad Cirugía general, calificación agregada Cirujano de Trauma y Emergencias; Especialista en Cirugía Plástica, calificación agregada Cirugía de Quemados, Especialista en Terapia Intensiva o Medicina Crítica, calificación agregada Cuidados Críticos en Trauma, Cuidados Críticos en Quemados, Cuidados Críticos en Transplante, etc. Estas últimas no han pasado de la etapa de propuestas y es necesario desarrollar las incumbencias y las competencias adecuadas.

En el caso de los Peritos médicos, coincidimos con la presentación del Dr. Ravioli (ver capítulo correspondiente) en la denominación de **Peritos Generales** (con certificación en la Especialidad de Médicos Legistas) y de

Peritos Particulares. En este último caso, creemos que es imprescindible que cuenten con una Especialidad debidamente certificada y con su revalidación actualizada, a la que deberán agregar una **Calificación Agregada de Pericia Judicial** otorgada por una entidad académica de la Justicia Nacional o Jurisdiccional, según su lugar de actuación profesional. También es imprescindible que dicha certificación de la especialidad y su calificación agregada sean ambas revalidadas periódicamente (cada 5 años) para asegurar la calidad de su profesión. En estas condiciones es que deberían ingresar a las bases de datos para que sean sorteados a solicitud de los jueces.

Evaluación de la capacitación

La evaluación de los programas de capacitación del postgrado médico debe contar con tres responsabilidades primarias:

- La acreditación del programa, incluyendo recursos humanos y materiales que aseguren su desarrollo y la calidad asistencial del servicio donde está instalado.
- La ejecución del programa (desarrollo y evaluación del proceso educativo).
- La certificación de los que completaron dicho programa por la evaluación directa del profesional que lo ha completado.

Para asegurar la calidad final, es necesario que cada una de las tres responsabilidades enunciadas esté controlada por equipos diferentes. La unificación de las mismas lleva a una suma imprudente del poder de contralor, porque los responsables de juzgar la calidad final del profesional serían los mismos que acreditaron y/o ejecutaron dicho programa.

Cómo medir la calidad de los resultados

Como ya hemos expuesto, es imprescindible registrar los diagnósticos y procedimientos de acuerdo a codificaciones de reconocimiento universal, sin lo cual es imposible unificar los datos y compararlos con resultados internacionales (*benchmarking*). Para ello es recomendable utilizar, los diagnósticos y prácticas de las CIE 9 MC y CIE 10¹⁸. También es importante contar con algoritmos o criterios clínicos ante los principales diagnósticos (los que superen el 1% de los egresos) de los Servicios y utilizar sistemas de validación como el AGREE¹⁹ y crear un sistema de auditoría interna

¹⁸ CIE 9 MC, <http://www.cie9.com/cie9.pdf>; CIE 10. Clasificación internacional de Enfermedades Versión 10. <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversion/en>
CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10. <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>

¹⁹ Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. September, 2013. http://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf

que evalúe el cumplimiento de las normas acordadas. En aquellos casos en que un diagnóstico se asocia a más del 20% de incumplimiento de las normas, las causas pueden ser que las normas deben ser modificadas, en cuyo caso se debe generar una nueva normativa o que son desconocidas sin evidencias que lo justifique, en cuyo caso se debe controlar al personal del Servicio. Es recomendable trabajar con diagnósticos de certeza de especificidad creciente y no con una lista amplia de diagnósticos diferenciales basándose en elementos todavía insuficientes.

Conclusión

El CCPM tiene como principal objetivo velar por la homologación de criterios para la certificación y su mantenimiento para la revalidación periódica de los profesionales médicos avalando lo actuado por las Entidades Certificantes. El Convenio con el CRAMA ha ampliado la base de sustentación. Esperamos que en un futuro cercano estos criterios sean compartidos por todas aquellas entidades involucradas en asegurar la formación médica y velar por la calidad de atención y seguridad del paciente. •

Referencias bibliográficas

1. Agra, M.J. y otros. "El portfolio como herramienta de análisis en experiencias de formación on line y presenciales". <http://www.theelectronicportfoliodevelopmentprocess.htm>
2. <http://www.electronicteachingportfoliosmultimediaskills.htm>
3. <http://www.bibliographyonelectronicportfoliodevelopment.htm>
4. Barberá, E. y otros. "Portafolios electrónicos y educación superior en España: situación y tendencias". Revista de Educación a Distancia. 30 de abril de 2009.
5. Barberá, E. y otros. "Portfolio electrónico: desarrollo de competencias profesionales en la Red". Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento; Vol. 3, Nº 2, octubre de 2006: pp 55-65. <http://www.um.es/ead/red/M8>
6. Barret, H. "Strategic questions to consider when planning for electronic portfolios". *Learning&Leadingwithtechnology*. 1998; 26 (2): pp 6-13.
7. Challis, M. "Portfolio based learning and assessment en medical education" *Medical Teacher*, 1999; 21: pp 370-386.
8. Consorcio Global Para la Educación Pediátrica (GPEC). "Programa unificado de Pediatría". <http://www.globalpediatrics.org/globalcurriculum/curriculumdownloadpdf.html>
9. Durante, E. "La evaluación de la competencia profesional: de lo abstracto a lo conceptual". Evidencia en la práctica ambulatoria. 2005; Vol. 8, Nº 2, pp 34-36.
10. Elizondo Montemayor, L.L. y otros. "Los fundamentos del uso del portfolio de evaluación en la educación médica". Escuela de Medicina del Tec de Monterrey, División Ciencias de la Salud, Campus Monterrey. [www.mty.itsm.mx/rectoria/dda/rieee/pdf-05/34\(DCS\).L.ElizondoF.AyalaC.Hdz.G.Medina.pdf](http://www.mty.itsm.mx/rectoria/dda/rieee/pdf-05/34(DCS).L.ElizondoF.AyalaC.Hdz.G.Medina.pdf)
11. Frenk, J; Chen, L; Bhutta, Z; Cohen, J; Crisp, N et al. The Commission Report. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. Published online www.thelancet.com. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). *Lancet*. 2010; 376:1923-1958.
12. Harden, R.M. y otros. "An introduction to outcome based education". *Medical Teacher*, 1999; 21: pp 7-14.
13. Hoyt, D. Continuing medical education and maintenance of certification: The role of The Journal of Trauma and Acute Care Surgery and the AAST. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012; 73:1-2.
14. Kaufman, D.M. "ABC of learning and teaching in medicine". *BMJ*. 2003; 326: pp 213-216.
15. Martínez Clares, P.y otros. "Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximación a enfoques y modelos de competencia". Revista electrónica de investigación y evaluación educativa (RELIEVE). Vol 14, Nº 2; mayo 2008. http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm

16. Mathers, N.J. y otros. "Portfolios in continuing medical education". *Medical Education*. 1999; 33: pp 521-530.
17. Ministerio de Salud de la Nación. "Marco de Referencia para las Residencias de Pediatría". <http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php/la-acreditacion/documentos-marco-de-referencia-de-especialidades>.
18. Ministerio de Salud de la Nación. Comisión Nacional Salud Investiga. La certificación de profesionales médicos. 1ª Edición. Buenos Aires, 2007.
19. Prados Castillejo, José Antonio y otros. "Mapa de competencias para la evaluación en la práctica clínica; portfolio semFYC". Grupo de trabajo Portfolio semFYC. Atención Primaria. 2005; 36: pp 3-4.
20. Quesada Jiménez, Fermín y Grupo de Trabajo Portfolio de semFYC. "¿Qué es el Portfolio?". *El Tutor de Medicina Familiar*. www.investigacionenmedicina.org/que%20es%20el%20portafolio.pdf
21. Romero, S. ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. III. Montaje y desarrollo de una ECOE. *Medicina de Familia (And)*. 2002; 3:277-281.
22. Stanton, F. y otro. "Approaches to experiential learning, course delivery and validation in medicine". *Medical Education*, 1999; 33: 282-297.
23. Webb, C. "Models of portfolios". *Medical Education*. 2002; 36: pp 897-898.
24. Wilkinson, T.J. "The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice". *Medical Education*. 2002; 36: pp 918-924.

* **Jorge A. Neira** es médico, Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina y Presidente del CCPM

* **Raúl Valli** es médico, Director Ejecutivo del CCPM

* **Norma B. Tauro** es licenciada en Ciencias de la Educación

* **Florencia Moore** es licenciada en Ciencias de la Educación

Capítulo VIII

Los registros de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo | El Registro Nacional de Litigiosidad del Sistema de Riesgos del Trabajo (RENALI) | La interacción con el poder judicial.

*José Bettolli **

Antecedentes

Una de las fortalezas de la Ley N° 24.557 ha sido la generación de instrumentos eficaces para la obtención de información esencial sobre el sistema de riesgos del trabajo.

El inciso c), del apartado 2° del artículo 31 dicha Ley establece la obligación de los empleadores de denunciar a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos.

Del apartado 1, del aludido artículo 31 y sus reglamentaciones, surge el deber de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) de registrar e informar lo relativo a los accidentes y enfermedades laborales.

Por su parte, el artículo 30 de la Ley N° 24.557, extiende los mismos deberes a los empleadores autoasegurados.

La información requerida es un elemento sustantivo para programar las acciones de la política pública que la Ley de Riesgos del Trabajo le asigna a la SRT.

A fin de dar cumplimiento a tal objetivo, el sistema cuenta, entre otros, con DOS (2) registros esenciales, uno de Enfermedades Profesionales y otro de Accidentes de Trabajo, que oportunamente fueron creados por normativa específica.¹

Ambos registros fueron diseñados desde una perspectiva sistémica, es decir con trámite obligatorio ante las Comisiones Médicas y la revisión de los dictámenes por vía de recursos ante la Comisión Médica Central o ante la Cámara Federal de la Seguridad Social a opción del trabajador, conforme las pautas de la Ley N° 24.557.

Sin embargo, el aumento de la tramitación de conflictos vinculados a contingencias cubiertas por la Ley N° 24.557 que transitan por afuera

¹ Actualmente, Registro Nacional de Accidentes de Trabajo Res. SRT N° 3326/14 y Registro de Enfermedades Profesionales Res. SRT N° 840/05 modificado por Res. SRT N° 3327/14.

del sistema de riesgos del trabajo impactó de manera negativa sobre la obtención de los datos.

Los trámites debatidos en los distintos tribunales laborales de todo el país hicieron que se deba pensar en otras herramientas para la obtención de datos. Fue así, que en el año 2010, la Instrucción SRT N° 4 creó el "Registro de Actuaciones Judiciales de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo" (RAJ), con el objeto de contar con un instrumento que permita conocer adecuadamente determinados datos de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se debaten en los procesos judiciales.

Así comenzó la tarea de compilar la información relacionada con los procesos judiciales vinculados al sistema.

El RENALI: una herramienta para resguardar el sistema de riesgos del trabajo y proteger los derechos de los trabajadores.

La necesidad de contar con mayor precisión e información de los juicios o conciliaciones previas, llevaron a la SRT a crear el RENALI.

Este registro fue implementado por la Resolución SRT N° 198/2016 ², para generar un reordenamiento de datos e interpretar de manera más específica la realidad de la litigiosidad vinculada al Sistema de Riesgos del Trabajo.

El "REGISTRO NACIONAL DE LITIGIOSIDAD DEL SISTEMA DE RIESGOS DEL TRABAJO" (RENALI), incorpora los datos de su antecedente, el "Registro de Actuaciones Judiciales de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo".

El artículo 2° de la Resolución N° 198/2016 establece que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y los Empleadores Autoasegurados (EA) deben informar al RENALI con carácter de declaración jurada, los procesos judiciales y conciliatorios en los que intervengan en carácter de demandada, codemandada, citada en garantía, por citación de terceros, con motivo de reclamos sustanciados en el marco de las Ley N° 24.557 y sus normas complementarias, como así también las novedades que se produzcan en el desarrollo de los procesos.

Asimismo, el artículo 4° determina que las ART y los EA deben informar al RENALI determinadas novedades correspondientes a las actuaciones judiciales en las que intervengan, dentro de los QUINCE (15) días hábiles de ser notificados.

² Boletín Oficial del 23/05/2016.

Su procedimiento

Desde el punto de vista operativo, el RENALI es una base de datos general donde se encuentran los registros correspondientes a las acciones judiciales del sistema reportados a la SRT por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y los Empleadores Autoasegurados (EA).

De este modo, las ART y los EA informan, "con carácter de declaración jurada", los procesos judiciales y conciliatorios en los que intervengan como así también las novedades que se produzcan en el desarrollo de los procesos.

Para ello se estableció un instrumento informático mediante el cual se determinó la forma y el procedimiento que deben seguir para remitir la información.

En tal sentido, para la conformación del RENALI, las ART y los EA deben remitir la información requerida en el Anexo de la Resolución SRT N° 198/16, dentro del plazo de 15 días contados desde la toma de conocimiento de la actuación o del inicio de la conciliación.

Sus resultados

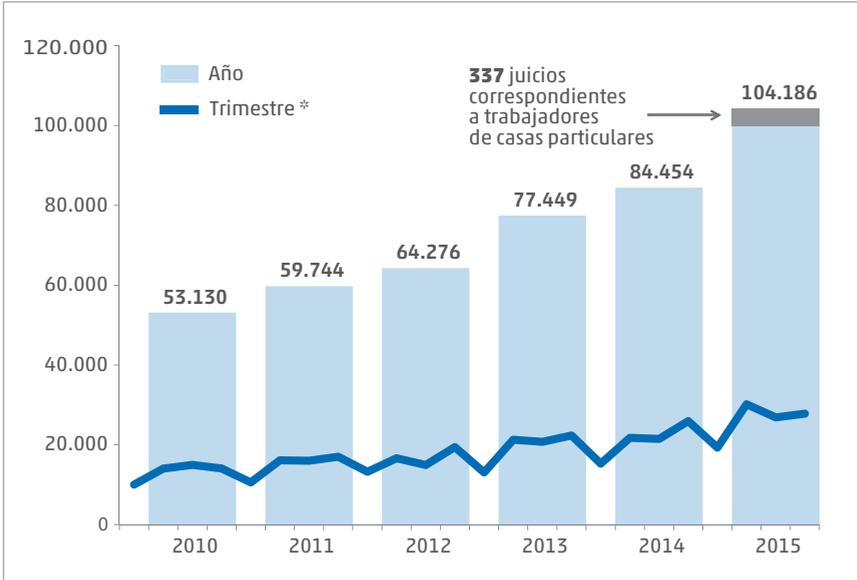
Un informe reciente de la SRT sobre la judicialización en el Sistema de Riesgos del Trabajo ³ destaca que los juicios por accidentes laborales o enfermedades profesionales crecieron un 96,1% entre 2010 y 2015.

Los datos utilizados, fueron notificados al Registro de Actuaciones Judiciales (RAJ) entre el 1° de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015, tomando en cuenta los juicios iniciados por trabajadores damnificados contra las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART).

Allí puede observarse que en el período descripto las causas judiciales contra las ART pasaron de 53.054 a 104.047 juicios, lo que implica un crecimiento del 96,1% en cinco años. Y lo que, además, supone una paradoja: mientras que entre 2010 y 2015 se produjo una efectiva reducción de los siniestros en relación a la cantidad de trabajadores cubiertos por el sistema de riesgos del trabajo, se registró un sostenido aumento de la judicialización.

³ Informe completo en <http://www.srt.gob.ar/wp-content/uploads/2017/01/JudicialidadDelSistema2016.pdf>

Juicios a las ART según año y trimestre de notificación Total país. Período 2010-2015



A su vez, si se examina el peso que cada tipo de contingencia reclamada tiene respecto del total de juicios en cada año, se advierte que a lo largo de la serie los accidentes de trabajo se ubicaron en torno al 54% de las demandas, las enfermedades profesionales descendieron del 28,8% en 2010 al 22,3% en 2015 y, por el contrario, los juicios por accidentes *in itinere* duplicaron su peso en el conjunto de los juicios entre ambos extremos de la serie.

Juicios por tipo de contingencia primera según año de notificación Total país. Período 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Accidentes de trabajo	29.214	32.641	35.693	42.408	46.336	56.515
Enfermedad profesional	15.297	16.520	15.741	19.750	19.902	23.213
Accidentes <i>in itinere</i>	5.563	7.678	9.475	13.346	15.941	21.495
Enfermedad fuera del listado	2.743	2.161	2.857	1.926	2.267	2.963
Información no disponible	313	744	510	19	8	0
Total	53.130	59.744	64.276	77.449	84.454	104.186

FUENTE: RAJ - SRT

Otro dato significativo que arroja el registro es que a partir del año 2013 se registró una variación en el peso de los diferentes objetos de reclamos de los juicios. Las prestaciones dinerarias pasaron de 65,8% al 84,9%, y las causas civiles contra el empleador o contra éste y la ART descendieron del 20,3% al 7,1%.

Juicios por principal objeto del reclamo según año de notificación Total país. Período 2010-2015

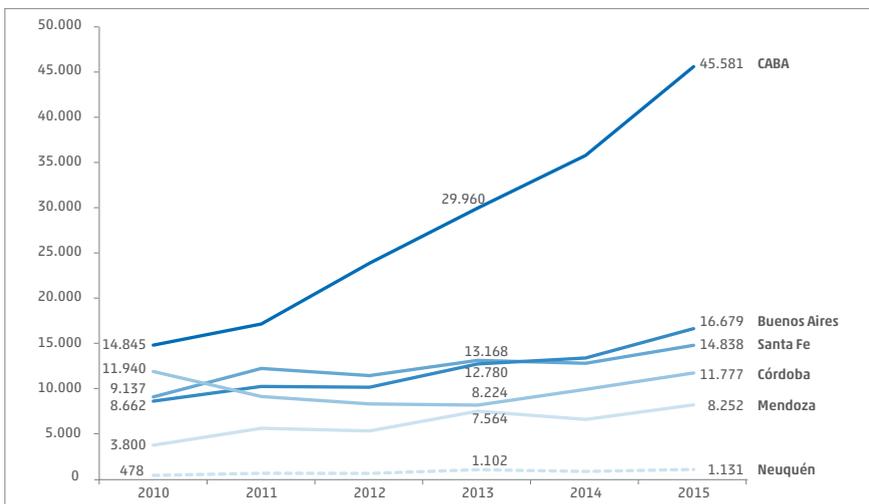
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
LRT - Prestación dineraria	35.449	42.253	47.664	64.231	70.038	88.434
LRT - Prestación en especie	392	535	157	101	60	58
LRT - Otros	2.301	2.122	1.653	1.140	3.956	6.464
CC - Art. 1072 *	3.368	3.392	3.586	2.439	1.961	1.463
CC - Responsabilidad civil empleador	4.368	4.186	3.978	3.988	5.016	5.785
CC - Responsabilidad civil empleador/ART	6.262	6.266	6.787	5.088	3.028	1.589
Otros	990	990	451	462	395	393
Total	53.130	59.744	64.276	77.449	84.454	104.186

* El Art. 1072 del Código Civil se refiere al acto ilícito ejecutado a sabiendas y con intención de dañar la persona o los derechos de otro.

FUENTE: RAJ - SRT.

El informe, señala, además, que gran parte de los juicios implicados en el aumento de la litigiosidad entre 2010 y 2015 se tramitaron en los juzgados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pasando de 14.854 causas a 45.537. Por el contrario, el aumento en el resto de los distritos fue mucho más acotado. Así, mientras que en 2010 las demandas iniciadas en la ciudad capital del país representaban el 28% del total, en el último año del RAJ alcanzaban al 43,8%.

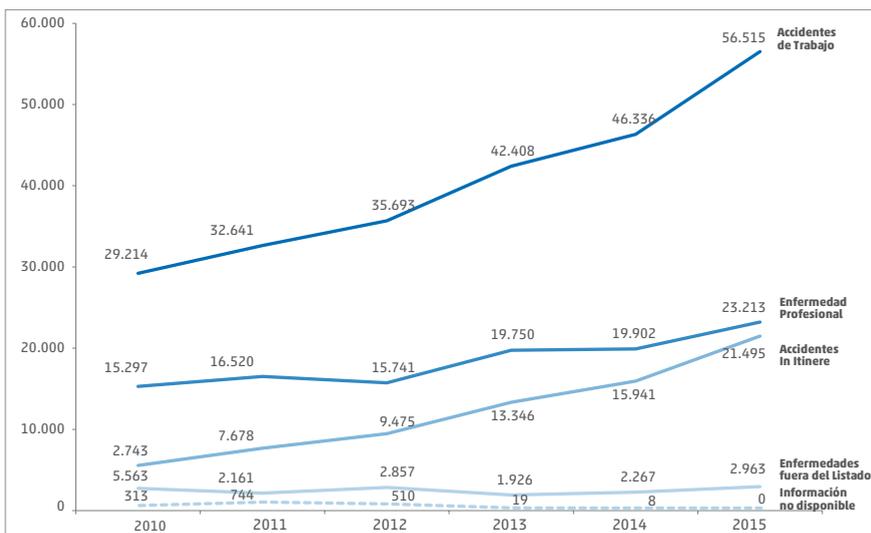
Juicios a las ART según provincia de radicación de la causa y año de notificación.
Provincias con mayor cantidad de causas. Período 2010-2015.



Otro de los datos interesantes está asociado al incremento de los juicios por accidentes ocurridos *in itinere*, es decir, aquellos que suceden en trayecto hacia o desde el lugar de trabajo, pasaron del 10,7% en 2010 al 20,6% en 2015.

Juicios por tipo de contingencia primera según año de notificación.
Total país. Período 2010-2015.

FUENTE: RAJ - SRT



Los Registros y su utilidad para el Poder Judicial

El acceso a la información de los registros por parte de los poderes judiciales provinciales y nacionales se realiza a través de convenios específicos con la SRT, con los debidos recaudos de confidencialidad para el uso de la información.

A través de estos instrumentos ⁴, se habilita el acceso directo por parte de Tribunales y Juzgados de las distintas jurisdicciones a los registros del sistema de riesgos del trabajo, lo que permite consultar la información oficial que los magistrados pretendan, sin necesidad de un requerimiento caso a caso y por vías procesales más lentas, dirigidas a la SRT, evitando así la remisión de oficios de informes judiciales y contribuyendo con ello a una mayor celeridad procesal, así como al objetivo de despapelización de los trámites, a la que tienden los distintos poderes del Estado.

Concretamente, la SRT pone a disposición de la justicia, los datos que conforman:

- a. Los Registros de Accidentes de Trabajo, de Enfermedades Profesionales y el Registro Nacional de Litigiosidad del Sistema de Riesgos del Trabajo;
- b. El Registro de Contratos de Afiliación;
- c. Los registros de los que surgen los incumplimientos de los empleadores a las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo;
- d. las estadísticas del Sistema de Riesgos del Trabajo relacionadas con los registros a los que se ha aludido en los incisos antecedentes;
- e. los Expedientes ante las Comisiones Médicas, con sus respectivos antecedentes médicos.

A los datos referidos, se accede por vía de la CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN LABORAL (CUIL) del trabajador o de la CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA (CUIT) del empleador y no resulta posible efectuar consultas masivas.

La información y los datos que la SRT pone a disposición de la justicia, está disponible en un sitio de internet de acceso seguro.

Los convenios también promueven el compromiso de las partes para cooperar e intercambiar conocimientos y experiencias científicos en temas médico-legales a los fines de unificar criterios que fundamenten la determinación de incapacidades laborales y de fijar parámetros comunes para la determinación del daño médico derivado de accidentes de trabajo y/o de enfermedades profesionales, sean éstas últimas listadas o no.

⁴ Se han instrumentado convenios con el Poder Judicial de la Nación y 7 poderes judiciales provinciales.

La SRT a modo de cooperación, también asiste con recursos administrativos, profesionales y logísticos según las solicitudes que en tal sentido le fueren efectuadas.

La Ley N° 27.348 Complementaria de la Ley de Riesgos del Trabajo – Articulación con la justicia laboral local.

La posibilidad de recurrir las resoluciones de las Comisiones Médicas ante el fuero local determina necesariamente que se deban acoplar políticas de estado a fin de dotar al proceso de los instrumentos necesarios para su funcionamiento.

El nuevo contexto determinado por el artículo 1° de la Ley N° 27.348 establece que "la actuación de las comisiones médicas jurisdiccionales creadas por el artículo 51 de la ley 24.241 y sus modificatorias, constituirá la instancia administrativa previa, de carácter obligatorio y excluyente de toda otra intervención, para que el trabajador afectado, contando con el debido patrocinio letrado, solicite la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo".

Asimismo dispone que "será competente la comisión médica jurisdiccional correspondiente al domicilio del trabajador, al lugar de efectiva prestación de servicios por el trabajador o, en su defecto, al domicilio donde habitualmente aquel se reporta, a opción del trabajador, y su resolución agotará la instancia administrativa".

Por su parte, el artículo 2° de la ley citada, señala que una vez agotada la instancia prevista "las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central", y el trabajador "tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".

Paralelamente, se crea el Servicio de Homologación en el ámbito de las comisiones médicas jurisdiccionales, y dispone que la SRT será la encargada de dictar las normas del procedimiento de actuación ante las comisiones médicas jurisdiccionales y la Comisión Médica Central.

Por último, se requiere la adhesión de las provincias para que se implemente.

Será entonces fundamental en este novedoso marco normativo la articulación de acciones y el intercambio de información entre la administración nacional, la administración provincial y los poderes judiciales de cada jurisdicción. •

* **José Bettolli** es abogado, funcionario de la SRT

Apéndice

Apéndice Normativo

1. Ley 24.557

(Texto actual, modificada por DNU 1278/2000 y ley 27.348)

Objetivos y ámbito de aplicación. Prevención de los riesgos del trabajo. Contingencias y situaciones cubiertas. Prestaciones dinerarias y en especie. Determinación y revisión de las incapacidades. Régimen financiero. Gestión de las prestaciones. Derechos, deberes y prohibiciones. Fondos de Garantía y de Reserva. Entes de Regulación y Supervisión. Responsabilidad Civil del Empleador. Órgano Tripartito de Participación. Normas Generales y Complementarias. Disposiciones Finales.

Sancionada: Setiembre 13 de 1995.

Promulgada: Octubre 3 de 1995.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

CAPITULO I

OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA LEY

ARTÍCULO 1° – Normativa aplicable y objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT).

1. La prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo se regirán por esta LRT y sus normas reglamentarias.
2. Son objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT):
 - a) Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo;
 - b) Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado;
 - c) Promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados;
 - d) Promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

ARTÍCULO 2° – Ámbito de aplicación.

1. Están obligatoriamente incluidos en el ámbito de la LRT:
 - a) Los funcionarios y empleados del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
 - b) Los trabajadores en relación de dependencia del sector privado;
 - c) Las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.
2. El Poder Ejecutivo nacional podrá incluir en el ámbito de la LRT a:
 - a) Los trabajadores domésticos;
 - b) Los trabajadores autónomos;
 - c) Los trabajadores vinculados por relaciones no laborales;
 - d) Los bomberos voluntarios.

ARTÍCULO 3° – Seguro obligatorio y autoseguro.

1. Esta LRT rige para todos aquellos que contraten a trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación.
2. Los empleadores podrán autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley, siempre y cuando acrediten con la periodicidad que fije la reglamentación;
 - a) Solvencia económico-financiera para afrontar las prestaciones de ésta ley;
 - b) Garanticen los servicios necesarios para otorgar las prestaciones de asistencia médica y las demás previstas en el artículo 20 de la presente ley.
3. Quienes no acrediten ambos extremos deberán asegurarse obligatoriamente en una "Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART)" de su libre elección.
4. El Estado nacional, las provincias y sus municipios y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires podrán igualmente autoasegurarse.

CAPITULO II DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO

ARTÍCULO 4° – Obligaciones de las partes.

1. Los empleadores y los trabajadores comprendidos en el ámbito de la LRT, así como las ART están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.

A tal fin y sin perjuicio de otras actuaciones establecidas legalmente, dichas partes deberán asumir compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo. Estos compromisos podrán adoptarse en forma unilateral, formar parte de la negociación colectiva, o incluirse dentro del contrato entre la ART y el empleador.

2. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo deberán establecer exclusivamente para cada una de las empresas o establecimientos considerados críticos, de conformidad a lo que determine la autoridad de aplicación, un plan de acción que contemple el cumplimiento de las siguientes medidas:

- a) La evaluación periódica de los riesgos existentes y su evolución;
- b) Visitas periódicas de control de cumplimiento de las normas de prevención de riesgos del trabajo y del plan de acción elaborado en cumplimiento de este artículo;
- c) Definición de las medidas correctivas que deberán ejecutar las empresas para reducir los riesgos identificados y la siniestralidad registrada;
- d) Una propuesta de capacitación para el empleador y los trabajadores en materia de prevención de riesgos del trabajo.

Las ART y los empleadores estarán obligados a informar a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo o a las Administraciones de Trabajo provinciales, según corresponda, la formulación y el desarrollo del plan de acción establecido en el presente artículo, conforme lo disponga la reglamentación.

(Apartado sustituido por art. 1° del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

3. A los efectos de la determinación del concepto de empresa crítica, la autoridad de aplicación deberá considerar especialmente, entre otros parámetros, el grado de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, así como el índice de siniestralidad de la empresa. (Apartado sustituido por art. 1° del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

4. La ART controlará la ejecución del plan de acción y estará obligada a denunciar los incumplimientos a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (Apartado sustituido por art. 1º del Decreto Nº 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el B.O.)

5. Las discrepancias acerca de la ejecución del plan de acción serán resueltas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (Apartado sustituido por art. 1º del Decreto Nº 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

(Nota Infoleg: Por art. 4º del Decreto Nº 617/97 B.O. 11/07/1997, se establece que el plazo para la formulación o reformulación de los Planes de Mejoramiento para la actividad agraria, previstos en el presente artículo será de SEIS (6) meses, a partir de la vigencia del mismo.)

ARTÍCULO 5º – Recargo por incumplimientos.

1. Si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se hubiere producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, éste deberá pagar al Fondo de Garantía, instituido por el artículo 33 de la presente ley, una suma de dinero cuya cuantía se graduará en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo será de treinta mil pesos (\$30.000).

2. La SRT es el órgano encargado de constatar y determinar la gravedad de los incumplimientos, fijar el monto del recargo y gestionar el pago de la cantidad resultante.

CAPITULO III

CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

ARTÍCULO 6º – Contingencias.

1. Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

2 a) Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme

al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con la única excepción de lo dispuesto en los incisos siguientes:

2 b) Serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

A los efectos de la determinación de la existencia de estas contingencias, deberán cumplirse las siguientes condiciones:

- i) El trabajador o sus derechohabientes deberán iniciar el trámite mediante una petición fundada, presentada ante la Comisión Médica Jurisdiccional, orientada a demostrar la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades con eficiencia causal directa respecto de su dolencia.
- ii) La Comisión Médica Jurisdiccional sustanciará la petición con la audiencia del o de los interesados así como del empleador y la ART; garantizando el debido proceso, producirá las medidas de prueba necesarias y emitirá resolución debidamente fundada en peritajes de rigor científico.

En ningún caso se reconocerá el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata, o mediata previsible, de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador, tales como la predisposición o labilidad a contraer determinada dolencia.

2 c) Cuando se invoque la existencia de una enfermedad profesional y la ART considere que la misma no se encuentra prevista en el listado de enfermedades profesionales, deberá sustanciarse el procedimiento del inciso 2b. Si la Comisión Médica Jurisdiccional entendiese que la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos en dicho inciso, lo comunicará a la ART, la que, desde esa oportunidad y hasta tanto se resuelva en definitiva la situación del trabajador, estará obligada a brindar todas las prestaciones contempladas en la presente ley. En tal caso, la Comisión Médica Jurisdiccional deberá requerir de inmediato la intervención de la Comisión Médica Central para que convalide o rectifique dicha opinión. Si el pronunciamiento de la Comisión Médica Central no convalidase la opinión de la Comisión Médica Jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo. Si la Comisión Médica Central convalidara el pronunciamiento deberá, en su caso, establecer simultáneamente el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado, a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondieren. Tal

decisión, de alcance circunscripto al caso individual resuelto, no importará la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente. La Comisión Médica Central deberá expedirse dentro de los 30 días de recibido el requerimiento de la Comisión Médica Jurisdiccional.

2 d) Una vez que se hubiera pronunciado la Comisión Médica Central quedarán expeditas las posibles acciones de re-petición a favor de quienes hubieran afrontado prestaciones de cualquier naturaleza, contra quienes resultaren en definitiva responsables de haberlas asumido.

(Apartado sustituido por art. 2º del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

3. Están excluidos de esta ley:

- a) Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo;
- b) Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 7º – Incapacidad Laboral Temporaria.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales.

2. La situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cesa por:

- a) Alta médica;
- b) Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP);
- c) Transcurso de dos (2) años desde la primera manifestación invalidante;
- d) Muerte del damnificado.

3. Si el trabajador damnificado, dentro del plazo previsto en el inciso c) del apartado anterior, se hubiera reincorporado al trabajo y volviera a estar de baja por idéntico accidente o enfermedad profesional, su situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) continuará hasta el alta médica, declaración de Incapacidad Laboral Permanente, en caso de corresponder, su deceso o hasta completar dos (2) años efectivos de baja, sumándose todos los períodos en los cuales se hubiera visto impedido de trabajar.

(Artículo sustituido por art. 10 de la Ley N° 27.348 B.O. 24/02/2017)

ARTÍCULO 8° – Incapacidad Laboral Permanente.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa.
2. La Incapacidad Laboral Permanente (ILP) será total, cuando la disminución de la capacidad laborativa permanente fuere igual o superior al 66%, y parcial, cuando fuere inferior a este porcentaje.
3. El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales, que elaborará el Poder Ejecutivo Nacional y, ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral.
4. El Poder Ejecutivo nacional garantizará, en los supuestos que correspondiese, la aplicación de criterios homogéneos en la evaluación de las incapacidades dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y de la LRT.

ARTÍCULO 9° – Carácter provisorio y definitivo de la ILP.

1. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una prestación de pago mensual, tendrá carácter provisorio durante los 36 meses siguientes a su declaración.

Este plazo podrá ser extendido por las comisiones médicas, por un máximo de 24 meses más, cuando no exista certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

En los casos de Incapacidad Laboral Permanente parcial el plazo de provisionalidad podrá ser reducido si existiera certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

Vencidos los plazos anteriores, la Incapacidad Laboral Permanente tendrá carácter definitivo.

2. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una suma de pago único tendrá carácter definitivo a la fecha del cese del período de incapacidad temporaria.

ARTÍCULO 10. – Gran invalidez.

Existe situación de gran invalidez cuando el trabajador en situación de Incapacidad Laboral Permanente total necesite la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de su vida.

**CAPITULO IV
PRESTACIONES DINERARIAS****ARTÍCULO 11. – Régimen legal de las prestaciones dinerarias.**

1. Las prestaciones dinerarias de esta ley gozan de las franquicias y privilegios de los créditos por alimentos. Son, además, irrenunciables y no pueden ser cedidas ni enajenadas.

2. Las prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o permanente provisoria se ajustarán en función de la variación del AMPO definido en la ley 24.241, de acuerdo a la norma reglamentaria. (Nota Infoleg: por art. 6° primer párrafo del Decreto N° 1694/2009 B.O. 6/11/2009 se establece que las prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o permanente provisoria mencionadas en el presente inciso, se calcularán, liquidarán y ajustarán de conformidad con lo establecido por el artículo 208 de la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha)

3. El Poder Ejecutivo nacional se encuentra facultado a mejorar las prestaciones dinerarias establecidas en la presente ley cuando las condiciones económicas financieras generales del sistema así lo permitan.

4. En los supuestos previstos en el artículo 14, apartado 2, inciso "b"; artículo 15, apartado 2; y artículos 17 y 18, apartados 1 de la presente ley, junto con las prestaciones allí previstas los beneficiarios percibirán, además, una compensación dineraria adicional de pago único, conforme se establece a continuación:

- a) En el caso del artículo 14, apartado 2, inciso "b", dicha prestación adicional será de PESOS TREINTA MIL (\$30.000).
- b) En los casos de los artículos 15, apartado 2 y del artículo 17, apartado 1), dicha prestación adicional será de PESOS CUARENTA MIL (\$40.000).
- c) En el caso del artículo 18, apartado 1, la prestación adicional será de PESOS CINCUENTA MIL (\$50.000).

(Apartado 4 incorporado por art. 3° del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 387/2016 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 7/9/2016 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2016 y el 28/02/2017 inclusive, las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el presente artículo, inciso 4, apartados a), b) y c), se elevan a PESOS CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO (\$484.865), PESOS SEISCIENTOS SEIS MIL OCHENTA Y UNO (\$606.081) y PESOS SETECIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE (\$727.297), respectivamente.)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 1/2016 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 1/3/2016 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2016 y el 31/08/2016 inclusive, las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el presente artículo, inciso 4, apartados a), b) y c), se elevan a PESOS CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO (\$419.164), PESOS QUINIENOS VEINTITRÉS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO (\$523.955) y PESOS SEISCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS (\$628.746), respectivamente.)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 28/2015 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 9/9/2015 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2015 y el 29/02/2016 inclusive, las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el presente artículo, inciso 4, apartados a), b) y c), se elevan a PESOS TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO (\$374.158), PESOS CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO (\$467.698) y PESOS QUINIENOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO (\$561.238), respectivamente)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 6/2015 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 02/03/2015 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2015 y el 31/08/2015 inclusive, las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el presente artículo, inciso 4, apartados a), b) y c), se elevan a PESOS TRESCIENTOS DIECISIETE MIL CIENTO UNO (\$317.101), PESOS TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS (\$396.376) y PESOS CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UNO (\$475.651), respectivamente)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 22/2014 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 03/09/2014 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2014 y el 28/02/2015 inclusive, las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el presente artículo, inciso 4, apartados a), b) y c), se elevan a PESOS DOSCIENTOS

SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA (\$275.740), PESOS TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO (\$344.675) y PESOS CUATROCIENTOS TRECE MIL SEISCIENTOS DIEZ (\$413.610), respectivamente)

(Nota Infoleg: por art. 1° de la Resolución N° 3/2014 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 25/02/2014 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2014 y el 31/08/2014 inclusive, las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el presente artículo, inciso 4, apartados a), b) y c), se elevan a PESOS DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO (\$231.948), PESOS DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO (\$289.935) y PESOS TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTIDÓS (\$347.922), respectivamente)

(Nota Infoleg: Ver artículos 1°, 2° y 3° de la Resolución N° 34/2013 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 24/12/2013 que establecen nuevos montos para las compensaciones dinerarias adicionales de pago único previstas en el presente artículo)

(Nota Infoleg: por art. 1° del Decreto N° 1694/2009 B.O. 6/11/2009 se elevan las sumas de las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en los apartados a), b) y c) del presente artículo, inciso 4, a PESOS OCHENTA MIL (\$80.000), PESOS CIEN MIL (\$100.000) y PESOS CIENTOVEINTE MIL (\$120.000) respectivamente. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha)

ARTÍCULO 12. – Ingreso base.

Establécese, respecto del cálculo del monto de las indemnizaciones por incapacidad laboral definitiva o muerte del trabajador, la aplicación del siguiente criterio:

1°. A los fines del cálculo del valor del ingreso base se considerará el promedio mensual de todos los salarios devengados –de conformidad con lo establecido por el artículo 1° del Convenio N° 95 de la OIT– por el trabajador durante el año anterior a la primera manifestación invalidante, o en el tiempo de prestación de servicio si fuera menor. Los salarios mensuales tomados a fin de establecer el promedio se actualizarán mes a mes aplicándose la variación del índice RIPTe (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables).

2°. Desde la fecha de la primera manifestación invalidante y hasta el momento de la liquidación de la indemnización por determinación de la incapacidad laboral definitiva, deceso del trabajador u homologación, el

monto del ingreso base devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta (30) días del Banco de la Nación Argentina.

3°. A partir de la mora en el pago de la indemnización será de aplicación lo establecido por el artículo 770 del Código Civil y Comercial acumulándose los intereses al capital, y el producido devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta (30) días del Banco de la Nación Argentina, hasta la efectiva cancelación.

(Artículo sustituido por art. 11 de la Ley Nº 27.348 B.O. 24/02/2017)

ARTÍCULO 13. – Prestaciones por Incapacidad Laboral Temporaria.

1. A partir del día siguiente a la primera manifestación invalidante y mientras dure el período de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual, de cuantía igual al valor mensual del ingreso base.

La prestación dineraria correspondiente a los primeros diez días estará a cargo del empleador. Las prestaciones dinerarias siguientes estarán a cargo de la ART la que, en todo caso, asumirá las prestaciones en especie.

El pago de la prestación dineraria deberá efectuarse en el plazo y en la forma establecida en la Ley Nº 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias para el pago de las remuneraciones a los trabajadores.

(Apartado sustituido por art. 5° del Decreto Nº 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

2. El responsable del pago de la prestación dineraria retendrá los aportes y efectuará las contribuciones correspondientes a los subsistemas de Seguridad Social que integran el SUSS o los de ámbito provincial que los reemplazan, exclusivamente, conforme la normativa previsional vigente debiendo abonar, asimismo, las asignaciones familiares.

(Apartado sustituido por art. 5° del Decreto Nº 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

3. Durante el periodo de Incapacidad Laboral Temporaria, originada en accidentes de trabajo o en enfermedades profesionales, el trabajador no devengará remuneraciones de su empleador, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del apartado 1 del presente artículo.

ARTÍCULO 14. – Prestaciones por Incapacidad Permanente Parcial (IPP).

1. Producido el cese de la Incapacidad Laboral Temporaria y mientras dure la situación de provisionalidad de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad, además de las asignaciones familiares correspondientes, hasta la declaración del carácter definitivo de la incapacidad.

2. Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá las siguientes prestaciones:

- a) Cuando el porcentaje de incapacidad sea igual o inferior al CINCUENTA POR CIENTO (50%) una indemnización de pago único, cuya cuantía será igual a CINCUENTA Y TRES (53) veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por un coeficiente que resultará de dividir el número SESENTA Y CINCO (65) por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Esta suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$180.000) por el porcentaje de incapacidad.

- b) Cuando el porcentaje de incapacidad sea superior al CINCUENTA POR CIENTO (50%) e inferior al SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%), una Renta Periódica –contratada en los términos de esta ley– cuya cuantía será igual al valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad. Esta prestación está sujeta a la retención de aportes de la Seguridad Social y contribuciones para asignaciones familiares hasta que el damnificado se encuentre en condiciones de acceder a la jubilación por cualquier causa. El valor actual esperado de la renta periódica en ningún caso será superior a PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$180.000). Deberá asimismo adicionarse la prestación complementaria prevista en el artículo 11, apartado cuarto de la presente ley.

(Artículo sustituido por art. 6º del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial)

(Nota Infoleg: por art. 2º de la Resolución N° 387/2016 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 7/9/2016 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2016 y el 28/02/2017 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo, inciso 2, apartados a) y b), no podrá ser inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS UN MILLÓN NOVENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO (\$1.090.945) por el porcentaje de incapacidad.)

(Nota Infoleg: por art. 2° de la Resolución N° 1/2016 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 1/3/2016 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2016 y el 31/08/2016 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo, inciso 2, apartados a) y b), no podrá ser inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTO DIECINUEVE (\$943.119) por el porcentaje de incapacidad.)

(Nota Infoleg: por art. 2° de la Resolución N° 28/2015 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 9/9/2015 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2015 y el 29/02/2016 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo, inciso 2, apartados a) y b), no podrá ser inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS (\$841.856) por el porcentaje de incapacidad)

(Nota Infoleg: por art. 2° de la Resolución N° 6/2015 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 02/03/2015 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2015 y el 31/08/2015 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo, inciso 2, apartados a) y b), no podrá ser inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS SETECIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS (\$713.476) por el porcentaje de incapacidad)

(Nota Infoleg: por art. 2° de la Resolución N° 22/2014 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 03/09/2014 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2014 y el 28/02/2015 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo, inciso 2, apartados a) y b), de la Ley 24.557 y sus modificatorias, no podrá ser inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS SEISCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS CATORCE (\$620.414) por el porcentaje de incapacidad)

(Nota Infoleg: por art. 2° de la Resolución N° 3/2014 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 25/02/2014 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2014 y el 31/08/2014 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo, inciso 2, apartados a) y b), no podrá ser inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS QUINIENTOS VEINTIÚN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES (\$521.883) por el porcentaje de incapacidad)

(Nota Infoleg: Ver art. 4° de la Resolución N° 34/2013 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 24/12/2013 que establece nuevos montos para la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo)

(Nota Infoleg: por art. 2° del Decreto N° 1694/2009 B.O. 6/11/2009 se suprimen los topes previstos en los apartados a) y b) del presente artículo, inciso 2. Por

art. 3° de la misma norma se establece que la indemnización que corresponda por aplicación de dicho inciso nunca será inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$180.000.-) por el porcentaje de incapacidad. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha)

ARTICULO 15. – Prestaciones por Incapacidad Permanente Total (IPT).

1. Mientras dure la situación de provisionalidad de la Incapacidad Laboral Permanente Total, el damnificado percibirá una prestación de pago mensual equivalente al SETENTA POR CIENTO (70%) del valor mensual del ingreso base. Percibirá, además, las asignaciones familiares correspondientes, las que se otorgarán con carácter no contributivo.

Durante este período, el damnificado no tendrá derecho a las prestaciones del sistema previsional, sin perjuicio del derecho a gozar de la cobertura del seguro de salud que le corresponda, debiendo la ART retener los aportes respectivos para ser derivados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, u otro organismo que brindare tal prestación.

2. Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT), el damnificado percibirá las prestaciones que por retiro definitivo por invalidez establezca el régimen previsional al que estuviere afiliado.

Sin perjuicio de la prestación prevista por el apartado 4 del artículo 11 de la presente ley, el damnificado percibirá, asimismo, en las condiciones que establezca la reglamentación, una prestación de pago mensual complementaria a la correspondiente al régimen previsional. Su monto se determinará actuarialmente en función del capital integrado por la ART. Ese capital equivaldrá a CINCUENTA Y TRES (53) veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por un coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante y no podrá ser superior a PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$180.000).

(Nota Infoleg: por art. 3° de la Resolución N° 387/2016 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 7/9/2016 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2016 y el 28/02/2017 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso 2, no podrá ser inferior a PESOS UN MILLÓN NOVENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO (\$1.090.945).)

(Nota Infoleg: por art. 3° de la Resolución N° 1/2016 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 1/3/2016 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2016 y el 31/08/2016 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso 2, de la Ley 24.557 y sus

modificatorias, no podrá ser inferior a PESOS NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTO DIECINUEVE (\$943.119).)

(Nota Infoleg: por art. 4° del Decreto N° 1694/2009 B.O. 6/11/2009 se establece que la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso 2, nunca será inferior a PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$180.000.-). Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha)

(Nota Infoleg: Ver art. 5° de la Resolución N° 34/2013 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 24/12/2013 que establece nuevos montos para la indemnización que corresponda por aplicación del presente artículo)

(Nota Infoleg: por art. 3° de la Resolución N° 3/2014 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 25/02/2014 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2014 y el 31/08/2014 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso 2, no podrá ser inferior a PESOS QUINIENTOS VEINTIÚN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES (\$521.883).)

(Nota Infoleg: por art. 3° de la Resolución N° 22/2014 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 03/09/2014 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2014 y el 28/02/2015 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso 2, no podrá ser inferior a PESOS SEISCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS CATORCE (\$620.414).)

(Nota Infoleg: por art. 3° de la Resolución N° 6/2015 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 02/03/2015 se establece que para el período comprendido entre el 01/03/2015 y el 31/08/2015 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso 2, no podrá ser inferior a PESOS SETECIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS (\$713.476).)

(Nota Infoleg: por art. 3° de la Resolución N° 28/2015 de la Secretaría de Seguridad Social B.O. 9/9/2015 se establece que para el período comprendido entre el 01/09/2015 y el 29/02/2016 inclusive, la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso 2, de la Ley 24.557 y sus modificatorias, no podrá ser inferior a PESOS OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS (\$841.856).)

3. Cuando la Incapacidad Permanente Total no deviniere en definitiva, la ART se hará cargo del capital de recomposición correspondiente, definido en la Ley N° 24.241 (artículo 94) o, en su caso, abonará una suma equivalente al régimen provisional a que estuviese afiliado el damnificado.

(Artículo sustituido por art. 7° del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 16. – Retorno al trabajo por parte del damnificado.

1. La percepción de prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Permanente es compatible con el desempeño de actividades remuneradas por cuenta propia o en relación de dependencia.
2. El Poder Ejecutivo Nacional podrá reducir los aportes y contribuciones al Sistema de Seguridad Social, correspondientes a supuestos de retorno al trabajo de trabajadores con Incapacidad Laboral Permanente.
3. Las prestaciones establecidas por esta ley son compatibles con las otras correspondientes al régimen previsional a las que el trabajador tuviere derecho, salvo lo previsto en el artículo 15, segundo párrafo del apartado 1, precedente.

(Artículo sustituido por art. 8° del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTICULO 17. – Gran invalidez.

1. El damnificado declarado gran inválido percibirá las prestaciones correspondientes a los distintos supuestos de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT).
2. Adicionalmente, la ART abonará al damnificado una prestación de pago mensual equivalente a tres veces el valor del AMPO definido por la ley 24.241 (artículo 21), que se extinguirá a la muerte del damnificado. (Nota Infoleg: por art. 5° del Decreto N° 1694/2009 B.O. 6/11/2009 se establece en la suma de PESOS DOS MIL (\$2.000) la prestación adicional de pago mensual prevista en el presente inciso. Por art. 6° segundo párrafo de la misma norma se establece que dicha prestación se ajustará en la misma proporción en que lo sean las prestaciones del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley N° 24.241, modificado por su similar N° 26.417. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha)

ARTICULO 18. – Muerte del damnificado.

1. Los derechohabientes del trabajador accederán a la pensión por fallecimiento prevista en el régimen previsional al que estuviera afiliado

el damnificado y a las prestaciones establecidas en el segundo párrafo del apartado 2 del artículo 15 de esta ley, además de la prevista en su artículo 11, apartado cuarto.

2. Se consideran derechohabientes a los efectos de esta Ley, a las personas enumeradas en el artículo 53 de la Ley N° 24.241, quienes concurrirán en el orden de prelación y condiciones allí señaladas. El límite de edad establecido en dicha disposición se entenderá extendido hasta los VEINTIÚN (21) años, elevándose hasta los VEINTICINCO (25) años en caso de tratarse de estudiantes a cargo exclusivo del trabajador fallecido. En ausencia de las personas enumeradas en el referido artículo, accederán los padres del trabajador en partes iguales; si hubiera fallecido uno de ellos, la prestación será percibida íntegramente por el otro. En caso de fallecimiento de ambos padres, la prestación corresponderá, en partes iguales, a aquellos familiares del trabajador fallecido que acrediten haber estado a su cargo. La reglamentación determinará el grado de parentesco requerido para obtener el beneficio y la forma de acreditar la condición de familiar a cargo.

(Artículo sustituido por art. 9° del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 19. – (Artículo derogado por art. 17, punto 1 de la Ley N° 26.773 B.O. 26/10/2012)

CAPITULO V

PRESTACIONES EN ESPECIE

ARTÍCULO 20. –

1. Las ART otorgaran a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas en esta ley las siguientes prestaciones en especie:

- a) Asistencia médica y farmacéutica:
- b) Prótesis y ortopedia:
- c) Rehabilitación;
- d) Recalificación profesional; y
- e) Servicio funerario.

2. Las ART podrán suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las comisiones médicas, a percibir las prestaciones en especie de los incisos a), c) y d).

3. Las prestaciones a que se hace referencia en el apartado 1, incisos a), b) y c) del presente artículo, se otorgaran a los damnificados hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes, de acuerdo a como lo determine la reglamentación.

CAPITULO VI

DETERMINACIÓN Y REVISIÓN DE LAS INCAPACIDADES

ARTÍCULO 21. – Comisiones médicas.

1. Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central creadas por la ley 24.241 (artículo 51), serán las encargadas de determinar:

- a) La naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad;
- b) El carácter y grado de la incapacidad;
- c) El contenido y alcances de las prestaciones en especie.

2. Estas comisiones podrán, asimismo, revisar el tipo, carácter y grado de la incapacidad, y -en las materias de su competencia- resolver cualquier discrepancia que pudiera surgir entre la ART y el damnificado o sus derechohabientes.

3. La reglamentación establecerá los procedimientos a observar por y ante las comisiones médicas, así como el régimen arancelario de las mismas.

4. En todos los casos el procedimiento será gratuito para el damnificado, incluyendo traslados y estudios complementarios.

5. En lo que respecta específicamente a la determinación de la naturaleza laboral del accidente prevista en el inciso a) del apartado 1 de este artículo y siempre que al iniciarse el trámite quedare planteada la divergencia sobre dicho aspecto, la Comisión actuante, garantizando el debido proceso, deberá requerir, conforme se establezca por vía reglamentaria, un dictamen jurídico previo para expedirse sobre dicha cuestión. (Apartado incorporado por art. 11 del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 22. – Revisión de la incapacidad.

Hasta la declaración del carácter definitivo de la incapacidad y a solicitud del obligado al pago de las prestaciones o del damnificado, las comisiones médicas efectuaran nuevos exámenes para revisar el carácter y grado de incapacidad anteriormente reconocidos.

CAPITULO VII

RÉGIMEN FINANCIERO

ARTICULO 23. – Cotización.

1. Las prestaciones previstas en esta Ley a cargo de las ART, se financiarán con una cuota mensual a cargo del empleador.
2. Para la determinación de la base imponible se aplicarán las reglas de la Ley 24.241 (artículo 9), incluyéndose todas las prestaciones que tengan carácter remuneratorio a los fines del SIJP.
3. La cuota debe ser declarada y abonada conjuntamente con los aportes y contribuciones que integran la CUSS. Su fiscalización, verificación y ejecución estará a cargo de la ART.

ARTICULO 24. – (Artículo derogado por art. 17, punto 1 de la Ley N° 26.773 B.O. 26/10/2012)

ARTÍCULO 25. – Tratamiento impositivo.

1. Las cuotas del artículo 23 constituyen gasto deducible a los efectos del impuesto a las ganancias.
2. Los contratos de afiliación a una ART están exentos de todo impuesto o tributo nacional.
3. El contrato de renta periódica goza de las mismas exenciones impositivas que el contrato de renta vitalicia provisional.
4. Invítase a las provincias a adoptar idénticas exenciones que las previstas en el apartado anterior.
5. Las reservas obligatorias de la ART están exentas de impuestos.

CAPITULO VIII

GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES

ARTICULO 26. – Aseguradoras de Riesgo del Trabajo.

1. Con la salvedad de los supuestos del régimen del autoseguro, la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT estará a cargo de entidades de derecho privado, previamente autorizadas por la SRT, y por la Superintendencia de Seguros de la Nación, denominadas "Aseguradoras de Riesgo del Trabajo" (ART), que reúnan los requisitos de solvencia financiera,

capacidad de gestión, y demás recaudos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus reglamentos.

2. La autorización conferida a una ART será revocada:

- a) Por las causas y procedimientos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus respectivos reglamentos;
- b) Por omisión de otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones de ésta LRT;
- c) Cuando se verifiquen deficiencias graves en el cumplimiento de su objeto, que no sean subsanadas en los plazos que establezca la reglamentación.

3. Las ART tendrán como único objeto el otorgamiento de las prestaciones que establece esta ley, en el ámbito que –de conformidad con la reglamentación– ellas mismas determinen.

4. Las ART podrán, además, contratar con sus afiliados:

- a) El otorgamiento de las prestaciones dinerarias previstas en la legislación laboral para los casos de accidentes y enfermedades inculpables; y,
- b) La cobertura de las exigencias financieras derivadas de los juicios por accidentes y enfermedades de trabajo con fundamento en leyes anteriores.

Para estas dos operatorias la ART fijará libremente la prima, y llevará una gestión económica y financiera separada de la que corresponda al funcionamiento de la LRT.

Ambas operatorias estarán sometidas a la normativa general en materia de seguros. *

* 5. El capital mínimo necesario para la constitución de una ART será de tres millones de pesos (\$3.000.000) que deberá integrarse al momento de la constitución. El Poder Ejecutivo nacional podrá modificar el capital mínimo exigido, y establecer un mecanismo de movilidad del capital en función de los riesgos asumidos.

6. Los bienes destinados a respaldar las reservas de la ART no podrán ser afectados a obligaciones distintas a las derivadas de esta ley, ni aun en caso de liquidación de la entidad.

En este último caso, los bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT.

7. Las ART deberán disponer, con carácter de servicio propio o contratado. De la infraestructura necesaria para proveer adecuadamente las prestaciones en especie previstas en esta ley. La contratación de estas prestaciones podrá realizarse con las obras sociales.

ARTÍCULO 27. – Afiliación.

1. Los empleadores no incluidos en el régimen de autoseguro deberán afiliarse obligatoriamente a la ART que libremente elijan, y declarar las altas y bajas que se produzcan en su plantel de trabajadores.

2. La ART no podrá rechazar la afiliación de ningún empleador incluido en su ámbito de actuación.

3. La afiliación se celebrara en un contrato cuya forma, contenido, y plazo de vigencia determinara la SRT.

4. La renovación del contrato será automática, aplicándose el Régimen de Alícuotas vigente a la fecha de la renovación.

5. La rescisión del contrato de afiliación estará supeditada a la firma de un nuevo contrato por parte del empleador con otra ART o a su incorporación en el régimen de autoseguro.

6. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo podrá extinguir el contrato de afiliación de un empleador en caso que se verifique la falta de pago de dos (2) cuotas mensuales, consecutivas o alternadas, o la acumulación de una deuda total equivalente a dos (2) cuotas, tomando como referencia la de mayor valor en el último año. La extinción del contrato deberá ajustarse a los requisitos, modalidades y plazos que determine la reglamentación. A partir de la extinción, el empleador se considerará no asegurado y estará en la situación prevista en el apartado 1 del artículo 28 de esta ley. Sin perjuicio de ello, la aseguradora deberá otorgar prestaciones en especie, con los alcances previstos en el Capítulo V de esta ley, por las contingencias ocurridas dentro de los tres (3) meses posteriores a la extinción por falta de pago. La aseguradora podrá repetir del empleador el costo de las prestaciones otorgadas conforme lo dispuesto en el párrafo anterior. (Apartado sustituido por art. 12 de la Ley Nº 27.348 B.O. 24/02/2017. Vigencia: de aplicación a las contingencias cuya primer manifestación invalidante resulte posterior a la entrada en vigencia de la presente ley)

ARTÍCULO 28. – Responsabilidad por omisiones.

1. Si el empleador no incluido en el régimen de autoseguro omitiera afiliarse a una ART, responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en esta ley.

2. Si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, la ART otorgará las prestaciones, y podrá repetir del empleador el costo de éstas.

3. En el caso de los apartados anteriores el empleador deberá depositar las cuotas omitidas en la cuenta del Fondo de Garantía de la ART.

4. Si el empleador omitiera –total o parcialmente– el pago de las cuotas a su cargo, la ART otorgará las prestaciones, y podrá ejecutar contra el empleador las cotizaciones adeudadas.

ARTÍCULO 29. – Insuficiencia patrimonial.

Declarada judicialmente la insuficiencia patrimonial del empleador no asegurado, o en su caso autoasegurado, para asumir las obligaciones a su cargo, las prestaciones serán financiadas por la SRT con cargo al Fondo de Garantía de la LRT.

La insuficiencia patrimonial del empleador será probada a través del procedimiento sumarísimo previsto para las acciones meramente declarativas conforme se encuentre regulado en las distintas jurisdicciones donde la misma deba acreditarse.

ARTÍCULO 30. – Autoseguro.

Quienes hubiesen optado por el régimen de autoseguro deberán cumplir con las obligaciones que esta ley pone a cargo del empleador y a cargo de las ART, con la excepción de la afiliación, el aporte al Fondo de Reserva de la LRT y toda otra obligación incompatible con dicho régimen.

CAPITULO IX

DERECHOS, DEBERES Y PROHIBICIONES;

ARTÍCULO 31. – Derechos, deberes y prohibiciones.

1. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo:

- a) Denunciarán ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, incluido el Plan de Mejoramiento;
- b) Tendrán acceso a la información necesaria para cumplir con las prestaciones de la LRT;
- c) Promoverán la prevención, informando a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo acerca de los planes y pro-gramas exigidos a las empresas;
- d) Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento;

- e) Informarán a los interesados acerca de la composición de la entidad, de sus balances, de su régimen de alcúotas, y demás elementos que determine la reglamentación;
- f) No podrán fijar cuotas en violación a las normas de la LRT, ni destinar recursos a objetos distintos de los previstos por esta ley;
- g) No podrán realizar exámenes psicofísicos a los trabajadores, con carácter previo a la celebración de un contrato de afiliación.

2. Los empleadores:

- a) Recibirán información de la ART respecto del régimen de alcúotas y de las prestaciones, así como asesoramiento en materia de prevención de riesgos;
- b) Notificarán a los trabajadores acerca de la identidad de la ART a la que se encuentren afiliados;
- c) Denunciarán a la ART y a la SRT los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos;
- d) Cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento;
- e) Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento.

3. Los trabajadores:

- a) Recibirán de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas;
- b) Cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento, así como con las medidas de recalificación profesional;
- c) Informarán al empleador los hechos que conozcan relacionados con los riesgos del trabajo;
- d) Se someterán a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación;
- e) Denunciarán ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran.

ARTÍCULO 32. – Sanciones.

1. El incumplimiento por parte de empleadores autoasegurados, de las ART las compañías de seguros de retiro de obligaciones a su cargo, será sancionado una multa de 20 a 2.000 AMPOs (Aporte Medio Previsional Obligatorio), si no resultare un delito más severamente penado.
2. El incumplimiento de los empleadores autoasegurados, de las ART y de las compañías de seguros de retiro, de las prestaciones establecidas en el artículo 20, apartado 1 inciso a) (Asistencia médica y farmacéutica), será reprimido con la pena prevista en el artículo 106 del Código Penal.
3. Si el incumplimiento consistiera en la omisión de abonar las cuotas o de declarar su pago, el empleador será sancionado con prisión, de seis meses a cuatro años.
4. El incumplimiento del emplea autoasegurado, de las ART y de las compañías de seguros de retiro de las prestaciones dinerarias a su cargo, o de los aportes a fondos creados por esta ley será sanción con prisión de dos a seis años.
5. Cuando se trate de personas jurídicas la pena de prisión se aplicará a los directores, gerentes, síndicos, miembros del consejo vigilancia, administradores, mandatarios o representantes que hubiesen intervenido e hecho punible.
6. Los delitos tipificados en los apartado 3 y 4 del presente artículo se configurarán cuando el obligado no diese cumplimiento a los deberes aludidos dentro de los quince días corrido intimado a ello en su domicilio legal.
7. Será competente para entender en delitos previstos en los apartados 3 y 4 presente artículo la justicia federal.

CAPITULO X**FONDO DE LA GARANTÍA DE LA LRT****ARTÍCULO 33. – Creación y recursos.**

1. Créase el Fondo de Garantía de la LRI cuyos recursos se abonarán las prestaciones en caso de insuficiencia patrimonial del empleador, judicialmente declarada.
2. Para que opere la garantía del apartado anterior, los beneficiarios o la ART en su caso, deberán realizar las gestiones indispensables para ejecutar la sentencia y solicitar la declaración de insuficiencia patrimonial en los plazos que fije la reglamentación.

3. El Fondo de Garantía de la LRT será administrado por la SRT y contará con los siguientes recursos:

- a) Los previstos en esta ley, incluido el importe de las multas por incumplimiento de las normas sobre daños del trabajo y de las normas de higiene y seguridad;
- b) Una contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados, a fijar por el Poder Ejecutivo nacional, no inferior al aporte equivalente al previsto en el artículo 34.2;
- c) Las cantidades recuperadas por la SRT de los empleadores en situación de insuficiencia patrimonial;
- d) Las rentas producidas por los recursos del Fondo de Garantía de la LRT, y las sumas que le transfiera la SRT;
- e) Donaciones y legados:

4. Los excedentes del fondo, así como también las donaciones y legados al mismo, tendrán como destino único apoyar las investigaciones, actividades de capacitación, publicaciones y campañas publicitarias que tengan como fin disminuir los impactos desfavorables en la salud de los trabajadores. Estos fondos serán administrados y utilizados en las condiciones que prevea la reglamentación.

CAPITULO XI

FONDO DE RESERVA DE LA LRT

ARTICULO 34. – Creación y recursos.

1. Créase el Fondo de Reserva de la LRT con cuyos recursos se abonarán o contratarán las prestaciones a cargo de la ART que éstas dejarán de abonar como consecuencia, de su liquidación.

2. Este fondo será administrado por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y se formará con los recursos previstos en esta ley, y con un aporte a cargo de las ART cuyo monto será anualmente fijado por el Poder Ejecutivo Nacional.

CAPITULO XII

ENTES DE REGULACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA LRT

ARTÍCULO 35. – Creación.

Créase la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de

la Nación. La SRT absorberá las funciones y atribuciones que actualmente desempeña la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo.

ARTÍCULO 36. – Funciones.

1. La SRT tendrá las funciones que esta ley le asigna y en especial, las siguientes:

- a) Controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo pudiendo dictar las disposiciones complementarias que resulten de delegaciones de esta ley o de los Decretos reglamentarios;
- b) Supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART;
- c) Imponer las sanciones previstas en esta ley;
- d) Requerir la información necesaria para cumplimiento de sus competencias, pudiendo peticionar órdenes de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública;
- e) Dictar su reglamento interno, administrar su patrimonio, gestionar el Fondo de Garantía, determinar su estructura organizativa y su régimen interno de gestión de recursos humanos;
- f) Mantener el Registro Nacional de Incapacidades Laborales en el cual se registrarán los datos identificatorios del damnificado y su empresa, época del infortunio, prestaciones abonadas, incapacidades reclamadas y además, deberá elaborar los índices de siniestralidad;
- g) Supervisar y fiscalizar a las empresas autoaseguradas y el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad del trabajo en ellas.

2. La Superintendencia de Seguros de la Nación tendrá las funciones que le confieren esta ley, la ley 20.091, y sus reglamentos.

ARTÍCULO 37. – Financiamiento. Los gastos de los entes de supervisión y control serán financiados por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, los empleadores autoasegurados públicos provinciales y los empleadores autoasegurados, conforme aquellos entes lo determinen.

En ningún supuesto dicha contribución podrá superar:

- a) En el caso de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, el uno coma cuatro por ciento (1,4%) del total de los importes percibidos por cuotas de contratos de afiliación.

- b) En el caso de los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados, el cero coma cinco por mil (0,5%) de su masa salarial promedio de los últimos seis (6) meses.

(Artículo sustituido por art. 13 de la Ley N° 27.348 B.O. 24/02/2017)

ARTÍCULO 38. – Autoridades y régimen del personal.

1. Un superintendente, designado por el Poder Ejecutivo Nacional previo proceso de selección, será la máxima autoridad de la SRT.
2. La remuneración del superintendente y de los funcionarios superiores del organismo serán fijadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación.
3. Las relaciones del personal con la SRT se regirán por la legislación laboral.

CAPITULO XIII

RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR

ARTÍCULO 39. – Responsabilidad civil.

1. (Inciso derogado por art. 17, punto 1 de la Ley N° 26.773 B.O. 26/10/2012)
2. (Inciso derogado por art. 17, punto 1 de la Ley N° 26.773 B.O. 26/10/2012)
3. (Inciso derogado por art. 17, punto 1 de la Ley N° 26.773 B.O. 26/10/2012)
4. Si alguna de las contingencias previstas en el artículo 6 de esta ley hubieran sido causadas por un tercero, el damnificado o sus derechohabientes podrán reclamar del responsable la reparación de los daños y perjuicios que pudieren corresponderle de acuerdo con las normas del Código Civil de las que se deducirá el valor de las prestaciones que haya percibido o deba recibir de la ART o del empleador autoasegurado.
5. En los supuestos de los apartados anteriores, la ART o el empleador autoasegurado, según corresponda, están obligados a otorgar al damnificado o a sus derechohabientes la totalidad de las prestaciones prescriptas en esta ley, pero podrán repetir del responsable del daño causado el valor de las que hubieran abonado, otorgado o contratado.

CAPITULO XIV

ÓRGANO TRIPARTITO DE PARTICIPACIÓN

ARTÍCULO 40. – Comité Consultivo Permanente.

1. Créase el Comité Consultivo Permanente de la LRT, integrado por cuatro representantes del Gobierno, cuatro representantes de la CGT, cuatro representantes de las organizaciones de empleadores, dos de los cuales serán designados por el sector de la pequeña y mediana empresa, y presidido por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social de la Nación.

El Comité aprobará por consenso su reglamento interno, y podrá proponer modificaciones a la normativa sobre riesgos del trabajo y al régimen de higiene y seguridad en el trabajo.

(Nota Infoleg: por art. 9° de la Ley N° 27.348 B.O. 24/02/2017 se incorpora como miembros del Comité Consultivo Permanente creado por el presente artículo, a dos (2) representantes de las jurisdicciones que hayan optado por el régimen de Autoseguro Público Provincial, los que se integrarán a la representación del sector gubernamental.)

2. Este comité tendrá funciones consultivas en las siguientes materias:

- a) Reglamentación de esta ley;
- b) Listado de enfermedades profesionales previo dictamen de la Comisión Médica Central; (Inciso sustituido por art. 12 del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)
- c) Tablas de evaluación de incapacidad laborales;
- d) Determinación del alcance de las prestaciones en especie;
- e) Acciones de prevención de los riesgos del trabajo;
- f) Indicadores determinantes de la solvencia económica financiera de las empresas que pretendan autoasegurarse;
- g) Definición del cronograma de etapas de las prestaciones dinerarias;
- i) Determinación de las pautas y contenidos del plan de mejoramiento.

3. En las materias indicadas, la autoridad de aplicación deberá consultar al comité con carácter previo a la adopción de las medidas correspondientes.

Los dictámenes del comité en relación con los incisos b), c), d) y f) del punto anterior, tendrán carácter vinculante.

En caso de no alcanzar unanimidad, la materia en consulta será sometida al arbitraje del Presidente del Comité Consultivo Permanente de la LRT previsto en el inciso 1, quien laudará entre las propuestas elevadas por los sectores representados.

El listado de enfermedades profesionales deberá confeccionarse teniendo en cuenta la causa directa de la enfermedad con las tareas cumplidas por el trabajador y por las condiciones medio ambientales de trabajo.

CAPITULO XV

NORMAS GENERALES Y COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 41. – Normas aplicables.

1. En las materias no reguladas expresamente por esta ley, y en cuanto resulte compatible con la misma, será de aplicación supletoria la ley 20.091.
2. No es aplicable al régimen de esta ley, el artículo 188 de la ley 24.241.

ARTÍCULO 42. – Negociación colectiva.

La negociación colectiva laboral podrá:

- a) Crear Aseguradoras de Riesgos de Trabajo in fines de lucro, preservando el principio de libre afiliación de los empleadores comprendidos en el ámbito del Convenio Colectivo de Trabajo;
- b) Definir medidas de prevención de los riesgos derivados del trabajo y de mejoramiento de las condiciones de trabajo.

ARTÍCULO 43. – Denuncia.

1. El derecho a recibir las prestaciones de esta ley comienza a partir de la denuncia de los hechos causantes de daños derivados del trabajo.
2. La reglamentación determinará los requisitos de esta denuncia.

ARTÍCULO 44. – Prescripción.

1. Las acciones derivadas de esta ley prescriben a los dos años a contar de la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y, en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral.
2. Prescriben a los 10 (diez) años a contar desde la fecha en que debió efectuarse el pago, las acciones de los entes gestores y de los de la regulación y supervisión de esta ley, para reclamar el pago de sus acreencias.

ARTÍCULO 45. – Situaciones especiales.

Encomiéndase al Poder Ejecutivo de la Nación el dictado de normas complementarias en materia de:

- a) Pluriempleo;
- b) Relaciones laborales de duración determinada y a tiempo parcial;
- c) Sucesión de siniestros; y
- d) Trabajador jubilado o con jubilación postergada.

Esta facultad está restringida al dictado de normas complementarias que hagan a la aplicación y cumplimiento de la presente ley.

ARTÍCULO 46. – Competencia judicial.

1. Una vez agotada la instancia prevista ante las comisiones médicas jurisdiccionales las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El trabajador tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

La decisión de la Comisión Médica Central será susceptible de recurso directo, por cualquiera de las partes, el que deberá ser interpuesto ante los tribunales de alzada con competencia laboral o, de no existir éstos, ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Los recursos interpuestos procederán en relación y con efecto suspensivo, a excepción de los siguientes casos, en los que procederán con efecto devolutivo:

- a) cuando medie apelación de la ART ante la Comisión Médica Central en el caso previsto en el artículo 6°, apartado 2, punto c) de la ley 24.557, sustituido por el artículo 2° del decreto 1278/2000;
- b) cuando medie apelación de la ART ante la Comisión Médica Central, en caso de reagravamiento del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

El recurso interpuesto por el trabajador atraerá al que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica

Central y la sentencia que se dicte en instancia laboral resultará vinculante para todas las partes.

Los decisorios que dicten las comisiones médicas jurisdiccionales o la Comisión Médica Central que no fueren motivo de recurso alguno por las partes así como las resoluciones homologatorias, pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la ley 20.744 (t.o. 1976).

Las resoluciones de la respectiva comisión médica jurisdiccional y de la Comisión Médica Central deberán ser notificadas a las partes y al empleador.

Para todos los supuestos, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 9° de la ley 26.773.

Todas las medidas de prueba producidas en cualquier instancia serán gratuitas para el trabajador.
(Apartado sustituido por art. 14 de la Ley N° 27.348 B.O. 24/02/2017)

2. Para la acción derivada del artículo 1072 del Código Civil en la Capital Federal será competente la justicia civil.

Invitase a las provincias para que determinen la competencia en esta materia según el criterio establecido precedentemente.

3. El cobro de cuotas, recargos e intereses adeudados a las ART así como las multas, contribuciones a cargo de los empleadores privados autoasegurados y aportes de las ART, se harán efectivos por la vía del apremio regulado en los códigos procesales civiles y comerciales de cada jurisdicción, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por la ART o por la SRT.

En la Capital Federal se podrá optar por la justicia nacional con competencia en lo laboral o por los juzgados con competencia en lo civil o comercial.

En las provincias serán los tribunales con competencia civil o comercial.

ARTÍCULO 47. – Concurrencia.

1. Las prestaciones serán abonadas, otorgadas o contratadas a favor del damnificado o sus derechohabientes, según el caso, por la ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotizaciones a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Cuando la contingencia se hubiera originado en un proceso desarrollado a través del tiempo y en circunstancias tales que se demostrara que hubo cotización o hubiera debido haber cotización a diferentes ART; la ART

obligada al pago según el párrafo anterior podrá repetir de las restantes los costos de las prestaciones abonadas u otorgadas a los pagos efectuados, en la proporción en la que cada una de ellas sea responsable conforme al tiempo e intensidad de exposición al riesgo.

Las discrepancias que se originen en torno al origen de la contingencia y las que pudieran plantearse en la aplicación de los párrafos anteriores, deberán ser sometidas a la SRT.

2. Cuando la primera manifestación invalidante se produzca en circunstancia en que no exista ni deba existir cotización a una ART las prestaciones serán otorgadas, abonadas, o contratadas por la última ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotizaciones y en su caso serán de aplicación las reglas del apartado anterior.

ARTÍCULO 48. – Fondos de garantía y de reserva.

1. Los fondos de garantía y de reserva se financiarán exclusivamente con los recursos previstos por la presente ley. Dichos recursos son inembargables frente a beneficiarios y terceros.

2. Dichos fondos no formarán parte del presupuesto general de la administración nacional.

ARTÍCULO 49. – Disposiciones adicionales y finales.

Disposiciones adicionales

PRIMERA: Modificación de la ley 20.744.

Sustitúyese el artículo 75 de la ley 20.744 por el siguiente texto:

1. El empleador está obligado a observar las normas legales sobre higiene y seguridad en el trabajo y a hacer observar las pausas y limitaciones a la duración del trabajo establecidas en el ordenamiento legal.

2. Los daños que sufra el trabajador como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones del apartado anterior, se regirán por las normas que regulan la reparación de los daños provocados por accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales, dando lugar únicamente a las prestaciones en ellas establecidas (Ver ley 27.323, modificatoria de este artículo).

SEGUNDA: Modificaciones a la ley 24.241.

Sustitúyese el artículo 177 de la ley 24.241 por el siguiente texto:

El seguro del artículo anterior sólo podrá ser celebrado por las entidades aseguradoras que limiten en forma exclusiva su objeto a esta cobertura y a las prestaciones de pago periódico previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo. Tales entidades podrán operar en otros seguros de personas, que resulten complementarios de las coberturas de seguros de retiro, deberán estar autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y su razón social deberá contener la expresión “seguros de retiro”.

TERCERA: Modificaciones a la ley 24.028.

Reemplázase el primer párrafo del artículo 15 de la ley 24.028 por el siguiente:

El trabajador que sufra un daño psicofísico por el hecho o en ocasión del trabajo durante el tiempo que estuviere a disposición del empleador. Deberá –previo al inicio de cualquier acción Judicial– denunciarlo, a fin de iniciar el procedimiento administrativo obligatorio de conciliación, ante la autoridad administrativa del trabajo. Los jueces no darán traslado de las demandas que no acrediten el cumplimiento de esta obligación.

CUARTA: Compañías de seguros.

1. Las aseguradoras que a la fecha de promulgación de esta ley se encuentren operando en la rama de accidentes de trabajo podrán:

- a) Gestionar las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT, siendo sujeto, exclusivamente en lo referente a los riesgos del trabajo, de idénticos derechos y obligaciones que las ART, a excepción de la posibilidad de contratar con un beneficiario una renta periódica, de la obligación de tener objeto único y las exigencias de capitales mínimos. En este último caso, serán de aplicación las normas que rigen la actividad aseguradora general. Recibirán además igual, tratamiento impositivo que las ART.

Los bienes que respalden las reservas derivadas de esta operatoria estarán sujetos al régimen de esta LRT, deberán ser registrados y expresados separadamente de los correspondientes al resto de sus actividades, y no podrán ser afectados al respaldo de otros compromisos.

En caso de liquidación, estos bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT y no podrán ser afectados por créditos o acciones originados en otras operatorias.

- b) Convenir con una ART la transferencia de la totalidad de los siniestros pendientes como consecuencia de esa operatoria, a la fecha que determine la Superintendencia de Seguros de la Nación debiendo,

en tal caso ceder igualmente los activos que respalden la totalidad de dichos pasivos.

QUINTA: Contingencias anteriores.

1. Las contingencias que sean puestas en conocimiento del empleador, con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley darán derecho únicamente a las prestaciones de la LRT, aun cuando la contingencia fuera anterior, y siempre que no hubiere prescrito el derecho conforme a las normas de esta ley.

2. En este supuesto el otorgamiento de las prestaciones estará a cargo de la ART a la que el empleador se encuentre afiliado, a menos que hubiere optado por el régimen de autoseguro o que la relación laboral con el damnificado se hubiere extinguido con anterioridad a la afiliación del empleador a la ART.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA:

Esta LRT entrará en vigencia una vez que el comité consultivo permanente apruebe por consenso el listado de enfermedades profesionales y la tabla de evaluación de incapacidades.

Tal aprobación deberá producirse dentro de los 180 días desde la promulgación de esta ley.

Hasta tanto el comité consultivo permanente se expida, el Poder Ejecutivo Nacional se encuentra facultado por única vez y con carácter provisorio a dictar una lista de enfermedades y la tabla de evaluación de incapacidades. (Nota Infoleg: Por art. 2º del Decreto N° 659/1996 se establece como fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, el día 1 de julio de 1996.)

SEGUNDA:

1. El régimen de prestaciones dinerarias previsto en esta ley entrara en vigencia en forma progresiva. Para ello se definirá un cronograma integrado por varias etapas previendo alcanzar el régimen definitivo dentro de los tres años siguientes a partir de la vigencia de esta ley.

2. El paso de una etapa a la siguiente estará condicionado a que la cuota promedio a cargo de los empleadores asegurados permanezca por debajo del 3% de la nómina salarial. En caso que este supuesto no se verifique se suspenderá transitoriamente la aplicación del cronograma hasta tanto existan evidencias de que el tránsito entre una etapa a otra no implique superar dicha meta de costos.

3. Durante la primera etapa el régimen de prestaciones dinerarias correspondiente a la incapacidad permanente parcial será el siguiente:

Para el caso en que el porcentaje de incapacidad permanente fuera igual o superior al 50% e inferior al 66% y mientras dure la situación de provisionalidad, el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes. Una vez finalizada la etapa de provisionalidad se abonará una renta, periódica cuyo monto será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base con más las asignaciones familiares correspondientes. En ningún caso el valor actual esperado de la renta periódica en esta primera etapa podrá ser superior a \$55.000. Este límite se elevará automáticamente a \$110.000 cuando el Comité Consultivo Permanente resuelva el paso de la primera etapa a la siguiente.

En el caso de que el porcentaje de incapacidad sea inferior al 50% se abonará, una indemnización de pago único cuya cuantía será igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Esa suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar 55.000 por el porcentaje de incapacidad.

TERCERA:

1. La LRT no será de aplicación a las acciones judiciales iniciadas con anterioridad a su vigencia salvo lo dispuesto en el apartado siguiente.
2. Las disposiciones adicionales primera y tercera entrarán en vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.
3. A partir de la vigencia de la presente ley, deróganse la ley 24.028; sus normas complementarias y reglamentarias y toda otra norma que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 50. – Sustitúyese el artículo 51 de la ley 24.241 por el siguiente:

Artículo 51. – Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados: tres (3) por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y, dos (2) por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, los que serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes. Contarán con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo.

Los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones serán financiados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y las Aseguradoras del Riesgo del Trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación.

Como mínimo funcionará una comisión médica en cada provincia y otra en la ciudad de Buenos Aires.

ARTÍCULO 51. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Antecedentes Normativos:

- Artículo 46 Apartado 1 sustituido por art. 13 del Decreto N° 54/2017 B.O. 23/1/2017. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial;
- Artículo 27, Apartado 6 incorporado por art. 12 del Decreto N° 54/2017 B.O. 23/1/2017. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial;
- Artículo 12 sustituido por art. 11 del Decreto N° 54/2017 B.O. 23/1/2017. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial y según art. 19 de la misma norma se aplicará a las contingencias cuya primera manifestación invalidante resulte posterior a la entrada en vigencia de la norma de referencia;
- Artículo 7° sustituido por art. 10 del Decreto N° 54/2017 B.O. 23/1/2017. Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial;
- Artículo 12, apartado 1 sustituido por art. 4° del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial;
- Artículo 19, Apartado 1 sustituido por art. 10 del Decreto N° 1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial;
- Artículo 37 sustituido por art. 74 de la Ley N° 24.938 B.O. 31/12/1997.

2. Ley 26.773

BO 26/10/2012.

Sancionada: Octubre 24 de 2012.

Promulgada: Octubre 25 de 2012.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

RÉGIMEN DE ORDENAMIENTO DE LA REPARACIÓN DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Capítulo I

Ordenamiento de la Cobertura

ARTÍCULO 1º. – Las disposiciones sobre reparación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales constituyen un régimen normativo cuyos objetivos son la cobertura de los daños derivados de los riesgos del trabajo con criterios de suficiencia, accesibilidad y automaticidad de las prestaciones dinerarias y en especie establecidas para resarcir tales contingencias.

A los fines de la presente, se entiende por régimen de reparación al conjunto integrado por esta ley, por la Ley de Riesgos del Trabajo 24.557 y sus modificatorias, por el Decreto 1694/09, sus normas complementarias y reglamentarias, y por las que en el futuro las modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 2º. – La reparación dineraria se destinará a cubrir la disminución parcial o total producida en la aptitud del trabajador damnificado para realizar actividades productivas o económicamente valorables, así como su necesidad de asistencia continua en caso de Gran Invalidez, o el impacto generado en el entorno familiar a causa de su fallecimiento.

Las prestaciones médico asistenciales, farmacéuticas y de rehabilitación deberán otorgarse en función de la índole de la lesión o la incapacidad determinada. Dichas prestaciones no podrán ser sustituidas en dinero, con excepción de la obligación del traslado del paciente.

El derecho a la reparación dineraria se computará, más allá del momento en que se determine su procedencia y alcance, desde que acaeció el evento dañoso o se determinó la relación causal adecuada de la enfermedad profesional.

El principio general indemnizatorio es de pago único, sujeto a los ajustes previstos en este régimen.

ARTÍCULO 3º. – Cuando el daño se produzca en el lugar de trabajo o lo sufra el dependiente mientras se encuentre a disposición del empleador, el damnificado (trabajador víctima o sus derechohabientes) percibirá junto a las indemnizaciones dinerarias previstas en este régimen, una indemnización adicional de pago único en compensación por cualquier otro daño no reparado por las fórmulas allí previstas, equivalente al veinte por ciento (20%) de esa suma.

En caso de muerte o incapacidad total, esta indemnización adicional nunca será inferior a pesos setenta mil (\$70.000).

ARTÍCULO 4º. – Los obligados por la ley 24.557 y sus modificatorias al pago de la reparación dineraria deberán, dentro de los quince (15) días de notificados de la muerte del trabajador, o de la homologación o determinación

de la incapacidad laboral de la víctima de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, notificar fehacientemente a los damnificados o a sus derechohabientes los importes que les corresponde percibir por aplicación de este régimen, precisando cada concepto en forma separada e indicando que se encuentran a su disposición para el cobro.

Los damnificados podrán optar de modo excluyente entre las indemnizaciones previstas en este régimen de reparación o las que les pudieran corresponder con fundamento en otros sistemas de responsabilidad. Los distintos sistemas de responsabilidad no serán acumulables.

El principio de cobro de sumas de dinero o la iniciación de una acción judicial en uno u otro sistema implicará que se ha ejercido la opción con plenos efectos sobre el evento dañoso.

Las acciones judiciales con fundamento en otros sistemas de responsabilidad sólo podrán iniciarse una vez recibida la notificación fehaciente prevista en este artículo.

La prescripción se computará a partir del día siguiente a la fecha de recepción de esa notificación.

En los supuestos de acciones judiciales iniciadas por la vía del derecho civil se aplicará la legislación de fondo, de forma y los principios correspondientes al derecho civil.

ARTÍCULO 5º. – La percepción de las prestaciones en dinero, sea imputable a la sustitución de salarios en etapa de curación (ILT) o sea complementaria por Gran Invalidez, así como la recepción de las prestaciones en especie, no implicarán en ningún caso el ejercicio de la opción excluyente prevista en el artículo precedente.

ARTÍCULO 6º. – Cuando por sentencia judicial, conciliación o transacción se determine la reparación con fundamento en otros sistemas de responsabilidad, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) deberá depositar en el respectivo expediente judicial o administrativo el importe que hubiera correspondido según este régimen, con más los intereses correspondientes, todo lo cual se deducirá, hasta su concurrencia, del capital condenado o transado.

Asimismo, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) interviniente deberá contribuir en el pago de las costas, en proporción a la parte del monto indemnizatorio que le hubiera correspondido respecto del total del monto declarado en la condena o pactado en la transacción.

Si la sentencia judicial resultare por un importe inferior al que hubiera correspondido abonar por aplicación de este régimen de reparación, el excedente deberá depositarse a la orden del Fondo de Garantía de la ley 24.557 y sus modificatorias.

ARTÍCULO 7º. – El empleador podrá contratar un seguro aplicable a otros sistemas de responsabilidad que puedan ser invocados por los trabajadores damnificados por daños derivados de los riesgos del trabajo, en las condiciones que fije la reglamentación que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

ARTÍCULO 8º. – Los importes por incapacidad laboral permanente previstos en las normas que integran el régimen de reparación, se ajustarán de manera general semestralmente según la variación del índice RIPTÉ (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), publicado por la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, a cuyo efecto dictará la resolución pertinente fijando los nuevos valores y su lapso de vigencia.

ARTÍCULO 9º. – Para garantizar el trato igual a los damnificados cubiertos por el presente régimen, los organismos administrativos y los tribunales competentes deberán ajustar sus informes, dictámenes y pronunciamientos al Listado de Enfermedades Profesionales previsto como Anexo I del Decreto 658/96 y a la Tabla de Evaluación de Incapacidades prevista como Anexo I del Decreto 659/96 y sus modificatorios, o los que los sustituyan en el futuro.

Capítulo II

Ordenamiento de la Gestión del Régimen

ARTÍCULO 10. – La Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) establecerán los indicadores que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) habrán de tener en cuenta para establecer su régimen de alícuotas, entre los cuales se considerarán el nivel de riesgo y la siniestralidad presunta y efectiva; con más una suma fija que, por cada trabajador, corresponda integrar al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales.

Entre los citados indicadores se deberá considerar:

- a) El nivel de riesgo se ajustará a categorías que se determinarán de acuerdo al grado de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad, y demás parámetros objetivos que la reglamentación establezca.
- b) El rango de alícuotas fijado para cada categoría no podrá superponerse con los rangos de alícuotas establecidos para los restantes niveles.
- c) La prohibición de esquemas de bonificaciones y/o alícuotas por fuera del nivel de riesgo establecido.
- d) La prohibición de discriminación directa o indirecta basada en el tamaño de empresa.

La determinación de la base imponible se efectuará sobre el monto total de las remuneraciones y conceptos no remunerativos que declare mensualmente el empleador.

ARTÍCULO 11. – El sistema de alícuotas deberá estar sujeto a lo normado por el artículo 26 de la ley 20.091, sus modificatorias, y disposiciones reglamentarias, y será aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN). Si transcurridos treinta (30) días corridos de la presentación efectuada por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) el organismo de control no hubiera notificado objeción o rechazo alguno, el régimen se considerará aprobado.

Una vez transcurrido un (1) año desde la incorporación de la alícuota al contrato del empleador, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) podrá modificarla dentro del régimen de alícuotas aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) y previo aviso de manera fehaciente con sesenta (60) días de anticipación al empleador. En este supuesto, el empleador podrá optar por continuar con el contrato de afiliación y la nueva alícuota o cambiar de Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART). Cuando el empleador tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, dicho plazo se extenderá a seis (6) meses.

ARTÍCULO 12. – A los fines de una adecuada relación entre el valor de la cuota y la siniestralidad del empleador, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) pondrá a disposición de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) toda la información sobre siniestralidad registrada en cada uno de los establecimientos de los empleadores incluidos en el ámbito de aplicación del régimen.

ARTÍCULO 13. – Transcurrido dos (2) años de la vigencia de la presente, la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), podrán establecer nuevos indicadores para la fijación del sistema de alícuotas por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), orientados a reflejar la vinculación entre las cuotas y la siniestralidad efectiva y presunta, así como los niveles de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad.

Podrán considerar a tales efectos: alícuotas básicas, un componente de proporcionalidad entre la actividad económica principal y la de mayor riesgo que realice el empleador afiliado, suplementos o reducciones proporcionalmente relacionados tanto con el nivel de incumplimientos del empleador a la normativa vigente en materia de higiene y seguridad, como con los índices de siniestralidad.

La Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), podrán fijar un sistema de alícuotas uniformes por colectivo cubierto, que sólo reconocerá variaciones de acuerdo al nivel de riesgo probable y efectivo.

ARTÍCULO 14. – Para el supuesto de cobertura de la reparación fundada en otros sistemas de responsabilidad, por lo que exceda de lo cubierto en el presente régimen, deberán establecerse separadamente las primas para hacer frente a la misma, conforme a las normas que rigen en la materia, fijadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

ARTÍCULO 15. – Los empleadores tendrán derecho a recibir de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) a la que se encuentren afiliados, información respecto del sistema de alícuotas, de las prestaciones y demás acciones que este régimen pone a cargo de aquélla.

ARTÍCULO 16. – Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) deberán limitar su presupuesto en gastos de administración y otros gastos no prestacionales al porcentaje que establezcan conjuntamente la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) y la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), el que no podrá superar el veinte por ciento (20%) de los ingresos que les correspondan para ese seguro. Dentro de ese importe, podrán asignar a gastos de comercialización o intermediación en la venta del seguro hasta el cinco por ciento (5%) del total.

Capítulo III Disposiciones Generales

ARTÍCULO 17. –

1. Deróganse los artículos 19, 24 y los incisos 1, 2 y 3 del artículo 39 de la ley 24.557 y sus modificatorias. Las prestaciones indemnizatorias dinerarias de renta periódica, previstas en la citada norma, quedan transformadas en prestaciones indemnizatorias dinerarias de pago único, con excepción de las prestaciones en ejecución.

2. A los efectos de las acciones judiciales previstas en el artículo 4° último párrafo de la presente ley, será competente en la Capital Federal la Justicia Nacional en lo Civil.

Invítase a las provincias para que determinen la competencia de esta materia conforme el criterio establecido precedentemente.

3. En las acciones judiciales previstas en el artículo 4° último párrafo de la presente ley, resultará de aplicación lo dispuesto por el artículo 277 de la ley 20.744. Asimismo, se deberá considerar como monto del proceso a todos los

efectos de regulaciones de honorarios e imposición de costas, la diferencia entre el capital de condena y aquel que hubiera percibido el trabajador -tanto en dinero como en especie- como consecuencia del régimen de reparación contenido en esta ley, no siendo admisible el pacto de cuota litis.

4. A los fines del depósito contemplado en el artículo 6° primer párrafo de la presente ley, en sede judicial se aplicarán los intereses a la tasa dispuesta en la sentencia desde la exigibilidad de cada crédito. En sede administrativa, el depósito se hará en un fondo especial administrado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), aplicándose los intereses a la tasa prevista para la actualización de créditos laborales.

5. Las disposiciones atinentes a las prestaciones en dinero y en especie de esta ley entrarán en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.

6. Las prestaciones en dinero por incapacidad permanente, previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, y su actualización mediante el decreto 1694/09, se ajustarán a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley conforme al índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), publicado por la Secretaría de Seguridad Social, desde el 1° de enero del año 2010.

La actualización general prevista en el artículo 8° de esta ley se efectuará en los mismos plazos que la dispuesta para el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) por el artículo 32 de la ley 24.241, modificado por su similar 26.417.

7. Las disposiciones atinentes al importe y actualización de las prestaciones adicionales por Gran Invalidez entrarán en vigencia a partir de la publicación en el Boletín Oficial de la presente, con independencia de la fecha de determinación de esa condición.

ARTÍCULO 18. – Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

3. Ley 27.348

Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

COMPLEMENTARIA DE LA LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO

TÍTULO I

De las comisiones médicas

ARTÍCULO 1° – Dispónese que la actuación de las comisiones médicas jurisdiccionales creadas por el artículo 51 de la ley 24.241 y sus modificatorias, constituirá la instancia administrativa previa, de carácter obligatorio y excluyente de toda otra intervención, para que el trabajador afectado, contando con el debido patrocinio letrado, solicite la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo.

Será competente la comisión médica jurisdiccional correspondiente al domicilio del trabajador, al lugar de efectiva prestación de servicios por el trabajador o, en su defecto, al domicilio donde habitualmente aquel se reporta, a opción del trabajador y su resolución agotará la instancia administrativa.

Los trabajadores vinculados por relaciones laborales no registradas con empleadores alcanzados por lo estatuido en el apartado primero del artículo 28 de la ley 24.557 no están obligados a cumplir con lo dispuesto en el presente artículo y cuentan con la vía judicial expedita.

Los honorarios profesionales que correspondan por patrocinio letrado y demás gastos en que incurra el trabajador a consecuencia de su participación ante las comisiones médicas estarán a cargo de la respectiva aseguradora de riesgos del trabajo (ART).

ARTÍCULO 2°. – Una vez agotada la instancia prevista en el artículo precedente las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El trabajador tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

La decisión de la Comisión Médica Central será susceptible de recurso directo, por cualquiera de las partes, el que deberá ser interpuesto ante los tribunales de alzada con competencia laboral o, de no existir éstos, ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Los recursos interpuestos procederán en relación y con efecto suspensivo, a excepción de los siguientes casos, en los que procederán con efecto devolutivo:

- a) cuando medie apelación de la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central en el caso previsto en el artículo 6°, apartado 2, punto c) de la ley 24.557, sustituido por el artículo 2° del decreto 1278/2000;
- b) cuando medie apelación de la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central en caso de reagravamiento del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

El recurso interpuesto por el trabajador atraerá al que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en instancia laboral resultará vinculante para todas las partes.

Los decisorios que dicten las comisiones médicas jurisdiccionales o la Comisión Médica Central que no fueren motivo de recurso alguno por las partes así como las resoluciones homologatorias, pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la ley 20.744 (t.o. 1976).

Las resoluciones de la respectiva comisión médica jurisdiccional y de la Comisión Médica Central deberán ser notificadas a las partes y al empleador. Para todos los supuestos, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 9° de la ley 26.773.

Todas las medidas de prueba producidas en cualquier instancia serán gratuitas para el trabajador.

En todos los casos los peritos médicos oficiales que intervengan en las controversias judiciales que se susciten en el marco de la ley 24.557 y sus modificatorias deberán integrar el cuerpo médico forense de la jurisdicción interviniente o entidad equivalente que lo reemplace y sus honorarios no serán variables ni estarán vinculados a la cuantía del respectivo juicio y su regulación responderá exclusivamente a la labor realizada en el pleito.

En caso que no existieren profesionales que integren los cuerpos médicos forenses en cantidad suficiente para intervenir con la celeridad que el trámite judicial lo requiera como peritos médicos, los tribunales podrán habilitar mecanismos de inscripción de profesionales médicos que expresamente acepten los parámetros de regulación de sus honorarios profesionales conforme lo previsto en el párrafo precedente.

No podrán ser objeto de pactos de cuota litis los procesos judiciales que se sustancien en el marco del presente Título.

ARTÍCULO 3°. – Créase el Servicio de Homologación en el ámbito de las comisiones médicas jurisdiccionales, el cual tendrá las funciones y operará según el procedimiento establecido en el Anexo I de la presente.

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo dictará las normas del procedimiento de actuación ante las comisiones médicas jurisdiccionales y la Comisión Médica Central.

La comisión médica jurisdiccional deberá expedirse dentro de los sesenta (60) días hábiles administrativos, contados a partir de la primera presentación debidamente cumplimentada y la reglamentación establecerá los recaudos a dichos efectos.

Dicho plazo será prorrogable por cuestiones de hecho relacionadas con la acreditación del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, debidamente fundadas.

Todos los plazos resultarán perentorios y su vencimiento dejará expedita la vía prevista en el artículo 2° de la presente ley.

La demora injustificada que pudiere imputarse a la respectiva comisión médica jurisdiccional hará incurrir en falta grave a los responsables.

ARTÍCULO 4°. – Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir al presente Título.

La adhesión precedentemente referida, importará la delegación expresa a la jurisdicción administrativa nacional de la totalidad de las competencias necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 1°, 2° y 3° del presente y en el apartado 1 del artículo 46 de la ley 24.557 y sus modificatorias, así como la debida adecuación, por parte de los Estados provinciales adherentes, de la normativa local que resulte necesaria.

TÍTULO II

Del Autoseguro Público Provincial

ARTÍCULO 5°. – Créase el Autoseguro Público Provincial destinado a que las provincias y sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puedan autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en la ley 24.557 y sus modificatorias, respecto de los regímenes de empleo público provincial y municipal, de acuerdo a lo que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Para acceder al Autoseguro Público Provincial, cada jurisdicción deberá garantizar la existencia de una estructura suficiente para el adecuado otorgamiento de las prestaciones en especie de la ley 24.557 y sus

modificatorias, de acuerdo a las condiciones y requisitos que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Las prestaciones dinerarias deberán ser administradas mediante un régimen de gestión económica y financiera separado del que corresponda a la contabilidad general provincial.

El Autoseguro Público Provincial deberá integrarse al sistema de registros y establecer para cada dependencia o establecimiento con riesgo crítico, de conformidad con lo que determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, un plan de acción específico.

Los autoasegurados públicos provinciales tendrán idénticas obligaciones que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados en materia de reportes e integración al Registro Nacional de Incapacidades, según determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

El autoseguro público de cada provincia podrá admitir la incorporación de sus municipios, los que pasarán a integrar el Autoseguro Público Provincial de la respectiva provincia.

ARTÍCULO 6°. – Los empleadores que opten por el régimen de Autoseguro Público Provincial deberán:

- a) Inscribirse en un registro que se creará específicamente a tal efecto, cuya forma y contenido determinará la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- b) Cumplir con las obligaciones y procedimientos que la ley 24.557 y sus modificatorias ponen a cargo de los empleadores y de las aseguradoras de riesgos del trabajo, en los términos que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo con la excepción de la afiliación, del aporte al Fondo de Reserva de la ley 24.557 y sus modificatorias y de toda otra obligación incompatible con dicho régimen.

ARTÍCULO 7°. – El incumplimiento por parte de los empleadores que opten por el régimen de Autoseguro Público Provincial de las obligaciones a su cargo, será pasible de las sanciones dispuestas en el artículo 32 de la ley 24.557 y sus modificatorias, sin perjuicio de las previstas en el Libro 2°, Título XI, Capítulo VII del Código Penal.

ARTÍCULO 8°. – Estará a cargo de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo:

- a) Supervisar y fiscalizar a los empleadores incorporados al Autoseguro Público Provincial en cuanto al otorgamiento de las prestaciones dinerarias y en especie vinculadas al sistema de riesgos del trabajo;

- b) Establecer los programas de prevención para los empleadores incorporados al Autoseguro Público Provincial.

ARTÍCULO 9°. – Incorpórase como miembros del Comité Consultivo Permanente creado por el artículo 40 de la ley 24.557 y sus modificatorias, a dos (2) representantes de las jurisdicciones que hayan optado por el régimen de Autoseguro Público Provincial, los que se integrarán a la representación del sector gubernamental.

TÍTULO III

Disposiciones de ordenamientos del sistema sobre riesgos del trabajo

ARTÍCULO 10. – Sustitúyese el artículo 7° de la ley 24.557 por el siguiente texto:

Artículo 7°. – Incapacidad Laboral Temporaria.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales.

2. La situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cesa por:

- a) Alta médica;
- b) Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP);
- c) Transcurso de dos (2) años desde la primera manifestación invalidante;
- d) Muerte del damnificado.

3. Si el trabajador damnificado, dentro del plazo previsto en el inciso c) del apartado anterior, se hubiera reincorporado al trabajo y volviera a estar de baja por idéntico accidente o enfermedad profesional, su situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) continuará hasta el alta médica, declaración de Incapacidad Laboral Permanente, en caso de corresponder, su deceso o hasta completar dos (2) años efectivos de baja, sumándose todos los períodos en los cuales se hubiera visto impedido de trabajar.

ARTÍCULO 11. – Sustitúyese el artículo 12 de la ley 24.557 por el siguiente texto:

Artículo 12. – Ingreso base. Establécese, respecto del cálculo del monto de las indemnizaciones por incapacidad laboral definitiva o muerte del trabajador, la aplicación del siguiente criterio:

1°. A los fines del cálculo del valor del ingreso base se considerará el promedio mensual de todos los salarios devengados –de conformidad con lo establecido por el artículo 1° del Convenio N° 95 de la OIT– por el trabajador durante el año anterior a la primera manifestación invalidante, o en el tiempo de prestación de servicio si fuera menor. Los salarios mensuales tomados

a fin de establecer el promedio se actualizarán mes a mes aplicándose la variación del índice RIPTe (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables).

2°. Desde la fecha de la primera manifestación invalidante y hasta el momento de la liquidación de la indemnización por determinación de la incapacidad laboral definitiva, deceso del trabajador u homologación, el monto del ingreso base devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta (30) días del Banco de la Nación Argentina.

3°. A partir de la mora en el pago de la indemnización será de aplicación lo establecido por el artículo 770 del Código Civil y Comercial acumulándose los intereses al capital, y el producido devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta (30) días del Banco de la Nación Argentina, hasta la efectiva cancelación.

ARTÍCULO 12. – Incorpórase como apartado 6 del artículo 27 de la ley 24.557 el siguiente texto:

6. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo podrá extinguir el contrato de afiliación de un empleador en caso que se verifique la falta de pago de dos (2) cuotas mensuales, consecutivas o alternadas, o la acumulación de una deuda total equivalente a dos (2) cuotas, tomando como referencia la de mayor valor en el último año. La extinción del contrato deberá ajustarse a los requisitos, modalidades y plazos que determine la reglamentación. A partir de la extinción, el empleador se considerará no asegurado y estará en la situación prevista en el apartado 1 del artículo 28 de esta ley. Sin perjuicio de ello, la aseguradora deberá otorgar prestaciones en especie, con los alcances previstos en el Capítulo V de esta ley, por las contingencias ocurridas dentro de los tres (3) meses posteriores a la extinción por falta de pago. La aseguradora podrá repetir del empleador el costo de las prestaciones otorgadas conforme lo dispuesto en el párrafo anterior.

ARTÍCULO 13. – Sustitúyese el texto del artículo 37 de la ley 24.557 (reemplazado por el artículo 74 de la ley 24.938) por el siguiente:

Artículo 37: Financiamiento. Los gastos de los entes de supervisión y control serán financiados por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, los empleadores autoasegurados públicos provinciales y los empleadores autoasegurados, conforme aquellos entes lo determinen.

En ningún supuesto dicha contribución podrá superar:

- a) En el caso de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, el uno coma cuatro por ciento (1,4%) del total de los importes percibidos por cuotas de contratos de afiliación.

- b) En el caso de los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados, el cero coma cinco por mil (0,5%) de su masa salarial promedio de los últimos seis (6) meses.

ARTÍCULO 14. – Sustitúyese el primer apartado del artículo 46 de la ley 24.557 por el siguiente texto:

Artículo 46. – Competencia judicial.

1. Una vez agotada la instancia prevista ante las comisiones médicas jurisdiccionales las partes podrán solicitar la re-visión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El trabajador tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

La decisión de la Comisión Médica Central será susceptible de recurso directo, por cualquiera de las partes, el que deberá ser interpuesto ante los tribunales de alzada con competencia laboral o, de no existir éstos, ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Los recursos interpuestos procederán en relación y con efecto suspensivo, a excepción de los siguientes casos, en los que procederán con efecto devolutivo:

- a) cuando medie apelación de la ART ante la Comisión Médica Central en el caso previsto en el artículo 6º, apartado 2, punto c) de la ley 24.557, sustituido por el artículo 2º del decreto 1278/2000;
- b) cuando medie apelación de la ART ante la Comisión Médica Central, en caso de agravamiento del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

El recurso interpuesto por el trabajador atraerá al que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en instancia laboral resultará vinculante para todas las partes.

Los decisorios que dicten las comisiones médicas jurisdiccionales o la Comisión Médica Central que no fueren motivo de recurso alguno por las partes así como las resoluciones homologatorias, pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la ley 20.744 (t.o. 1976).

Las resoluciones de la respectiva comisión médica jurisdiccional y de la Comisión Médica Central deberán ser notificadas a las partes y al empleador.

Para todos los supuestos, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 9° de la ley 26.773.

Todas las medidas de prueba producidas en cualquier instancia serán gratuitas para el trabajador.

ARTÍCULO 15. – Sustitúyese el cuarto párrafo del artículo 4° de la ley 26.773 por el siguiente texto:

Las acciones judiciales con fundamento en otros sistemas de responsabilidad sólo podrán iniciarse una vez recibida la notificación fehaciente prevista en este artículo y agotada la vía administrativa mediante la resolución de la respectiva comisión médica jurisdiccional o cuando se hubiere vencido el plazo legalmente establecido para su dictado.

ARTÍCULO 16. – Incorpórase a la ley 26.773 el artículo 17 bis, según el siguiente texto:

Artículo 17 bis: Determínase que sólo las compensaciones adicionales de pago único, incorporadas al artículo 11 de la ley 24.557 y sus modificatorias, y los importes mínimos establecidos en el decreto 1694/09, se deberán incrementar conforme la variación del índice RIPTÉ (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), desde el 1° de enero de 2010 y hasta la fecha de la primera manifestación invalidante de la contingencia considerando la última variación semestral del RIPTÉ de conformidad con la metodología prevista en la ley 26.417.

ARTÍCULO 17. – Dispónese que todas las prestaciones dinerarias e indemnizaciones que se liquiden administrativa o judicialmente, deberán ser depositadas en la "cuenta sueldo" del respectivo trabajador, creada en virtud de lo establecido en la ley 26.590 y normativa complementaria y siempre que aquella se encuentre disponible.

ARTÍCULO 18. – Estarán a cargo de la respectiva aseguradora de riesgos del trabajo o empleador autoasegurado los gastos de atención médica en que incurra la obra social del trabajador y que resulten cubiertos por la ley 24.557 y sus modificatorias.

Asimismo, las prestaciones en especie que sean brindadas por las aseguradoras de riesgos del trabajo y que resulten motivadas en accidentes o enfermedades inculpables no alcanzados por la ley 24.557 y sus modificatorias, serán reintegradas por la respectiva obra social del trabajador.

La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y la Superintendencia de Servicios de Salud, crearán una

Comisión Especial que dictará las normas reglamentarias para instrumentar esos reintegros y establecerá un procedimiento administrativo obligatorio para las partes, en caso de conflicto, que deberá incluir penalidades para los incumplidores. Establécese que los prestadores médico asistenciales contratados por las administradoras de riesgos del trabajo deberán estar inscriptos en el registro de prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. Las superintendencias de Riesgos del Trabajo y de Servicios de Salud establecerán las modalidades y condiciones para formalizar dicha inscripción.

ARTÍCULO 19. – La Superintendencia de Riesgos del Trabajo deberá remitir al Comité Consultivo Permanente creado por el artículo 40 de la ley 24.557 y dentro del plazo de tres (3) meses contado a partir de la vigencia de la presente, un anteproyecto de ley de protección y prevención laboral destinado a garantizar que las condiciones y medio ambiente de trabajo resulten acordes con las mejores prácticas y la normativa internacional en la materia de su incumbencia y que permita que esos principios generales sean ajustados en forma específica para cada actividad, a través de los convenios colectivos de trabajo.

ARTÍCULO 20. – La modificación prevista al artículo 12 de la ley 24.557 y sus modificatorias, se aplicará a las contingencias cuya primera manifestación invalidante resulte posterior a la entrada en vigencia de la presente ley.

ARTÍCULO 21. – Deróganse el artículo 8° y el apartado 6° del artículo 17 de la ley 26.773.

ARTÍCULO 22. – Las disposiciones de la presente son de orden público.

ARTÍCULO 23. – El Poder Ejecutivo deberá, dentro del plazo de seis (6) meses contados desde la vigencia de la presente ley, elaborar un texto ordenado de las leyes 24.557, 26.773 y de la presente.

ARTÍCULO 24. – Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

ANEXO I

PROCEDIMIENTO ANTE EL SERVICIO DE HOMOLOGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS COMISIONES MÉDICAS JURISDICCIONALES

Artículo 1° – El Servicio de Homologación, en el ámbito de las comisiones médicas jurisdiccionales, será el encargado de sustanciar y homologar los acuerdos por incapacidades laborales permanentes definitivas y fallecimiento, previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, mediante las actuaciones y con intervención de los funcionarios que a tal efecto determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Artículo 2° – Los dictámenes de la comisión médica jurisdiccional que

determinen un porcentaje de incapacidad laboral permanente definitiva o el fallecimiento por causas laborales, deberán ser notificados a las partes y al empleador.

En oportunidad de la notificación prevista en el apartado anterior, se los citará a una audiencia a celebrarse ante el Servicio de Homologación, la cual estará presidida por un funcionario letrado designado a tal efecto por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, siendo obligatoria la concurrencia de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, del trabajador o derechohabientes y/o sus representantes legales.

En dicha audiencia se informará a las partes el importe de la indemnización que le corresponde percibir al trabajador o a sus derechohabientes según lo dispuesto en la ley 24.557 y sus modificatorias.

Si mediare conformidad con lo actuado, el Servicio de Homologación, emitirá el acto de homologación pertinente, dejando expresa constancia del ejercicio por parte del trabajador o de sus derechohabientes de la opción prevista en el artículo 4° de la ley 26.773.

En caso de disconformidad de alguna de las partes con el porcentaje de incapacidad determinada, se labrará un acta dejando constancia de ello y quedará expedita la vía recursiva prevista en el artículo 2° de la presente ley.

Si la disconformidad fuera respecto del importe de la indemnización, las partes podrán arribar a un acuerdo por un monto superior, el cual deberá ser homologado por el Servicio de Homologación quedando expedita, en caso contrario, la vía recursiva prevista en el artículo 2° de la presente ley, dejándose expresa constancia en el acta que se labre a tal efecto.

Artículo 3° – Para el caso en que las partes, en forma previa a la intervención de la comisión médica jurisdiccional, hubieren convenido el monto de la indemnización correspondiente al daño derivado del accidente laboral o enfermedad profesional, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo deberá solicitar la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional, a fin de someter la propuesta de convenio ante el Servicio de Homologación.

El Servicio de Homologación citará a las partes y al empleador, con el objeto de que los profesionales médicos que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo designe al efecto, verifiquen el grado de incapacidad contenido en la propuesta. Cumplido tal extremo y contando con el respectivo informe del profesional médico, el Servicio de Homologación constatará que el grado de incapacidad y el importe de la indemnización acordada se corresponden con la normativa de la ley 24.557 y sus modificatorias.

En tal caso, el Servicio de Homologación, luego de constatar la libre emisión del consentimiento por parte del trabajador o de sus derechohabientes, homologará la propuesta de convenio mediante el acto pertinente, dejando expresa constancia del ejercicio por parte del trabajador o de sus derechohabientes de la opción prevista en el artículo 4° de la ley 26.773.

En ningún caso se homologará una propuesta de convenio que contenga un monto de reparación dineraria menor a la que surja de la estricta aplicación de la normativa de la ley 24.557 y sus modificatorias.

En caso de disconformidad de alguna de las partes con el grado de incapacidad verificado por el Servicio, se labrará un acta dejando constancia de ello y se requerirá la intervención de la Comisión Médica a fin de que se sustancie el trámite de determinación de incapacidad.

Artículo 4° – Los actos de homologación asumirán autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos y con los alcances del artículo 15 de la ley 20.744 (t.o. 1976).

4. Decreto 1694/2009

BOLETÍN OFICIAL 6/11/2009

Incrementéntanse los montos de las Prestaciones Dinerarias. Créase el Registro de Prestadores Médico Asistenciales.

Bs. As., 5/11/2009

VISTO el Expediente N° 15.350/09 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, las Leyes Nros. 19.587 y 24.557 y sus modificaciones, y CONSIDERANDO:

Que el régimen creado por la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, denominado de Riesgos del Trabajo, instituyó un sistema de seguro obligatorio por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a cargo de gestoras privadas con o sin fines de lucro, abarcando tanto a los empleadores del sector público como del sector privado.

Que a partir de su puesta en marcha, el citado sistema de prevención y reparación de la siniestralidad laboral evidenció su imperfección estructural como instrumento de protección social, lo que originó el estudio de distintas alternativas de superación.

Que en función de ello, mediante el Decreto N° 1278 del 28 de diciembre de 2000 se modificaron algunas previsiones de la ley mencionada, destacándose, entre otras, la inclusión de mayores compromisos en materia de prevención; la mejora de las prestaciones dinerarias; la apertura del

concepto de enfermedad profesional según el procedimiento allí previsto; la ampliación del régimen de derechohabientes; la inclusión de un dictamen jurídico en la instancia administrativa de solución de conflictos y la ampliación del destino del Fondo Fiduciario para Enfermedades Profesionales; entre otras disposiciones.

Que sin embargo, dicha modificación parcial no fue suficiente para otorgar a ese cuerpo legal un estándar equitativo, jurídico, constitucional y operativamente sostenible.

Que a partir de la sentencia dictada por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, en autos "Castillo, Angel Santos c/Cerámica Alberdi S.A." de fecha 7 de septiembre de 2004, la instancia judicial fue descalificando, en sucesivos fallos, varias de sus disposiciones por considerarlas inconstitucionales. (Milone, Juan Antonio c/Asociart S.A. Aseguradora de Riesgos del Trabajo s/ accidente Ley Nº 9688, Aquino, Isacio c/ Cargo Servicios Industriales S.A. s/ accidentes Ley Nº 9688, entre otros).

Que el PODER EJECUTIVO NACIONAL se abocó a formular un proyecto de ley modificatorio de las Leyes sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 (LRT) y de Higiene y Seguridad en el Trabajo Nº 19.587, basándose en las directrices que emanan de los fallos mencionados, en las opiniones de los autores especializados y en el relevamiento de las necesidades de los actores del sistema de relaciones del trabajo; todo ello procurando el más profundo y abarcativo consenso.

Que aún resta superar importantes diferencias y por ello debe profundizarse el diálogo entre los distintos sectores involucrados a fin de alcanzar una normativa que resulte superadora de los regímenes mencionados.

Que en ese contexto, tampoco puede desconocerse que, una norma que reconozca inspiración en el principio de justicia social, deberá priorizar la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. A ese objetivo deben abocarse todos los esfuerzos sin desatender los demás aspectos de tan complejo y polémico régimen.

Que sin perjuicio de lo precitado y a fin de continuar con ese cometido, el PODER EJECUTIVO NACIONAL entiende que el dictado de las medidas que permitan proteger a las víctimas y otorgar previsibilidad para los empleadores, contribuirá a la generación de un marco de paz social.

Que por tal razón, resulta pertinente mejorar las prestaciones dinerarias en concepto de incapacidad laboral permanente y muerte, actualizando las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, eliminando los topes indemnizatorios para todos los casos y estableciendo pisos por debajo de los cuales no se reconocerá válidamente el monto indemnizatorio; de acuerdo a

las previsiones del artículo 11, inciso 3, de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones. Que al mismo fin contribuye la asimilación del cálculo de las sumas correspondientes a la incapacidad laboral temporaria con el de las enfermedades y accidentes inculpables regulados en la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias, suprimiendo uno de los factores más polémicos e inequitativos que padecía el sistema.

Que a la par de la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, la prioridad debe centrarse en la restitución de la salud y capacidad del trabajador afectado por un accidente de trabajo o enfermedad laboral, por lo que deben establecerse mecanismos que permitan un mayor control de la calidad y cantidad de las prestaciones médicas.

Que a su vez, también resulta necesario facilitarle a los damnificados el cobro de sus acreencias, dándole preferencia al pago mediante las cuentas bancarias abiertas a nombre de los mismos, por resultar un procedimiento más ágil y seguro.

Que en otro orden, se estima indispensable disponer el análisis de los costos que componen el régimen de alcúotas, con el objeto de reducir su impacto, promover una mayor equidad y favorecer positivamente el tratamiento para la pequeña empresa.

Que asimismo resulta necesario fomentar la creación de aseguradoras de riesgos del trabajo sin fines de lucro, de naturaleza mutual y/o con origen en la autonomía colectiva, teniendo en cuenta que ello puede contribuir a la mejora del sistema de riesgos del trabajo, especialmente en materia de prevención de siniestros, por lo que deben adoptarse medidas en tal sentido.

Que a los fines previstos en el artículo 32 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557 y sus modificaciones, corresponde establecer la equivalencia del valor Módulo Previsional (MOPRE) en un TREINTA Y TRES POR CIENTO (33%) del monto del haber mínimo garantizado conforme lo estipulado en el artículo 13 de la Ley N° 26.417.

Que para ello, la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) publicará el importe actualizado que arroje la aplicación de la equivalencia contenida en el considerando anterior en cada oportunidad que la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) proceda a la actualización del monto del haber mínimo garantizado de conformidad con lo previsto en el artículo 8° de la Ley N° 26.417.

Que en la perspectiva del análisis practicado sobre el régimen vigente, resulta imprescindible observar que los numerosos fallos dictados, tanto por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN a partir de la sentencia dictada en autos

"Aquino, Isacio c/Cargo Servicios Industriales SA s/accidentes ley 9688", de fecha 21 de septiembre de 2004, como los decisorios emanados de los demás Tribunales inferiores competentes, se ha producido, en los hechos, la desactivación de la prohibición contenida en el artículo 39, inciso 1, de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones; por lo que corresponde adoptar las medidas tendientes para que el organismo competente considere la aprobación de líneas de seguro por responsabilidad civil en materia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Que actualmente se encuentran dadas las condiciones económicas financieras generales del Sistema que permiten mejorar las prestaciones dinerarias previstas en la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, tal como lo dispone el artículo 11, inciso 3º de dicho cuerpo legal.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, incisos 1 y 2, de la CONSTITUCIÓN NACIONAL, el artículo 11, inciso 3º, de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones y el artículo 2º, último párrafo, de la Ley Nº 25.413 y sus modificatorias.

Por ello, LA PRESIDENTA DE LA NACIÓN ARGENTINA DECRETA:

CAPITULO I

INCREMENTO DE LOS MONTOS DE LAS PRESTACIONES DINERARIAS

Artículo 1º – Elévanse las sumas de las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el artículo 11, inciso 4, apartados a), b) y c), de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, a PESOS OCHENTA MIL (\$80.000), PESOS CIEN MIL (\$100.000) y PESOS CIENTO VEINTE MIL (\$120.000) respectivamente.

Art. 2º – Suprímense los topes previstos en el artículo 14, inciso 2, apartados a) y b), y en el artículo 15, inciso 2, último párrafo, respectivamente, de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones.

Art. 3º – Establécese que la indemnización que corresponda por aplicación del artículo 14, inciso 2, apartados a) y b), de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, nunca será inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$180.000.-) por el porcentaje de incapacidad.

Art. 4º – Establécese que la indemnización que corresponda por aplicación del artículo 15, inciso 2, de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, nunca será inferior a PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$180.000.-).

Art. 5° – Establécese en la suma de PESOS DOS MIL (\$2.000) la prestación adicional de pago mensual prevista en el artículo 17, inciso 2, de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones.

Art. 6° – Establécese que las prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o permanente provisoria mencionadas en el artículo 11, inciso 2, se calcularán, liquidarán y ajustarán de conformidad con lo establecido por el artículo 208 de la Ley de Contrato de Trabajo Nº 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias.

La prestación adicional de pago mensual prevista en el artículo 17, inciso 2, de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, se ajustará en la misma proporción en que lo sean las prestaciones del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley Nº 24.241, modificado por su similar Nº 26.417.

CAPITULO II

CREACIÓN DEL REGISTRO DE PRESTADORES MEDICO ASISTENCIALES

Art. 7° – Créase, en el ámbito y bajo la administración de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT), el Registro de Prestadores Médico Asistenciales de la Ley de Riesgos del Trabajo, en el que deberán inscribirse los prestadores y profesionales médico asistenciales, incluyendo a las obras sociales a que hace referencia el artículo 26, inciso 7, de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones.

La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) establecerá la información que deberá incluirse en el mencionado registro y relevará la estructura y la complejidad de los establecimientos de los prestadores y profesionales médico asistenciales que brinden servicios para una ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO (ART) o un empleador autoasegurado, con el fin de establecer si se encuentran en condiciones de otorgar las prestaciones previstas en la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, con los estándares mínimos de calidad y especialidad requeridos en la materia, como condición de permanencia.

Los distintos actores del Sistema de Riesgos del Trabajo, por sí o por quienes legalmente los representan, tendrán acceso a la nómina de prestadores y profesionales inscriptos en el registro.

La inscripción en el registro no releva a los prestadores profesionales y obras sociales de contar con las matrículas y habilitaciones que se requieran por parte de la autoridad sanitaria y municipal que corresponda.

CAPITULO III

DISPOSICIONES SOBRE EL PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS

Art. 8º. – Exclúyese del Impuesto sobre los Créditos y Débitos en Cuentas Bancarias y Otras Operatorias establecido en la Ley Nº 25.413 y sus modificatorias, a los pagos que en concepto de prestaciones dinerarias de la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, perciban los damnificados como consecuencia de una contingencia laboral.

Art. 9º. – Autorízase al MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL a establecer el pago de las prestaciones dinerarias que determina la Ley Nº 24.557 y sus modificaciones, en cuentas bancarias abiertas a nombre de cada damnificado, de conformidad con la reglamentación vigente en la materia y a regular las situaciones especiales que por el carácter de la prestación o su complejidad no permitan o dificulten la aplicación plena de este sistema.

Art. 10. – El control y supervisión previstos en la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 y sus modificaciones, al disponerse el pago de las prestaciones dinerarias mediante acreditación en cuenta bancaria abierta a nombre del trabajador damnificado, se encontrarán cumplidos a través de la remisión por parte del BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA (BCRA) a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) de la información que deberán suministrar las entidades bancarias al BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (BCRA) respecto de los depósitos que hagan las ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO (ART) o los empleadores por cuenta y orden de estas últimas para el pago de las mencionadas prestaciones dinerarias.

A estos fines, el BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (BCRA) establecerá las condiciones de funcionamiento de las cuentas respectivas.

Art. 11. – El ejercicio del control y supervisión de su modalidad de cumplimiento por parte de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT), referido en el artículo anterior, no exime a los obligados al pago de las pertinentes obligaciones que en materia de recibo prevé la normativa vigente, como así tampoco de las correspondientes notificaciones de puesta a disposición de las prestaciones dinerarias, de conformidad con la regulación aplicable.

CAPITULO IV

MEDIDAS RELATIVAS A LA GESTIÓN Y COBERTURA DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Art. 12. – Encomiéndase a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN) y a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) el dictado de las disposiciones necesarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, con el objeto de reducir los costos del sistema de la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 y sus modificaciones, sin por ello afectar la calidad del servicio brindado a los trabajadores.

Asimismo, los citados entes deberán adoptar los recaudos necesarios para que las ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO (ART), en el diseño de su régimen de alícuotas, ajusten su configuración a los indicadores contenidos en el artículo 24 de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, promoviendo condiciones favorables para su acceso por parte de las pequeñas empresas y evitando cualquier tratamiento diferenciado en su perjuicio.

Art. 13. – Instrúyese al MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) y a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN) a fin de que adopten las medidas necesarias, en los ámbitos de sus respectivas competencias, para impulsar la creación de entidades sin fines de lucro, de seguros mutuos, que tengan a su cargo la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la Ley sobre Riesgos de Trabajo, en los términos del artículo 2° y concordantes de la Ley de Entidades de Seguros y su Control N° 20.091 y sus modificatorias y el artículo 42, inciso a), de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones.

Art. 14. – Instrúyese a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN) para que adopte medidas tendientes a la aprobación de líneas de seguro por responsabilidad civil por accidente de trabajo y enfermedades laborales que les fueran presentadas por los distintos operadores de la actividad.

CAPITULO V

DISPOSICIONES FINALES

Art. 15. – Establécese, a los efectos del artículo 32 de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, la equivalencia del valor Módulo Provisional (MOPRE) en un TREINTA Y TRES POR CIENTO (33%) del monto del haber mínimo garantizado, conforme lo previsto en el artículo 13 de la Ley N° 26.417.

La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT) publicará el importe actualizado que surja de aplicar la equivalencia contenida en el párrafo precedente, en cada oportunidad que la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) proceda a actualizar el monto del haber mínimo garantizado, de conformidad con lo previsto en el artículo 8° de la Ley N° 26.417.

Art. 16. – Las disposiciones del presente decreto entrarán en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.

Art. 17. – Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. •

PROTOCOLO DEL CONSENSO EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO

La **Gerencia de Comisiones Médicas de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones** a cargo del Dr. Lorenzo Domínguez organizó en el mes de agosto 2004, las JORNADAS EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO con el fin de elaborar un Protocolo que sirva para esclarecer conceptos y unificar los **criterios utilizados** para la determinación de incapacidades laborales de la especialidad por las Leyes 24.241 y 24.557, en cumplimiento con:

- a) **El espíritu de ambas leyes.**
- b) La imprescindible **necesidad de compatibilizar los Baremos Previsional y de Riesgos del Trabajo puesto que las Incapacidades Laborales Permanentes Totales de la Ley de Riesgos del Trabajo desembocan en la solicitud del Trámite de Retiro por Invalidez de la Ley Previsional.**
- c) **Los delineamientos y pautas concretas** que se desprenden de la Ley de Riesgos del Trabajo y de algunos de sus Decretos reglamentarios, y, **en virtud de que la determinación de incapacidad laboral en ambos trámites es competencia de las comisiones médicas y de la Comisión Médica Central creadas por la Ley 24.241.**

A dichas jornadas estuvieron invitados autoridades y profesionales expertos en representación de la Superintendencia de AFJP y de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la totalidad de Psiquiatras miembros de las comisiones médicas del país y de la Comisión Médica Central y los psicólogos que forman parte de la estructura.

La Gerencia de Coordinación extendió la invitación a participar en las mismas a profesionales psiquiatras de los diferentes organismos que forman parte del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y de Riesgos del Trabajo tales como Administración Nacional de la Seguridad Social, Cámara de Seguros de Vida, AFJP, Unión de ART, etc; algunos de los cuales tienen competencia para realizar la veeduría de los exámenes médicos en ambas instancias administrativas y/o de presentar un recurso en caso de disconformidad con el dictamen emitido (Derecho que por supuesto tiene el trabajador).

Previo a las jornadas se difundió para su análisis un documento base PROYECTO DE PROTOCOLO dirigido a médicos psiquiatras, no psiquiatras y psicólogos, partiendo de la base que no todo psiquiatra ni psicólogo (incluyendo los profesionales prestadores de comisiones médicas sin psiquiatra) tiene el mismo grado de experiencia pericial para la detección de las diferentes

formas de simulación y que los no psiquiatras dependen de los informes de los profesionales prestadores mencionados.

Por otra parte no todos los psiquiatras y psicólogos prestadores utilizan las clasificaciones obligadas por Ley y algunos de ellos hasta desconocen su existencia, entorpeciendo el encuadre de las patologías y por ende el trabajo de quienes dependen de su informe.

Se ha utilizado la combinación de lenguaje coloquial y técnico para facilitar la comprensión del texto por parte de los profesionales médicos no especialistas en esta materia.

El Protocolo del Consenso en Psiquiatría Previsional y de Riesgos del Trabajo comprende:

- Un recordatorio de la semiología psiquiátrica clásica (imprescindible en virtud de que se trata de una Pericia Psiquiátrica específica para la determinación de incapacidades por las dos leyes).
- El modelo de H.C Psiquiátrica ya en uso en Comisión Médica Central y en otras comisiones. Consensuada durante las Jornadas Psiquiátricas de la SAFJP del año 2000.
- La clasificación de SINDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DESORDEN MENTAL ORGÁNICO por Grados, de utilidad a la hora de determinar compromiso psicorgánico por las dos Leyes. Consensuada durante las Jornadas Psiquiátricas de la SAFJP del año 2000.
- Se agregaron y ampliaron conceptos con criterio funcional sobre las patologías psiquiátricas en Riesgos del Trabajo, consideradas en el Baremo actual (Decreto 659/96).
- Se diseñaron cuadros tendientes a protocolizar funcionalmente el encuadre de las patologías psiquiátricas, motivo central de las jornadas, con la idea de que las comisiones sin psiquiatra soliciten de sus prestadores la identificación de aquellos elementos que determinan encuadre y porcentaje y se haga más accesible la comprensión del informe y su aplicación práctica.

OBJETIVOS

- Rescatar la importancia de la clínica psiquiátrica en concordancia con el criterio sustentado por las demás especialidades clínicas dentro de los baremos Previsional y de Riesgos del Trabajo.
- Relacionar los datos obtenidos con los aportes que en el mismo sentido se investigan durante la toma del "Cuestionario Guía" del Baremo Previsional.
- Rescatar el valor de la experiencia del perito actuante psiquiatra y/o psicólogo para desnudar las diferentes formas de simulación.

- Reafirmar el concepto siguiente: "Cuando las clasificaciones psiquiátricas, aún las de amplia difusión, se utilizan en objetivos diferentes para las que fueron creadas, solamente se consigue confusión y anarquía en este quehacer".
- Por último, incorpora elementos nuevos (protocolos), orientados en su totalidad a unificar criterios y a facilitar la aplicación de los mismos en todas las comisiones médicas, incluyendo a las que carecen de psiquiatra.

METODOLOGÍA OPERATIVA

Se formaron cuatro mesas de trabajo, los profesionales asistentes a las Jornadas de Protocolización de Psiquiatría se distribuyeron en cada una de ellas formando equipos integrados.

A los fines de generar conclusiones con un criterio más abarcativo, cada una de las mesas trabajó con un tema principal asignado y seleccionado de los abordados en los paneles efectuados durante las Jornadas de Protocolización, sin ser este hecho excluyente para que se emitiera opinión sobre los demás temas tratados en las otras mesas.

Cada mesa redactó las conclusiones en texto manuscrito el cual fue suscrito por los miembros presentes en la misma.

Un representante de cada una de las mesas de trabajo leyó sus conclusiones a "viva voz" sin que surgieran disensos u opiniones en contrario desde las otras mesas.

MESAS DE TRABAJO

CLASIFICACIÓN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU VALORACIÓN POR ESCALAS. ESTADO MENTAL, DEPRESIÓN y ANSIEDAD, MATERIAL APORTADO PARA SU ANÁLISIS

MESA 1

Evalúados los **Protocolos** sobre **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, ESTADO MENTAL, DEPRESIÓN y ANSIEDAD** por los especialistas psiquiatras y psicólogos convocados a las **JORNADAS DE PROTOCOLIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA** se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1. Las escalas no tienen valor diagnóstico porque puede existir falsedad por interés del afiliado.**
- 2. Las escalas hasta 100 no se justifican porque superponen cuadros clínicos y no hay diferenciación de entidades.**
- 3. La propuesta de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones es la más adecuada para la metodología diagnóstica porque utiliza un modelo de Historia Clínica completo**

que permite llegar al diagnóstico, el cual es posible de mensurar lo más objetivamente posible (para ambos sistemas).

- 4. Aceptamos el manejo de los grados intermedios porque son patologías que necesitan flexibilidad para su valoración.**

En lo referente a la utilidad de incorporar Asistentes o Visitadoras sociales para que efectúen estudios de campo en aquellas situaciones en que el comportamiento del solicitante generara dudas sobre la severidad del cuadro que ostenta durante el examen en Comisiones médicas, se propuso: **Solicitamos como prestadoras a Asistentes Sociales para ayudar en la valoración de los cuadros para definir mejor los mismos (estudios de campo).**

Sobre la batería de tests que integra el Psicodiagnóstico realizado por profesional psicólogo cuya importancia como herramienta complementaria del psiquiatra se rescató durante las Jornadas, al mismo tiempo que se presentó la histórica controversia de la incumbencia del psiquiatra y del psicólogo, surgió:

Respecto al psicodiagnóstico y a los tests coincidimos que la solicitud debe ser realizada por el perito y que el perito debe enviar una reseña aclaratoria indicando qué desea encontrar para descartar.

Conforme lo expresado por la Mesa que abordó este tema, las **“Conclusiones deben ser devueltas en el informe sin diagnóstico de patología”.**

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DESORDEN MENTAL ORGÁNICO

MESA 2

Se debatió el ítem correspondiente incorporado en el Proyecto de Protocolo, en el cual se propone la incorporación de una Clasificación por Grados de SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO que fuera aprobada por las Jornadas de Psiquiatría del año 2000 y relacionar ésta con el cuadro de TEC del Decreto 659/96 (que pone en evidencia la severidad del traumatismo) a los fines que aproximar el porcentaje de incapacidad a la realidad clínica.

Surgieron los siguientes conceptos:

- 1. Se detecta la necesidad de mayor objetivación, precisión y homogeneización tanto de la H. C. como de la cuantificación de las patologías.**
- 2. Se consideró de gran ayuda para conseguir dichos objetivos la propuesta presentada para la unificación de los criterios en los ámbitos laboral y previsional y de singular utilidad y valor la discriminación semiológica objetivada por grados del SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DESORDEN MENTAL ORGÁNICO.**

3. Se toma nota de la sugerencia de insertar la modificación en la valoración de incapacidad aceptando la posibilidad de incluir grados intermedios cuando esté plenamente justificado por la clínica y demás datos objetivos.
4. Se recomienda comenzar con esta modificación desde la actualidad.

ESTADOS DEPRESIVOS

MESA 3

1. Se concordó con el hecho de que en el Baremo Previsional no faltan formas clínicas en la clasificación de las Patologías depresivas.
2. Debe recordarse a los profesionales de las comisiones médicas y a prestadores que el diagnóstico de Depresión Mayor se usa exclusivamente en el concepto de los clásicos tal como está aclarado en el Decreto 478/98, es decir PSICOSIS AFECTIVA.
3. Las depresiones de causa orgánica producto de Intoxicaciones y Exposición a agentes químicos nominadas en el LEP se encuentran contemplados en la clasificación por grados del SINDROME CEREBRAL ORGANICO /DMO en forma integrada con la alteración de las demás funciones psíquicas.

En lo relacionado a los cuadros de *Estrés Postraumático* del Decreto 659/96 y a los errores de interpretación que pudieran surgir de su lectura se recomendó que:

A los fines de la utilización del Baremo Laboral debe clarificarse que en los Trastornos Psicorreactivos producto de Accidentes de Trabajo, los cuadros de Estrés Postraumático pueden ser Reacciones Vivenciales Anormales Neuróticas hasta el año de evolución o Desarrollos Vivenciales Anormales Neuróticos pasado el año de evolución, cuantificándose conforme se encuentra estipulado en cada uno de los grados.

En lo relacionado con los cuadros de *Protocolo Enfermedades Psiquiátricas* se afirmó:

Se acordó la conveniencia de utilizar en forma unificada (incluyendo profesionales prestadores psiquiatras) el PROTOCOLO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS incluido en el Proyecto de Protocolo presentado por la Gerencia de Comisiones Médicas de la SAFJP, con la finalidad de intentar hacer más comprensible a los profesionales no psiquiatras, los elementos tomados en cuenta para arribar al diagnóstico y porcentaje de incapacidad previsional por enfermedades de la especialidad.

ESTADOS PARANOIDES

MESA 4

1. Consideramos que el protocolo psiquiátrico en lo que respecta a estas patologías, es aplicable y que se debería dar un plazo

experimental para su aplicación en las comisiones médicas, de aproximadamente 12 meses.

2. Permite aplicar y evaluar la lógica de los acontecimientos.

En lo relacionado con aportes y propuestas se incorporan las efectuadas en la mesa, independientemente de que algunos elementos solicitados ya se consideraron dentro del Proyecto de Protocolo y en el Modelo de H.C. psiquiátrica que fuera aprobada en las Jornadas de Psiquiatría del año 2000, como surge de su lectura:

Sería importante para la Comisión Médica y las que carecen de psiquiatra en particular, la elaboración de un instructivo donde consten los pasos a seguir para la evaluación, como ser:

Elaboración de la H.C. donde se consignen datos referidos a:

1. Tiempo transcurrido desde la insertación de la patología.
2. Evolución con períodos de remisión o no.
3. Continuidad Laboral o no.
4. Tratamientos Instaurados.
5. Internaciones.
6. Antecedentes de problemas médico-legales.

La Gerencia de Comisiones Médicas en sus conclusiones afirmó que el uso responsable del **PROTOCOLO DE CONSENSO EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO** por un período entre 12 y 18 meses, al final del cual se organizará una nueva **JORNADA DE PROTOCOLIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**, permitirá efectuar un análisis sobre los logros obtenidos y los nuevos elementos que surgieran para enriquecer el actual material.

CONCLUSIONES

Se consensuó en forma unánime con las propuestas del trabajo preliminar "Proyecto de Protocolo" presentado por la SAFJP, acuerdo que se vio acompañado por la entusiasta participación de los asistentes durante las diferentes exposiciones y los aportes durante el debate.

El Sr. Gerente de Comisiones Médicas en el cierre de las actividades propuso el uso responsable del **PROTOCOLO DE CONSENSO EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO** por un período entre 12 y 18 meses, al final del cual se organizará una nueva **JORNADA DE PROTOCOLIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**, durante la que se efectuará un análisis sobre los logros obtenidos y los nuevos elementos que surgieran para enriquecer el actual material.

El actual proceso tendrá continuidad con planes de Capacitación, cuya Programación y Metodología operativa se dará a conocer oportunamente.

A posteriori el material aprobado fue girado para su análisis a las organizaciones de **APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)** y **AAP (Asociación Argentina de Psiquiatras)** para su análisis y aprobación.

La Presidencia de **APSA** giró el mencionado trabajo al comité de expertos, el cual aprobó la propuesta, consustanciado con la calidad del enfoque y el nivel técnico - científico.

Dicho comité aconsejó la utilización del **PROTOCOLO DEL CONSENSO EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO** dentro del seno de las comisiones médicas y de la Comisión Médica Central, asimismo recomendará el uso del texto entre los miembros asociados pertenecientes a la propia entidad

PERICIA PSIQUIÁTRICA LABORAL EN EL ÁMBITO PREVISIONAL Y DE RIESGOS DEL TRABAJO

La Historia Clínica Psiquiátrica Laboral y de Riesgos del Trabajo a semejanza de cualquier Historia Clínica, se basa en los elementos aportados por los antecedentes personales; por una descripción detallada de la evolución de la enfermedad o de los hechos en cuestión y por el examen del solicitante basado en la inspección, la observación minuciosa de cada una de las funciones psíquicas y métodos complementarios a demanda (electroencefalograma, batería de Tests, análisis de laboratorio, etc.) con la finalidad de arribar a un diagnóstico aproximado (si no se logra el de certeza) que permita orientarnos sobre la incapacidad laboral del afiliado, su transitoriedad o permanencia, la naturaleza de la afección y asimismo descartar lo que llamamos "Sobresimulación" (magnificación deliberada de síntomas pre-existentes) y la "Simulación verdadera" o propiamente dicha consistente en una actuación deliberada, intencional y conciente utilizada para fingir una enfermedad inexistente, en la búsqueda de un beneficio de renta.

La Historia Clínica psiquiátrica que habitualmente utilizamos con orientación asistencial, incluye los Antecedentes Familiares, que en este quehacer a los fines de determinación de incapacidad ocupa un lugar secundario, por esa razón no se consignan.

Antecedentes Personales:

Se debe hacer una breve reseña sobre enfermedades que desde la infancia pueden dejar secuelas psiquiátricas, como psicopatías adquiridas u oligofrenias (tal es el caso de las meningoencefalitis); las epilepsias infantiles, que pueden dejar retardos y los traumatismos craneales con pérdidas de conciencia que pueden originar deterioros de distinta magnitud, independientemente de haber ocurrido en cualquier momento de la existencia.

Asimismo, los accidentes vasculares cerebrales, los tumores, las demencias preseniles que en sus comienzos pueden tener una sintomatología psiquiátrica pura hasta que se perfile el cuadro neurológico con claridad; sin olvidar las pautas de maduración neurológica útiles al momento de tener que dictaminar "determinación de incapacidad en el derecho-habiente", pensiones por fallecimiento o discriminar entre una oligofrenia y los componentes psicorgánicos secuelares de un traumatismo de cráneo.

El 50% (cincuenta por ciento) de los tumores cerebrales, comienzan con sintomatología psiquiátrica y de toda la patología psiquiátrica, un 4% (cuatro por ciento) corresponde a tumores cerebrales.

No olvidar dentro de estos antecedentes internaciones por psiquiatría, lugar, tiempo que duraron, fechas en las que se produjeron, diagnósticos de egreso y tratamientos efectuados: farmacológicos, electroconvulsivantes, shock insulínico, goteos con monodrogas o combinados, etc. Tampoco las experiencias de drogadicción, anfetaminas u otros y los hábitos alcohólicos, cantidad por comida y fuera de ellas de vino y/o bebidas blancas.

Cuando se consigna la escolaridad del afiliado, debe indicarse hasta qué grado o año cursó, si repitió: en cuáles y si abandonó por dificultades en el aprendizaje o por otras causas, porque ello nos estará aportando un dato referido al nivel de inteligencia del sujeto.

El servicio militar como soldado, constituye muy frecuentemente una prueba de estabilidad mental, por lo menos en ese período de la existencia.

Estos datos deberían completarse con la biografía del sujeto, relaciones, trabajos, comportamiento en las distintas etapas de su vida, familia, intereses afectivos, que sin duda facilitarán delinear la personalidad premórbida y decidir cuál de sus síntomas es una exageración de rasgos preexistentes y cuáles son caracteres específicos de una enfermedad nueva.

En este sentido en el "Cuestionario Guía para las Enfermedades Psiquiátricas de Interés Previsional" (Decreto 478/98) los ITEMS 1 a 4 están orientados a estos datos.

ITEM N° 1

Los datos personales sirven para detectar si el afiliado esta orientado respecto de sí mismo, del lugar y del tiempo (orientación auto y alopsíquica), si pudo haber tenido un cuadro psiquiátrico precoz de importancia que impidiera la realización del servicio militar (ejemplo: Psicosis esquizofrénica u otra causa) y el grado de instrucción.

ITEM N° 2

Permite diferenciar el analfabetismo de los diferentes grados de debilidad mental.

ITEMS N° 3 y 4

Apuntan a discriminar Grado de inteligencia: normal - inferior - o si ésta se ha debilitado por un proceso de deterioro, orientando hacia los diferentes estados del juicio de realidad: conservado, insuficiente (oligofrénicos), debilitado (deterioros, demencias), desviado (psicóticos), suspendido (síndrome confusional), abolido (coma).

Enfermedad Actual:

Se describirán síntomas, época de comienzo, tratamientos realizados, internaciones si las hubiera, períodos de remisión, circunstancias de aparición, recidivas, evolución.

Aquí, utilizando un enfoque fenomenológico descriptivo, se detallarán los datos en lo posible no utilizando términos técnicos sino transcribiendo las palabras del afiliado, que se pondrán entre comillas, lo que permitirá a cualquier observador de la Historia Clínica un enfoque más objetivo. Pueden agregarse impresiones personales que tienen un alto valor, pero que deben quedar claramente expuestas como tales.

Al pie de Enfermedad Actual, se detallarán con nombres y dosis los medicamentos que ingiere en la actualidad el solicitante, especialmente los específicos para su cuadro psiquiátrico.

Pasos a seguir:

- 1°) De preferencia, el examen comenzará con el afiliado a solas en un tono cordial, no olvidemos que podemos estar en presencia de un psicótico y que de nuestra actitud dependerá la confianza que le inspiremos.
- 2°) Si se agota el interrogatorio sin que hubiéramos obtenido datos significativos (eso puede ser provocado por un cuadro de negativismo y oposicionismo esquizofrénico o por un psicópata simulador) se entrevista a un familiar.
- 3°) Cuando los elementos no son concluyentes, corresponde derivar al afiliado a Psicología, para observar su conducta por medio de otras pruebas.
- 4°) Si es necesario, citarlo para otro día, repitiendo la entrevista y los estudios, se comprobará si hay coincidencias o discrepancias severas con la entrevista anterior.
- 5°) Se podrá requerir H.C. asistencial fehaciente (lamentablemente no se cuenta con Visitadoras o Asistentes Sociales).

Cuando se trata de una auténtica psicosis, si bien el comportamiento o la colaboración pueden llegar a variar en el término de días, la fisonomía

de la patología genuina se va a mantener y va a existir generalmente una concordancia sobre la severidad del mismo cuadro. Otro tanto sucede con los Tests.

En cambio, un sobresimulador y mucho más un simulador, por muy bien asesorados que estén no siempre resisten imperturbables, reiterados y largos interrogatorios; los Tests pueden llegar a diferir entre sí, después de un tiempo prudencial porque no pueden ser recordados con exactitud (hecho que no ocurre con las patologías verdaderas).

En el Cuestionario Guía los ITEMS N° 23, 24 y 25 permiten detectar el "radical psicopático" y los potenciales conflictos con la autoridad, relacionando las respuestas entre sí.

ITEMS N° 33, 34 y 35

Apuntan a diagnosticar "Personalidades Psicopáticas en sentido estricto", conflictivas en su medio laboral, con antecedentes de incidentes judiciales; si se trata de personalidades pleitistas, o en su defecto, de personalidades anormales con intenciones finalistas especulativas. Por último, si los trastornos de conducta han sido tan severos como para determinar juicios por inhabilitación o insania.

Inspección:

Prosopografía del solicitante, comprende:

a) Hábito: Independientemente del Normotipo armónico, según la tipología de Kretschmer puede ser:

Leptosómico: Predominan los diámetros longitudinales. Constitución longilínea, espigada, grácil, en un 47% se observa en las esquizofrenias, pero no es excluyente de otras patologías o de sujetos normales.

Pícnico: Predominan diámetros transversales, opuesto al anterior, es más frecuente en las personalidades ciclotímicas y dentro de las psicosis se observa en la Maníaco-depresiva. No excluye otras psicosis ni sujetos normales.

Atlético: Figura membruda, corpulenta, gran fuerza y aspecto macizo. Acompañado por una personalidad lenta, pegajosa y adherente es frecuente en los epilépticos. No excluye otras psicosis ni sujetos normales.

Displásico: Anatomía desproporcionada, sin armonía y muchas veces con malformaciones congénitas. Acompañan cuadros de Endocrinopatía y Oligofrenias.

b) Aspecto Psíquico: Se consignará si el afiliado se comporta con una actitud normal o por el contrario si se manifiesta excitado, deprimido, indiferente, temeroso, lloroso, agresivo, desconfiado, eufórico, etc.

c) Actividad Psíquica: Activo o pasivo.

Es activo aquel sujeto que colabora con la entrevista y también aquellos en los que se observa una productividad creativa delirante. Pasivo es el poco colaborador, metido en su mundo, como el depresivo o aquellos que ostentan un estado deficitario de su intelecto: oligofrénicos, dementes, confusos.

Cabe agregar que en los casos deliberados de mutismo, con mirada vivaz, conectada consecuencia de Sobresimulación o simulación esta actitud de inmovilidad voluntaria y consciente es "activa".

d) Porte e Indumentaria: Un individuo desaliñado, desaseado, con marcado abandono personal de pelo, uñas, zapatos y maloliente, está revelando un desapego por sí mismo y por el mundo que lo circunda.

Deberá repararse si se trata de una conducta intencional reciente, si es un fenómeno producto del medio socio-cultural en el que se desempeña o vive o si es un síntoma de enfermedad.

A esto puede agregarse una actitud reticente y desconfiada, mirada de soslayo distante, que nos orientará hacia un cuadro paranoide, por ejemplo: Esquizofrenia.

Puede que la facies revele sufrimiento, comisuras labiales con rictus de amargura, ceño fruncido, omega melancólico, mirada apagada dirigida a su mundo interior, aspecto de agobio, encorvado, pensativo, da la apariencia de alguien que puede desplomarse.

La marcha y los movimientos acordes con sus pensamientos están marcadamente lentificados, la expresión que observa el interlocutor no es de desconfianza o autosuficiencia sino de derrota y tristeza.

La descripción anterior se corresponde con un cuadro depresivo muy severo, cuyo paradigma es la depresión endógena o melancolía y la fase depresiva de la psicosis maníaco depresiva.

Los ITEMS N° 30, 31 y 32 del Cuestionario Guía fueron pensados para orientarse en las dos grandes y diferentes formas de depresión - neuróticas o psicóticas- sus tratamientos y su consideración previsional que es absolutamente opuesta entre sí.

Otras veces, el peticionante se puede presentar con vestimenta extravagante, colores chillones, expresión eufórica, conducta inadecuada, vociferante, con un ritmo de pensamiento acelerado que pone en evidencia la existencia de taquipsiquia verborrágica.

El discurso no puede seguir mucho tiempo la misma idea (idea directriz) y la temática es cambiante, ora irritable ora chispeante, su evidente megalomanía le permite concebir con la imaginación las empresas más audaces y arriesgadas, como si fuera un juego de niños.

La alegría patológica que ostenta puede manifestarse en conductas de prodigalidad pasibles de Juicios de Inhabilitación en algunos casos.

La excitación psíquica se extiende a la esfera motora y se acompaña de un marcado insomnio.

Esta descripción puede corresponderse a un síndrome maníaco puro o fase maníaca de la psicosis maníaco-depresiva. Tanto una fase como otra, se presentan inmotivadamente, con una duración de aproximadamente seis meses, remitiendo hasta la normalidad, en los casos de buen pronóstico; durante este período pueden desarrollar tareas normales.

No hay que excluir los cuadros de excitación psicomotriz de otra etiología como el Hipertiroidismo con el que suele confundirse.

A veces, el sujeto se presenta con actitud de sobrevaloración, rigidez, marcada pedantería y desconfianza, compatible con una personalidad patológica paranoica, que no excluye la existencia de un delirio.

Otras veces el solicitante se presenta vestido con pulcritud, detalles y combinaciones de buen gusto, trato sumamente formal y cordial, datos reveladores de una personalidad de rasgos obsesivos sobre la que puede haberse instalado o no una Enfermedad o Neurosis obsesiva (TOC).

Los ITEMS N° 12, 13 y 14 del Cuestionario Guía, se aproximan en forma progresiva a los componentes obsesivos de la personalidad, introduciéndose sutilmente en la averiguación de posibles rituales que configurarían según grado y evolución una probable enfermedad obsesiva estructurada, que debe estudiarse con mayor profundidad.

En otras oportunidades, los peticionantes llegan al examen con un rostro depresivo, proclives al llanto fácil cuando relatan vivencias dolorosas de diversa índole. Al observarlos minuciosamente se ponen en evidencia ciertas contradicciones entre el estado afectivo denunciado y el lenguaje exterior (peinado de peluquería, maquillaje prolijo, manos cuidadas, etc) que denotan una particular preocupación por su imagen frente al mundo, lo cual también revela un grado de disociación entre lo que expresa y la magnitud verdadera del trasfondo depresivo.

Esta presentación es frecuente en las depresiones neuróticas leves o moderadas que se instalan en personalidades inmaduras "Necesitadas de Estima" predominantemente histéricas de la clasificación de K. Schneider.

Los relatos habitualmente mostrarán a estas personalidades como víctimas de un destino fatalista. Sus síntomas ya sean hipocondríacos o a veces somáticos están orientados a generar un "beneficio secundario" de la enfermedad y a transformarlas en el centro del mundo.

Cada problema leve o grave sirve para colocarse en una situación de dependencia e intentar huir de las responsabilidades. Aunque el medio familiar o laboral satisfaga sus expectativas, reclamos y exigencias, el pretender obtener prebendas puede ser una conducta persistente y tiránica, conforme la magnitud de la alteración de la estructura de la personalidad de base.

Por todo lo expuesto anteriormente, es necesario evaluar detenidamente a los peticionantes, teniendo en cuenta además: edad, ocupación, tratamientos simples o combinados, internaciones psiquiátricas si las hubiera, situaciones laborales o personales conflictivas, respuesta a los tratamientos bien instituidos, etc.

Una actitud infortunada del examinador puede provocar en el afiliado un manejo neurótico, que si bien forma parte de la patología, actúa como un disparador y puede incentivarla. En sentido contrario una conducta acertada puede neutralizar una actitud manipuladora.

Aunque menos frecuentemente el afiliado puede presentarse en forma extravagante luciendo turbantes, medallas, plumas, etc, elementos que están indicando sin duda, un síndrome delirante.

Terminada la **Prosopografía**, se continúa con el estudio de la conciencia, la que se valora por los siguientes parámetros:

Orientación Autopsíquica:

Capacidad que tiene el afiliado de autoidentificarse: nombre, apellido, edad, nacionalidad, estado civil, escolaridad, profesión.

Por supuesto que estos datos han sido recogidos en el comienzo de la entrevista, en el primer contacto con el solicitante. Esta orientación puede hallarse conservada o no, en forma parcial o total.

Orientación Alopsíquica:

Ligada íntimamente a la anterior, se halla referida al tiempo, lugar y al espacio, fecha y año actual, domicilio del afiliado, domicilio al que concurrió para el examen, forma en que viajó, si lo hizo solo o acompañado, etc.

El interrogatorio sobre si acostumbra a salir solo y si no es así, ¿por qué? ¿Si se pierde? ¿Si es que tiene miedo de salir solo por un sentimiento de inseguridad? está dirigido en el primer caso, a despistar un compromiso de organicidad cerebral y en el segundo, componentes neuróticos – fóbicos, en el mismo sentido que los ITEMS N° 7, 8 y 9 del Cuestionario Guía.

Conciencia de Situación ITEMS N° 5 y 6 del Cuestionario Guía.

Se investiga preguntando por qué y para qué ha venido a la Institución. Si el afiliado responde que ha venido para realizar un trámite de invalidez, accidente de trabajo o enfermedad profesional significa que la conciencia de situación está conservada, pero si contesta que no sabe o para que lo traten los médicos y le cambien los remedios, la misma no lo está.

Conciencia de Enfermedad:

Se investiga preguntando si cree estar enfermo, si reconoce adecuadamente que sus síntomas tienen un origen psíquico y/o físico.

En el primer caso si piensa que son el producto de su imaginación, si piensa que tienen un origen real o sobrenatural.

Ningún paciente psicótico cree a ciencia cierta estar enfermo, la conciencia de realidad puede ser parcial cuando todavía existe.

Debe ser interrogado con suma delicadeza y con mucha naturalidad, insistiendo moderadamente hasta que quede claro, pero evitando que el peticionante piense que es tomado por "loco" pues de lo contrario negará sus síntomas.

Nos referiremos solamente a una conciencia psicológica lúcida (para diferenciarla de la conciencia moral) cuando el individuo tenga globalmente conservada la orientación auto y alopsíquica; de lo contrario, nos referiremos a ella como sublúcida, obnubilada, confusa, etc., según el grado de compromiso de la misma.

La conciencia es un grupo de fenómenos psíquicos vitales de alta complejidad que permiten el conocimiento del "sí mismo" y "de las cosas", por ello se le atribuye a la misma una "intencionalidad" como es dirigirse hacia el objeto de conocimiento.

Estar "conciente" es "darse cuenta" del mundo que nos circunda y del mundo propio (en el segundo caso, se trata de una conciencia reflexiva).

Una conciencia clara, presenta varios niveles: los más altos, luminosos y de mayor claridad vivencial, durante la vigilia; luego hay niveles intermedios ocupados por estados de cansancio y somnolencia y finalmente el sueño (Alonso Fernández).

Dice Jaspers: "el mismo elemento particular, la misma percepción aislada, la misma representación y el mismo sentimiento son distintos en la conciencia obnubilada y en la conciencia clara".

Es decir, que a medida que los niveles de conciencia se van desestructurando, de la obnubilación a la confusión y del estupor al coma, ya no podremos referirnos a una conciencia lúcida, sino a una conciencia no lúcida.

Generalmente las psicosis de fundamento corporal desconocido (esquizofrenias, Parafrenias, paranoias) van a desarrollar sus vivencias delirantes sobre una conciencia clara, es decir que se desarrollan en lucidez.

Si la aparición de alucinaciones y delirio, se dan sobre un fondo de obnubilación, estaremos frente a una Psicosis de fundamento corporal conocido:

- a) Forma Sintomática: Confusión mental, delirios alcohólicos, intoxicaciones, etc. (la participación del cerebro es secundaria al proceso fundamental que radica en otro sector del organismo).
- b) Psicosis Orgánica: Demencias preseniles, seniles, arterioescleróticas, etc. La participación del cerebro es primaria.

En ambos grupos se perturba la lucidez.

Atención:

"Es una actividad psíquica compleja, es la conciencia misma, selectivamente aplicada a los objetos para su conocimiento".

Existen dos formas: una espontánea y otra voluntaria, la primera regida por estímulos afectivos de interés, la segunda por propia decisión.

La atención es temporal, se fatiga, fluctúa de un momento a otro y este mecanismo permite mantener un rendimiento. Capta un número de estímulos en la unidad de tiempo, normalmente 3 a 6 según Wundt.

La supresión de la atención -aprosexia- se da en el coma. La disminución cuantitativa se denomina hipoprosexia y se observa en todos los estados deficitarios, con una inteligencia pobre y una conciencia enturbiada.

El oligofrénico en grado de "idiocia" hace vagar su mirada sin detenerse en nada o repara sólo en una cosa, abandonándola inmediatamente, ruidos, voces, palmadas y muchos estímulos no provocan un sólo movimiento por la pasividad indefensa que padecen.

El oligofrénico en grado de "imbecilidad" no puede nombrar más de dos o tres objetos en una habitación donde hay cien, pero si su interés es la comida, nombrará siete u ocho platos.

En los retrasos en grado de "debilidad" los límites son muy amplios, las formas leves y moderadas se ponen en evidencia mediante las pruebas por la superficialidad y fatigabilidad, fundamentalmente no pueden seguir mucho tiempo con claridad una conversación que no esté ligada a sus intereses.

La Debilidad Mental Profunda solamente se diferencia de la Imbecilidad por la capacidad para firmar (a veces copia su propia firma).

Al comienzo de los procesos demenciales, se ven alteradas la concentración y la memoria de fijación. En el período de estado no podrán reproducir más de tres objetos de una serie, disimulando sus trastornos mnésicos con una verborragia insípida.

En los confusos la hipoprosexia tiene las características particulares ya descritas en Conciencia.

Un esquizofrénico puede tener variaciones de su atención, pero aún saliendo de un estado catatónico, denota que su conexión con el medio es mucho mayor de lo que parece.

Ambas formas de atención - espontánea y voluntaria -son antagónicas, es decir, que la exaltación de una implica una disminución de la otra.

En la manía, la exaltación de la atención espontánea, paraproxia, determinará la captación de un gran número de estímulos en la unidad de tiempo, pero sin detallar ninguno.

En el melancólico hay lentitud en todas las operaciones intelectuales, inhibición psicomotora, tarda el doble en todos los Tests, en esto se parecen a los orgánicos, aunque el mecanismo es diferente.

En los delirios sistematizados, la atención se mantiene alerta en la búsqueda de elementos que corroboren sus vivencias delirantes internas, hiperproxia, la que también se encuentra en personas adiestradas.

Pruebas más Utilizadas.

- Test de Bourdon: Se tachan una o más letras de un texto extranjero, durante diez minutos, controlando errores.
- Test de los Dígitos: Sirve también para la memoria de fijación. Debe repetir inmediatamente los números dictados cifra por cifra. Normalmente se repiten siete sin inconvenientes.
- Hacer enumerar a los peticionantes los objetos vistos en el consultorio o en una lámina expuesta durante un minuto. Normalmente, dará siete o más.

- Hacer que nombre los días de la semana y los meses del año en orden inverso para evaluar su concentración y capacidad de abstracción.

Sensopercepción:

Mediante la Sensopercepción, la conciencia capta un objeto cuya realidad reconoce como existente fuera de ella, no puede confundirse con las imágenes y representaciones de la memoria.

No se analizarán en detalle las imágenes normales: post-imagen sensorial, eidética, pareidólica, onírica, ilusoria normal; pero sí se tratará de aclarar el panorama respecto de las formas patológicas, recordando algunos conceptos básicos:

Ilusiones:

Percepción deformada de una imagen real (se originan por sugestión). Aparecen con un estado afectivo exaltado.

Ejemplo: atribuir el calor real de una lámpara a la acción de enemigos extraterrestres (ilusión patológica).

Alucinaciones:

La alucinación es una reconstrucción de la realidad conforme con el conflicto interno y la biografía del sujeto. Según Ball "percepción sin objeto". Hay tantas como sentidos: visuales, olfatorias, auditivas, gustativas, táctiles, cenestésicas, quines-tésicas.

Hay alucinaciones positivas o de presencia y otras negativas o de ausencia.

Hay alucinaciones positivas psicóticas de presencia, cuando el sujeto ve su doble separado de él en un espejo, sillón o en la calle (fenómeno de heautoscopía). Hay alucinación negativa en el Delirio Melancólico cuando se siente vacío o muerto.

Hay alucinación de presencia localizada en el miembro fantasma de los amputados. Hay alucinación de ausencia localizada en el síndrome de Cotard porque niega la existencia de un órgano.

Tanto en la visión del doble del sujeto o fenómeno de heautoscopía como en la del miembro fantasma, se pone en evidencia el carácter panperceptivo de las mismas (alucinaciones visuales, cenestésicas, quines-tésicas, simultáneamente).

Alucinosis:

Fenómeno alucinatorio pero con autocrítica del paciente, que lo reconoce como un producto de su imaginación.

Ejemplo: epilepsia temporal. No son significativas psicológicamente por no tener relación con el conflicto psicológico.

Ilusiones y Alucinaciones de la Vista:

Favorecidas por todos los procesos que implican un compromiso global de la conciencia. Más frecuentes en individuos obnubilados, no lúcidos, propensos a estrechamientos de la conciencia y a estados crepusculares, epilépticos, místicos, etc. Generalmente se vinculan a procesos agudos o subagudos, dentro de los cuadros crónicos son esporádicos.

Forman parte de casi todas las psicosis tóxicas e infecciosas (órgano genéticas) y adquieren las características de imágenes oníricas. Tienen un pronóstico más benigno que las alucinaciones auditivas. Ejemplo: en el delirium tremens y en el delirio alcohólico subagudo son fantásticas, terroríficas, macrozoopsias (víboras, ratones, lombrices, monos, elefantes). Es frecuente en estos casos el Delirio de preocupación ocupacional que remeda una jornada de tarea. Son delirios en los que se actúa, el paciente se mueve, gesticula, grita, se agita, se defiende o agrede con la consiguiente repercusión afectiva.

En los delirios febriles adquieren las características de una pesadilla interminable. Los recuerdos posteriores son borrosos, debido al compromiso del sensorio.

Las visiones microscópicas y las imágenes liliputienses se observan en las intoxicaciones por cocaína.

En la Epilepsia, las visiones son coloreadas, de gran vivacidad: aire, fuego, relámpagos, visiones místicas (Dios, ángeles, diablos) o terroríficas (monstruos, sangre). En estos casos, los relatos parecen muy elementales. Las crisis ilusorias visuales de la Epilepsia Temporal, comprenden:

La diplopía monocular, las dismetropías (cambio de tamaño de los objetos), macropsia-micropsia y/o macro o microteleopsia (sensación de aproximación o alejamiento del objeto agrandado o disminuido), plagiopsias (desplazamiento de objetos que parecen inclinados en el espacio), dismorfopsias (deformación de los objetos), displatopsias (cuando se aplanan), metamorfopsias (cuando cambian rápidamente de forma).

Lo descripto, sumado a las pseudoausencias y automatismos, pone el broche a esta enfermedad, que mejora ampliamente con medicación apropiada y por lo tanto, no es invalidante por sí misma para muchas profesiones.

También pueden alucinar los histéricos, propensos a "ver" en consonancia con sus ideas. Sus descripciones son poco detalladas, figuras iluminadas, sombras. Las explicaciones no alcanzan las características de un verdadero delirio, se dan siempre bajo condiciones similares y a pesar del realismo que aparentan, en el fondo no hay una profunda convicción. Además, estos solicitantes jamás se muestran reticentes a contar sus vivencias frente a

otras personas, por el contrario, el despliegue histriónico se ve satisfecho repitiendo sus relatos con lujo de detalles una y otra vez.

Ilusiones y Alucinaciones del Oído:

Son mucho más graves que las anteriores. Se dan generalmente en estado de mayor lucidez y eso implica un peor pronóstico. Las voces habitualmente no tienen rectificación.

Pueden ser elementales: ruidos, sonidos no específicos. Comunes: se parecen a objetos conocidos como el claveteo de una tabla, cadenas, pasos.

Verbales: pueden ser ininteligibles como murmullos, voces apagadas, conversaciones inaudibles, esto puede aparecer en los cuadros psicorgánicos post-traumáticos o de otro origen, rara vez se acompañan de delirio, por lo menos en sus comienzos.

Otras veces, el afectado se limita a explicar que oye que lo llaman por su nombre, no hay elaboración delirante, es común en los neuróticos y no tienen mayor significación patológica.

En las Esquizofrenias las voces que se "escuchan son dialogadas, claras", "hablan entre sí del paciente", "lo critican", "lo insultan y le dan órdenes", "comentan o enuncian sus actos"; entran por el oído desde afuera, tienen espacialidad.

Originan la elaboración secundaria de un delirio persecutorio, polimorfo, absurdo, mal sistematizado (es decir, con muchos núcleos delirantes y sin lógica).

Otras veces se escuchan dentro de la cabeza (seudoalucinaciones). El paciente siente "su propio pensamiento en voz alta" (eco de pensamiento) o que "se lo adivinan telepáticamente" (adivinación del pensamiento).

Estos son algunos de los síntomas de primer rango en el diagnóstico de esta enfermedad. Muy rara vez confiesa alucinaciones espontáneamente y a veces niega con reticencia la presencia de este síntoma, pero la mirada y actitud acusan el impacto de la pregunta.

No se dan como elemento aislado sino dentro de un contexto en el que se puede detallar: el hábito, la presentación, el brillo particular de la mirada desconfiada a veces evitativa y la conducta discordante.

En otras oportunidades refieren alucinaciones auditivas provenientes de los órganos "habla el corazón, el estómago o alguien que lo hace "a través de sus cuerdas vocales" (alucinaciones verbo-motoras). Pueden manifestar

que le "han puesto un grabador en la cabeza", "que lo manejan por control remoto" y que "puede oír una voz que viene de cientos o miles de metros de distancia", etc.

En las epilepsias temporales suele haber alucinaciones auditivas: ruido de campanillas, trozos musicales de algún concierto oído hace mucho tiempo, una ronda de la infancia o hasta una conversación que acababa de terminar (todo ello con caracteres normales o defectuosos).

Otras veces el afectado refiere escuchar sus propias palabras como un eco que lo perturba hasta el punto de hacerlo callar.

Lo descrito, exige hacer diagnóstico con la Esquizofrenia, tantas veces erróneamente confundida con las formas esquizomorfias de la Epilepsia Temporal.

Alucinaciones Olfativas:

En místicos e histéricos: olor a incienso, perfumes sugestivos.

En delirios crónicos tienen características desagradables: "gases ponzoñosos, nauseabundos, que envenenan o matan".

En caso agudo tóxico infeccioso, aparece con las otras perturbaciones sensoriales. Con frecuencia van ligadas a las alucinaciones del gusto.

Ilusiones y Alucinaciones de la Sensibilidad General y Cenestesia:

Tienen importancia en los delirios de origen tóxico: alcohólicos, intoxicación con morfina y cocaína.

En los delirios crónicos son sensaciones puras y aisladas, pinchazos, corrientes eléctricas, sensaciones voluptuosas genitales.

En el Síndrome de Cottard, delirio hipocondríaco de la melancolía: niega la existencia de sus órganos, dice estar vacío, muerto o ser inmortal.

Los esquizofrénicos "se sienten habitados por animales extraños, perforados con balas, puñales, les arrancan el corazón".

En los temporales y en ciertos tumores, suelen encontrarse ilusiones de posición anormal o de deformación de parte del cuerpo, que es percibido como disminuido o más voluminoso, sumadas a veces a sensaciones de desplazamiento de un miembro inmóvil o de imposibilidad de desplazar un miembro que no está paralizado.

Ilusiones y Alucinaciones Quinestésicas:

Los esquizofrénicos sienten que desplazan su cuerpo, lo paralizan, movilizan un miembro, etc.

Alucinaciones Extracampinas:

El sujeto pretende ver lo que está fuera de su radio visual, generalmente sucede con esquizofrénicos.

INTERROGATORIO ESPECÍFICO

La investigación de los fenómenos alucinatorios debe hacerse muy cuidadosamente. No se debe interrogar directamente sobre ellas en el comienzo de la entrevista, sino intentar que el solicitante se exprese sobre sus ideas.

Una persona que en el momento de la consulta está alucinada, se la observa inquieta, distraída, mira inquisidoramente hacia distintos lugares de la habitación, se percibe además del temor, desconfianza, contesta con irritabilidad, a veces con improperios, otras veces puede interpelar al interlocutor: ¿Qué me dice?. ¡Eh. Qué me está diciendo!.

El médico debe tranquilizarlo, preguntarle qué le pasa, hacerle notar que no es él quien le habla; interrogar si acaso está escuchando otra voz fuera de ambos y si ésta le dice cosas desagradables e insultantes.

Otras veces, el episodio alucinatorio pertenece al pasado, los enfermos generalmente omiten hablar de estos síntomas, explican sus internaciones motivadas por "cansancio, debilidad o por un surmenage".

El profesional puede inquirir naturalmente preguntando sobre el padecimiento de alteraciones sensorio-perceptivas, afirmando que "son muy comunes en esos casos". Debe ponerse mucho cuidado en hacer parecer este síntoma como si fuera uno más dentro del cuadro que nos relata.

Generalmente, esta conducta del profesional da buenos resultados, pero si aún el afectado lo negara, el grado de inquietud y la mirada un tanto perpleja, denotarán el impacto de la pregunta y por ende que el trastorno ha sido padecido (aunque no lo confiese).

En las psicosis histéricas, los pacientes - afiliados relatan los fenómenos sin mucho esfuerzo, expresiva y teatralmente, dirigiendo su mirada hacia todos los presentes contestando de buen grado las preguntas.

Esta característica es consecuencia del "histrionismo" ya mencionado de estas personalidades, el cual constituye el núcleo de las personalidades básicamente histéricas o "Necesitadas de Estima" de K. Schneider.

Un delirante esquizofrénico frente a otras personas puede negarse a hablar o actuar como si éstas no existieran, ignorándolas totalmente.

Un paranoico (delirante sistematizado) que no hay que confundir con un esquizofrénico paranoide, es quizás el más reticente de todos los psicóticos para evidenciar su delirio, depende mucho de la habilidad profesional inquirir sobre el por qué del trámite, si se ha visto perjudicado en su medio laboral o familiar y cuáles han sido sus conductas defensivas o reivindicatorias, etc.

ITEMS N° 18, 19, 20 y 21 del Cuestionario Guía:

En forma progresiva trata de ubicar un tipo de personalidad -la paranoide- y la posibilidad que ésta haya hecho una Reacción Vivencial Anormal Paranoide pasajera o en cambio un Desarrollo Paranoide, de distinta consideración previsional.

Generalmente las alucinaciones se exageran en ausencia de estímulos, las auditivas en el silencio, las visuales en la oscuridad.

Los delirantes con compromiso psicorgánico: confusos, alcohólicos, arterioescleróticos, psicóticos post-traumáticos, psicóticos epilépticos, etc., suelen relatar sus vivencias casi espontáneamente: "Yo sé que me quieren robar", "los veo de noche", "están en el jardín", "escucho los pasos aunque me digan que no" o "escucho voces de muertos, quieren llevarme con ellos", etc.

El relato va acompañado de un cortejo sintomático casi siempre presente: gran angustia, abandono personal, a veces episodios de agresividad, insomnio, trastornos de la orientación, de la memoria, llanto frecuente, aislamiento, acúfenos, vértigos, inestabilidad.

Los Electroencefalogramas pueden informar disfunciones generalizadas, los Tests muestran claramente las alteraciones psicorgánicas.

Los cuadros psicóticos con o sin alucinaciones indican sin excepción una perturbación del juicio crítico, debiendo diferenciarlos de algunos fenómenos aislados como alucinaciones de algunos neuróticos o de algunas epilepsias temporales, con autocrítica de las mismas (alucinosis) sin elaboraciones delirantes secundarias y que no condicionan la conducta en actitudes defensivas, ofensivas, etc.

En los cuadros no psicóticos con fenómenos alucinatorios predominan sentimientos de angustia y de temor hacia la "locura"; tienen clara conservación de la conciencia de enfermedad. Estos trastornos no tienen el mismo pronóstico y el síntoma alucinatorio por sí solo no es suficiente para determinar incapacidad laboral dado que son pasibles de mejoría con tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado.

ITEM N° 29 del Cuestionario Guía

Las preguntas están dirigidas a captar la existencia de trastornos sensorceptivos histéricos, orgánicos y/o psicóticos, el grado de impulsividad,

posibles vivencias de influencia externa y el grado de compromiso del psiquismo.

La sospecha de falta de veracidad en estas respuestas exige la interconsulta con psiquiatra y/o psicólogo con experiencia previsional o laboral con el fin de descartar "simulación".

Pensamiento:

Actividad intelectual de gran jerarquía, que a través de operaciones de análisis, síntesis, generalizaciones y abstracciones (esencia de la actividad racional del adulto) permite la elaboración de conceptos, juicios, razonamientos.

El material del pensamiento son las ideas, y éstas se asocian entre sí cumpliendo una serie de leyes.

Se destaca la existencia de una idea directriz que es la que le da finalidad a dicho pensamiento y lo hace inteligible, sumada a una serie de condiciones psicológicas profundas que orientan la misma dentro de un marco afectivo determinado (constelaciones afectivas).

Dentro del pensamiento se evaluarán Curso, Contenido y Ritmo de asociación.
a) Curso: En los cuadros de compromiso orgánico, epilepsias, estados confusionales, demencias, oligofrenias, etc, se observan algunos o todos los elementos que se detallan a continuación, según intensidad y gravedad del cuadro de base.

Perseveración, cuya expresión más alta es la *intoxicación por el vocablo* en las afasias; la *viscosidad* y adherencia a un tema; la *incapacidad de síntesis*, *tendencia a los rodeos*, *excesivo detallismo* y *minuciosidad* que hacen perder la idea principal, porque *no llegan a distinguir lo importante de lo accesorio en el discurso*.

En los seniles es común la *vacuidad del discurso* y la tendencia a cubrir fallas de la memoria con *chistes insulsos* o *una verborragia insípida*, terminando su exposición sin haber dicho nada.

Cuando en estos casos el lenguaje llega a ser *ininteligible*, se habla de *incoherencia*, porque no hay que olvidar que estos trastornos en mayor o en menor grado no se dan en una conciencia lúcida.

En las Esquizofrenias, se puede observar las *Estereotipias*: gestos, actos, posturas que forman parte de la serie catatónica, *neologismos*, *intercepción del pensamiento* y/o *actos*, *disgregación*: es una modalidad del pensamiento en la Esquizofrenia, se da en lucidez, por lo cual se la diferencia de la incoherencia.

En esta patología falta la lógica, el pensamiento no tiene finalidad, puede llegarse a una *Esquizofasia o ensalada de palabras (de origen psicótico)*.

Se incluyen en esta enfermedad las *pararrespuestas o respuestas de lado, rigidez o terquedad patológica, manierismo, extravagancia, negativismo, obediencia automática, flexibilidad cérea, catalepsia, etc.*

b) Contenido del Pensamiento - Ideación Patológica:

Idea Obsesiva: Prototipo de idea parásita, reconocida como patológica por el sujeto y contra la cual lucha para que no se le imponga.

Cuando el cuadro se estructura en una Neurosis Obsesiva o Enfermedad Obsesiva, pueden llegar a ser muy graves e incapacitantes laboralmente, se agregan rituales, trastornos volitivos y angustia creciente, al mismo tiempo evolutivamente provoca una torpeza intelectual progresiva. Se verá con más detalle cuando más adelante se hable de neurosis.

ITEMS N° 12, 13 y 14 del Cuestionario Guía

Van detectando en forma progresiva los componentes obsesivos de la personalidad, introduciéndose sutilmente en la averiguación de posibles rituales que configurarían según grado y evolución, una probable enfermedad obsesiva estructurada, que debe estudiarse con mayor profundidad.

Idea Fóbica: Temor irracional hacia objetos, animales, situaciones reconocidas por el sujeto como inocuas. Se acompaña de síntomas de angustia, palpitations, transpiración profusa, vértigos timopáticos, ideas de muerte, etc.

Cuestionario Guía ITEM N° 22, Síntomas angustiosos de expresión somática. ITEMS N° 10, 11 y 15 apuntan a clarificar con más precisión la existencia de Fobias y de "vértigos timopáticos" de origen psicógeno.

La existencia de una idea fóbica no implica a priori una neurosis fóbica. Hay fobias comunes: como el miedo a la muerte en las neurosis de angustia. Fobias temporales: a la impotencia sexual, a ruborizarse, a un examen. Fobias psicasténicas: a las alturas, a los espacios abiertos, a los espacios cerrados. Fobias monosintomáticas postraumáticas (fobia a viajar en colectivo después de un accidente). Fobias anancásticas: a la suciedad y a las enfermedades y a agredir (fobia a objetos punzantes), se ven en la enfermedad obsesiva.

Cuando las fobias se estructuran en una NEUROSIS, se le agrega la necesidad de un acompañante contrafóbico y el evitar el objeto fóbico. Existen diversos grados y sólo en las formas más graves, cuando puede comprobarse la inhibición para cualquier actividad, debe ser considerada invalidante.

Idea sobrevalorada - Fija o Prevalente: Son las que tienden a persistir dominando en la conciencia y reaparecen ante diversos estímulos, de una manera lógica e implícitamente aceptada por quien la sustenta.

El obsesivo es el primero en criticar su idea (Idea Parásita). El sobrevalorado cree en ella. La Idea sobrevalorada es siempre patológica, la Idea Fija o Prevalente es psicológicamente comprensible (creencias políticas, religiosas, etc).

En los tres grupos de ideas (obsesivos - sobrevalorado y prevalente o idea fija), el juicio está conservado y el compromiso de la personalidad es parcial.

El concepto vertido sobre el sentido de idea fóbica, es válido para la idea de angustia: la existencia de una o algunas crisis de angustia, no son suficientes para diagnosticar Neurosis de Angustia, debe convertirse para ello, en una modalidad reaccional permanente del individuo, ante cualquier estímulo.

Ideas Delirantes: Producto de un juicio desviado, irreductibles, aceptadas como reales por quien las padece y condicionantes de su conducta. Pueden organizarse elaborando una trama, simple o compleja, verosímil o absurda, pero siempre enfermiza, que constituye el delirio.

El compromiso del psiquismo y de la personalidad es global. Siempre son incapacitantes en forma transitoria o permanente, según la etiología.

En la paranoia están sistematizadas, son verosímiles y lógicas. En la Parafrenia están mal sistematizadas, son: inverosímiles, muy imaginativas, megalómanas con bipolaridad que les permite vivir el mundo de la fantasía y el real. Se casa, trabaja, es afectivo, no pierde el espíritu gregario y al mismo tiempo delira cual una novela de ciencia-ficción.

Las ideas incoherentes, ilógicas, pueriles, absurdas, con lucidez de conciencia son propias de las Esquizofrenias.

c) Ritmo: En consonancia con el estado del psiquismo, se acelera en la manía y en los cuadros de excitación psicomotriz, se lentifica en la depresión y en los cuadros deficitarios del intelecto (insuficiencia y/o debilitamiento) ha sido ejemplificado en Asociación de Ideas.

Juicio:

Como concepto psiquiátrico, la capacidad judicativa es aquella "cualidad" que se aplica a todo acto intelectual apreciado de la razón. Así entendida, es una función elevada y compleja que requiere el recurso de la atención, la reflexión, el sentido crítico y la memoria de las experiencias vividas y conocidas.

El juicio identifica, compara, relaciona, critica, valora los contenidos del pensamiento, rige nuestras conductas y capacidad de adaptación. Las influencias afectivas lo hacen "tendencioso" y sus perturbaciones se traducen en necedad, disparates o incoherencias absurdas.

En clínica, los trastornos del mismo, ya sean constitucionales o adquiridos, pasajeros o progresivos y crónicos, están representados por la insuficiencia, la desviación, el debilitamiento, la suspensión y el coma.

Eclipsado temporalmente en la confusión, en estados fisiológicos como el sueño y en formas patológicas como la epilepsia o equivalentes, también puede ceder al influjo de la pasión en la emoción violenta y acarrear consecuencias graves.

ITEMS N° 26, 27 y 28 del Cuestionario Guía

Buscan determinar la probable existencia de una "Personalidad Anormal Adquirida" como consecuencia de un traumatismo de cráneo o "Seudopsicopatía postraumática", también puede ser el producto de años de padecimiento de Epilepsia - Personalidad Enequética, Glizroide o consecuencia de adicciones con deterioro (además de las personalidades anormales adquiridas posteriores a una psicosis).

Insuficiente en las oligofrenias. Desviado en los psicóticos. Debilitado en las demencias. Suspendido en la confusión mental, también merma en las intoxicaciones crónicas como el alcoholismo y otras adicciones asociado con embotamiento del sentido moral, para constituir uno de los signos más precoces del deterioro.

ITEMS N° 16 y 17 del Cuestionario Guía

Son indicadores de hábitos o si éstos, se han transformado en adicciones de distinta importancia patológica.

Memoria:

Función destinada a fijar, conservar, evocar y localizar en el tiempo un recuerdo.

El olvido forma parte del mecanismo selectivo de la memoria. La misma cumple la Ley de Ribot, "lo primero que se adquiere es lo último que se pierde", es decir, el deterioro normal borrará primero los hechos recientes. Lo último que alguien puede olvidar es su nombre.

Alteraciones Cuantitativas:

Amnesias: Las insuficiencias de la memoria se llaman amnesias y cuando la evocación es dificultosa o imperfecta, suele utilizarse el término de

dismnesias (olvidos de nombres, evaporación de recuerdos), común en la fatiga de las personas normales.

Desde el punto de vista descriptivo, se distinguen en:

- a) Amnesias anterógradas: Cuando el olvido desvanece los hechos a medida que suceden.
2. Amnesias retrógradas: Cuando se olvidan los acontecimientos previos a la enfermedad.
- c) Amnesias retroanterógradas o globales: Propias de los cuadros demenciales avanzados y psicosis confusionales.

Las amnesias pueden ser parciales o totales. Entre las primeras se encuentran las formas psicógenas que olvidan selectivamente personajes o hechos displacenteros para el paciente y no cumplen la Ley de Ribot. En el polo opuesto, los traumatizados cráneo pueden quedar con secuelas definitivas muy circunscriptas al accidente (amnesias lacunares).

Cuando la memoria está alterada en su capacidad de retención, se trata de una amnesia de fijación, de manera que ésta progresivamente con el tiempo se transformará en una amnesia anterógrada.

Cuando la capacidad alterada sea la evocación, ésta determinará el olvido del pasado (amnesia retrógrada).

La amnesia no es solamente un fenómeno deficitario o de la pérdida de recuerdos, es también un fenómeno de desorden y mezcla imaginaria que actúa como compensación, tal como ocurre en la psicosis de Korsacoff y en las presbiofrenias, interpretadas antiguamente como fabulaciones compensadoras.

El síndrome de Korsacoff presenta características particulares y por lo tanto, merece una mención especial. Constituido por la pérdida de memoria de los hechos recientes, desorientación espacial y temporal, falsos reconocimientos y fabulación, actualmente se acepta que el trastorno capital es la incorrecta ubicación de los recuerdos en el tiempo y no una auténtica fabulación.

La cronopatología que transforma lo nuevo en lo viejo, el pasado en actual y que es la base para los falsos reconocimientos, tiene su origen en alteraciones del circuito de Papez o "circuito límbico" (hipocampo - cuerpo mamilario - núcleo del tálamo - gyrus cinguli - haz mamilario - talámico y tálamo-cortical) reinterpretado como un mecanismo mnésico.

Por eso, el síndrome descrito no es exclusivo del alcoholismo, también se lo puede encontrar en algunos delirios fantásticos de ciertos post-

traumatizados y en la atrofia presenil hipocámpica (caso publicado por los Dres. Melgar y Goldar en 1969).

"Alteraciones del circuito límbico se ven también en las epilepsias límbicas, en muchos esquizofrénicos, en epilepsias temporales en las que los pacientes sienten que los estados de cosas suceden más rápido y en la cronopatología del depresivo, en la que se modifica el tiempo pático o subjetivo o vivenciado".

Algunos autores reseñan la nominación de hipomnesias sólo para estados de deterioro orgánico y oligofrenia.

Alteraciones Cualitativas o Paramnesias:

Fenómeno de lo ya visto: En normales y esquizofrénicos.

Fenómeno de lo nunca visto: En normales y epilépticos temporales.

Criptomnesia: Se evoca como nuevo un recuerdo que no es. Ejemplo: causal de peligros inocentes, como atribuirse una frase célebre, olvidándose que fue leída. Se observa también en delirantes.

Ecmenesia: El paciente se retrotrae al pasado y actúa como tal, en le presente. Ejemplo: un adulto que comienza a hablar como un niño. Aparece en neuróticos histéricos, dementes y delirantes.

Paramnesia Reduplicatoria: Un hecho nuevo es vivido como si ya hubiera ocurrido anteriormente. Ejemplo: un paciente internado por primera vez en una clínica dice que reconoce a todas las personas que están allí, porque las vio en Perú, país donde nació. Se observa en dementes y confusos.

La evaluación cualitativa de los niveles bajos de inteligencia se hará en base a los parámetros clínico-funcionales que se encuentran en el Baremo: lectura de un texto, operaciones matemáticas simples, reconocimiento del dinero, cálculos abstractos con el mismo, firma, dictado breve.

La evaluación global de la memoria se hará simultáneamente con el psiquismo general, sobre la base de la orientación auto y alopsíquica al comienzo de la entrevista, a la toma de antecedentes al afiliado, las preguntas sobre detalles, fechas de acontecimientos importantes para él, trabajos realizados, características específicas de la tarea y requerimientos de aptitudes personales para la misma, tratamientos, dosis de medicación, lugares de internación, valorando la mayor o menor rapidez y precisión.

Razón por la cual se hace indispensable la entrevista a solas con el afiliado en primer instancia y sólo posteriormente con el familiar en caso de dudas, contradicciones o manifiesta pobreza de la misma, "siendo insustituible el

interrogatorio llevado a los más pequeños detalles confrontables, porque con él el afiliado no se siente sometido a una prueba y por ende no entorpece ni inhibe sus respuestas”.

Los Tests tomados con posterioridad, servirán para documentar y destacar la prevalencia del trastorno.

En los casos de sospecha de trastornos afásicos, indicarle que nombre los objetos que se encuentran a la vista, puede revelar trastornos afásicos nominales, no obstante la prueba, debe prestarse particular atención a la expresión del lenguaje oral y escrito durante todo el examen, en aquellos momentos en los que no piensa que se está investigando específicamente dicho trastorno.

Para valorar :

MEMORIA DE EVOCACIÓN INMEDIATA O DE FIJACIÓN

- a) DESCRIPCIÓN DE UNA LÁMINA: puede utilizarse una lámina de color rica en detalles, exponerla a la vista del peticionante por el lapso de 1 minuto y luego hacerle nombrar lo que recuerda.
- b) PRUEBA DE LOS OBJETOS: En forma similar, puede indicársele la observación del ambiente, en el mismo tiempo, hacerle cerrar los ojos y nombrar.

Recordar que un demente puede recordar hasta 3 o más elementos u objetos y que las personas normales evocan entre 7 y 10 elementos o más. Por debajo de 3 elementos o ninguno puede hacer sospechar simulación, en una persona con el sensorio indemne.

- c) PRUEBA DE DÍGITOS: también empleada para la atención. Normalmente se repiten sin inconveniente 5 a 6 números inmediatamente de dictados (algunos autores extienden esta cifra entre 7 dígitos). La persistencia e igualdad de los errores o el número exiguo de las cifras repetidas, con sensorio indemne, puede hacer sospechar simulación.

MEMORIA DE EVOCACIÓN

- a) DÍAS DE LA SEMANA-MESES DEL AÑO: La nominación de los días de la semana y de los meses del año a derecha y a la inversa, los olvidos u omisiones de los mismos días o meses en forma sistemática, sin mostrar esfuerzo por recordar ni aflicción por la dificultad, discordante con la velocidad normal del tiempo de las respuestas en otros momentos del interrogatorio y la precisión de detalles de lo que desea demostrar, también puede sugerir una magnificación del trastorno real.
- b) RECONOCIMIENTO DE VARIOS OBJETOS: anteriormente presentados entre otros desconocidos. La prueba puede hacerse específicamente con colores, formas, fotografías, etc. O bien con sonidos, olores, etc.
- c) PRUEBA DE PAREADOS: Repetición del SEGUNDO TÉRMINO de un par de palabras conocidas y lógicamente vinculadas con posterioridad a la

entrevista y dejando pasar el mayor tiempo que se pueda: Ej. Caballo - jinete; sábana - acolchado; flor - perfume; libro - tinta; piel - color; teléfono - voz; cuadro - marco; mundo - viajes; sangre - rojo; sol - luz.

Pueden reproducirse normalmente un número no menor de seis (hasta 24 hs. después). Valorar: si necesita ayuda para evocar como por ejemplo sugerir el PRIMER TÉRMINO del par (en caso de no poder hacerlo espontáneamente); si hay esfuerzo para recordar o en su defecto se limita a contestar "no puedo" sin intentarlo. Si hay un desinterés generalizado en todo el examen. Si el rendimiento en las pruebas es contrastante con la indemnidad del psiquismo cuando hace referencia a su enfermedad e incapacidad o a situaciones vividas importantes para él. Se sugiere la repetición de la prueba alternando con otras pruebas y en diferentes momentos de los exámenes del psiquismo (con un lapso considerable entre la toma y la verificación).

Tener en cuenta que en los casos en los que existe Síndrome Cerebral Orgánico la fatigabilidad de la Atención es creciente y que los errores y disminución del rendimiento son proporcionales a la misma y a la severidad del cuadro.

La mejoría en el rendimiento independientemente del tiempo transcurrido o de las pruebas suministradas, sugiere la posibilidad de histeria de base o de simulación en las personalidades con marcado radical psicopático.

La disminución de los niveles de abstracción, comprensión y concepto o empobrecimiento intelectual, también pueden ponerse en evidencia solicitándole como consigna al afiliado, que elabore dos oraciones, seleccionando, entre 6 palabras dadas por el profesional, utilizando tres en una y las otras tres en la segunda, sin repetir ninguna de ellas:
Ej. niño - perro - pelota - potrero - árbol - parque

La dificultad de la comprensión de la consigna, de la elaboración de dos oraciones con un contenido lógico, ligadas a antecedentes concordantes con el trastorno y a inconvenientes para responder correctamente al interrogatorio (no esperable conforme al desarrollo intelectual alcanzado previamente a enfermarse) es demostrativa de elementos de organicidad importantes.

Las pruebas mencionadas son útiles en trastornos considerables y NUNCA DEBEN SER VALORADAS SEPARADAMENTE DE TODO EL CONTEXTO DE LA ENTREVISTA, siendo ésta la que tiene el mayor valor.

Afectividad:

La vida afectiva es la base fundamental de la vida psíquica y es absolutamente inseparable del instinto, del pensamiento y de la actividad. Mientras existe una claridad general sobre los conceptos de idea, sensación, percepción, acto

instintivo y volitivo, con respecto al concepto de la "afectividad", podríamos decir por oposición que son formaciones psíquicas impalpables, oscuras, que escapan al análisis, que no pueden ser razonadas y que no se pueden llamar de otro modo (Jaspers).

Los afectos condicionan el sentido de una reacción (interés, agrado, desagrado, dolor). Las emociones engloban los afectos más las manifestaciones neurovegetativas que los acompañan, ya sean motrices, secretorias, vasomotoras, etc.

Al afecto interés, le corresponde la emoción "choque o impacto"; al afecto dolor, la emoción "pena"; al retraimiento y la huida la emoción "miedo" y al conflicto defensa-agresión la emoción "cólera", etc.

Los sentimientos se diferencian de las emociones porque están liberados del correlato fisiológico, ligados al contenido del pensamiento y a los recuerdos que evoca y a las imágenes que genera, es imposible clasificarlos, pero podrían distinguirse tres grupos: *el orgullo, los celos, el triunfo, el pudor, la timidez, la vanidad* ligados al propio "yo", *la simpatía, benevolencia, piedad, altruismo, envidia, odio, respeto, admiración, etc.*, respecto a otros y *los espirituales por apreciaciones superiores, el bien, la verdad, lo bello, la justicia, la gracia de Dios, el patriotismo, etc.*

El Humor:

"Es una disposición afectiva fundamental, rica en instancias emocionales e instintivas de todo género, que da a cada uno de nuestros estados de ánimo una tonalidad agradable o desagradable, fluctuante, entre los dos polos opuestos del placer y del dolor". J. Delay.

Llamado también temple o tono afectivo, está enraizado con lo más biológico y por lo tanto, con la esfera vital, determinando una actitud psicósomática característica: de euforia (exuberante y expresiva), de tristeza (mal humor, repliegue), de indiferencia (apatía), etc.

Unificado por algunos autores, como Mira y López con el concepto de temperamento, bajo la acepción de "modo de ser" o "tendencia natural", directamente derivada de la forma constitucional genotípica, también Kretschmer los ligó asociándolos con la morfología, para dar origen a los psicotipos "esquizotímico", "viscoso" y "ciclotímico", correspondientes a los biotipos leptosómico, atlético y pícnico, respectivamente.

A los conceptos fundamentales de la fisiología y psicología, hoy la neurobiología y la neurofisiología los han enriquecido buscando y descubriendo el correlato corporal.

Investigadores argentinos, como Goldar continuadores de la obra de Jakov, Braulio Moyano y Diego Outes, destaca en su libro "Cerebro límbico y Psiquiatría" la importancia que tiene el cerebro interno en los trastornos biotónicos, instintivos y tímico, relacionándolo con las "Hipótesis catecolaminérgicas", que exaltan el valor de la noradrenalina como neurotransmisor cuyo sistema rige el biotono psicomotor en la hipocinesia depresiva y la regulación tímica en la tristeza depresiva.

Los trastornos afectivos se encuentran en relieve en toda la patología psiquiátrica, desde el miedo absurdo, insensato e imaginativo de la fobia, pasando por la cólera del paranoide que justifica sus actos de venganza, la autoagresión del melancólico, la exaltación celotípica de un paranoico y en la tristeza reactiva de los neuróticos.

Disminuida la afectividad o hipotimia en oligofrénicos, dementes y algunos esquizofrénicos, nos referiremos a una hipertimia placentera en las manías, hipomanías; a una hipertimia displacentera en las depresiones y atimia en demencias terminales y oligofrenias profundas.

Dentro de las alteraciones cualitativas se incluyen:

Labilidad Emotiva: Niños, histéricos, distímicos, orgánicos.

Incontinencia Afectiva: Explosión de risa y/o llanto por falta de freno cortical. Ejemplo: síndrome seudolobular, demencias, oligofrenias.

Ambivalencia: Sentimientos opuestos y simultáneos hacia el mismo objeto o persona, amor-odio, en las esquizofrenias.

Neotimias: Sentimientos nuevos de muerte, de transformación, de resurrección, en esquizofrénicos y melancólicos de extrañeza.

Síndrome de Angustia: Correlato sintomatológico somático, precordialgia opresiva, palpitaciones, transpiración profusa, vértigo timopático, variaciones de la presión arterial, sensación de falta de aire, temor a la muerte. La auscultación cardíaca y el electrocardiograma son normales.

Actividad:

Comprende las manifestaciones de la voluntad.

Cuantitativamente:

- a) Abulia: se observa en depresivos severos, esquizofrénicos, dementes.
- b) Hipobulias: en neuróticos, depresivos reactivos, etc., se da en menor grado que la anterior.
- c) Hiperbulia: Exaltación de la voluntad. Individuos normales muy activos y en maníacos, excitados, etc.

Cualitativamente se consignará si padece de:

Impulsiones: piromanía, cleptomanía, impulsos sexuales, agresivos entre los primeros.

Compulsiones: en los rituales obsesivos. Se detallará en este rubro la existencia de alteraciones en las praxias.

Conductas:

Son expresión del estado psíquico y de la afectación de todas las áreas del psiquismo, algunas de ellas fueron mencionadas.

A los fines prácticos conviene recordar la conducta predominantemente: adaptada, disarmónica, evitativa, ritualista, inhibida, obsesivo-compulsiva, impulsiva, hetero y autoagresiva, discordante (propia de los psicóticos).

Es frecuente constatar mucha inquietud y ansiedad en los cuadros psicóticos; los paranoides generalmente son fumadores compulsivos que consumen un cigarrillo tras otro (se nota en dedos y dientes las huellas de la nicotina) y en algunos casos, la "disociación" es tan grande que disminuye la sensibilidad al dolor hasta el extremo de quemarse sin registrarlo.

Dentro del área comportamental en las pericias psiquiátricas laborales (previsionales y de riesgos del trabajo) no debe omitirse la observación de conductas de magnificación patológica, propias de las modalidades históricas y los actos deliberados de la Sobresimulación, de la Simulación propiamente dicha y de la Perseveración (Clasificación de Simulación de Soller).

Lenguaje:

"Lenguaje es el modo y la función de expresar el pensamiento por el sistema de símbolos verbales, se exterioriza por la palabra, pero puede limitarse a un proceso puramente mental, que se llama entonces "Lenguaje interior" (Porot).

El lenguaje supone tal vez, en mayor grado que otra función, la interacción constante del individuo y el mundo humano que lo rodea, la necesidad de otros a quienes imitar y adaptarse, prueba de ello lo constituyen los "niños lobos", que lejos de la civilización, sólo desarrollaron un sistema fonético embrionario.

Trastornos del Lenguaje: Se han de valorar las alteraciones del lenguaje hablado, escrito y mímico, tanto de orden sensorial y motor, como los que revelan la alteración del pensamiento de alucinados, neuróticos, epilépticos, oligofrénicos y dementes.

Entre los primeros, la sordomudez, la sordera verbal de los afásicos, las disartrias, dislalias y la tartamudez congénita de los oligofrénicos, etc.

Entre los segundos, las disfemias en los neuróticos y explosivos (tartamudeo y balbuceo); las disfonías en histéricos; el mutismo, musitación, monólogos, estereotipias y neologismos de los esquizofrénicos, etc.

Para investigar el lenguaje se debe reparar y consignar si habla espontáneamente o sólo responde. Si lo hace lentamente o con prontitud. Si contesta en relación con la pregunta o no, si cambia el tema, si habla con palabras extrañas, rimas o chistes.

¿Articula bien?, ¿Tartamudea?, modulación, inflexión, para observar la gramática.

Mayer Gross, sugiere pedirle que forme una frase con tres palabras dadas: cazador, zorro, campo; niño, tijera, cortado; fusil, soldado, batalla.

¿Hay pobreza o riqueza de vocabulario?, que diga el nombre de flores o muebles; que encuentre los opuestos a palabras dadas (bueno, fuera, rápido, vacío, muchos, amigo, etc.).

¿Puede repetir palabras que conoce y otras que no entiende como: Artajerjes, Lisistrata.

¿Entiende órdenes sencillas y otras complicadas? ¿Puede indicar el número de sílabas de las palabras que no sabe pronunciar? (Prueba de Hichtheim del lenguaje interior).

Este esquema elástico permite poner en evidencia los trastornos afásicos que en sus comienzos pueden ser pasados por alto o confundidos con confusión, demencia o histerismo.

Cuando el lenguaje se halla perturbado, pueden emplearse Tests no verbales como el de los cubos de Knox, selección de objetos o pequeñas figuras de objetos, Tests del retrato (mostrar al enfermo un retrato o pedirle que lo busque entre ocho o más con los que se lo ha mezclado).

Estas pruebas deben ser tomadas después de los Tests para la agnosia y la apraxia.

Las afasias son trastornos del lenguaje producidas por lesiones focales de la corteza o centro oval y compatibles por consiguiente, con la integridad de funciones motoras, sensitivas y perceptivas, generalmente se asocian a alteraciones apráxicas, agnósicas y a trastornos intelectuales del pensamiento.

La investigación de éstas, conjuntamente con la lectoescritura, las actividades construccionales y el dibujo, darán un panorama más completo para una

aproximación diagnóstica en determinadas patologías que son estados limítrofes para la neurología y la psiquiatría.

PSIQUIATRÍA DE RIESGOS DEL TRABAJO

Generalidades

LAS AFECCIONES PSIQUIÁTRICAS EVALUADAS EN EL PRESENTE, SON LAS DERIVADAS DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Dichas afecciones comprenden:
REACCIONES y DESARROLLOS VIVENCIALES ANORMALES de etiología psicológico-vivencial conocidas también como Trastornos por Estrés post-traumático.

ESTADOS VIVENCIALES ANORMALES CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS, duraderos que tengan un nexo causal de índole laboral específico.

DESÓRDENES MENTALES ORGÁNICOS CON O SIN PSICOSIS provocados por agentes químicos, físicos o como consecuencia de Traumatismos de cráneo.

Los cuadros de deterioro cognitivo, los trastornos psicorgánicos adquiridos de la personalidad y de los impulsos como las psicosis orgánicas secundarias tanto a accidentes laborales con traumatismos de cráneo, como a intoxicaciones profesionales o por la acción de agentes físicos, serán evaluados teniendo en cuenta las alteraciones semiológicas detalladas en la clasificación DESORDEN MENTAL ORGÁNICO (Grado I, II, III, IV y sus grados intermedios).

La Epilepsia post – traumática se contempla en el Capítulo de Neurología.

No serán resarcibles aquellos cuadros psicopatológicos de etiología congénita como las oligofrenias o retardos mentales, las psicosis de fundamento corporal desconocido como Esquizofrenias, Parafrenia, Paranoia ni las Psicosis Afectivas de etiología endógena e inmotivadas.

Tampoco serán resarcibles los cuadros en los que se comprueban tendencias finalistas como las Neurosis de Renta.

Deberán tenerse en cuenta las diferentes formas de presentación de la Simulación a los fines de no confundirla con los cuadros psicopatológicos genuinos.

Los estudios complementarios cuyas anomalías no tengan expresión clínica, los hallazgos patológicos que no guarden relación laboral causal con el

hecho que se investiga ni se objetiven en el examen psiquiátrico según arte de la pericia laboral, como asimismo, las manifestaciones conductuales que no guarden una coherencia sindromática esperable (en virtud de los mecanismos de la contingencia denunciada) no tendrán porcentaje de incapacidad laboral por esta Ley.

En los casos en los que un Desorden Mental Orgánico de naturaleza laboral se acompañe de una Disfunción bioeléctrica cerebral con Electroencefalograma patológico, pero sin que se compruebe fehacientemente la existencia de una Epilepsia postraumática, el porcentaje de incapacidad corresponderá al valor de DMO según grado.

TRASTORNOS POR ESTRÉS POST- TRAUMÁTICO

REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS - DESARROLLOS VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICOS

Toda Reacción Vivencial Anormal Neurótica que superó el año en su tiempo evolutivo se transforma en Desarrollo Vivencial Neurótico, cuya clasificación comprende los mismos grados y respeta los mismos conceptos.

El Desarrollo Vivencial Neurótico, si bien es más duradero que la Reacción puede cursar hacia la curación sin secuelas, fluctuar con períodos de remisión o remitir parcialmente con secuelas de diferente magnitud relacionadas con la contingencia. Cuando los cuadros Vivenciales Anormales Neuróticos se han cristalizado, dan lugar a:

- 1. CAMBIOS PERMANENTES DE LA PERSONALIDAD
(PERSONALIDAD ANORMAL ADQUIRIDA)**
- 2. DESARROLLOS VIVENCIALES NEURÓTICOS ESTRUCTURADOS.**

La característica esencial del trastorno por Estrés post – traumático en el marco de la Ley 24.557, es la aparición de síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento súbito, violento, psicotraumático, en el cual:

- a) el individuo transita por una experiencia que representa un **peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física;**
- b) cuando es testigo de un acontecimiento en el que se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas.

En el cuadro sintomático secundario a la exposición a un intenso trauma se pueden reconocer una serie de mecanismos psicológicos tales como la **reexperimentación** persistente del acontecimiento traumático, la **evitación** de los estímulos asociados a él, **la disminución de la capacidad de respuesta** del individuo y la **presencia de síntomas de activación** (arousal).

Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo que compromete la visión de sí mismo y de sus capacidades, las relaciones familiares y sociales, otras áreas importantes como aspectos de la vida cotidiana e inciden en diferente grado en la actividad laboral del individuo.

El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando la situación estresante es obra de otras personas, cuanto más intenso es el impacto emocional y cuánto más próximo físicamente se haya encontrado dicho agente.

REEXPERIMENTACIÓN PERSISTENTE DEL SUCESO TRAUMÁTICO (Cuadro I):

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras; generalmente el individuo tiene recuerdos intrusivos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a su mente.

Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico que evocan a las padecidas en el momento de dicha vivencia (resentir).

La existencia de respuestas de tipo fisiológico (sudoración, sensación de falta de aire, sensación de constricción precordial, palpitaciones, etc, con semiología cardio - respiratoria normal, evidencian un cuadro angustioso en su expresión corporal.

El temor a la muerte o a la locura constituye el correlato psicológico y el sistema de ideas que puede acompañar a dicho síndrome. En algunos casos el sujeto siniestrado manifiesta sentimientos de extrañeza o de irrealidad referidos hacia sí mismo (despersonalización) o hacia el medio circundante (desrealización).

Menos frecuentemente individuos con personalidad histriónica o "Necesitada de Estima" de la Clasificación de K. Schneider pueden llegar a experimentar estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él.

CUADRO I

- RECUERDOS INTRUSIVOS (RASGOS OBSESIVOS).
- PESADILLAS RECURRENTES.
- MALESTAR PSICOLÓGICO INTENSO Y RESPUESTAS FISIOLÓGICAS (ANGUSTIA Y COMPONENTES NEUROVEGETATIVOS)
- SENTIMIENTOS DE EXTRAÑEZA O DE IRREALIDAD (DESPERSONALIZACIÓN).
- ESTADOS DISOCIATIVOS DURANTE MINUTOS, HORAS O DÍAS.

EVITACIÓN DE LOS ESTÍMULOS ASOCIADOS CON LA CONTINGENCIA (Cuadro II):

El individuo suele hacer esfuerzos para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones que puedan hacer evocar el suceso y elude actividades, situaciones o personas relacionadas con el mismo (ej. fobias específicas).

El ataque de pánico es una crisis de angustia intensa acompañada con síntomas fóbicos o de huida.

En este comportamiento de evitación puede incluirse algunos trastornos de la memoria como la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento, con la conservación de recuerdos de otros hechos ocurridos en el mismo lapso, característica que permite inferir su naturaleza psicógena (**DISMNESIA**).

CUADRO II

- MECANISMOS Y CONDUCTAS EVITATIVAS.
- OLVIDO DE ASPECTOS PUNTUALES DEL ACONTECIMIENTO

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA (Cuadro III):

En sucesos muy traumáticos que provocaron una vivencia de pánico agudo sumada a limitaciones funcionales físicas secuelas significativas, el sujeto puede desarrollar cuadros depresivos de severa magnitud en los cuales manifiesta una acusada disminución del interés o de participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, sentimientos de vergüenza o de minusvalía, puede adoptar una actitud creciente de introversión, sentimientos de desesperanza, de futuro incierto y penoso, con la consiguiente pérdida de la intimidad en los vínculos familiares.

CUADRO III

- DISMINUCIÓN DE INTERÉS O DE PARTICIPACIÓN
- SENTIMIENTOS DE VERGÜENZA O DE MINUSVALÍA
- CRECIENTE INTROVERSIÓN.
- SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA.
- PÉRDIDA DE LA INTIMIDAD.

ACTIVACIÓN o AROUSAL (Cuadro IV):

El sujeto con este trastorno padece constantemente **síntomas de ansiedad o aumento de la activación que no existían antes del trauma**. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño nocturno debido a la **"angustia de soñar"** o de perder su control conciente de la vigilia, pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático, **hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto**. Algunos individuos

manifiestan irritabilidad o ataques de ira o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas.

CUADRO IV

- SÍNTOMA DE ANSIEDAD O AUMENTO DE LA ACTIVACION
- INSOMNIO
- HIPERVIGILANCIA
- RESPUESTAS EXAGERADAS DE SOBRESALTO
- IRRITABILIDAD
- ATAQUES DE IRA
- DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN
- DIFICULTADES EN LA EJECUCIÓN
- CONDUCTAS ADICTIVAS (DROGAS, PSICOFÁRMACOS, ALCOHOL)

SÍNDROMES PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS:

Cada individuo **reacciona** frente a las situaciones traumáticas de una forma particular determinada por la interacción entre la gravedad del estímulo (hecho súbito y violento) y la "manera particular de ser en el mundo" o personalidad básica.

La valoración ecuánime tendrá en cuenta la magnitud del siniestro, las circunstancias que lo rodearon, el compromiso somático resultante si lo hubiera y la interacción entre lo sucedido, los síntomas psicológicos aducidos y el patrón habitual de conductas de la personalidad previa (honestidad, compromiso, manipulación, exageración, búsqueda de beneficio secundario, etc).

En las Caracteropatías Histéricas puede observarse patetismo en el relato y tendencia a la dramatización de las dificultades aún en siniestros cuya magnitud es menor y las secuelas son mínimas o inexistentes. No es de extrañar la aparición de "síntomas conversivos" de diferentes grados, a cuya conclusión se arriba a posteriori de corroborar la inexistencia de alteraciones orgánicas que los justifiquen.

La existencia de radical psicopático acentúa con frecuencia la tendencia a los cuadros de renta, a la especulación y a la búsqueda de beneficio secundario generalmente en forma inversamente proporcional a la magnitud de los hechos y de las secuelas orgánicas.

Por el contrario en las personas con Caracteropatías Anancásticas, a mayor gravedad del accidente pueden desarrollar síntomas obsesivos (ideas parásitas, recurrentes, que el individuo reconoce como patológicas y que se imponen en contra de su voluntad – compulsión). Estas pueden acompañarse de conductas ritualistas y sentimientos mágicos que las favorecen. Los estados depresivos asociados pueden alcanzar diferente magnitud.

Las Caracteropatías depresivas, sensitivas y paranoides expuestas a siniestros significativos, pueden desarrollar cuadros depresivos, paranoides, autorreferenciales y mixtos de severidad variable.

En los siniestros graves con fallecimiento de seres queridos (familiares, amigos, compañeros) o bien por las características de la profesión en sí misma como por ej. maquinistas ferroviarios (sometidos con frecuencia a situaciones de accidentes o de suicidios) los individuos con estos trastornos pueden desarrollar sentimientos de culpabilidad por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida o por no haber podido evitar el accidente.

Esos estados depresivos pueden llegar a evolucionar en forma tórpida.

Descartando el antecedente de un traumatismo de cráneo severo que pudiera dar origen a una **personalidad anormal orgánica adquirida**, la existencia de un accidente con significación en la vida del damnificado, en ocasiones cuando ha cristalizado en un **Trastorno adquirido de la personalidad** o en un **Desarrollo vivencial anormal neurótico**, acentúa alteraciones previas de la afectividad, temores irracionales, el comportamiento impulsivo, los sentimientos de inutilidad y de injusticia, favorece los cuadros de somatización, los de conversión y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, dando origen a las diferentes formas clínicas.

CONSIDERACIONES

- El Estrés Postraumático no es una entidad nosológica nueva.
- La intensidad, tiempo de exposición y proximidad física a la situación de peligro durante el acontecimiento traumático, constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno.
- Se diferencia de Reacciones Vivenciales Neuróticas esperables como consecuencia de otros sucesos vividos (despidos, situaciones personales o accidentes sin relevancia).
- Los Cuadros de Estrés Postraumático en el marco de la Ley 24.557 son Reacciones y Desarrollos Vivenciales Anormales Neuróticos, psicológicamente comprensibles y reactivo - vivenciales a sucesos que constituyen un peligro real para la vida, para la propia integridad o para la de otras personas, tal como ya se explicitara.
- El inicio puede ser inmediato al suceso traumático o tardío por presentar un período de latencia aproximado de "hasta 6 meses".
- La variedad de formas clínicas está dada por el sello que le imprime la personalidad constitucional.
- Los Grados III y IV al ser más severos objetivan un abanico florido de síntomas que pueden cronificarse o ya haber cristalizado.

- En algunos casos puede constatarse la evolución hacia el deterioro severo de las funciones psíquicas o hacia ESTADOS VIVENCIALES ANORMALES POSTRAUMÁTICOS CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS, es decir formas psicóticas transitorias o permanentes que han salido de "lo neurótico" con afectación del juicio de realidad.

CLASIFICACIÓN POR GRADOS

(I Leve - II Moderado - III Franca -IV Severo)

SEVERIDAD DEPENDE DE:

1. GRAVEDAD DEL SINIESTRO

2. INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS DEL PSICOTRAUMA

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Franca
- d) Severa

3. REVERSIBILIDAD DEL CUADRO

- IRREVERSIBLE
- REVERSIBLE:
 - REMISIÓN TOTAL C/RESTITUTION AD – INTEGRUM
 - REMISIÓN PARCIAL CON SECUELAS O RESIDUO.

4. MAGNITUD DEL RESIDUO (Grado I - II -III -IV)

5. LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL PSIQUISMO DETERMINANTE DE:

- INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA
- INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE
 - a) PARA SU PROFESION ESPECÍFICA
 - b) PARA TODA ACTIVIDAD.

6. DETERMINACIÓN DE PORCENTAJE FINAL ES IGUAL A PORCENTAJE DE INCAPACIDAD LABORAL MÁS FACTORES DE PONDERACIÓN

R.V.A.N. - D.V.A.N. - TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GRADO I (0%)

- Está íntimamente ligada al accidente.
- Los siniestrados se presentan con manifestaciones subjetivas de quejas cuyos síntomas no se constatan al momento del examen psiquiátrico.

- **No requieren de tratamiento especializado.**
- **No afecta la higiene personal.**
- **No afecta el traslado, las relaciones sociofamiliares habituales, ni las acciones básicas de la vida diaria.**
- **No ameritan reubicación ni recalificación por el cuadro psiquiátrico.**

R.V.A.N. - D.V.A.N. - TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GRADO I - II (5%)

- **Está íntimamente ligada al accidente.**
- **Reacción psicológica de magnitud leve.**
- **Requiere de apoyo psicoterapéutico de objetivos limitados por escaso tiempo.**
- **No impide el desarrollo de tareas habituales.**
- **No afecta la higiene personal.**
- **No afecta el traslado, las relaciones sociofamiliares habituales, ni las acciones básicas de la vida diaria.**
- **No ameritan reubicación ni recalificación por el cuadro psiquiátrico.**

R.V.A.N. - D.V.A.N. - TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GRADO II (10%)

- **La contingencia puede ser de magnitud moderada.**
- **Antecedentes de accidente con lesiones físicas sin limitaciones funcionales residuales significativas.**
- **En algunos casos durante la convalecencia se ha generado marcada preocupación y angustia por la evolución y por las posibles secuelas que pudieran quedar.**
- **Presentan una sintomatología más florida que en el grado anterior, pueden requerir tratamiento psicoterapéutico con restablecimiento dentro o a partir del año.**
- **Rara vez requieren de tratamiento psicofarmacológico que, de existir, requiere de medicación en bajas dosis.**
- **Investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la sintomatología actual.**
- **Independientemente de la expresión emocional durante el relato del accidente (resentir), del examen psiquiátrico según arte y de las pruebas psicológicas (si se consideran necesarias) no surge que los intereses personales, ni que la vida sociofamiliar y laboral, se hayan afectado severamente.**
- **En algunos casos los intereses personales, la vida sociofamiliar y laboral, se han visto afectadas en forma desproporcionada con respecto a la contingencia denunciada y sus secuelas reales, evidenciando un trastorno de la personalidad.**

- **No amerita reubicación ni recalificación por el cuadro psiquiátrico secular.**

R.V.A.N. - D.V.A.N. - TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GRADO II - III (15%)

- **La contingencia es de magnitud moderada. Antecedentes de accidente con lesiones físicas con limitaciones funcionales residuales leves.**
- **En algunos casos durante la convalecencia se ha generado marcada preocupación y angustia por la evolución y por las posibles secuelas que pudieran quedar.**
- **Presentan una sintomatología más florida que en el grado anterior, pueden requerir tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico con restablecimiento después del año.**
- **Del relato del accidente y del examen psiquiátrico según arte como de las pruebas psicológicas (si se consideran necesarias) surge que los intereses personales, la vida sociofamiliar y laboral, se han afectado parcialmente; por lo tanto se debe investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la sintomatología actual.**
- **En algunos casos los intereses personales, la vida sociofamiliar y laboral, se han visto afectadas en forma desproporcionada con respecto a la contingencia denunciada y sus secuelas reales.**
- **Pueden aparecer fobias específicas relacionadas con el accidente, síntomas somáticos, conversivos, anancásticos u otros propios de la acentuación de rasgos de la personalidad pretraumática.**
- **Investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la sintomatología actual.**
- **No afecta el traslado, las relaciones sociofamiliares habituales, ni las acciones básicas de la vida diaria.**
- **No amerita recalificación por el cuadro psiquiátrico.**

R.V.A.N. - D.V.A.N. - TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GRADO III (20%)

- **Requieren un tratamiento más intensivo. Psicofarmacológico y psicoterapéutico**
- **Los síntomas persisten aún con fluctuaciones, pasado el año del siniestro.**
- **Las relaciones con el medio circundante y laboral están más comprometidas que en el grado anterior.**
- **Se verifica: Pérdida de intereses, trastornos de memoria y de concentración psicógenos en magnitud moderada tanto durante el examen psiquiátrico según arte como en la Batería de Tests (de considerar el perito necesario indicarla).**

- **Producto de la misma contingencia la sintomatología psicológica puede desarrollarse y coexistir con secuelas físicas de magnitud moderada o significativas para el siniestrado.**
- **Los síntomas conversivos, las crisis de pánico (angustia con componentes fóbicos), las somatizaciones, la subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias específicas relacionadas con el accidente, pueden encontrarse en las distintas formas clínicas de estas reacciones psicógenas que suelen revertir o mejorar en forma franca con tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado.**
- **Se debe investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la magnitud de la sintomatología actual.**
- **A veces amerita reubicación laboral.**

R.V.A.N. - D.V.A.N. - TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GRADO III - IV (25%)

- **Requieren un tratamiento psiquiátrico más intensivo.**
- **Los síntomas francos persisten pasado el año del siniestro.**
- **Las relaciones con el medio circundante y laboral están más comprometidas que en el grado anterior.**
- **Se verifica: Pérdida de intereses, trastornos de memoria y de concentración psicógenos en magnitud franca tanto durante el examen psiquiátrico según arte como en la Batería de Tests (de considerar el perito necesario indicarla).**
- **Producto de la misma contingencia la sintomatología psicológica puede desarrollarse y coexistir con secuelas físicas de magnitud moderada y de significación para el siniestrado.**
- **Los síntomas conversivos, las crisis de pánico (angustia con componentes fóbicos), las somatizaciones, la subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias específicas relacionadas con el accidente, pueden encontrarse en las distintas formas clínicas de estas reacciones psicógenas en forma persistente y magnitud franca a pesar del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado.**
- **Puede afectar el traslado por sentimientos de inseguridad y fobias específicas o panofobia.**
- **Puede afectar la alimentación por la existencia de somatizaciones, síndrome de trastorno de la alimentación, anorexia por depresión, etc.**
- **Puede afectar la higiene personal por síntomas depresivos, obsesivos, rituales.**
- **Puede afectar las funciones de defensa por minusvalía inseguridad o por exacerbación de componentes paranoides.**

- Se debe investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la magnitud de la sintomatología actual.
- Puede ameritar reubicación laboral o recalificación conforme las tareas que desempeña habitualmente.

R.V.A.N. - D.V.A.N. - TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GRADO IV (30%)

- Son aquellas producto de accidentes graves con secuelas severas desde el punto de vista orgánico o de accidentes severos por la magnitud psicotraumática.
- La magnitud de los síntomas residuales requieren de una asistencia psiquiátrica duradera e intensiva con psicofármacos y psicoterapia.
- Se constatan cuadros polisintomáticos floridos, de magnitud severa, que ostentan fenomenológicamente síntomas variados de la serie que a continuación se detalla:
 - a) *Fenómenos de despersonalización y desrealización*
 - b) *Fenómenos disociativos*
 - c) *Panofobia*
 - d) *Fobias anancásticas*
 - e) *Rituales*
 - f) *Compromiso psicosomático*
 - g) *Conversiones severas.*
- Comportamiento regresivo, muy dependiente de la ayuda de terceras personas, generalmente de sus familiares.
- A veces han tenido que recurrir a tratamientos con internación especializada.
- Pobres resultados de los tratamientos bien instituidos, con mal pronóstico.
- Cristalización de los síntomas severos.
- Se descartan tendencias finalistas de renta o beneficio secundario de la enfermedad.
- La reubicación y la recalificación no siempre llegan a cumplir satisfactoriamente con el objetivo.
- Puede desarrollar actividades remunerativas en forma dificultosa.
- Se debe investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la magnitud de la sintomatología actual.

ESTADO VIVENCIAL ANORMAL CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS O TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS (HASTA 50%)

- Estado mental adquirido como consecuencia de un siniestro; permanente, estable y duradero o recurrente, antecedentes de

intentos severos de suicidio fehacientemente documentados.

- **Alteraciones severas de la afectividad tales como Depresión Endorreactiva o Depresión Reactiva Psicótica consecuencia de siniestros violentos con graves lesiones psico-físicas y secuelas severas con pérdidas irrecuperables de función, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas.**
- **Estado psicótico por afectación de una parte del soma de gran valor para el siniestrado dentro del esquema corporal, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas.**
- **Constatación de síntomas sensorceptivos (alucinaciones visuales y auditivas, ilusiones patológicas, cenestesias, etc) de naturaleza psicótica, sin crítica de las mismas, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas, en estricta relación con la contingencia.**
- **Constatación en la semiología psiquiátrica de ideas delirantes, irreductibles en período de estado o en remisión parcial o de deterioro severo de la personalidad, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas, desencadenadas por la contingencia.**
- **Síndrome con alteración de la conciencia de enfermedad, del juicio de realidad y tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos.**
- **Desde el punto de vista laboral no puede desempeñar tareas remunerativas con continuidad.**
- **Por su estado psicológico es dependiente obligado de la contención y cuidados de familiares u otras personas con función sustituta (50%).**
- **Se encuentra incapacitado para trabajar en cualquier actividad en forma definitiva (50%).**
- **No amerita recalificación por la severidad del cuadro (50%).**

Se debe investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la magnitud de la sintomatología actual, como asimismo descartar minuciosamente antecedentes de patología psiquiátrica psicótica a lo largo de la historia vital.

DESORDEN MENTAL ORGÁNICO

El reconocimiento de un Síndrome Cerebral Orgánico más la demostración por la Historia Clínica, el examen psicofísico y los estudios complementarios, de un factor orgánico específico considerado como agente etiológico del estado mental permite arribar al diagnóstico de Desorden Mental Orgánico.

Ej. SINDROME CEREBRAL ORGANICO - DEMENCIA

DESORDEN CEREBRAL ORGANICO - DEMENCIA ALCOHOLICA

Síndrome Cerebral Orgánico (DMO) es el conjunto de signos y síntomas psicológicos y trastornos conductuales causados por o asociados con alteración tisular cerebral (OMS) es decir con una disfunción permanente o transitoria del cerebro.

La presencia del síndrome se acompaña en mayor o menor grado del compromiso de las funciones psíquicas superiores como orientación auto y alopsíquica, trastornos de la capacidad de abstracción, del ritmo, curso y contenido del pensamiento, de la afectividad, del juicio crítico, de la memoria, del lenguaje y de la conducta general.

Al amparo de la Ley 24.557, los Desórdenes Mentales Orgánicos a considerar son aquellos producto de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

Pueden citarse como ejemplo los traumatismos de cráneo, las intoxicaciones por agentes químicos y la exposición a agentes físicos.

Para el encuadre en Enfermedad Profesional se debe:

- a) Identificar el agente patógeno
- b) Intensidad y tiempo de exposición al mismo como consecuencia del ejercicio de la profesión, a los fines de establecer relación de causalidad.
- c) Como elementos relevantes hay que tener en cuenta en el mismo sentido que las otras especialidades:
 - c.1. Historia ocupacional.
 - c.2. Exposición actual o anterior.
 - c.3. Proceso de trabajo.
 - c.4. Riesgos para la salud ya identificados y/o cuantificados en estudios y evaluaciones ambientales previas.
 - c.5. Consulta a las informaciones disponibles en la literatura.

Las sustancias químicas, de uso industrial, agrícola o medicamentosas, que pueden producir Encefalopatía Tóxica aguda y/o crónica, pueden dejar como secuela un Desorden Mental Orgánico secuelar que ha de valorarse a partir de los 6 meses posteriores a que se haya estabilizado el mismo, en los casos de accidentes de trabajo o bien, 6 meses posteriores a haberse suspendido la exposición al agente, en los casos de enfermedades profesionales.

Dentro de los Agentes Químicos que pueden producir una intoxicación aguda se encuentran: **Mercurio, Arsénico, Plomo, Alcoholes y Cetonas, Monóxido de Carbono, Bromuro de Metilo, Sulfuro de Carbono, Acido Sulfúrico, Tolueno.**

El Plomo y los compuestos inorgánicos pueden provocar cuadros agudos, subagudos y crónicos irreversibles.

Los Alcoholes y Cetonas producen una Depresión del SNC y embriaguez que puede llegar al coma.

Los derivados halogenados de los Hidrocarburos Alifáticos provocan una depresión del Sistema Nervioso Central con Delirio (Psicosis Confusional),

convulsiones y /o coma. El Sulfuro de Carbono objetiva trastornos psíquicos con Psicosis Confusional y Delirio onírico.

Dentro de los Agentes Químicos que pueden producir una intoxicación crónica se encuentran: **Mercurio, Plomo, Sulfuro de Carbono, derivados Halogenados de los Hidrocarburos Alifáticos, Tolueno, Xileno y sus respectivos derivados.**

El Sulfuro de Carbono y los Plaguicidas organofosforados pueden dar origen a una Depresión Sintomática causada por el daño cerebral, la que a su vez puede llegar a una magnitud severa e irreversible. En virtud de la etiología orgánica del cuadro su cuantificación sigue las pautas descritas en la clasificación de Síndrome Cerebral Orgánico.

El Manganeseo y sus compuestos puede provocar un síndrome de excitación psicomotriz con hiperactividad psicomotora, trastornos del humor: euforia, irritabilidad y agresividad seguidos de estados depresivos, trastornos de la libido y un síndrome neurológico descrito en el acápite correspondiente.

Los cuadros de "Locura Mangánica" pueden dar paso a un DMO crónico de diferente severidad.

Los compuestos Alquílicos del Plomo (Tetraetilo y Tetrametilo de Pb) tienen tendencia a los DMO crónicos.

El DMO producido por la acción de agentes físicos que provocan presión superior a la atmosférica estándar, por ejemplo a consecuencia de una descompresión inadecuada como puede ocurrirle a los trabajadores dentro cámaras hiperbáricas u otro medio similar, se valora por la clasificación de SINDROME CEREBRAL ORGANICO o DESORDEN MENTAL ORGANICO en sus diferentes grados.

Las secuelas somáticas de los mismos agentes serán abordadas por las especialidades correspondientes.

Los cuadros confusionales con delirio onírico por ser agudos o subagudos no generan porcentaje de incapacidad laboral.

Una consideración diferente tienen las descompensaciones psicóticas agudas en el curso de la instalación de un DMO crónico.

Desde el punto de vista psicopatológico la primera alteración que aparece en las intoxicaciones crónicas es un síndrome neurasteniforme con astenia e irritabilidad, el que se puede ampliar en forma diversa hasta llegar a los Grados III y IV.

En la clasificación de Desorden Mental Orgánico por Grados, algunos de ellos contemplan un rango de porcentaje. El porcentaje mayor corresponde a que en la mayoría de las funciones, los hallazgos patológicos semiológicos son los más afectados.

Ej SINDROME CEREBRAL ORGANICO/ DMO GRADO I

**Orientación Alopsíquica
(espacio-tiempo-lugar)**

Conservada
o
Con fallas esporádicas referidas en el interrogatorio

DESORDEN MENTAL ORGANICO POSTRAUMÁTICO

Es secundario a los traumatismos craneanos y se evalúan una vez que se estabilicen las manifestaciones clínicas neurológicas agudas.

CLASIFICACIÓN POR GRADOS (I Leve - II Moderado - III Franco -IV Severo)

**La severidad del D. M. O. POSTRAUMÁTICO depende de:
GRAVEDAD DEL TRAUMATISMO**

- **CONMOCIÓN**
- **CONTUSIÓN CRANEOENCEFÁLICA**
- **LACERACIÓN**

TIEMPO DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA

AMNESIA POSTRAUMÁTICA

RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS

REVERSIBILIDAD O IRREVERSIBILIDAD DE LOS SÍNTOMAS

- **REMISIÓN TOTAL CON RESTITUCIÓN AD-INTEGRUM**
- **REMISIÓN PARCIAL CON SECUELAS**

MAGNITUD DEL RESIDUO O SECUELAS (Grado I - II -III -IV)

Debe efectuarse el diagnóstico diferencial con retardos mentales, cuadros psicorgánicos de otras etiologías previas al accidente y trastornos de personalidad, previos a la contingencia.

Un interrogatorio minucioso y el comportamiento frente al entrevistador y a las pruebas son relevantes en el diagnóstico.

El valor de los estudios por imagen está relacionado con la expresión clínica objetivable en la semiología.

El EEG que muestra signos de sufrimiento cerebral conjuntamente con tests como Rorschach y Bender captan el DMO crónico instalado acompañando la signología detectada por la clínica psiquiátrica.

Las secuelas neurológicas se evalúan en la especialidad correspondiente.

Tabla A - ORIENTADORA DE LA GRAVEDAD DEL TRAUMATISMO CRANEANO

GRADO	DESCRIPCIÓN
<p>I 0%</p>	<p>Interrupción funcional momentánea de la conciencia provocada por un traumatismo de cráneo con antecedentes de una conmoción, pero no de laceración ni de contusión. No hay alteraciones histológicas ni cambios clínicos. Hay memoria del momento del traumatismo y de unos instantes previos al mismo. El período de inconsciencia de existir es momentáneo o breve. La recuperación es rápida y completa. El cuadro clínico se caracteriza por cefaleas, mareos, falta de concentración y memoria.</p>
<p>II 20%</p>	<p>El traumatismo provoca una pérdida de conciencia desde una a varias horas. El paciente puede despertar súbitamente o pasar por un período de obnubilación de la conciencia y confusión. Hay amnesia post-traumática. La recuperación funcional de los síntomas es completa. Se acompaña con frecuencia de un trastorno de la personalidad moderado, que se denomina SÍNDROME POST CONTUSIONAL o ESTADO NEURÓTICO POST-CONTUSIONAL. El cuadro clínico se caracteriza por angustia, cefalea y vértigo, hipersensibilidad a los estímulos, apatía y desgano. Las exploraciones neurológicas, tomográficas y electroencefalográficas no son significativas. Las pruebas psicométricas arrojan elementos moderados de organicidad. Deberá descartarse la influencia de trastornos de la personalidad básica.</p>
<p>III 40%</p>	<p>Antecedente de TEC craneoencefálico. Pérdida de conciencia de días y amnesia postraumática. Síntomas Residuales: Cefalea intensa y palpitante, se agrava con la posición horizontal y se exagera con el esfuerzo físico, mental y la excitación, mejora con el reposo y la quietud. Hay mareos por los cambios de posición, a veces nebulosidad momentánea de la visión de carácter sincopal, intolerancia al calor, tabaco y alcohol. Pueden aparecer trastornos disfásicos en el lenguaje, pérdida de jerarquía del pensamiento, perseveración. Defectos en la concentración, percepción, comprensión y memoria. Hay intolerancia a los ruidos, actitud litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríaca. Las exploraciones neurológicas tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas.</p>

GRADO	DESCRIPCIÓN
IV	<p>Antecedente de TEC cráneo-encefálico. Pérdida de conciencia de varios días y amnesia postraumática. Cambios Afectivos, trastornos de la memoria, trastornos de otras funciones intelectuales, alteración permanente de la conducta. Las exploraciones neurológicas, tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas a severas. Puede presentar secuelas orgánicas severas transcurridos los dos años.</p>
70%	<p>Cefaleas gravativas. Hay intolerancia a los ruidos, actitud litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríaca. Puede presentar SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO O DMO con psicosis. Puede necesitar la asistencia de terceros para sus necesidades básicas en forma permanente. Otros defectos orgánicos son: la Epilepsia post Traumática y el hematoma crónico subdural, evaluados por Neurología.</p>

A los fines de ampliar la información para que pueda ser aplicada con mayor justeza y claridad la clasificación por Grados de la Tabla anterior, se incorpora a la misma una clasificación complementaria en la que se plasman los conceptos vertidos anteriormente sobre semiología psiquiátrica con el detalle de la alteración de las funciones psíquicas consecuencia de TEC o de otra noxa que primaria o secundariamente haya provocado un cuadro psicorgánico.

La Tabla de Clasificación SINDROME CEREBRAL ORGANICO/DESORDEN MENTAL ORGANICO ha sido creada para ser utilizada tanto en los trámites previsionales como en los laborales, atento a la compatibilización que debe existir entre ambos Baremos y conforme con la naturaleza de la afección.

Sin lugar a dudas, los problemas de clasificación se presentan en el Baremo Previsional en los Grados intermedios porque existen rangos de porcentaje (Ej. SINDROME CEREBRAL ORGANICO GRADO III 30-70%), no ocurre lo mismo con la cuantificación de los DMO del Baremo Laboral porque el porcentaje es único en cada uno de los Grados del DMO y si bien este enfoque no es fiel representante de toda la realidad psico-física, revela en cambio la necesidad de modificación y actualización de la norma de calificación y cuantificación.

CLASIFICACION DE SINDROME CEREBRAL ORGANICO GRADO POR GRADOS

* (+) Leve, (++) Moderado, (+++) Severo.

CUADRO 1**SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO I**

Tiene mucha importancia la investigación de los antecedentes específicos que puedan estar relacionados con la presencia actual de componentes de organicidad, sin que exista una merma de la inteligencia detectada a edades tempranas de la vida:

Ej. Nacimiento de parto distócico, anoxia, convulsiones febriles en la infancia, traumatismo de cráneo con pérdida breve de la conciencia, disfunción bioeléctrica cerebral, lesión cerebral mínima en la infancia, alcoholismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas, intoxicaciones, enfermedades profesionales que generen compromiso psicorgánico, etc.

Orientación Autopsíquica	Conservada
Orientación Alopsíquica (espacio-tiempo-lugar)	Conservada o con fallas esporádicas referidas en el interrogatorio
Atención	Queja subjetiva de dificultades de concentración. La entrevista se desarrolla sin dificultad, comprende las preguntas, responde adecuadamente al interrogatorio, no tiene dificultades actuales en el manejo del dinero.
Sensopercepción	No objetiva ni refiere trastornos senso perceptivos compatibles con organicidad cerebral.
Pensamiento	Curso: perseveración + *. Tiempo de latencia de las respuestas: normal Contenido: Relato de problemática acorde con nivel cultural.
Juicio	Conservado o en su nivel previo
Razonamiento	Lógico
Memoria	Quejas sobre olvido de los hechos recientes por distractibilidad o dispersión de la atención espontánea. Conserva la atención voluntaria, sin alteraciones de la memoria de evocación.
Afectividad	Displacentera, esporádicamente lábil no ligada a sucesos de índole emocional o conflictos desencadenantes de depresión, angustia, ansiedad, temores, hipocondrismos, etc.
Voluntad	Sin fallas significativas.
Lenguaje	Oral: Conserva estructura gramatical, semántica y sintaxis. Escrito: Conservado Mímica y mirada concordantes con el relato. Facies vivaz, conectada con el entrevistador y con el medio ambiente.
Conducta General	Sin cambios significativos, respecto de la conducta habitual, en los medios en los que se desenvuelve.
Modalidad de Respuesta frente a las pruebas.	Días de la semana y meses del año a derecha e inversa (sin dificultades evidenciables). Tests de Dígitos (sin dificultades evidenciables). Comprensión de Consignas. Conserva la capacidad de abstracción y de cálculo, acorde con nivel de inteligencia previamente alcanzado. Prueba de la lámina o de nominación de objetos: 7 o más respuestas. Bender normal o con leves signos de organicidad cerebral.

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO I

Tiene mucha importancia la investigación de los antecedentes específicos que puedan estar relacionados con la presencia actual de componentes de organicidad, sin que exista una merma de la inteligencia detectada a edades tempranas de la vida:

Ej. Nacimiento de parto distócico, anoxia, convulsiones febriles en la infancia, traumatismo de cráneo con pérdida breve de la conciencia, disfunción bioeléctrica cerebral, lesión cerebral mínima en la infancia, alcoholismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas, intoxicaciones, enfermedades profesionales que generen compromiso psicorgánico, etc.

Personalidad de Base Se mantiene sin alteraciones.

Inteligencia	Conservada en sus niveles previos al traumatismo.
---------------------	---

CUADRO 2**SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO II**

Tiene mucha importancia la investigación de los antecedentes específicos que puedan estar relacionados con la presencia actual de componentes de organicidad, sin que exista una merma de la inteligencia detectada a edades tempranas de la vida:

Ej. Nacimiento de parto distócico, anoxia, convulsiones febriles en la infancia, traumatismo de cráneo con pérdida breve de la conciencia, disfunción bioeléctrica cerebral, lesión cerebral mínima en la infancia, alcoholismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas, intoxicaciones, enfermedades profesionales que generen compromiso psicorgánico, etc.

Orientación Autopsíquica	Conservada
Orientación Alopsíquica (espacio-tiempo-lugar)	Fallas esporádicas o relativamente frecuentes fuera del ámbito del hogar.
Atención	Queja subjetiva de dificultades de concentración y olvidos. La entrevista se desarrolla sin dificultad, comprende las preguntas, responde adecuadamente al interrogatorio, información biográfica detallada, no tiene dificultades actuales en el manejo del dinero.
Sensopercepción	No objetiva ni refiere trastornos sensoperceptivos o puede referir alteraciones sensoriales comunes: acúfenos, fopsias, compatibles con disfunción cerebral.
Pensamiento	Curso: perseveración + + *. Tiempo de latencia de la respuesta normal. Contenido: Relato de problemática acorde con nivel cultural.
Juicio	Conservado o Debilitado ligeramente +, respecto de su nivel intelectual previo.
Razonamiento	Lógico o con pérdida leve de jerarquía + respecto del nivel intelectual previo.

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO II

Tiene mucha importancia la investigación de los antecedentes específicos que puedan estar relacionados con la presencia actual de componentes de organicidad, sin que exista una merma de la inteligencia detectada a edades tempranas de la vida:

Ej. Nacimiento de parto distósico, anoxia, convulsiones febriles en la infancia, traumatismo de cráneo con pérdida breve de la conciencia, disfunción bioeléctrica cerebral, lesión cerebral mínima en la infancia, alcoholismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas, intoxicaciones, enfermedades profesionales que generen compromiso psicorgánico, etc.

Memoria

Quejas sobre olvido de los hechos recientes por distractibilidad o dispersión de la atención espontánea, conserva la atención voluntaria, alteraciones de la memoria de evocación con dificultad para precisar fechas o localizar con claridad hechos en un momento determinado.

Tiene importancia determinar que los olvidos no estén ligados especialmente a hechos dolorosos o conflictivos o fechas relacionados con los mismos y al mismo tiempo conserva precisión para otros en el mismo período, pues tendría más relación con causas psicógenas que con causas psicorgánicas. Amnesia lacunar producida por estados de salud directamente ligados al Síndrome (traumatismos cráneo-encefálicos con pérdida de conocimiento de una o varias horas, estados de obnubilación o confusión previos, trastornos neurológicos, infecciosos, circulatorios, hormonales, disfunciones cerebrales, alcoholismo, etc.).

Afectividad

Displacentera, lábil con relativa frecuencia ++, no ligada a sucesos de índole emocional o conflictos psicológicos desencadenantes de depresión, angustia, ansiedad, temores, hipocondrismos, etc. Irritabilidad moderada y controlable.

Voluntad

Sin fallas significativas o hipobulia leve a moderada no ligada a estados afectivos consecuencias de problemas o conflictos.

Lenguaje

Oral: Conserva estructura gramatical, semántica y sintaxis.
Escrito: Conservado
Mímica y mirada concordantes con el relato.
Facies vivaz, conectada con el entrevistador y con el medio ambiente.

Conducta General

Cambios moderadamente significativos y displacenteros para el sujeto respecto de la conducta habitual en los medios en los que se desenvuelve.
Sin tratamiento específico o con tratamiento psicofarmacológico en bajas dosis.

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO II

Tiene mucha importancia la investigación de los antecedentes específicos que puedan estar relacionados con la presencia actual de componentes de organicidad, sin que exista una merma de la inteligencia detectada a edades tempranas de la vida:

Ej. Nacimiento de parto distósico, anoxia, convulsiones febriles en la infancia, traumatismo de cráneo con pérdida breve de la conciencia, disfunción bioeléctrica cerebral, lesión cerebral mínima en la infancia, alcoholismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas, intoxicaciones, enfermedades profesionales que generen compromiso psicorgánico, etc.

Modalidad de Respuesta frente a las pruebas.	<p>Días de la semana y meses del año a derecha e inversa (con lentificación leve a moderada en la inversa y algún fallo del que toma conciencia y que corrige espontáneamente). Tests de Dígitos (con algún fallo o inversión). Comprensión de Consignas. Conserva la capacidad de abstracción y de cálculo, acorde con nivel de inteligencia. La progresión de las pruebas muestra la aparición de cierta fatigabilidad y lentificación no obstante cumple en forma adecuada con las mismas. Evidencia esfuerzo para lograr un fin óptimo y disgusto con el error o la dificultad. Bender con signos leves a moderados de organicidad cerebral.</p>
Personalidad de Base	<p>Se mantiene o presenta alteraciones moderadas como consecuencia de los cambios caracterológicos: irritable, quejoso (irritabilidad leve a moderada, componentes angustiosos, quejas sobre cefaleas de aparición tardía, vértigos, aumento subjetivo del esfuerzo para cumplir con sus tareas habituales).</p>
Inteligencia	<p>Quejas sobre errores en el ejercicio de profesiones en particular las de precisión.</p>

CUADRO 3**SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO III**

Se repite la importancia de los antecedentes y por consiguiente de la necesidad de una entrevista minuciosa.

Puede ser necesario la entrevista a posteriori con un familiar, sin la presencia del afiliado, para recabar o verificar información suministrada por el mismo.

Orientación Autopsíquica	<p>Conservada o Parcial (cuanto más se aproxima al Síndrome Cerebral Orgánico/DMO Grado IV).</p>
Orientación Alopsíquica (espacio-tiempo-lugar)	<p>Fallas relativamente frecuentes o con regularidad fuera del ámbito del hogar. Salen solos pero a veces deben preguntar para orientarse en lugares donde antes no tenían dificultades. Cuando los episodios son muy reiterados los familiares lo asisten y acompañan por propia iniciativa o bien por indicación de profesionales.</p>

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO III

Se repite la importancia de los antecedentes y por consiguiente de la necesidad de una entrevista minuciosa.

Puede ser necesario la entrevista a posteriori con un familiar, sin la presencia del afiliado, para recabar o verificar información suministrada por el mismo.

<p>Atención</p>	<p>Queja subjetiva de dificultades de concentración y olvidos (ingredientes de comidas habituales, disminución del rendimiento laboral, lentificación, torpeza, cefalea que puede llegar a ser gravativa, intolerancia al calor, tabaco, alcohol, etc.) Olvidos objetivados por familiares esporádicos o frecuentes (gas encendido, canillas abiertas, de medicamentos prescritos o en su defecto reiteración de la toma en un mismo horario). Fatigabilidad moderada o severa, creciente, en las pruebas por afectación de la atención voluntaria. La entrevista puede desarrollarse pero se advierten dificultades, comprende las preguntas y trata de responder al interrogatorio (en algunas situaciones hay que reiterar las mismas). Nota subjetivamente y en otros casos se puede objetivar mediante una prueba, dificultades actuales en el manejo del dinero (se refiere a él con una moneda que no es actual, se lentifica en el cálculo o en el control de los vueltos, eventualmente puede haber episodios de pérdida del mismo, puede llegar a delegar la administración de éste en algún familiar por estas razones).</p>
<p>Sensopercepción</p>	<p>Cuantitativamente puede estar moderada o severamente disminuida. Puede referir trastornos senso perceptivos de magnitud variable: acúfenos que pueden llegar a ser perturbadores, intolerancia a los ruidos leve o franca, cenestopatías, en algunos casos alucinaciones visuales, ilusiones, ligadas a alteración tisular cerebral que remiten con el tratamiento o persisten a pesar del mismo.</p>
<p>Pensamiento</p>	<p>Curso: perseveración ++ o +++*, viscosidad de la personalidad glizroide o Enequética, adherencia al tema, pensamiento tautológico, detallismo patológico o minuciosidad aburridora para el interlocutor. Lentitud sin humor triste. (Incrementados en el deterioro epiléptico). Tiempo de latencia de las respuestas: aumentado ++ o +++*. Contenido: Nivel conceptual empobrecido respecto de su nivel de inteligencia anterior, tendencia a lo concreto, incapacidad de síntesis y de progresar en el discurso.</p>
<p>Juicio</p>	<p>Debilitado ++ o +++*. Debilitado y Desviado cuando se asocia con Psicosis Orgánica o Sintomática.</p>
<p>Razonamiento</p>	<p>Pérdida de jerarquía ++ o +++* respecto de su nivel previo. Además, Analógico, cuando cursa con Psicosis Orgánica o Sintomática.</p>

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO III

Se repite la importancia de los antecedentes y por consiguiente de la necesidad de una entrevista minuciosa.

Puede ser necesario la entrevista a posteriori con un familiar, sin la presencia del afiliado, para recabar o verificar información suministrada por el mismo.

Memoria	Quejas sobre olvido de los hechos recientes por distractibilidad o dispersión de la atención espontánea, conserva la atención voluntaria con esfuerzo moderado o muy evidente, el entrevistador capta alteraciones de la memoria de evocación con dificultad para precisar fechas o localizar con claridad hechos en un momento determinado, cualquiera sea su naturaleza. Lagunas mnésicas de causa psicorgánica.
Afectividad	Displacentera, lábil con relativa frecuencia ++*, impulsividad, irritabilidad, tendencia al aislamiento++, heteroagresividad ++ o +++*. Depresión Reactiva consecuencia de la percepción de limitaciones francas o Depresión sintomática con elementos paranoides o hipocondríacos crecientes que pueden llegar a Reacciones Vivenciales Anormales o en algunos casos a Seudodemencias depresivas en los ancianos. La progresión de los síntomas va dando lugar a conductas más primitivas no concordantes con la personalidad previa.
Voluntad	Hipobulia franca o severa, tanto en la etapa de elaboración como de ejecución de actos.
Lenguaje	Oral: Globalmente se conserva estructura gramatical, semántica y sintaxis en los cuadros cuya magnitud limita con el Síndrome Cerebral Orgánico Grado II. Prolijidad patológica ++ o +++* con digresión del discurso en algunos casos. Perseveración del discurso ++ o +++*. (Ecolalia de apoyo en los confusos, Impregnación por el vocablo en afásicos recientes). Escrito: Puede presentarse conservado o con disgrafía. Mímica: pueril ++ o +++* y mirada apagada, poco expresiva, desconfiada en los casos con marcados elementos paranoides.
Conducta General	Cambios moderadamente significativos y displacenteros para el sujeto respecto de la conducta habitual en los medios en los que se desenvuelve, o, francos y perturbadores. Tratamiento psicofarmacológico específico con escasos o ningún resultado.

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO III

Se repite la importancia de los antecedentes y por consiguiente de la necesidad de una entrevista minuciosa.

Puede ser necesario la entrevista a posteriori con un familiar, sin la presencia del afiliado, para recabar o verificar información suministrada por el mismo.

<p>Modalidad de Respuesta frente a las pruebas.</p>	<p>Días de la semana y meses del año a derecha e inversa (con lentificación en la inversa y fallos, en algunos casos intentos frustrados de terminar la prueba con corrección). Tests de Dígitos (con errores crecientes por la fatigabilidad). Dificultad en la comprensión de consignas, más relevantes, cuanto más se aproxima al Síndrome Cerebral Orgánico Grado IV. La capacidad de abstracción y de cálculo se encuentran disminuidas en magnitud moderada o severa (cuanto más se aproxima al S.C.O. Grado IV), respecto de sus niveles anteriores. La progresión de las pruebas muestra la aparición de marcada fatigabilidad y lentificación para organizar respuestas adecuadas, evidenciando mucho esfuerzo para lograr un fin óptimo e impotencia frente a los errores y a las dificultades; en otros desinterés, apatía). Test de Bender con Organicidad moderada o severa (cuanto más se aproxima al S.C.O. Grado IV). Las variaciones del rendimiento en las pruebas depende de la magnitud del síndrome.</p>
<p>Personalidad de Base</p>	<p>Se mantiene presentando alteraciones moderadas como consecuencia de los cambios afectivos en los Síndromes Cerebrales Orgánicos limítrofes con el Grado II. Cambios severos tanto mayores cuanto más se aproxima al S.C.O. Grado IV.</p>
<p>Inteligencia</p>	<p>Empobrecida.</p>

CUADRO 4

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO IV

Se repite la importancia de los antecedentes y por consiguiente de la necesidad de una entrevista minuciosa.

Puede ser necesaria la entrevista a posteriori con un familiar, sin la presencia del afiliado, para recabar o verificar información suministrada por el mismo.

<p>Orientación Autopsíquica</p>	<p>Parcial o desorientación autopsíquica en los cuadros con evolución demencial.</p>
<p>Orientación Alopsíquica (espacio-tiempo-lugar)</p>	<p>Desorientación en las evoluciones demenciales fuera del hogar y también dentro del mismo.</p>
<p>Atención</p>	<p>Hipoprosexia severa. Dificultades de concentración y olvidos habituales. Fatigabilidad severa creciente. Entrevista muy dificultosa. Pérdida de la capacidad alcanzada con anterioridad en el manejo del dinero.</p>

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO IV

Se repite la importancia de los antecedentes y por consiguiente de la necesidad de una entrevista minuciosa.

Puede ser necesaria la entrevista a posteriori con un familiar, sin la presencia del afiliado, para recabar o verificar información suministrada por el mismo.

Sensopercepción	Cuantitativamente: está severamente disminuida. Cualitativamente puede presentar trastornos senso perceptivos compatibles con alteración tislular cerebral.
Pensamiento	Curso: perseveración +++*. Viscosidad. Adherencia al tema. Ritmo: lentificado. Tiempo de latencia de las respuestas: aumentado +++*. No distingue lo principal de lo accesorio (incapacidad de síntesis). Contenido: Nivel conceptual empobrecido severamente, disminución del nivel de inteligencia previa y de la comprensión. Incapacidad para adquirir conocimientos nuevos y hacer uso de los existentes. Pueden coexistir Psicosis Orgánica (etiología: lesión tislular cerebral) o Sintomáticas (etiología extracerebral que incide secundariamente en las Funciones cerebrales), con ideas delirantes y alucinaciones.
Juicio	Debilitado +++ *o Debilitado y Desviado, cuando se asocia con Psicosis.
Razonamiento	Pérdida de jerarquía +++ *respecto de su nivel previo o con pérdida de jerarquía y analógico, cuando se asocia con psicosis.
Memoria	Amnesia de fijación severa. Conservación relativa del reconocimiento. Puede comprender órdenes simples. Pérdida de la capacidad de abstracción. Dificultad para elaborar conceptos. Signo de Talland (imposibilidad de recomenzar una tarea después de una laguna mnésica). Paramnesia Reduplicatoria.
Afectividad	Reacción seudoneurótica en personalidad sin trastornos previos de la misma. Aumento de la labilidad afectiva. Actos impulsivos, superficialidad y sugestibilidad. Risas y llantos patológicos. Ira provocadora. Sospecha paranoide. Humor depresivo hipocondríaco, excitación, curso hacia el empobrecimiento afectivo.
Voluntad	Abulia o Actividad improductiva, actos impulsivos, desordenados, imposibilidad de sujetar la conducta a un fin útil, previamente elaborado.

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO IV

Se repite la importancia de los antecedentes y por consiguiente de la necesidad de una entrevista minuciosa.

Puede ser necesaria la entrevista a posteriori con un familiar, sin la presencia del afiliado, para recabar o verificar información suministrada por el mismo.

<p>Lenguaje</p>	<p>Oral: Empobrecido. Perseveración +++ en sus diferentes formas (ecolalia de apoyo, palilalia paroxística, intoxicación por el vocablo). Síndrome afaso - apraxo - agnósico compatible con Demencia Presenil. Digresión del discurso que puede llegar a la incoherencia verbal. A veces verborragia insípida o agramática. Escrito: Disgrafía (deterioro de la firma). Puede llegar a Agrafía. Mímica: pueril +++ y mirada apagada, poco expresiva, desconfiada en los casos con marcados elementos paranoides.</p>
<p>Conducta General</p>	<p>Reacción Catastrófica de Goldstein. Ordenalismo Orgánico. Suprime todo conocimiento de incapacidad. Aumento del umbral de excitación, con poca o ninguna respuesta a los estímulos. Dependencia de terceros.</p>
<p>Modalidad de Respuesta frente a las pruebas.</p>	<p>Días de la semana y meses del año a derecha e inversa con lentificación y errores que no puede corregir. Tests de Dígitos (con errores crecientes, inversiones, a veces pueden llegar a retener hasta tres dígitos). Dificultad severa en la comprensión de consignas y órdenes simples. La capacidad de abstracción y de cálculo se encuentran disminuidas en magnitud severa respecto de los niveles alcanzados anteriormente. La entrevista por sí misma muestra la aparición de marcada fatigabilidad, lentificación para organizar respuestas, impotencia, irritabilidad, en otros desinterés, apatía). Signos y síntomas de foco cerebral afectado o bien difuso compatible con demencia. Test de Bender con Organicidad severa.</p>
<p>Personalidad de Base</p>	<p>Anormal con deterioro global estacionario o progresivo (demencias) e irreversible. Pueden presentar trastornos éticos. Pérdida de los Valores Preventivos (descuido personal, abandono, pérdida de la higiene y particularmente indiferencia frente a las señales de peligro).</p>
<p>Inteligencia</p>	<p>Severamente disminuida.</p>

Tabla B - PORCENTAJE DE INCAPACIDAD POR DESORDEN MENTAL ORGÁNICO

A GRAVEDAD DEL TRAUM. CRANEANO GRADO	B SCO / DMO GRADO	C PORCENTAJE DE INCAPACIDAD
I y II	I	0%
II y III	II	20%
III	III	40%
III	IV	70%
IV	IV	80% G.I.

La **Tabla B** sirve para cuantificar los porcentajes de incapacidad de las secuelas producidas por los TEC y por los otros DMO de origen laboral.

Para la incapacidad de los DMO de origen postraumático hay que relacionar las **columnas A y B**.

La primera, muestra la severidad del traumatismo clasificada en la **Tabla A**, la segunda pone en evidencia la magnitud del compromiso cerebral orgánico secuelar conforme la Clasificación por **Grados I. II. III y IV**, el que será priorizado al momento de seleccionar el porcentaje (**columna C**).

El **DMO** de índole laboral de otra etiología, se cuantificará conforme la relación entre las columnas B y C.

El mayor porcentaje de la Columna C corresponde a las condiciones de "Gran inválido".

ÁREA PSICOLOGÍA

Los tests consisten en colocar a un sujeto en situaciones que ya han sido controladas en una población media. De sus coincidencias o diferencias, tanto cualitativas como cuantitativas, se obtendrá el diagnóstico.

Es posible la identificación de casos fronterizos, la diferenciación entre psicosis, neurosis, y desórdenes cerebrales orgánicos, la evaluación del nivel intelectual y del deterioro psíquico agregado.

Los tests permiten una valoración objetiva del sujeto en observación. El término objetividad aplicado a un procedimiento psicológico implica dos requisitos técnicos previos:

1. Que los resultados obtenidos mediante tests puedan ser medidos o cuantificados.
2. Que al utilizarlos los examinadores, provistos de la necesaria habilidad y experiencia, arriben en su mayoría a conclusiones similares.

El examen realizado por psicólogos consiste en una entrevista psicológica semidirigida que permite corroborar los datos aportados por el afiliado en las instancias anteriores.

La batería de tests utilizada, comprende: el de Bender, el Psicodiagnóstico Miokinético, el de Rorschach y los tests Gráficos.

El grupo mencionado es, en general, el más utilizado en los diferentes Servicios de Psicopatología y en otras áreas de investigación de nuestro país.

Hacemos hincapié en la necesidad de que sean practicados varios tests. El diagnóstico será el resultado no sólo de la valoración de cada uno de ellos, sino de la actitud del paciente y su comportamiento durante la realización y todas las verbalizaciones, gestos, posturas, velocidad en los tiempos de respuesta, fatigabilidad, shock ante las láminas o retardo deliberado de las respuestas.

Se considera asimismo de importancia, en caso de duda o falta de colaboración evidente, el cual podría generar una nueva citación a fin de repetirlos para que aporten elementos definitivos.

Dentro del área laboral de las contingencias de Riesgos del Trabajo pueden ocurrir situaciones particulares generadas por los cuadros de Renta. Esto genera en muchas oportunidades una actitud especulativa de diferente magnitud que va desde una inhibición deliberada, frente a las pruebas, hasta una magnificación de las dificultades o una simulación verdadera.

Los tests tienen ya estudiados en cada uno de ellos, la forma más común de alterarlos, siendo este recurso de gran valor a los fines de su correcta interpretación profesional.

A continuación se detallan una serie de tests accesibles para su toma y ágiles para la evaluación del experimentado.

TESTS PSICOLÓGICOS

TEST	TIPO	ÁREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL. CONDUCTA GRÁFICA. MADUREZ DE DEFICIENTES MENTALES. MEMORIA. HABILIDAD MOTORA MANUAL. CONCEPTOS TÉMPOROESPACIALES. CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN. MAGNIFICACIÓN. SIMULACIÓN.	RETRASOS GLOBALES DE MADURACIÓN SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO. PSICOSIS. DEPRESIONES
RORSCHACH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD ADQUIRIDA. NIVEL INTELLECTUAL APROXIMADO. DETERIOROS AGREGADOS. SIMULACIÓN.	EN TODOS LOS CUADROS
MIOKINÉTICO	TEST ACTITUDINAL	TONO PSICOMOTOR. TENDENCIAS DE REACCIÓN Y PERTURBACIONES DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS ACTUALES Y PERMANENTES.	DIAGNÓSTICO DIFEREN. DE DEPRESIONES. SÍND. CEREBRALES ORGÁN. PSICOPATÍAS
HTP. CASA-ÁRBOL-PERSONA (U OTRO SIMILAR)	TEST PROYECTIVO GRÁFICO	REFLEJA LOS ASPECTOS MÁS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD. PROYECCIÓN DE LAS PROPIAS IDENTIFICACIONES.	OLIGOFRENIAS. NEUROSIS. PSICOPATÍAS. PSICOSIS

DESIDERATIVO: Indaga el sistema defensivo del que dispone el sujeto frente a situaciones de conflicto (laborales, afectivas, etc.), grado de capacidad y modalidad particular de enfrentar una adecuada resolución.

WARTEG: Analiza las características de la personalidad de base y rasgos psicopatológicos. De suma utilidad en selección y capacitación laboral, ya que permite arribar a un claro perfil de la personalidad y de la aptitud del individuo para desempeñar diferentes tareas.

REFERENCIAS LEGALES QUE FUNDAMENTAN EL PROTOCOLO DEL CONSENSO

Decreto 1278/2000 Texto modificatorio ordenado de la Ley 24.557

CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

ARTICULO 6°.— Contingencias.

"...2. a) Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con la única excepción de lo dispuesto en los incisos siguientes:

Serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo...

En ningún caso se reconocerá el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata, o mediata previsible, de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador, tales como la predisposición o labilidad a contraer determinada dolencia..."

Ley de Riesgos del Trabajo expresa:

"ARTICULO 8°.— Incapacidad Laboral Permanente.

- 1. Existe situación de **Incapacidad Laboral Permanente (ILP)** cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa.
- 2. La **Incapacidad Laboral Permanente (ILP)** será **total**, cuando la disminución de la capacidad laborativa permanente fuere igual o superior al **66%**, y **parcial, cuando fuere inferior a este porcentaje**.
- 3. El grado de **incapacidad laboral permanente**, será determinado por las comisiones médicas de esta ley, **en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales**, que elaborará el poder ejecutivo nacional y, ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral.

- **4. El Poder Ejecutivo nacional garantizará, en los supuestos que correspondiese, la aplicación de criterios homogéneos en la evaluación de las incapacidades dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y de la LRT”...**

Decreto 410/2001, Bs. As., 6/4/2001 Reglamentario de Ley de Riesgos del Trabajo

.....

- **Que en atención al trámite previsto en los incisos b) y c) del apartado 2 del artículo 6° de la Ley N° 24.557, tendiente a determinar el carácter profesional de una enfermedad no incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales aprobado mediante el Decreto N° 658/96, resulta necesario disponer el procedimiento que deberá llevarse a cabo para tal fin.**
- **Que a tal efecto, es menester estipular la tabla de evaluación que deberán valorar las Comisiones Médicas, en caso de que la secuela de la enfermedad sujeta a su consideración *no se encuentre encuadrada en la tabla que aprobara el Decreto N° 659/96.***

Artículo 2°. – (reglamentario de los incisos b) y c) del apartado 2 del artículo 6° de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias).

- **1. A los efectos del trámite previsto en los incisos b) y c) del apartado 2 del artículo 6° de la Ley N° 24.557, ante el rechazo formulado por la Aseguradora o el Empleador Autoasegurado, las Comisiones Médicas deberán valorar en primer término la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales establecida por el Decreto N° 659/96.**
- **En caso de que las secuelas de dichas enfermedades no se encuentren encuadradas en la Tabla mencionada precedentemente, hasta tanto el Comité Consultivo Permanente disponga la pertinente incorporación a la misma, las Comisiones Médicas deberán ajustarse a las “Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” dispuestas en el Decreto Reglamentario de la Ley 24.241, N° 478/98.**
- **La SAFJP y la SRT se encuentran en la órbita de la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, facultada para dictar las normas interpretativas y complementarias de los Decretos referidos.**

1. PROTOCOLO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS PREVISIONALES Y LABORALES

- a) Con motivo de intentar presentar un proyecto de protocolo de aplicación práctica para ser utilizado por profesionales especialistas psiquiatras y médicos no psiquiatras
- b) Que al mismo tiempo sirva como herramienta para orientar el encuadre y porcentaje de las afecciones de la especialidad
- c) Que la utilización del mismo en forma regular sirva para promover la unificación de criterio
- d). Se elaboró una serie de gráficos, cuya interpretación está relacionada con la aplicación del criterio funcional de incapacidades en Psiquiatría y se describen a continuación:

PROTOCOLO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS CUADRO 1

CURSO DE LA AFECCIÓN	POR SU REVERSIBILIDAD	CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD	POR SU EVOLUCIÓN		INJERTADO EN
A	R	P	E		I
AGUDO A 1	REVERSIBLE R 1	CONSTITUCIONAL P 1	EN PERIODO DE ESTADO E 1		INTELIGENCIA NORMAL O SUPERIOR I 1
SUBAGUDO A 2			REMISIÓN TOTAL SIN SECUELAS E 2		INTELIGENCIA INFERIOR U OLIGOFRENIA I 2
CRÓNICO A 3	IRREVERSIBLE R 2	ADQUIRIDA P 2	REMISIÓN PARCIAL CON SECUELAS Y/O DISARMONÍA Y/O DETERIORO E 3	LEVES E.3. 1	INTELIGENCIA DEBILITADA I 3
				MODERADAS E.3. 2	
				FRANCAS E.3. 3	NEUROSIS N
				SEVERAS E.3. 4	

- Las Afecciones se pueden clasificar por tener Curso (A) Agudo A 1, Subagudo A 2 o Crónico A 3.
- Por su Reversibilidad (R) se clasifican en Reversibles R 1, o Irreversibles R2.
- Por la personalidad básica: Personalidad Normal (P0) Personalidad Anormal Constitucional P 1 o Personalidad Anormal Adquirida P 2.

- Por su Evolución (E) pueden estar en Período de Estado E 1, en Remisión Total sin secuelas E 2, en Remisión Parcial con secuelas E 3, de diferente magnitud: Leves E. 3. 1,
- Moderadas E. 3. 2, Francas 3. 3 y Severas 3.4.
- La afección puede estar Injertada (I) en Inteligencia Normal o Superior I 1, Inteligencia Inferior I 2, Inteligencia Debilitada I 3.
- Con Neurosis (N) cuya diferente Evolución, se encuadrará en el ítem E.

INCAPACIDAD PREVISIONAL LEVE O MODERADA NO INVALIDANTE CUADRO 2

CURSO DE LA AFECCIÓN	REVERSIBILIDAD	C/ TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	POR SU EVOLUCIÓN	INJERTADO	CUADROS NOSOLÓGICOS
A	R	P	E	I	
A 1-2- Cuadro Agudo- Subagudo	R 1 Reversible	P 1 Trastorno constitucional de la Personalidad	E 2 Remisión Total sin secuelas	I 1, I 2 c/ Inteligencia normal o debilidad mental	Trastornos Psicóticos Breves en Personalidades Histéricas, Débiles Mentales, Psicópata- tas, Descompensa- ciones en adictos, Psicosis Maníaco -Depresiva du- rante su interfase lúcida o normal, Antecedentes de estados de excita- ción psicomotriz actualmente compensados, etc.
A1-2-3 Cuadro Agudo- Subagudo, Crónico	R 1 Reversible		E 1 Período de estado E 3. 1 o E 3. 2 Remisión parcial con secuelas leves o moderadas	I 1, I 2 c/ Inteligencia normal o debilidad mental	Reacción Paranoi- de en remisión en un período menor al año. Ideas Fijas o Post-oníricas que no condicionan la conducta actual después de Psicosis Confu- sionales Delirios Alcohólicos u otras adicciones que han remitido, etc.
A-3 Crónico	R 2 Irreversible	P 1 Trastorno constitucional de la Personalidad		I 1, I 2 c/ Inteligencia normal o debilidad mental	Personalidades Anormales Constitucionales.

CURSO DE LA AFECCIÓN	REVERSIBILIDAD	C/ TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	POR SU EVOLUCIÓN	INJERTADO	CUADROS NOSOLÓGICOS
A	R	P	E	I	
A 3 Cuadro Crónico	R 1 Reversible			c/ Neurosis N	Reacciones Vivenciales Anormales Neuróticas Grados I-II-III
	R 2 Irreversible			I 1, I 2, I 3 c/ Intelig. NOR. Oligof. - Debilitada - NEUROSIS	Debilidad Mental Leve o Moderada S.C.O. Grado I -II-III < de 66% Desarrollos Neuróticos Grados I-II-III
A 3 Cuadro Crónico	R 2 Irreversible	P 2 C/ trastorno adquirido de Personalidad			Trastorno de Personalidad Adquirido Grado I - II

(A continuación)

El **CUADRO 2**, complementa los criterios explicitados en el CUADRO 1, incorporando diagnósticos de patología cuyos porcentajes podrán alcanzar porcentajes Leves, Moderados o Francos, nunca Severos.

El **CUADRO 3**, complementa los criterios explicitados en el CUADRO 1, incorporando diagnósticos de patología cuyos porcentajes podrán alcanzar porcentajes Severos.

El **CUADRO ORIENTADOR DE INCAPACIDAD POR PATOLOGIA PSIQUIATRICA** será complementado, al final del Examen Psiquiátrico según arte de la H.C. Psiquiátrica Pericial por el profesional psiquiatra que haya efectuado la evaluación, sea éste integrante de las comisiones médicas o prestador psiquiatra del listado oficial de la Gerencia de Coordinación de Comisiones Médicas, colocando la palabra SI en todos los casilleros que tengan relación de sentido con el Diagnóstico de la Enfermedad y su Porcentaje por Baremo Previsional y/o Laboral. •

INCAPACIDAD PREVISIONAL INVALIDANTE

CUADRO 3

CURSO DE LA AFECCIÓN A	REVERSIBILIDAD R	C/ TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD P	POR SU EVOLUCIÓN E	INJERTADO I	CUADROS NOSOLÓGICOS
A 1-2- Cuadro Agudo-Subagudo	R 1 Reversible		E 1 En período de Estado	I 1 c/ Inteligencia Normal o Debilidad mental	Brote Esquizofrénico, Psicosis Afectivas. Etc.
A1-2-3 Cuadro Agudo-Subagudo, Crónico	R 1 Reversible		E 3. 2, E 3. 3, E 3. 4 Remisión parcial con secuelas moderadas francas o severas	I 1, I 2 c/ Inteligencia Normal o Debilidad Mental	Esquizofrenias Grado III en Remisión Parcial con persistencia de Delirio aunque con menor vigor, Estados Paranoides que pasaron el año de evolución, etc.
A1-2-3 Cuadro Agudo-Subagudo, Crónico	R 2 Irreversible		E 3. 3, E 3. 4 Remisión parcial con secuelas francas o severas	I 1, I 2 c/ Inteligencia Normal o Debilidad mental	Esquizofrenia Residual o con Defecto Moderado a Severo, Psicosis anfetamínicas, Psicosis Confusionales que dejaron un delirio post-onírico irreversible como la celotipia alcohólica.
A1-2-3 Cuadro Agudo-Subagudo, Crónico	R 2 Irreversible		E 1 En período de Estado	I 1, I 2, I 3 c/ Inteligencia Normal Oligofrenia o Debilitada	Esquizofrenias procesales, Paranoias, Parafrenias, Psicosis con SCO, Psicosis injertadas en Oligofrenias, Demencias, etc.
A 3 Cuadro Crónico	R 2 Irreversible	P 1 C/ trastorno de P. A. Constitucional P 2 C/ trastorno de P. A. Adquirido	E 3. 3, E 3. 4 Remisión parcial con secuelas, disarmonías o deterioro francas o severas	Con Neurosis Severas I 1, I 2, I 3 c/ Inteligencia Normal Oligofrenia o Debilitada	Neurosis Grado IV, Seudopsicosis Histéricas en Edades Avanzadas Personalidades Anormales Adquiridas Grado III, SCO Grado III > del 66% Débiles Mentales con Personalidad Disarmónica Severa, etc.

CUADRO ORIENTADOR DE INCAPACIDAD POR PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

CURSO DE LA AFECCIÓN	POR SU REVERSIBILIDAD		CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD	POR SU EVOLUCIÓN		INJERTADO EN
A	R		P	E		I
AGUDO A 1 <input type="checkbox"/>	REVERSIBLE R 1 <input type="checkbox"/>		CONSTITUCIONAL P 1 <input type="checkbox"/>	EN PERIODO DE ESTADO E 1 <input type="checkbox"/>		INTELIGENCIA NORMAL O SUPERIOR I 1 <input type="checkbox"/>
SUBAGUDO A 2 <input type="checkbox"/>				REMISIÓN TOTAL SIN SECUELAS E 2 <input type="checkbox"/>		INTELIGENCIA INFERIOR U OLIGOFRENIA I 2 <input type="checkbox"/>
CRÓNICO A 3 <input type="checkbox"/>	IRREVERSIBLE R 2 <input type="checkbox"/>		ADQUIRIDA P 2 <input type="checkbox"/>	REMISIÓN PARCIAL CON SECUELAS Y/O DISARMONÍA Y/O DETERIORO E 3 <input type="checkbox"/>	LEVES E.3. 1 <input type="checkbox"/>	INTELIGENCIA DEBILITADA I 3 <input type="checkbox"/>
					MODERADAS E.3. 2 <input type="checkbox"/>	
					FRANCAS E.3. 3 <input type="checkbox"/>	NEUROSIS N <input type="checkbox"/>
					SEVERAS E.3. 4 <input type="checkbox"/>	
RETRASOS MENTALES						
DÉBIL MENTAL I. 2 <input type="checkbox"/>	LEVE I. 2. 1 <input type="checkbox"/>			CAPACIDAD PARA DESARROLLAR TAREAS		
	MODERADO I. 2. 2 <input type="checkbox"/>			NO PUEDE DESARROLLAR TAREAS REMUNERATIVAS	<input type="checkbox"/>	
	PROFUNDO I. 2. 3 <input type="checkbox"/>			NUNCA DESARROLLÓ TAREAS REMUNERATIVAS	<input type="checkbox"/>	
IMBECILIDAD I.3		<input type="checkbox"/>				
IDIOCIA I.4		<input type="checkbox"/>				

DIAGNÓSTICO (BAREMO):
 PORCENTAJE:.....
 NATURALEZA:

BIBLIOGRAFÍA

1. Trabajo original: "Proyecto de Protocolo en Psiquiatría Previsional y de Riesgos del Trabajo".

Autora: Dra. Ester Norma Martín.

Médica Psiquiatra. Miembro Titular de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Docente Adscripta de la UBA. Presidente Honorario del Capítulo Psiquiatría y Ley de APSA. Miembro de la Comisión Honoraria convocada para elaborar las "Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones" de los Decretos N° 1290/94 y 478/98 Reglamentarios de la Ley 24.241. Ex Jefa del Depto. Medicina Legal de Gerencia Medicina Social de la ANSeS.

2. Alfredo Achával. Medicina Legal Tomos I y II Edit. Astrea 2003.
3. Noyes Arthur, Psiquiatría clínica moderna.-Ediciones Científicas, La Prensa Mexicana S. A.México, 1968.
4. Heintz P., Cursos de sociología.- Ed. EUDEBA, Bs. As., 1968.
5. Holliday J. L., Medicina psico-social.- Ed. EUDEBA, Bs. As., 1968.
6. Diccionario Espasa Calpe, Tomo 10.- Madrid, 1980.
7. Cirlot J. E., Diccionario de símbolos.- Ed. Labor B. A., Barcelona, 1969.
8. Vidal G. y otros, Enciclopedia de psiquiatría, Ed. El Ateneo, Bs. As., 1977.
9. Weitbrecht H. J., Manual de psiquiatría, Ed. Gredos, Madrid, 1963.
10. Reusch J., Comunicación terapéutica, Ed. Paidós, Bs. As., 1964.
11. Mira y López E., Clínica psiquiátrica Tomo I, Ed. Ateneo, Bs. As., 1954.
12. Fernández A., Fundamentos de la psiquiatría actual Tomos I y II, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1968.
13. Abbagnano N., Diccionario de filosofía, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1963.
14. Martínez Pina A., Patología psicósomática en la clínica médica y psicológica, Ed.
15. Hoeschst, Barcelona, 1930.
16. López J.- Aliño I., Los equivalentes depresivos, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1972.
17. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. Masson S.A., Madrid, 1995.
18. C.I.E. 10
19. Dirección de Reconocimientos Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Pautas Objetivas para la Evaluación de Incapacidades Psicofísicas- La Plata, 1978.
20. Rosa Sender, "Personalidad y riesgo de enfermar", Estrés, vol. 2, 1, 1991.
21. Rubinstein, S.J., Los infortunios del trabajo,- Ed. Depalma, 1993.
22. K. Schneider. Las Personalidades Psicopáticas Ediciones Morata. 1971.
23. Vallejo Najera. La Enfermedad Simulada. 3ra. Edición.

24. Oscar E. Slipak, "Estrés", Alcmeon, vol. 1, 3, 1991, págs. 355-360; Alcmeon, vol. 1, 4, 1991, págs. 495-503; Alcmeon, vol. 2, 1, 1992, págs. 39-47; Alcmeon, vol. 2, 2, 1992, págs. 217-229.
 25. Isabel Martín, "Indicadores bioquímicos-clínicos del estrés", Estrés, vol. 2, Nº 1, 1992
 26. Cerebro Límbico y Psiquiatría. Juan Carlos Goldar. Edit. Salerno 1975.
 27. Riesgos del Trabajo Ley 24.557 (comentada) Luis Alejandro Pérez. Delta Editora. 1996
 28. Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, Capitulo Psiquismo del Decreto 1290/94.
 29. Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, Capitulo Psiquismo del Decreto 478/98.
 30. Decreto 659/96. Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.
 31. Decreto Reglamentario 658/96 Listado de Enfermedades Profesionales.
 32. Trastorno por Estrés Postraumático: Diagnóstico y Tratamiento Integrado. Dr. Alfredo H. Cia. Edit. Verlap S.A. agosto 2001.
- Otros.

PALABRAS CLAVE

CRITERIOS DE INCAPACIDAD LABORAL EN PSIQUIATRÍA PREVISIONAL, ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES PROFESIONALES.
CLASIFICACIÓN DE DESORDEN MENTAL ORGÁNICO
CLASIFICACIÓN DE SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO E INCAPACIDAD LABORAL
MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA FUNCIONAL
EXAMEN PSÍQUICO.
SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.
PERICIA PSIQUIÁTRICA LABORAL.

