

**Decreto 49/2014**

**Listado de Enfermedades Profesionales. Decretos 658/96, 659/96 y 590/97. Modificaciones.**

Bs. As., 14/1/2014

VISTO el Expediente N° 116.108/12 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, los Decretos Nros. 658 y 659 ambos del 24 de junio de 1996 y 590 del 30 de junio de 1997, y las Actas del Comité Consultivo Permanente del 13 y 21 de noviembre de 2012, y

**CONSIDERANDO:**

Que el artículo 6°, apartado 2 a) de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, considera entre las contingencias cubiertas por el Sistema sobre Riesgos del Trabajo a aquellas enfermedades profesionales incluidas en el listado elaborado y revisado por el PODER EJECUTIVO NACIONAL, conforme al artículo 40 de dicha norma, identificando agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar dichas enfermedades.

Que el Decreto N° 658 de fecha 24 de junio de 1996 aprobó el precitado Listado de Enfermedades Profesionales.

Que el inciso 2, apartado b) del artículo 40 de la Ley N° 24.557, establece que las funciones con carácter vinculante del COMITE CONSULTIVO PERMANENTE, en materia de listado de enfermedades profesionales, deberán contar con previo dictamen de la COMISION MEDICA CENTRAL.

Que mediante el Decreto N° 659 de fecha 24 de junio de 1996, fue aprobada la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales prevista por la Ley N° 24.557.

Que tal como surge del Acta suscripta por los asistentes el 13 de noviembre de 2012, el COMITE CONSULTIVO PERMANENTE, integrado por representantes de las organizaciones de trabajadores y empleadores, se pronunció de forma unánime respecto de la inclusión de los siguientes agentes al Listado de Enfermedades Profesionales: aumento de la presión intraabdominal; aumento de la presión venosa en miembros inferiores; carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral lumbosacra.

Que con fecha 19 de noviembre de 2012, la COMISION MEDICA CENTRAL emitió dictamen favorable.

Que asimismo el COMITE CONSULTIVO PERMANENTE acordó por unanimidad una modificación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales, tal como surge del Acta suscripta por los asistentes el día 21 de noviembre de 2012, habiendo recibido el valioso aporte de los técnicos de las partes representadas en dicho Comité.

Que la inclusión de las nuevas enfermedades que se propugna implicará adecuar por un período de tiempo determinado la aplicación del FONDO FIDUCIARIO PARA ENFERMEDADES PROFESIONALES, creado por el Decreto N°590 del 30 de junio de

1997, con las modificaciones introducidas por el Decreto N° 1.278 del 28 de diciembre de 2000.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por los artículos 6°, inciso 2, apartado a) y 8° inciso 3, de la Ley N°24.557 y sus modificatorias.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Incorpóranse al Listado de Enfermedades Profesionales, previsto en el artículo 6°, inciso 2, apartado a), de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, aprobado por el ANEXO I del Decreto N° 658/96, las enfermedades —y sus respectivos agentes de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional—, que se consignan en el ANEXO I que forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2° — Sustitúyese el ANEXO I del Decreto N° 659 de fecha 24 de junio de 1996, por el ANEXO II que forma parte integrante del presente decreto, que modifica la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.

Art. 3° — Incorpórase como inciso c) del artículo 2° del Decreto N° 590 de fecha 30 de junio de 1997, el siguiente texto: “c) el costo de las prestaciones otorgadas por enfermedades que se incluyan a partir de la fecha de vigencia de la presente incorporación en el listado previsto en el artículo 6°, apartado 2 a) de la Ley N° 24.557; en un CIENTO POR CIENTO (100%) el primer año y un CINCUENTA POR CIENTO (50%) el segundo año, a contar desde su inclusión en el Listado de Enfermedades Profesionales. A partir del tercer año, las prestaciones estarán íntegramente a cargo de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo”.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Jorge M. Capitanich. — Carlos A. Tomada.

ANEXO I

AGENTE: AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL

ENFERMEDADES	ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION
- Hernias inguinales directas y mixtas (excluyendo las indirectas)	-Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera carga física, dinámica o estática, con aumento de la presión intraabdominal al levantar, trasladar, mover o empujar

- Hernias crurales	objetos pesados.
--------------------	------------------

Los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución durante la jornada laboral son los referidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resolución del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N° 295/03. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictará las normas complementarias tendientes a definir los valores límites de las tareas habituales en relación al peso y tiempo de ejecución para aquellos movimientos (traslado, empuje o arrastre de objetos pesados) no contemplados en la resolución citada.

El período durante el cual las tareas descriptas deben ser ejecutadas no debe ser inferior a TRES (3) años cumplidos en forma continua o discontinua en actividades sujetas a las condiciones de exposición arriba expuestas. Cuando se demuestre que el daño se produjo durante un período en el que el empleador haya estado afiliado a más de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo o mediante el servicio prestado a favor de sucesivos empleadores de la misma actividad, las prestaciones serán abonadas, otorgadas o contratadas con arreglo a lo definido en el artículo 47 de la Ley de Riesgos del Trabajo.

La invocación de incapacidades preexistentes al inicio del vínculo laboral deberá acreditarse mediante el examen preocupacional confeccionado con arreglo a los requisitos exigidos por la Ley de Riesgos del Trabajo y demás normas aplicables. Cuando el examen no se hubiera realizado, y se demuestre la realización de actividades habituales con sujeción a las condiciones de exposición y valores límites arriba expuestos, se presumirá la vinculación causal con el trabajo, salvo que se acredite por medio fehaciente el carácter congénito o extralaboral de la dolencia o la concurrencia de factores concausales extralaborales, que en tal caso se desagregarán.

**AGENTE: AUMENTO DE LA PRESION VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES**

ENFERMEDADES	ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION
- Várices primitivas bilaterales.	-Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera la permanencia prolongada en posición de pie, estática y/o con movilidad reducida.

Las tareas descriptas deben haber sido ejecutadas durante un período mínimo de TRES (3) años, cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempeño en la jornada habitual de la actividad definida legal o convencionalmente. El período en cuestión será proporcionalmente ajustado a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial, o con jornadas extraordinarias.

Las definiciones expuestas a continuación se entenderán referidas a situaciones impuestas por el desempeño de tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera la prestación laboral en las siguientes condiciones:

**Bipedestación estática:** Bipedestación con deambulacion nula por lo menos durante DOS (2) horas seguidas durante la jornada laboral habitual.

Bipedestación con deambulaci3n restringida: El trabajador deambula menos de CIEN (100) metros por hora durante por lo menos TRES (3) horas seguidas durante la jornada laboral habitual.

Bipedestaci3n con portaci3n de cargas: Tareas en cuyo desarrollo habitual se requiera bipedestaci3n prolongada con carga f3sica, din3mica o est3tica, con aumento de la presi3n intraabdominal al levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados.

Bipedestaci3n con exposici3n a carga t3rmica: Todos los trabajos efectuados con bipedestaci3n prolongada en ambientes donde la temperatura y la humedad del aire sobrepasan los l3mites legalmente admisibles y que demandan actividad f3sica. En tales casos se revisar3 la exigencia de tiempo m3nimo de exposici3n tomando en cuenta la influencia derivada de las circunstancias concretas de carga t3rmica.

A los fines precedentemente indicados (bipedestaci3n con portaci3n de cargas y con exposici3n a carga t3rmica) se considerar3 pauta referencial para definir una situaci3n de bipedestaci3n prolongada aquella en que el trabajador deba permanecer de pie m3s de DOS (2) horas seguidas en su jornada laboral habitual de la actividad definida legal o convencionalmente. No obstante el l3mite precedentemente indicado, se considerar3n por las Comisiones M3dicas aquellos casos especiales en los que, aun mediando un per3odo inferior de bipedestaci3n, concurren condiciones de trabajo susceptibles de originar causalmente la dolencia.

Los lapsos temporales definidos precedentemente ser3n adecuados a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a reg3menes de jornada reducida o a tiempo parcial.

AGENTE: CARGA, POSICIONES FORZADAS y GESTOS REPETITIVOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRA.

ENFERMEDADES	ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICION
- Hernia Discal Lumbo-Sacra con o sin compromiso radicular que afecte a un solo segmento columnario.	-Tareas que requieren de movimientos repetitivos y/o posiciones forzadas de la columna vertebral lumbosacra que en su desarrollo requieren levantar, trasladar, mover o empujar objetos pesados.

Los valores l3mites de las tareas habituales en relaci3n al peso y tiempo de ejecuci3n durante la jornada laboral son los referidos en las Tablas 1, 2 y 3 del Anexo I de la Resoluci3n del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL N3 295/03. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictar3 las normas complementarias tendientes a definir los valores l3mites de las tareas habituales en relaci3n al peso y tiempo de ejecuci3n para aquellos movimientos (traslado, empuje o arrastre de objetos pesados) no contemplados en la resoluci3n citada.

El per3odo durante el cual las tareas descriptas deben ser ejecutadas no debe ser inferior a TRES (3) a3os cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempe3o en jornada habitual completa definida legal o convencionalmente. El per3odo en cuesti3n ser3

proporcionalmente ajustado a las circunstancias del caso cuando el trabajador preste servicios con arreglo a regímenes de jornada reducida o a tiempo parcial.

Se considerarán Gestos Repetitivos aquellos movimientos continuos y repetidos efectuados durante la jornada laboral en los que se utilizan un mismo conjunto osteo-mio-neuro-articular de la columna lumbosacra.

Las Posiciones Forzadas son aquellas en las que la columna lumbosacra deja de estar en una posición funcional para pasar a otra inadecuada que genera máximas extensiones, máximas flexiones y/o máximas rotaciones osteo-mio-neuro-articulares durante la jornada laboral.

Disposiciones comunes:

Con relación a todas las enfermedades contempladas en este Anexo, en cada caso concreto el órgano encargado de la determinación de la incapacidad deberá establecer científicamente si las lesiones fueron provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo. Sólo se indemnizarán los factores causales atribuibles al trabajo, determinados conforme lo anteriormente indicado. Lo expuesto precedentemente es sin perjuicio del cumplimiento pleno de las prestaciones médico-asistenciales y sustitutivas de la remuneración en el período de Incapacidad Laboral Temporal, cuando se demuestre la influencia causal de factores atribuibles al trabajo.

Asimismo, en todos los casos que contempla el presente Anexo será necesario tomar en cuenta, además de los antecedentes médico-clínicos, los estudios técnicos correspondientes al puesto y las condiciones y medio ambiente de trabajo concretos a los que estuvo expuesto el trabajador.

Las enfermedades contempladas en el presente Anexo se considerarán incorporadas al Listado a partir de la fecha de vigencia de la norma que así lo declare, y dicha nueva normativa sólo se aplicará a las contingencias cuyo hecho generador se produzca con posterioridad a la incorporación de las mismas al Listado.

ANEXO II

## TABLA DE EVALUACION DE LAS INCAPACIDADES LABORALES

LEY N° 24.557

Aprobada por el Comité Consultivo Permanente el día 20 de febrero de 1996

Laudo N° 179/96

INDICE

GENERAL

Piel

Osteoarticular

Cabeza

y

Rostro

Ojos

Garganta,

Nariz

y

Oído

Sistema

Respiratorio

Sistema

Cardiovascular

Digestivo

y

Pared

Abdominal

Sistema

Nefrourológico

Sistema

Hematopoyético

Neurología

Psiquiatría

Factores

de

Ponderación

Criterios de Utilización

## PIEL

### Generalidades

Las lesiones de piel que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

La evaluación de las mismas toma en cuenta: Las zonas afectadas, la profundidad y extensión de la lesión, la repercusión funcional y el grado de dificultad laboral que ocasionan; en función de estos factores, se fijará el grado de incapacidad dentro del rango establecido.

Elementos útiles para la evaluación: Anamnesis, examen físico y estudios complementarios específicos (test cutáneo, biopsias, inmunología, etc.).

Diagnóstico	% Incapacidad
-------------	---------------

### 1.- DERMATITIS CRÓNICA

(por contacto o por hipersensibilidad. Con o sin componente de fotosensibilidad)

- Crónica recidivante con remisión mayor del 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición al agente, y recidiva habitual ante la reexposición al agente.

A. Cualquier área corporal excepto cara y manos:	0-10%
B. Cara:	5-20%
C. Una mano:	10-30%
D. Dos manos:	15-40%

- Crónica recidivante con remisión menor del 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición al agente, y recidiva habitual ante la reexposición al agente.

A. Cualquier área corporal excepto cara y manos:	0-40%
B. Cara:	10-30%
C. Una mano:	10-40%
D. Dos manos:	20-60%

### 2.- DERMATITIS ACTÍNICA CRÓNICA Y RETICULOIDE ACTÍNICO

- Cualquier área corporal excepto cara y manos:	0-30%
- Sólo manos:	10-30%
- Sólo cara:	10-40%





**4.- QUERATODERMIAS PALMOPLANTARES**

(crónicas con remisión menor de 50% ante medidas terapéuticas y suspensión de la exposición laboral)

- Sólo plantas (evaluar en función del compromiso para la estación de pie y la marcha): 0-40%
- Una mano (según compromiso funcional): 0-30%
- Dos manos (según compromiso funcional): 10-50%

**5.- ACNÉ**

Cloracné:

- Compromiso menor de 50% de superficie corporal: 0-10%
- Compromiso mayor de 50% de superficie corporal: 10-20%
- Compromiso menor de 25% de superficie de cara: 0-25%
- Compromiso mayor de 25% de superficie de cara: 10-40%

Oleoso:

- Compromiso menor de 50% de superficie corporal: 0-5%
- Compromiso mayor de 50% de superficie corporal: 5-10%
- Compromiso menor de 25% de superficie de cara: 0-15%
- Compromiso mayor de 25% de superficie de cara: 10-20%

**6.- HIPOPIGMENTACIÓN CRÓNICA**

- Compromiso menor de 50% de superficie corporal 0-15%
- Compromiso mayor de 50% de superficie corporal 5-25%
- Compromiso de cara menor del 25% 0-15%
- Compromiso de cara mayor del 25% 10-25%

**7.- PORFIRIA CUTÁNEA TARDA:**



- Con pérdida parcial mayor de VEINTE POR CIENTO (20%) de superficie de párpados, nariz o boca: 30-40%

- Con pérdida de la visión de uno o dos ojos por invasión directa (evaluar según capítulo Ojos).

- Metástasis: 90%

### 13.- CICATRICES

Para la evaluación se remite a los capítulos correspondientes a la zona afectada.

### 14.- QUEMADURAS

Las quemaduras pueden ser causadas por elementos físicos, químicos o radiantes.

#### Métodos de evaluación:

Las lesiones superficiales que curen sin dejar cicatriz ni secuelas, no serán motivo de evaluación.

Para determinar el grado de incapacidad ocasionada por una quemadura, hay que tener en cuenta su extensión, profundidad, el compromiso de la movilidad articular y las secuelas estéticas.

La evaluación de la pérdida de la movilidad, deberá realizarse de acuerdo con lo expresado en el capítulo correspondiente a las lesiones osteoarticulares.

Para cuantificar la extensión de la lesión se aplicará la "Regla del Nueve", donde se le asigna el TREINTA Y SEIS POR CIENTO (36%) de la superficie corporal al tórax y dorso, el TREINTA Y SEIS POR CIENTO (36%) a los dos miembros inferiores, el DIECIOCHO POR CIENTO (18%) a ambos miembros superiores, el NUEVE POR CIENTO (9%) a la cabeza y el UNO POR CIENTO (1%) a los genitales (masculino o femenino).

La profundidad de la quemadura se evalúa de la siguiente manera:

Tipo A (superficial o epidérmico)

Tipo AB (epidermis y dermis)

Tipo B (dermis hasta aponeurosis o hueso)

Al tipo "A" o primer grado, se le asignará el CINCUENTA POR CIENTO (50%) del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada. En el caso del tipo "AB" o de segundo grado, se le fijará un porcentaje igual al área afectada; por último, al tipo "B" o de tercer grado, se le asignará el doble de la extensión del sector aquejado.

Así, por ejemplo, una quemadura de la parte anterior del brazo izquierdo, que involucra la cara anterior de codo y no llega a la mano del tipo AB, le corresponderá una incapacidad de acuerdo con el siguiente detalle:



Otro ejemplo: la quemadura de la cara anterior del miembro inferior con limitación de la flexoextensión de rodilla, del tipo B.

En este caso correspondería:

Limitación en la extensión de rodilla (flexoextensión desde 150° a 20°):	20%
Extensión de la quemadura:	9%
Tipo de quemadura "B":	18%
La sumatoria nos da: CUARENTA Y SIETE POR CIENTO (47%) de incapacidad.	

El compromiso de estructuras localizadas en la zona afectada (por ejemplo: ojos), será evaluado acorde a lo referido en los capítulos correspondientes.

## 15.- LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIÓN DE ANIMALES PONZOÑOSOS

Se valorará el compromiso local, según el ítem correspondiente a Quemaduras; para la limitación funcional de las estructuras osteoarticulares se remite al capítulo correspondiente.

La manifestación general de la acción tóxica del veneno de serpientes y de la ponzoña de escorpiones, se valorará acorde a la secuela consolidada, para lo cual se remite al capítulo correspondiente.

---

## OSTEOARTICULAR

---

### Generalidades

Para la evaluación de las afecciones osteoarticulares se tendrán en cuenta las secuelas anatómo-funcionales derivadas de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional.

Para su diagnóstico se empleará fundamentalmente la clínica y en caso de sospecha de simulación se requerirá de exámenes de apoyo tales como radiografías simples, estudios electrofisiológicos, Tomografía Axial Computada (TAC- scanner), Resonancia Nuclear Magnética, potenciales evocados somatosensitivos, entre otros.

Las fracturas que consoliden bien sin dejar secuela alguna (muscular, neurológica, etc.) no serán motivo de resarcimiento económico y serán consideradas incapacidad temporal.

El dolor puro, no acompañado de signos objetivos de organicidad, no será objetivo de incapacidad permanente. En estos casos estará indicada la utilización de exámenes de apoyo.

En los pacientes afectados de invalideces múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales en un mismo segmento corporal se procederá a la suma de todas ellas para el cálculo de la invalidez total. El resultado final tendrá como máximo el porcentaje de incapacidad dado por la pérdida completa (amputación del segmento estudiado).

Si el trabajador presentara con anterioridad, limitación de los movimientos de una o varias articulaciones, se tomará como normal la capacidad restante de cada articulación (se usará la



Consolidación viciosa - Secuelas de fracturas

Fractura de cuerpo vertebral, con acúñamiento, sin lesión radicular	
Acúñamiento menor de 30°	0-15%
Acúñamiento mayor de 30°	15-30%
Fractura de cuerpo vertebral operada, con lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	10-15%
Fractura de cuerpo vertebral operada, con lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente	20-35%
Fractura de cuerpo vertebral, operada, sin secuelas	5 %
Fractura de apófisis espinosa sin secuelas	0%
Fractura de apófisis transversa sin secuelas	0%
Fractura de cuerpo vertebral, sin secuelas	0%
Fractura de cuerpo vertebral, con acúñamiento y lesión radicular leve a moderada, corroborada electromiográficamente	10-25%
Fractura de cuerpo vertebral, con acúñamiento y lesión radicular severa, corroborada electromiográficamente	15-40%
Cérvicobraquialgia post-traumática, sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0%
Cérvicobraquialgia post-traumática, con alteraciones clínicas, radiológicas y electromiográficas leves a moderadas	5-25%
Hernia de disco operada, sin secuelas	5%
Hernia de disco inoperable (según criterios médicos)	20-30%
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas leves	10-15%
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas moderadas	15-20%
Hernia de disco operada, con secuelas clínicas y electromiográficas severas	20-40%
Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica	
Grado I:	0-2%
Grado II:	2-4%
Grado III:	4-6%
Grado IV:	6-10%
Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica leve a moderada	10-15%
Espondilolistesis traumática, con repercusión electromiográfica severa	20-40%
Espondilolistesis traumática, operada, sin secuela electromiográfica	0%
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica leve a moderada	10-15%
Espondilolistesis traumática, operada, con secuela electromiográfica severa	20-40%
Lumbalgia post-traumática sin alteraciones clínicas, radiográficas ni electromiográficas	0%





## Columna Dorsolumbar

Excursión desde 0° hasta:

	Rotación D. I.	Inclinación D. I.	Flexión	Extensión
0°	5%	4%	9%	3%
10°	4%	2%	8%	2%
20°	2%	0%	7%	1%
30°	0%		6%	0%
40°			5%	
50°			4%	
60°			3%	
70°			2%	
80°			1%	
90°			0%	

Los porcentajes de limitación se suman aritméticamente cuando son varios los movimientos afectados.

## Anquilosis

Anquilosis en:

### Columna Cervical

	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	20%	20%	20%	20%
10°	27%	25%	27%	27%
20°	33%	30%	33%	33%
30°	40%	35%	40%	40%
40°		40%		

## Columna Dorsolumbar

	Rotación	Inclinación	Flexión	Extensión
0°	30%	30%	30%	30%
10°	40%	45%	33%	40%
20°	50%	60%	37%	50%
30°	60%		40%	60%
40°			43%	
50°			47%	
60°			50%	
70°			53%	
80°			57%	
90°			60%	



Amputación a nivel de brazo	66%
Desarticulación de codo	40-60%
Amputación a nivel de 1/3 superior de antebrazo	40-60%
Amputación a nivel de 1/3 medio de antebrazo	40-60%
Amputación a nivel de 1/3 inferior de antebrazo	40-60%
Amputación de ambas manos	100%
Amputación de mano	40-60%
Amputación de mano transmetacarpiana	40-60%
Amputación de los cinco dedos	40-60%
Amputación de los diez dedos	100%
Amputación de los cuatro dedos menos el pulgar	40%
Amputación a nivel metacarpofalángica de pulgar	30%
Amputación a nivel de la 1ª falange del pulgar	25%
Amputación a nivel de la interfalángica del pulgar	15%
Amputación distal de la última porción falángica del pulgar	8%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del índice	14%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del índice	11%
Amputación a nivel de la interfalángica distal del índice	9%
Amputación distal de la última porción falángica del índice	6%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del mayor	11%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del mayor	8%
Amputación a nivel de la interfalángica distal del mayor	6%
Amputación distal de la última falange del mayor	2%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del anular	8%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del anular	6%
Amputación a nivel de la interfalángica distal del anular	5%
Amputación distal de la última falange del anular	3%
Amputación a nivel de la metacarpofalángica del meñique	5%
Amputación a nivel de la interfalángica proximal del meñique	4%
Amputación a nivel de la interfalángica distal del meñique	3%
Amputación distal de la última falange del meñique	1%

#### Secuelas de fracturas

A estos porcentajes se le sumarán aritméticamente los que correspondan por repercusión funcional por lesión de los nervios periféricos, no pudiendo dicha suma ser mayor a la amputación de dicho segmento.

Las fracturas que consoliden sin complicaciones, no serán motivo de incapacidad laboral.

Fractura de húmero con calle deformo, amputación y/o acortamiento 10%



90°	4%
100°	4%
110°	2%
120°	2%
130°	1%
140°	1%
150°	0%

## Aducción

Desde 0° hasta:

0°	6%
10°	5%
20°	1%
30°	0%

## Elevación anterior

Desde 0° hasta:

0°	10%
10°	9%
20°	8%
30°	8%
40°	7%
50°	7%
60°	5%
70°	5%
80°	4%
90°	4%
100°	3%
110°	2%
120°	2%
130°	1%
140°	1%
150°	0%

## Elevación posterior



40°	5%
50°	4%
60°	3%
70°	2%
80°	1%
90°	0%

Anquilosis  
Anquilosis en:

	Abdoeleva	Aduc.	Eleva ante.	Eleva post.	Rot. I.	Rot. E
0°	36%	36%	36%	36%	36%	36%
10°	34%	44%	32%	42%	42%	30%
20°	31%	52%	28%	48%	48%	24%
30°	28%	60%	24%	54%	54%	29%
40°	25%		27%	60%	60%	34%
50°	26%		30%			40%
60°	29%		33%			44%
70°	32%		36%			50%
80°	36%		39%			55%
90°	40%		42%			
100°	42%		45%			
110°	46%		48%			
120°	50%		51%			
130°	53%		54%			
140°	56%		57%			
150°	60%		60%			

Codo

Limitación funcional

Flexo-extensión

Retenida en:	%	Desde los 150° hasta:	%
0°	60%	0°	0%
10°	57%	10°	1%
20°	55%	20°	2%
30°	50%	30°	4%
40°	50%	40°	5%





70°	1%
80°	0%

## Anquilosis

### Anquilosis en:

0°	60%
10°	58%
20°	55%
30°	50%
40°	45%
50°	43%
60°	40%
70°	35%
80°	32%
90°	30%
100°	35%
110°	40%
120°	45%
130°	50%
140°	55%
150°	60%

## Muñeca

### Limitación funcional

#### Flexión dorsal

##### Desde 0° hasta:

0°	8%
10°	6%
20°	5%
30°	4%
40°	2%
50°	1%
60°	0%

#### Flexión palmar

##### Desde 0° hasta:

0°	9%
----	----



## Anquilosis

Anquilosis en:

	Flexión	Extensión	Desv. radial	Desv. cubital
0°	18%	18%	18%	18%
10°	23%	17%	36%	30%
20°	28%	16%	54%	42%
30°	34%	15%		54%
40°	38%	23%		
50°	44%	41%		
60°	49%	54%		
70°	54%			

## Pulgar

Limitación funcional

Articulación carpo-metacarpiana (incluye aducción y abducción):

Flexión		Extensión	
Desde 0° hasta:	Incapacidad Global	Desde 0° hasta:	Incapacidad Global
0°	3%	0°	3%
10°	1%	10°	2%
15°	0%	20°	1%
		30°	0%

Articulación metacarpo-falángica

Articulación interfalángica

Flexión		Flexión	
Movilidad hasta	Incapacidad Global	Movilidad hasta	Incapacidad Global
0°	14%	0°	12%
10°	12%	10°	10%
20°	8%	20°	8%
30°	6%	30°	6%
40°	4%	40°	5%
50°	2%	50°	4%
60°	0%	60°	2%
		70°	1%
		80°	0%



## Anquilosis inter-falángica

Anquilosada en:	Incapacidad global
0°	10%
10°	9%
20°	8%
30°	8%
40°	8%
50°	10%

## Dedos de la mano menos el pulgar

### Limitación funcional

### Articulación metacarpo-falángica

### Flexión

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	8%
10°	7%
20°	6%
30°	5%
40°	4%
50°	3%
60°	3%
70°	2%
80°	1%
90°	0%

## Articulación Interfalángica proximal

### Flexión

Desde 0° hasta:	Incapacidad global
0°	8%
10°	8%
20°	7%
30°	6%



**Anquilosis: Índice y mayor  
Incapacidad global**

Anquilosis :	M-F	I-F-P	I-F-D
0°	8%	8%	6%
10°	8%	8%	5%
20°	7%	8%	5%
30°	6%	8%	5%
40°	8%	7%	4%
50°	8%	8%	5%
60°	10%	8%	5%
70°	11%	8%	6%
80°	13%	10%	
90°	14%	10%	
100°	11%		

**Anquilosis: Anular y meñique**

Anquilosis metacarpo-falángica      0% global

**Pseudoartrosis**

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional.

Clavícula	2-4%
Húmero	15-30%
Cúbito, diafisaria	9-12%
Cúbito, olecraneana	12-15%
Cúbito, apófisis estiloides	0-1%
Radio, diafisaria	6-9%
Radio, apófisis estiloides	0-2%
Radio y Cúbito	30-40%
Escafoides	15-18%
Semilunar	15-18%

**Inestabilidad articular**

En las incapacidades siguientes está incluida la pérdida por repercusión funcional. Se valorará mediante la Radiología de estrés o dinámica.

Hombro: por pérdida de partes blandas u óseas      25-35%

Hombro: luxación recidivante escápulo





Amputación bilateral	100%
Desarticulación coxofemoral	70%
Amputación de muslo, 1/3 proximal	45-65%
Amputación de muslo, 1/3 medio y distal	40-60%
Desarticulación de rodilla	40-60%
Amputación bajo rodilla con muñón funcional	30-50%
Amputación por debajo de la rodilla bilateral	80%
Desarticulación tobillo (Syme)	25-45%
Amputación de pie con conservación de calcáneo (Ricard)	20-40%
Amputación mediotarsiana (Chopart)	20-40%
Amputación tarsometatarsiana (Lisfranc)	20-40%
Amputación transmetatarsiana	15-25%
Amputación de los 5 dedos	10-20%
Amputación del 1er. dedo	15%
Amputación del 1er. dedo y su metatarsiano	17%
Amputación del 5to. dedo y su metatarsiano	12%
Amputación de 2do., 3ro. ó 4to. dedos con su metatarsiano	12%
Amputación de la falange distal del hallux	6%
Amputación de uno de los dedos 2do., 3ro. ó 4to.	2%
Amputación del 5to. dedo	2%
Amputación de dos falanges de los dedos 2do., 3ro. ó 4to.	1,5%
Amputación de dos falanges del 5to. dedo	1,5%
Amputación de una falange de los dedos 2do., 3ro. ó 4to.	1%
Amputación de una falange del 5to. dedo	1%

Cadera

Limitación funcional

Desde 0° hasta:

	Flexión	Extensión	Abducción	Aducción	Rot. Ext.	Rot. Int.
0°	7%	2%	6%	3%	5%	5%



50°	27%
60°	29%
70	32%
80	35%
90	37%
100°	40%

40%

## Rodilla

### Limitación funcional

#### Flexión

##### Desde 0° hasta:

0°	30%
10°	25%
20°	20%
30°	17%
40°	16%
50°	14%
60°	13%
70°	11%
80°	10%
90°	8%
100°	7%
110°	6%
120°	4%
130°	3%
140°	2%
150°	0%

## Extensión

##### Desde 0° hasta:

0°	0%
10°	10%
20°	20%
30°	40%



## Flexión plantar

Desde 0° hasta:

0°	6%
10°	4%
20°	3%
30°	2%
40°	0%

## Inversión

Desde 0° hasta:

0°	2%
10°	2%
20°	1%
30°	0%

## Eversión

Desde 0° hasta:

0°	2%
10°	1%
20°	0%

## Anquilosis

Anquilosis en:

	Flex. dorsal	Flexión plantar	Inversión	Eversión
0°	12%	12%	12%	12%
10°	20%	16%	17%	20%
20°	28%	20%	23%	28%
30°		24%	28%	
40°		28%		

## Dedos del pie

Anquilosis o limitaciones funcionales

1er. dedo

a) Articulación interfalángica:

## Grado de flexión

0°	4%
----	----



## Acortamiento de los miembros inferiores

De 0 a 1,50 cm	2%
De 1,50 a 2,50 cm	4%
De 2,50 a 4 cm	6%
De 4 a 5 cm	8%
Más de 5 cm	10%

## Secuelas de fracturas

Diastasis pubiana con subluxación sacro ilíaca, con complicación visceral pelviana, según secuelas (pelvis inestable):	20-40%
Fractura de cótilo con protrusión acetabular	12-20%
Fractura del cótilo con protrusión y necrosis de cabeza femoral	20-25%
Secuela de luxación traumática de cadera, con fractura marginal y necrosis de cabeza femoral	20-25%
Secuela de fractura de cuello de fémur	15-20%
Prótesis parcial o total de cadera	10-15%
Prótesis infectada o secuela (operación de rescate Girlestone)	40-60%

A la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y acortamiento del miembro.

Fractura diáfisis femoral consolidada en deseje (angulada o rotada)	15-20%
Fractura de platillo tibial con incongruencia articular	15-20%
Fractura de rótula con desplazamiento	hasta 6%
Patelectomía parcial	3-6%
Patelectomía total	5-10%
Prótesis parcial o total de rodilla	15-20%
Prótesis parcial o total de rodilla, con signos radiográficos de aflojamiento	25-30%
Prótesis parcial o total de rodilla, infectada o secuela quirúrgica de rescate	40-50%

A la incapacidad precedente no debe adicionarse la correspondiente a repercusión funcional y acortamiento del miembro.

Fractura diafisaria de tibia sin desplazamiento	5-10%
---	-------





En las incapacidades siguientes está incluido el porcentaje por repercusión funcional.

## Rodilla

Síndrome meniscal con signos subjetivos	0%
Síndrome meniscal con signos objetivos (hídrartrosis, hipotrofia muscular, bloqueo, maniobras)	8-10%
Meniscectomía sin secuelas	3-6%
Meniscectomía con hídrartrosis, hipotrofia muscular	10-15%
Hídrartrosis crónica	5-8%
Sinovitis crónica con signos objetivos	5-8%
Inestabilidad interna sin hipotrofia ni hídrartrosis, por lesión del ligamento lateral interno	10-15%
Inestabilidad interna con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25%
Inestabilidad anterior o posterior, sin atrofia ni hídrartrosis, por lesión ligamentaria de cruzado anterior o posterior	10-15%
Inestabilidad anterior y posterior con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25%
Inestabilidad externa sin hipotrofia ni hídrartrosis, por lesión de ligamento lateral externo	10-15%
Inestabilidad externa con atrofia, hídrartrosis y alteraciones en la marcha	15-25%
Inestabilidades combinadas	30%
Inestabilidades combinadas con hipotrofias e hídrartrosis	40%

## Lesiones musculares y tendinosas

Serán evaluadas según la limitación funcional que produzcan.

## Pseudoartrosis

En las incapacidades siguientes está incluido el porcentaje por repercusión funcional.

Cuello femoral	40-60%
Fémur, diafisaria	40-60%
Fémur, supracondílea	40-60%
Tibia, extremo proximal como secuela de osteotomía fallida	20-40%
Tibia, diafisaria	20-40%
Peroné, diafisaria	5-10%
Tibia y Peroné	20-40%
Unimaleolar tibial	6-9%
Unimaleolar peronea, infrasindesmal	3-6%
Unimaleolar peronea, transindesmal	6-9%
Unimaleolar peronea, suprasindesmal	9-12%



Inestabilidades combinadas	30%
Inestabilidades combinadas, con hipotrofia e hidrartrosis	40%

## Tobillo

Inestabilidad de tobillo con corroboración radiológica	5-10%
Inestabilidad de ambos tobillos con corroboración radiológica	15-30%

---

## CABEZA Y ROSTRO

---

Las lesiones de cabeza y rostro que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuran en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Para la evaluación de las lesiones producidas en la cabeza y el rostro se tendrán en cuenta: la zona afectada, la extensión de la lesión, la profundidad de la misma, el aspecto, complicaciones, cambios de color y el compromiso anatómico-funcional de los distintos órganos allí localizados. Asimismo se valorará la repercusión estética.

A la valoración de la incapacidad órgano-funcional se le sumará la correspondiente por la secuela estética.

## CABEZA

Las lesiones óseas y neurológicas son evaluadas en el capítulo correspondiente a Neurología. Las lesiones aquí evaluadas se refieren a las heridas contusas y/o cortantes producidas en la zona pilosa.

Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz cubierta	0%
Herida contusa y/o cortante, en zona pilosa, con cicatriz descubierta	1-3%
Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz cubierta	0-1%
Scalp de cuero cabelludo, en zona pilosa, con pérdida parcial del mismo, con cicatriz descubierta	1-3%
Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y parcial de la capa correspondiente al cabello:	
0 a 5 cm de diámetro	1-5%
5 a 10 cm de diámetro	5-10%
más de 10 cm de diámetro	10-20%
Scalp de cuero cabelludo, con pérdida definitiva y total de todas las capas:	
0 a 5 cm de diámetro	5-10%
5 a 10 cm de diámetro	10-20%
más de 10 cm de diámetro	20-40%



**Órbita**

**-Borde Superior**

Alopecia de la ceja, unilateral	3%
Alopecia de la ceja, bilateral	5%
Fractura con depresión de la zona	5-10%
Fractura Apófisis orbitaria externa, con desplazamiento (involucra a la extremidad superior del Malar, sin fractura de la misma), sin tratamiento	10-15%
Fractura Malar, su Apófisis orbitaria sola o asociada a la Apófisis orbitaria frontal	15-20%

**-Borde Inferior**

Fractura del piso orbitario lámina horizontal, con desplazamiento, con diplopía	45%
---	-----

**-Borde Interno**

Fractura con desplazamiento del unguis	5-8%
--	------

**-Borde Externo**

Debemos hacer mención especial sobre los huesos malaros. En los grandes traumatismos faciales, el malar se fractura, dando origen a una secuela que debe ser reparada de inmediato, debido a la caída del piso orbital y la diplopía sobreviniente.

Contenido Orbitario y partes blandas: ver ojo.

Senos Nasales: ver nariz, garganta y oído.

Lefort I Trazo horizontal del paladar y no compromete órbitas	según secuelas
Lefort II Atraviesa el borde infraorbitario, el piso, la pared interósea de la órbita y la lámina perpendicular Etmoides	fistulas craneorraeas
Lefort III Se agrega al trazo anterior la pared externa de la órbita, la apófisis orbitaria del Frontal y el Cigoma	etc.

Las alteraciones visual y/u olfatoria y/o ventilatoria nasal, se sumarán a la incapacidad anatómica.

**Pabellón auricular**

Pérdida total, unilateral	12%
Pérdida del lóbulo auricular	4%
Alteración estética parcial, unilateral	5-10%
Alteración estética parcial, bilateral	15%

A las lesiones del pabellón auricular se le sumará la incapacidad por repercusión auditiva y/o vestibular.

**Mentón**

Cicatriz lineal, menor 4 cm	0-2%
-----------------------------	------



2.- Pérdida del campo visual, puede ser uni o bilateral.

3.- Pérdida o compromiso de la función motora de la musculatura extraocular (con o sin diplopia).

4.- Pérdida de alineamiento ocular y de la posición y o movilidad palpebral (ptosis, lagoftamos y otras alteraciones).

5.- Lesiones de la vía lagrimal.

6.- Alteraciones misceláneas.

Elementos útiles para la evaluación: Anamnesis, Examen físico oftalmológico: Agudeza visual, Campo visual, Fondo de ojo, Biomicroscopía (BMC), Retinofluoresceinografía y/o Neurológico.

Eventualmente se completará el diagnóstico con: Rx, Eco, TC, RMN o Potenciales evocados.

En todos los casos se evaluará la capacidad visual bilateral.

## 1.- Agudeza visual

1.1.- La agudeza visual se determinará corregida si procede o sin corrección si el uso del lente convencional o de contacto no resulta soportable (intolerancia, aniseiconia, defectos no corregibles de la superficie ocular).

Cuando el lente de contacto es bien tolerado, su corrección será la que deberá considerarse en el cálculo de la invalidez.

1.2.- La pérdida de la visión de un ojo deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la Tabla de Sená, aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología.

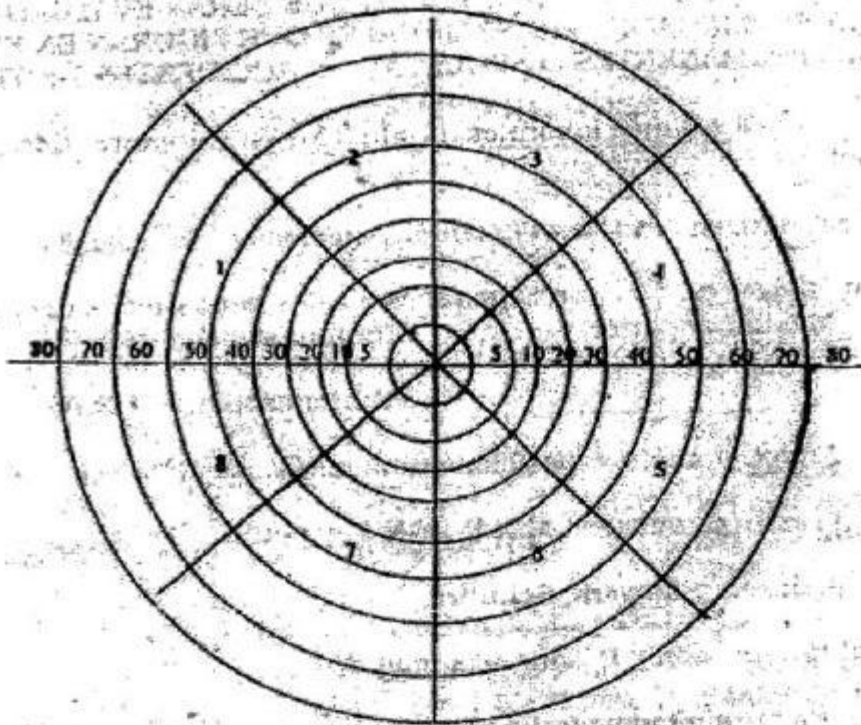
AV: Agudeza visual	ENUC: Enucleación												ES/P: Enucleación s/prótesis	
AV	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	-0.1	Enuc	Es/P	
1	0	1	2	4	6	9	13	18	24	32	42	45	50	
0.9	1	2	3	5	8	11	15	20	26	34	43	47	52	
0.8	2	3	5	7	10	13	18	23	29	37	45	50	54	
0.7	4	5	7	9	13	16	21	26	32	40	50	55	58	
0.6	6	8	10	13	16	20	25	30	36	44	55	60	62	
0.5	9	11	13	16	20	24	29	34	41	49	60	65	67	
0.4	13	15	18	21	25	29	33	39	47	56	70	70	73	
0.3	18	20	23	26	30	34	39	45	54	65	80	80	80	
0.2	24	26	29	32	36	41	47	54	64	75	90	90	90	
0.1	32	34	37	40	44	49	56	65	75	85	100	100	100	
-0.1	42	43	45	50	55	60	70	80	90	100	100	100	100	
Enuc	45	47	50	55	60	65	70	80	90	100	100	100	100	
Es/P	50	52	54	58	62	67	73	80	90	100	100	100	100	

1.3.- La pérdida total de la visión de un ojo será causal de una invalidez del CUARENTA Y DOS POR CIENTO (42%). A ese valor se referirá el cálculo de las pérdidas de la visión y del campo visual.

1.4.- De acuerdo a la Tabla de Sená la pérdida del globo ocular (enucleación) dará una invalidez del CUARENTA Y CINCO POR CIENTO (45%).







2.3.- Para las actividades que demanden una agudeza visual sin limitaciones, donde el campo visual periférico es de importancia capital (maquinista, conductores de buses, operadores de grúas y maquinaria pesada etc.) se considerará el campo visual dividido en OCHO (8) meridianos de SESENTA (60) grados cada uno lo que equivaldrá a QUINIENTOS (500) grados.

Para las actividades de no requieren de tanta capacidad visual (oficinistas, profesores, actividades de servicio) entendiéndose que las lesiones son monoculares, se considerará el campo visual dividido en OCHO (8) meridianos pero de CUARENTA (40) grados centrales lo que equivale a TRESCIENTOS VEINTE (320) grados.

2.4.- Se analizará el Campo obtenido con el campímetro de Goldmann con Isoptera 1/IV para la periferia y 1/II para el campo central, y se contarán los grados comprometidos en cada meridiano.

2.5.- Obtenido el gráfico de la campimetría, se suman los grados de los ocho meridianos y se divide por TRESCIENTOS VEINTE (320) (total de grados para el campo visual normal para cada ojo), o QUINIENTOS (500) si se refiere a casos especiales, obteniéndose el campo visual preservado. La diferencia con la unidad será la pérdida del campo visual de ese ojo.

La pérdida de la capacidad visual unilateral se multiplica por el índice 0.25 para calcular la pérdida de la capacidad global.

2.6.- Cuando se trata del campo visual bilateral, se calcula la pérdida de ambos ojos por separado. Luego se suman y el resultado se multiplica por el factor 1.5, obteniéndose así el grado total de incapacidad por pérdida bilateral del campo visual.

2.7.- Cuando la agudeza visual está comprometida, al porcentaje de pérdida del campo visual deberá agregársele el originado por la primera (según capacidad restante).

### 3. Pérdida de la función de la musculatura extraocular. Diplopia

3.1.- La pérdida de esta función obliga al paciente a consultar por diplopia y/o desviación de la cabeza. La diplopia también puede ser causada por traumatismo de la base de la órbita, o monocular en casos especiales de daño corneal.

La evaluación de la misma se hará considerando la edad y el tiempo de evolución,



Iridodialisis (con compromiso visual) unilateral	5%
Iridodialisis bilateral	10%
Ptosis palpebral unilateral con pupila descubierta	5%
Ptosis palpebral bilateral con pupila cubierta. Se le sumarán los trastornos funcionales de la visión	Variable
Deformaciones palpebrales monoculares	5-10%
Deformaciones palpebrales bilaterales	10-20%
Lagoftalmos residual unilateral	5-10%
Lagoftalmos residual bilateral	10-20%
Estrabismo (lesión muscular o nerviosa). Según agudeza visual	
Epífora post traumática unilateral	5-10%
Epífora post traumática bilateral	10-20%
Enucleación con prótesis	45%
Enucleación no permite prótesis	50%
Enucleación o evisceración bilateral	100%
Oftalmía simpática, secuelar a accidentes en el otro ojo	100%
Ceguera, post traumática, sin deformación del globo ocular, unilateral	42%
Ceguera post traumática o atrófica del globo ocular con deformación unilateral, que permite prótesis	45%

---

## GARGANTA, NARIZ Y OIDO

---

### Generalidades

Las lesiones de garganta, nariz y oído que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Para la evaluación de los daños laborales, producidos en Garganta, Nariz y Oído, son útiles los siguientes elementos:

Datos clínicos: Anamnesis, examen otorrinolaringológico, neurológico.

Diagnóstico por imágenes: Rx correspondiente a las zonas afectadas, en las posiciones específicas: 1- Maxilar superior: Mentonasoplaca (M.N.P.)

Frontonasoplaca (F.N.P.)

2- Arco Cigomático: posición submento vertical, M.N.P. y F.N.P.

3- Fracturas nasales: M.N.P., F.N.P. y perfil.

4- Peñasco: Stenvers, Schüller.

Tomografía Axial Computada y Resonancia Mag. Nuc.

Electrofisiológico Electronistagmografía, Audiometría tonal, Logoaudiometría,

Potenciales Evocados Auditivos;

S.I.S.I. Rinomanometría, Olfatometría



Si por efecto de un trauma agudo se pierde total e irreversiblemente la función de un oído, conservándose la normalidad del otro, la incapacidad a reconocer será del QUINCE POR CIENTO (15%).

La hipoacusia total, traumática o por exposición al ruido, se evaluará con una incapacidad del CUARENTA Y DOS POR CIENTO (42%). Las hipoacusias parciales se evaluarán según las tablas.

### Cálculo de la pérdida monoaural

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos QUINIENTOS (500), MIL (1.000), DOS MIL (2.000) y CUATRO MIL (4.000). La suma obtenida se traslada a la tabla donde se convierte en porcentaje de pérdida auditiva.

PÉRDIDA AUDITIVA MONOAURAL			
SD	%	SD	%
100	0,0	240	52,5
105	1,9	245	54,4
110	3,8	250	56,2
115	5,6	255	58,1
120	7,5	260	60,0
125	9,4	265	61,9
130	11,2	270	63,8
135	13,1	275	65,6
140	15,0	280	67,5
145	16,9	285	69,3
150	18,8	290	71,2
155	20,6	295	73,1
160	22,5	300	75,0
165	24,4	305	76,9
170	26,2	310	78,8
175	28,1	315	80,6
180	30,0	320	82,5
185	31,9	325	84,4
190	33,8	330	86,2
195	35,6	335	88,1
200	37,5	340	90,0
205	39,4	345	90,9
210	41,2	350	93,8
215	43,1	355	95,6
220	45,0	360	97,5



Grado I. Deterioro mínimo. Se produce <b>desequilibrio</b> con los cambios bruscos de posición de la cabeza o en determinadas posiciones de la misma. Leves desviaciones y/o lateropulsiones en la marcha con ojos cerrados. Signos objetivos de daño orgánico en examen laberíntico y/o neurológico.	Incapacidad 10%
Grado II. Deterioro leve. Hay trastornos en la marcha y giros rápidos los que se acentúan al hacerlo con los ojos cerrados. Logra mantenerse en pie con los ojos cerrados. Hay signos objetivos en exámenes laberínticos y/o neurológicos.	Incapacidad 20%
Grado III. Deterioro moderado. La marcha sólo es posible con apoyo de bastón. Gran dificultad para mantener el equilibrio con ojos cerrados e imposibilidad de marcha en esas condiciones.	Incapacidad 40%
Grado IV. Deterioro avanzado. Hay gran dificultad para realizar cambios de posición. Imposibilidad de mantener una posición para desempeñar una tarea.	Incapacidad 70%
Grado V. Deterioro grave. Imposibilidad de marcha con ojos abiertos. Requiere asistencia de terceros para su traslado.	Incapacidad 100%

Peñasco, con complicaciones, se evalúan las secuelas

Apófisis Mastoides, sin complicaciones, no tiene incapacidad

Apófisis Estiloides, sin complicaciones, no tiene incapacidad

Apófisis Estiloides, con complicaciones (ver Pares Craneales)

Se agregará la incapacidad, si hubiere, por repercusión auditiva y/o vestibular.

## NARIZ Y SENOS PARANASALES

Las lesiones deformantes del rostro como los desplazamientos óseos y complicaciones se evaluarán después de la cirugía reparadora, reduciéndose los porcentajes de incapacidad, según el éxito de la cirugía.

### NARIZ

Pirámide nasal

Amputación nasal, total hasta 30%

Ventanas nasales

Deformidad marcada unilateral hasta 8%

Deformidad marcada bilateral hasta 15%

Fractura de los huesos propios

sin desplazamiento sin incapacidad

con desplazamiento hasta 6%

Fractura Lámina Vertical del Etmoides





## SENOS PARANASALES

La fractura de los Senos Maxilar, Esfenoidal, Etmoidal o Frontal, que no produzcan complicaciones, no será motivo de incapacidad.

Los desplazamientos óseos y las complicaciones se evaluarán posteriormente a las reparaciones quirúrgicas y/o médica.

Hundimiento de los senos	10-20%
Desplazamiento del piso orbitario atrapamiento del recto inferior	10-20%
Diplopia (ver capítulo Ojos) se le sumará a la incapacidad existente	
Hiposmia	5%
Anosmia	10%
Cráneo Hidrorrea con solución terapéutica	5-10%
Cráneo Hidrorrea sin solución terapéutica	40-60%
Fractura del hueso Malar	
con desplazamiento que involucra su apófisis orbitaria	10-20%
asociada a la apófisis orbitaria del Frontal	15-20%
Fractura del Cigoma	
única, con desplazamiento	5%
asociada al Malar	10-20%
asociada al Malar y al piso orbitario, con desplazamiento	10-20%
Fractura del hueso Palatino, con complicaciones	según secuela
Enfermedad profesional	
Cáncer Primitivo de Etmoides,	
Local	20%
Invasor (Piso de la Órbita, etc.)	90%

## LARINGE

Traumatismos	
Parálisis Cuerdas Vocales única	5%
Parálisis Cuerdas Vocales bilateral	10%
Estrechez Laríngea, sin disnea	5%
Estrechez Laríngea, con disnea (ver capítulo Respiratorio)	
Estrechez Laríngea, con disfonía	5-15%
Laringectomía parcial	35%
Laringectomía total	50-70%
Traqueostomía transitoria (se evaluará según secuelas respiratoria y de la	



Cuadro 1

Alteraciones	CV	VR	VEF1/CVF	VEF/1
ASMA	No dism.	No aum.	Dism	Dism.
BRONQUITIS Cr.	No dismin.	No dism.	Dism	Dism
NEUMOCONIOSIS	Dism.	Dism.	N	No dism.
ENFISEMA	No dism.	Aum.	Dism	Dism

El estudio espirométrico es de fundamental importancia para el diagnóstico del tipo de patología pulmonar, especialmente en las enfermedades profesionales. El criterio de normalidad funcional será el propuesto por la Americana Thoracic Society.

Con el anamnesis (disnea, agente, tipo de trabajo, etc.), Examen físico, Espirometría, Rx, y eventualmente gases en sangre y difusión pulmonar de gases, se llegará al diagnóstico de enfermedad profesional, y ubicar al trabajador dentro de la siguiente tabla para valorar el grado de incapacidad respiratoria que presente.

### TABLA DE VALORACIÓN PARA INCAPACIDAD RESPIRATORIA

Cuadro 2

Estadio I:	Ausencia de disnea Rx normal o secuela uni o bilateral menor al equivalente de un tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos mayores de OCHENTA POR CIENTO (80%). Gases en sangre normales	Sin incapacidad
Estadio II:	Disnea a grandes esfuerzos y/o Rx lesiones uni o bilateral que no excedan el equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) y OCHENTA POR CIENTO (80%). Gases en sangre con saturación de O <sub>2</sub> mayor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%)	hasta 30%
Estadio III:	Disnea a medianos esfuerzos y/o Rx con lesiones uni o bilateral que no exceden el equivalente a toda la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos entre CINCUENTA POR CIENTO (50%) y SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%). Gases en sangre con saturación de O <sub>2</sub> mayor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%)	35-50%
Estadio IV:	Disnea a mínimos esfuerzos y/o en reposo y/o Rx lesiones uni o bilateral que exceden la superficie de la playa pulmonar derecha. Volúmenes espirométricos menores al CINCUENTA POR CIENTO (50%). Gases en sangre con saturación menor del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85%)	55-70%
Estadio V:	Insuficiencia Respiratoria Terminal, con Cor-Pulmonare	70-90%



Cuadro N° 1 (continuación)

OPACIDADES PLEURALES						
PARED COSTAL		DIAFRAGMA			ANGULO COSTOFRENICO	
CIRCUNSCRITAS O DIFUSAS		SI	NO	SI	NO	
ANCHO	EXTENSION	D	I		D	I
		E	Z		E	Z
a-- < 5 mm	1-- <1/4 de la pared torácica	R	Q		R	Q
		E	U		E	U
b-- > 5 < 10mm	2-- >1/2 de la pared torácica	C	I		C	I
		H	E		H	E
c-- > 10mm	3-- >1/2 de la pared torácica	O	R		O	R
			D			D
			O			O
CALIFICACIONES.					El límite inferior para definir la obliteración del ángulo costofrénico, está dada por a Rx. de tórax standar, categoría 1/1-t/t	
PARED	DIAFRAGMA	OTRAS				
EXTENSION						
1— < 20mm 2— > 20 y < 100mm 3— > 100mm						

Las alteraciones radiológicas pulmonares son condición sine qua non para el diagnóstico de neumoconiosis. En el caso de trabajadores expuestos a fibra de asbesto, la presencia de placa pleural, como signo aislado, no permite formular el diagnóstico de asbestosis en ausencia de opacidades parequimatosas.

Para medir el compromiso funcional se utilizará la espirometría, la que deberá realizarse sin broncodilatador, siendo la Capacidad Vital Forzada (CVF) y la Capacidad Residual (CR) los parámetros más alterados en esta patología, según se aprecia en el Cuadro N° 1.

Los volúmenes medidos se expresarán en porcentajes de las referencias de normalidad. Teniendo presente que las neumoconiosis fibrogénicas, por el desarrollo de fibrosis, que destruye y reemplaza al tejido pulmonar, dan un compromiso fundamentalmente restrictivo, el valor de la capacidad vital forzada (CVF), serán el ítem que incidirá más en la ubicación del trabajador en la Tabla de Incapacidad Respiratoria.

## 2.- BRONQUITIS CRÓNICA OCUPACIONAL

La exposición crónica a agentes irritantes de la vía respiratoria contribuye al desarrollo de bronquitis crónica. Se define a esta entidad como la presencia de tos y expectoración durante un período mínimo de 3 meses por año, al menos durante dos años seguidos.



Incapacidad: 15-30%.

C.- Asma bronquial severo, es el que se asocia a una obstrucción bronquial persistente, que no revierte significativamente con el uso de broncodilatadores, constituyendo una severa limitante para el esfuerzo físico. La incapacidad se determinará mediante las pruebas espirométricas, para clasificarlo en el estadio funcional correspondiente. Los parámetros a tener en cuenta son los mismos de la Bronquitis Crónica Obstructiva, es decir el Volumen Espiratorio Forzado en 1 seg. (VEF1) y la relación VEF1/CVF.

La HRB deberá objetivarse sólo mediante el test de metacolina. La respuesta se considerará positiva con una caída mínima del VEF1 de VEINTE POR CIENTO (20%).

#### 4.- CÁNCER OCUPACIONAL DEL APARATO RESPIRATORIO

Numerosos estudios epidemiológicos han establecido una asociación entre cáncer respiratorio y exposición a ciertos riesgos inhalatorios laborales. Tal es el caso del arsénico, asbesto y cromo que constituyen algunos de los principales agentes causantes. Tanto el cáncer bronquial como el mesotelioma pleural son de gran malignidad y, por lo mismo, de pésimo pronóstico. Teniendo presente lo anterior procede asignar a cualquiera de los señalados, con o sin demostración de metástasis, una incapacidad entre SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) y NOVENTA POR CIENTO (90%).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- American Thoracic Society Criteria for Pulmonary Impairment. Renzetti AD et al: Evaluation of Impairment Disability Secondary to Respiratory Disorders. Am Rev. Respir. Dis. 1986; 133: 1205.

#### 5.- INFECCIONES PULMONARES OCUPACIONALES

Las infecciones ocupacionales son lesiones temporales que se evaluarán según las secuelas que dejen, medibles por la Tabla de Valoración para Incapacidad Respiratoria

##### Hidatidosis Pulmonar

Quiste hidatídico simple, con resección quirúrgica sin complicaciones	sin incapacidad
Quiste hidatídico complicado: Ruptura (siembra)	70%
Recidiva con siembra generalizada	80%

#### LESIONES POST TRAUMÁTICAS

Vías aéreas superiores: Se remite a los capítulos de Cabeza y Rostro y Garganta, Nariz y Oído.

#### PARED TORÁCICA

Partes blandas y óseas: Se remite al capítulo Osteoarticular.

Hernia diafrágica post-traumática, se remite al capítulo de Paredes Abdominales.

#### PULMONES Y PLEURA

Adherencias y retracciones cicatrizales post-traumáticas, sin compromiso funcional respiratorio	sin incapacidad
Adherencias y retracciones cicatrizales post-traumáticas, con compromiso funcional respiratorio	según tabla
Intervenciones quirúrgicas post traumáticas, sin secuelas	sin incapacidad
Toracoplastia sin insuficiencia respiratoria	sin incapacidad
Toracoplastia o secuelas post traumáticas, con insuficiencia respiratoria	según tabla





Afecciones	Porcentaje
1. Cardiopatía Coronaria.	
1.1. Síndrome anginoso.	
1.1.1. Angina de pecho crónica y estable. Comprobado con PEG y/o Talio y/o Hemodinamia positiva	60%
1.2. Infarto del miocardio.	
1.2.1. Infarto del miocardio recuperado, tratado médicamente o en forma quirúrgica, sin alteraciones hemodinámicas y PEG submáxima negativo	20-30%
1.2.2. Infarto del miocardio recuperado, tratado médicamente o en forma quirúrgica, con isquemia residual y/o trastornos hemodinámicos y/o PEG test de esfuerzo submáximo positivo	80%
2. Insuficiencia cardiaca derecha (complicación de patologías pulmonares de origen laboral), agrega en forma aritmética a la enfermedad que le dio origen	30%
3. Síndrome angioneurótico de la mano predominantes en los dedos índice y medio acompañados de calambres de la mano y disminución de la sensibilidad (enfermedad profesional).	
Compromiso de una mano	5%
Compromiso bilateral	10%
4. Compromiso vascular unilateral permanente, con fenómeno de Raynaud o manifestaciones isquémicas de los dedos.	20%
5. Trastornos de la circulación permanente de los dedos de manos y pies.	
5.1. Trastornos de la circulación de los dedos de las manos y de los pies sin acroosteolisis	15%
5.2. Trastornos de la circulación de las manos y de los pies con acroosteolisis	25%
6. Hipertensión arterial (HTA) como secuelas de nefropatías profesionales: Se tendrá en cuenta, Rx, Eco, Cámara Gama, Ecg, Fondo de ojos	
- Estadio I: Las cifras de presión diastólica son repetidamente superiores a 90 mm Hg, Electrocardiograma (ECG), Rx, Eco (sin hipertrofia ventricular) y fondo de ojo normal, sin antecedentes de lesión cerebrovascular por HTA	5%
- Estadio II: Sin antecedentes de lesión cerebrovascular por HTA, sin secuelas en el momento de la evaluación, con evidencia de hipertrofia ventricular izquierda y fondo de ojo con alteraciones arteriolarés por HTA sin hemorragias o exudados	20%
- Estadio III: Hipertrofia ventricular izquierda al ECG y ECO. Rx de tórax sin signos de congestión cardíaca, retinopatía con cambios definidos por HTA con hemorragias y exudados	40%
- Estadio IV: A todo lo anterior se le suma la Insuficiencia Cardíaca o los Accidentes Cerebrovasculares por HTA o la Retinopatía por HTA con daño retinal o de nervio óptico	70%



con secuela (by pass)	50%
<b>Aorta abdominal</b>	
Operada, sin secuela	30%
Operada, con secuela, aneurismática o estenosis, que requiere cirugía	70%
<b>Arteriales periféricas</b>	
Operada, sin secuelas	sin incapacidad
Operada, con secuelas, que requieran cirugía	según secuelas
<b>Venosos:</b>	
<b>Cava superior, sin secuela</b>	
	0%
con complicaciones	según secuela
<b>Pulmonar</b>	
	30%
<b>Subclavia</b>	
	30%
<b>Vena Cava inferior</b>	
Operada, sin secuela	0%
Operada, con secuela	40%
<b>Linfáticos: Conducto torácico, quilotórax</b>	30%

Insuficiencia venosa periférica	
Estadio I Pigmentación ocre difusa	1 - 3% (uno a tres por ciento) *
Estadio II: Várices esenciales y/o recidivadas del sistema venoso superficial, pigmentación ocre difusa, sin trastornos tróficos. Puede haber o no edema blando.	Incapacidad del 3 - 5% (tres al cinco por ciento)
Estadio III: Dilatación venosa de los dos sistemas superficiales, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral).	Incapacidad del 5 - 10% (cinco al diez por ciento)
Estadio IV: Dilatación venosa de los dos sistemas superficiales, con o sin edema blando, pigmentación ocre difusa o en placas (uni o bilateral). Proceso flogótico y úlcera.	Incapacidad del 15 - 25% (quince al veinticinco por ciento)
Estadio V: Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda parcial (dermatitis ocre, pigmentaria, manguito esclerorretráctil, sin úlceras o con cicatrices).	Incapacidad del 30% - 40% (treinta al cuarenta por ciento)
Estadio VI: Síndrome post-trombótico, con insuficiencia venosa profunda con fibroedema en bota, con úlceras y/o	Incapacidad del 40 - 50% (cuarenta al cincuenta por ciento)



## CAVIDAD BUCAL

### Pérdida de partes blandas (ver Cabeza y Rostro)

Estomatitis	Incapacidad
1.- Estomatitis mercurial con pérdida de menos de 1/3 de las piezas dentarias como secuela.	20 %
Estomatitis mercurial con pérdida secuelar de 1/3 o más de las piezas dentarias.	40%
2.- Pérdida traumática de menos de 1/3 de piezas dentarias.	20%
Pérdida traumática de más de un tercio de las piezas dentarias.	40%

Nota: En lo que concierne a pérdida de piezas dentarias por estomatitis mercurial o traumáticas secundarias a accidentes laborales, sólo se otorgará la incapacidad señalada en el caso que dichas pérdidas no sean reemplazadas por prótesis fijas, es decir con puentes o implantes de titanio.

### Lengua

1. Pérdida parcial, sin alteración de la fonación y de la deglución.	10-15%
2. Pérdida parcial, con alteración de la fonación y de la deglución.	15-30%
3. Pérdida total.	50-60%

## ESÓFAGO

Los accidentes de trabajo que originan lesiones en el esófago son excepcionales. Pueden ser provocadas a nivel del cuello y/o el tórax como consecuencia de la ingesta de cáusticos o por heridas penetrantes en esas regiones. Estas últimas habitualmente van acompañadas de compromiso en otros órganos.

Las secuelas se relacionan directamente con la lesión que las provocó o pueden ser secundarias al tratamiento, que necesariamente debió ser realizado.

En la anamnesis se tendrá especial interés en la valoración de la disfagia, el dolor y los vómitos.

En el examen físico se considerará el estado nutricional. Se requerirá el aporte de la Historia Clínica, con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados.

### Lesiones

1.- Perforación simple, sin flemón de cuello y/o mediastinitis, sin secuelas.	sin incapacidad
2.- Secuela leve: con disfagia intermitente, con disquinesia, sin estenosis y sin compromiso ponderal.	2-10%
3.- Secuela moderada:	
- con estenosis y necesidad de dilataciones periódicas sin pérdida de peso o con pérdida menor del 10% del peso habitual.	10-15%
- con pérdida mayor del 10% del peso habitual y con escaso compromiso del estado general.	15-25%
- con pérdida mayor del 10% del peso habitual y moderado compromiso del estado general.	30-50%

Perforación de esófago toracoabdominal resuelta por toracolaparotomía o toracofrenotomía y cierre de la brecha con el



2.1. Con pérdida menor del 10% del peso habitual	15-20%
2.2. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual	20-25%
2.3. Con secuelas post quirúrgicas (Dumping Síndrome del asa aferente) con pérdida menor del 10% del peso habitual	25-35%
2.4. Con sec. post quirúrgicas (Dumping, etc.), con pérdida mayor del 10% del peso corporal	35-40%
3. Gastrectomía total: sin pérdida de peso	30%
3.1. Con pérdida menor del 10% del peso habitual	30-35%
3.2. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual y moderado compromiso del estado general	40-50%
3.3. Con pérdida mayor del 10% del peso habitual e importante compromiso del estado general, con o sin secuela de reflujo	70%

## DUODENO

1.- Duodenopancreatectomía:	
cefálica	45%
total	70%
2.- Ligadura del píloro con cierre simple y gastroenteroanastomosis	20-30%

## INTÉSTINO DELGADO

Como toda víscera hueca, puede ser lesionada por traumatismos abdominales y/o heridas penetrantes.

Lesiones

1.- Laparotomía exploradora sin secuela, por cierre simple sin resección	sin incapacidad
2.- Resección:	
Menores de SESENTA (60) cm	5-10%
Si involucra el ángulo de Treitz	15-25%
De más de SESENTA (60) cm (valorar estado nutricional):	
Con pérdida menor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipoalbuminemia, no menor a TRES (3) gramos.	25-30%
Con pérdida mayor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, hipoalbuminemia, no menor a TRES (3) gramos y/o anemia.	30-40%
Con pérdida mayor del DIEZ POR CIENTO (10%) del peso habitual, albuminemia menor a TRES (3) gramos y/o anemia o compromiso funcional tipo intestino corto.	70%
3.- En caso de producirse fistulas, permanentes, que comprometan el estado general, agregar:	25%

## INTÉSTINO GRUESO

Las causas de las lesiones son similares a las referidas para Intestino Delgado.





3.- Perforación de recto, intraperitoneal, con Operación de Hartmann	25-30%
4.- Perforación de recto, con colostomía definitiva	40-60%
Fístulas anales (post-traumáticas o complicaciones post-traumáticas) sin solución terapéutica:	
Subcutánea	1-3%
Transesfinteriana	10-20%
Extraesfinteriana	10-20%
Fisuras sin lesión del esfínter	0-2%
con lesión del esfínter	2-5%

Si con motivo de las resecciones o lesiones se produce un trastorno funcional permanente: incontinencia, obstrucción defecatoria por estenosis y/o lesión nerviosa, la incapacidad se incrementará en 30%.

#### PARED ABDOMINAL

Cicatrices viciosas, retráctiles, anfractuosas:

menores de DIEZ (10) cm	2%
mayores de DIEZ (10) cm	5 %

Ruptura del recto anterior, operado o no que, cura sin secuela sin incapacidad

#### HERNIA EVENTRACIÓN O EVISCERACIÓN DIAFRAGMÁTICA POST-TRAUMÁTICA

Sin complicaciones	sin incapacidad
Con complicaciones (respirat., digest., cardiopul.):	según secuela

#### HERNIAS

Umbilical o Epigástrica:

operada, sin secuelas	sin incapacidad
operada con secuelas post quirúrgicas	6%

Inguinal o Crural unilateral:

operada, sin secuelas	sin incapacidad
operada con secuelas post quirúrgicas	6%

Inguinal o Crural bilateral:

operada, sin secuelas	sin incapacidad
operada con secuelas post quirúrgicas	12%



	A	B	C
Bilirrubinemia	<20mg/l	20-30mg/l	>30mg/l
Albuminemia	>35 g/l	30-35 g/l	<30 mg/l
Protrombinemia	>70%	70-40%	<40%
Ascitis	No	moderada	abundante
Encefalopatía	No	fácil control	importante
Nutrición	excelente	correcta	mala
% Incapacidad	10-30 %	30-60%	70%

Las lesiones difusas del hígado, cualquiera sea su etiología, producidas en ocasión del trabajo, serán evaluadas de acuerdo a los parámetros precedentes. Los valores extremos de incapacidad de cada estadio, se correlacionan con: la Historia Clínica, la frecuencia de las descompensaciones y los datos humorales límites expresados.

La Hepatitis crónica activa, aún compensada, diagnosticada por biopsia, puede llegar a alcanzar una incapacidad del SETENTA POR CIENTO (70%), dependiendo del grado de actividad inflamatoria histológica, los parámetros clínicos, la alteración de los valores humorales y el tipo de actividad laboral.

Angiosarcoma hepático 90%

#### Lesiones anatómicas

##### Hígado

Las lesiones traumáticas de hígado que curen sin secuelas no presentan incapacidad.

Las lesiones traumáticas de hígado que dejen secuelas se evaluarán según las mismas. Por ejemplo: Insuficiencia Hepática, sinéquias, etc.

Quiste hidatídico simple, con resección quirúrgica sin complicaciones	sin incapacidad
Quiste hidatídico complicado: Ruptura (siembra peritoneal)	70%
Recidiva con siembra peritoneal	80%

Cuando coexiste con complicación torácica, se combinarán las incapacidades.

De existir compromiso de la función hepática post-resección, la misma será evaluada a partir de los parámetros mencionados en el correspondiente ítem.

Las lesiones, producidas por y en ocasión del trabajo, que den origen a un trasplante hepático se valoran en un NOVENTA POR CIENTO (90%).

#### Vías Biliares

Ruptura post-traumática de vesícula	10%
Ruptura de vía biliar extra hepática:	
- Ruptura parcial de Colédoco (drenaje)	15-20%
- Ruptura total con reparación de la vía biliar	30-40%
- Secuela obstructiva post-quirúrgica	70%



## RIÑÓN

### Insuficiencia renal

La patología renal ocasionada por cualquiera de los agentes tóxicos que incluye la ley debe ser evaluada en base a la función renal del trabajador, independientemente del tipo de daño (tubular, intersticial, glomerular, con síndrome nefrótico, con síndrome urémico, etc.)

El monto de incapacidad por este concepto dependerá del grado de insuficiencia renal medida según los grados de velocidad de filtración glomerular (VFG) que a continuación se detallan:

Grado de VFG	VFG ml/min	Incapacidad
Grado I	70 - 50	10%
Grado II	40 - 30	20%
Grado III	20 - 5	70%
Grado IV	< 5	90%

Nota:	Grado I	Asintomáticos
	Grado II	Anemia leve, hipertensión arterial (HTA) posible.
	Grado III	Acentuación de lo anterior + síndrome urémico.
	Grado IV	Situación clínica que requiere diálisis o trasplante.

Se le sumará la incapacidad causada por la hipertensión nefrovascular que esta patología dé origen (ver Cardiovascular)

Lesiones post-traumáticas	Incapacidad
Pérdida del riñón por nefrectomía, con indemnidad funcional del riñón remanente	20 %

En su defecto, es decir, si el riñón remanente tuviera algún grado de insuficiencia, la evaluación de incapacidad deberá ajustarse al criterio señalado anteriormente en la tabla.

Como método de diagnóstico para evaluar la función de cada riñón por separado, se utilizará el riodiagrama isotópico y/o Cámara Gamma.

Las lesiones post-traumáticas, se evaluarán según las secuelas y una vez agotados los recursos terapéuticos.

## HIDRONEFROSIS

Hidronefrosis unilateral, sin repercusión funcional, con riñón contralateral normal	5%
Hidronefrosis unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	10%
Hidronefrosis unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	15%



## URÉTER

Reemplazo ureteral post traumático	
Unilateral, sin alteraciones funcionales, con riñón contralateral normal	sin incapacidad
Unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	10%
Unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	15%
Unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral normal	20%
Unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral disminuido	según función renal
Bilateral, sin alteraciones funcionales	sin incapacidad
Bilateral, con anulación funcional	según función renal
Ureterostomía	
Cutánea permanente unilateral	40%
Cutánea permanente bilateral	70%

## VEJIGA

### Cáncer vesical (por exposición a tóxicos)

El criterio para establecer el grado de incapacidad física de un Cáncer vesical y que con mucha probabilidad lleva a la muerte del trabajador tiene que ver con el grado de función perdida pero también con el pronóstico y posibilidad de sobrevida del mismo.

Para tales efectos se establecen los siguientes criterios:

Estadio	Grado de compromiso	Incapacidad
0	Superficial o in situ, mucosa	10%
A	Superficial, submucosa	20%
B	Invasor, muscular	40%
C	Invasor, grasa perivesical	60%
D1	Metastásico, ganglios linfáticos	90%
D2	Metastásico, huesos o vísceras	90%

Sin perjuicio de lo anterior, si dentro de los TREINTA Y SEIS (36) meses extendibles a SESENTA (60) que establece la ley como período de incapacidad provisoria, se produjera un aumento del compromiso del cáncer vesical desde los grados A o B a un grado C o superior, deberá otorgársele al trabajador, una incapacidad del NOVENTA POR CIENTO (90 %).

Congestión vesical con varicocele

20%

Tumor benigno de la vejiga

10%





## GENITAL MASCULINO

Castración	40%
Amputación total del pene	40%
Amputación parcial del pene con función eréctil conservada	25%
Amputación parcial del pene sin función eréctil	30%
Lesión peneana deformante del pene con desviación de la angulación o lesión de los cuerpos cavernosos	20%
Atrofia testicular unilateral, por contusión (hematocele organizado)	10%
Atrofia testicular bilateral, por contusión (hematocele organizado)	
hasta 40 años	40%
entre 40-65 años	30%
más de 65 años	20%
Disfunción sexual, post-traumática, en la erección y eyaculación permanente (orgánica)	30%
Traumatismo de escroto, con pérdida parcial de la piel	5%
Traumatismo de escroto, con pérdida total de la piel y sin cirugía reparadora	30%
Hematocele post-traumático, sin secuelas	sin incapacidad

## GENITAL FEMENINO

El aparato genital femenino se divide en dos zonas anatómicas: interna y externa.

En la parte interna, dada su ubicación, es estadísticamente difícil observar lesiones por accidentes de trabajo, que originen secuelas. Estas, además de la repercusión local, pueden provocar la incapacidad reproductiva.

En la parte externa, son más frecuentes las lesiones traumáticas.

Las lesiones se evaluarán, posterior a los tratamientos que correspondieren y si quedaran secuelas.

### Lesiones

Adherencias parciales o totales de vulva	10-30%
Adherencias parciales o totales de labios mayores o menores	10-30%
Se considerará el compromiso urinario	
Estrechez de vagina o acortamiento	20-30%
Clitoridectomía traumática	20%
Histerectomía total o subtotal, edad fértil	40%
Histerectomía total o subtotal, post-menopausia	10%
Ooforectomía unilateral traumática	10%
Ooforectomía bilateral traumática, edad fértil	40%

Ooforectomía bilateral traumática, post-menopausia

20%



<7-5 g. de Hb.	40%
<5 g. de Hb.	70%

**Leucopenia: Recuento de leucocitos menor de 3.500 por mm<sup>3</sup>      Incapacidad**

Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos entre 3.000 y 2.200 por mm <sup>3</sup>	5%
Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos entre 2.200 y 1.000 por mm <sup>3</sup>	10%
Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos menor de 1.000 por mm <sup>3</sup> sin infecciones recurrentes	20%
Leucopenia más recuento absoluto de neutrófilos menor de 1.000 por mm <sup>3</sup> con infecciones bacterianas recurrentes (más de 4 episodios en los últimos 5 meses previos a la evaluación)	70%
Leucopenia más recuento absoluto de linfocitos entre 1.500 y 800 por mm <sup>3</sup>	5%
Leucopenia más recuento absoluto de linfocitos menor de 800 por mm <sup>3</sup>	10%

**Trombocitopenia:      Porcentaje**

100.000 - 30.000 x mm <sup>3</sup>	5%
< 30.000 x mm <sup>3</sup>	10%

Todo lo anterior no es aditivo.

**Hipoplasia y aplasia medular**

(Necesidad de punción y biopsia medular)

Grado	Características	Incapacidad
Leve	Supresión medular del 10% con normalidad en sangre periférica	0%
Moderada A	Supresión medular del 11 al 40%, anemia crónica	30%
Moderada B	Supresión medular del 41 al 70%	60%
Severa	Supresión medular > 70 %	80%

**Mielodisplasias con hiperleucocitosis y síndromes mieloproliferativos      Incapacidad**

Estados Leucemoides 40%

- Leucocitos: 20.000 - 50.000 x mm<sup>3</sup>
- Fórmula leucocitaria: Granulocitosis (80 a 90% de polinucleares neutrófilos con o sin metamielocitos o mielocitos)
- Linfocitosis: 50 a 80% de linfocitos maduros y el resto pueden no serlo
- Mielograma: Presenta sólo una leve hiperplasia de la línea interesada con indemnidad de la serie roja y plaquetaria
- Serie roja: Normal



El grado de incapacidad dependerá de factores tales como, momento del diagnóstico, edad, si el tratamiento se realiza con trasplante de médula de hermano u otra persona con HLA compatible, evolución posterior, etc.

Nota: HLA= Sigla que por convención internacional designa al complejo génico de histocompatibilidad humana.

### Leucemia linfoide crónica (LLC)

El grado de incapacidad dependerá del estadio en que se encuentre la enfermedad según la clasificación internacional.

Estadio	Características	Incapacidad
A	Linfocitos con afectación clínica de menos de tres grupos ganglionares, sin anemia ni trombocitopenia	20%
A(0)	Sin ganglios aumentados de tamaño	
A(I)	Ganglios aumentados de tamaño	
A(II)	Hepatomegalia o esplenomegalia	
B	Afectados más de tres grupos ganglionares, sin anemia ni trombocitopenia	40%
B(I)	Ganglios aumentados de tamaño	
B(II)	Hepatomegalia o esplenomegalia	
C	Anemia o trombocitopenia, con independencia del número de grupos ganglionares afectados	70%
C(III)	Anemia	
C(IV)	Trombocitopenia	

### S.I.D.A. (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)

Para el diagnóstico del carácter laboral de esta enfermedad infecciosa, se realizarán las determinaciones serológicas correspondientes (Elisa - IF) en el momento de la lesión punzo cortante sospechosa. Estas reacciones deben ser negativas.

Posteriormente se harán controles semestrales por el plazo de un año para verificar la seroconversión

Grupo I: Seroconversión	0-10 %
Grupo II: Infección asintomática	10-30 %
Grupo III: Adenopatías Generalizadas Persistentes	40-60%
Grupo IV: Asociada a otras enfermedades Con los Subgrupos A, B y C	70-90%



**Nervio Olfatorio**

Fractura de Lámina Cribosa

a) Sin complicaciones	0%
b) Con complicaciones:	
Hiposmia	5%
Anosmia	10%

Nervio Óptico: ver capítulo de Ojos.

Nervio Motor Ocular Común: Diplopia, Ptoisis palpebral (ver capítulo de Ojos).

Nervio Patético: Diplopia (ver capítulo de Ojos).

**Nervio Trigémino**

Nervio oftálmico

Unilateral	5-10%
Bilateral	10-20%

Nervio max. superior

Unilateral	5-10%
Bilateral	10-20%

Nervio max. inferior

Unilateral	5-10%
Bilateral	10-20%

Neuralgia del Trigémino

Unilateral	3-10%
Bilateral	10-50%

Nervio Motor Ocular Externo: Diplopia (ver capítulo de Ojos).

**Nervio Facial**

Unilateral central	5-10%
Unilateral periférico	10-15%
Bilateral central	15-20%
Bilateral periférico	20-30%

Nervio Auditivo: ver capítulo de Nariz, Garganta y Oído.

**Nervio Glossofaríngeo**

Con hipoestesia o anestesia del tercio posterior de la lengua	5-30%
Disfagia para líquidos	10-15%
Disfagia para sólidos	15-30%

**Nervio Neumogástrico**

5-35%

**Nervio Espinal**

15-30%

**Nervio Hipogloso**

Unilateral	5%
------------	----





- M3: Contracción posible contra la fuerza de gravedad
- M4: Contracción contra algún tipo de resistencia
- M5: Contracción contra resistencia importante

**Sensibilidad**

- S0: 100% de incapacidad sensitiva
- S1: 80% de incapacidad sensitiva
- S2: 60% de incapacidad sensitiva
- S3: 40% de incapacidad sensitiva
- S4: 20% de incapacidad sensitiva
- S5: 0% de incapacidad sensitiva (función completa)

Los nervios mixtos aparecen ponderados porcentualmente en cuanto a la importancia funcional sus componentes sensitivo y motor, por lo cual las lesiones parciales deben finalmente calcularse de acuerdo a este factor.

Por ejemplo:

Lesión parcial del nervio mediano a nivel de la muñeca:

Motricidad promedio M3 (60% de incapacidad motora)

Sensibilidad promedio S2 (60% de incapacidad sensitiva)

Ponderación funcional del nervio mediano en la muñeca:

Componente motor 40%, y componente sensitivo 60%

(mayor importancia funcional tiene el componente sensitivo)

Lesión completa del nervio mediano: 25% de incapacidad

Componente motor:  $25 \times 0,40 = 10\% \times 0,60$  (M3) = 6% (incapacidad motora)

Componente sensitivo:  $25 \times 0,60 = 15\% \times 0,60$  (M3) = 9% (incapacidad sensitiva)

Incapacidad total del nervio mediano: 15%.

En el caso de coexistir la lesión neurológica con rigidez y deformidad articular se procederá a la suma de ambas incapacidades, teniendo como tope máximo el porcentaje de incapacidad por la amputación del segmento en valoración.

Las lesiones de neurotendinosas serán evaluadas sumando las incapacidades producto de la lesión neurológica y la alteración de la movilidad articular que ocasiona a la lesión tendinosa. De igual manera, se tendrá como tope máximo de incapacidad al dado por la amputación del segmento estudiado.

Las lesiones radiculares serán evaluadas de acuerdo a la repercusión parcial o total que causen en el o los nervios periféricos que formen.

A.- Miembro Superior	Incapacidad
1.- Lesión completa del Plexo Braqueal	60%
2.- Nervio Supraescapular	15%
3.- Nervio Torácico Largo	10%



17.- Colateral IVC	7%
18.- Resto colaterales	3%
<b>B.- Miembro Inferior</b>	<b>Incapacidad</b>
1.- Lesión completa del plexo lumbar	40%
2.- Lesión completa del plexo sacro	60%
3.- Nervio Femoral cutáneo	7%
4.- Nervio Femoral	30%
(Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	
5.- Nervio Obturador interno	15%
(Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	
6.- Resto de las ramas del plexo lumbar	10%
7.- Nervio Ciático (Proximal al hueso poplíteo)	50%
(Componente funcional: Componente motor 50%, componente sensitivo 50%)	
8.- Nervio Cutáneo posterior del muslo	5%
9.- Nervio Peroneo común	25%
(Componente funcional: Componente motor 70%, componente sensitivo 30%)	
10.- Nervio Tibial anterior (1/2 prox. de la pierna)	18%
(Componente funcional: Componente motor 95%, componente sensitivo 5%)	
11.- Nervio Tibial anterior (1/2 distal de la pierna)	10%
(Componente funcional: Componente motor 50%, componente sensitivo 50%)	
12.- Nervio Peroneo superficial	7.5%
13.- Nervio Tibial	35%
(Componente funcional: Componente motor 60%, componente sensitivo 60%)	
14.- Nervio Tibial posterior (1/2 prox. de la pierna)	30%
(Componente funcional: Componente motor 60%, componente sensitivo 40%)	
15.- Nervio Tibial posterior (1/2 distal de la pierna)	20%
(Componente funcional: Componente motor 30%, componente sensitivo 70%)	
16.- Nervio Plantar externo o interno	10%
(Componente funcional: Componente motor 30%, componente sensitivo 70%)	
17.- Nervio Safeno	5%
18.- Nervio Sural	5%

### 3.- TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES

Las lesiones serán clasificadas según el nivel neurológico en que se produce la lesión medular, y si provocan un déficit completo o incompleto de la función medular. En el caso de lesiones incompletas se establece un rango de incapacidad el cual se valorizará en base a la capacidad funcional que presenta el paciente.



L4	80%	de 30 a 80%
L5	60%	de 30 a 60%
S1	50%	de 30 a 50%
S2	20%	de 5 a 20%
S3	10%	de 5 a 9%
S4	5%	de 2 a 4%
S5	5%	de 2 a 4%

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Hoppenfeld, S.: Exploración Física de la columna vertebral y las extremidades. Ed. El Manual Moderno S.A., México S.A., México D.F. 1979.
- 2) Zachary, R.B.: Results of nerve suture. En: Peripheral Nerve Injuries, De por J.H.: Seddon, Londres, her Majesty's Stationery Office, 1954.

## 4.- ENFERMEDADES NEURO-PSIQUIÁTRICAS PRODUCIDAS POR AGENTES QUÍMICOS

### 1.- ENCEFALOPATÍA TÓXICA AGUDA

Hay numerosas sustancias químicas de uso industrial, agrícolas o medicamentosas, presentes en variados procesos productivos que pueden producir una Encefalopatía Tóxica Aguda, que pueden generar DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL, de distintos grados, dependiendo de la severidad de la intoxicación y de la oportunidad del tratamiento.

Los daños producidos no guardan relación de especificidad con el agente químico que los provoca y en consecuencia se evalúa la función cerebral en sus aspectos psicológicos y neurológicos. En aquellos casos en que hay un daño orgánico cerebral, como secuela de la encefalopatía aguda, esta se evalúa con los métodos habituales de la psiquiatría, considerando las características previas a la enfermedad de la persona afectada (edad, sexo, años de exposición, nivel intelectual, entre otros).

Agentes que pueden producir ENCEFALOPATÍA TOXICA AGUDA:

Mercurio y sus compuestos.

Arsénico y sus compuestos minerales.

Plomo y sus compuestos.

Alcoholes y Cetonas, utilizados como solventes industriales.

Monóxido de Carbono

Bromuro de Metilo.

Sulfuro de Carbono.

Ácido Sulfídrico.



CUADRO Nº 1

EVALUACIÓN DEL DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL

TEST	TIPO	ÁREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL CONDUCTA GRÁFICA MADUREZ MEMORIA HABILIDAD MOTORA MANUAL CONCEPTOS TEMPORO-ESPACIALES CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN MAGNIFICACIÓN SIMULACIÓN	RETRASOS GLOBALES DE MADURACIÓN  SÍNDROME CEREBRO-ORGÁNICO  PSICOSIS  DEPRESIÓN
RORSCHACH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD.	EN TODOS LOS CUADROS
		NIVEL INTELECTUAL DETERIORO SIMULACIÓN	
WESCHLER		INTELIGENCIA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DETERIORO PSICO-ORGÁNICO LEVE, MODERADO O SEVERO	EN TODOS LOS CUADROS
RAVEN		COCIENTE INTELECTUAL	EN TODOS LOS CUADROS

El Cuadro Nº 2 muestra la incapacidad generada por cada uno de los grados de compromiso producidos por el daño orgánico cerebral.

CUADRO Nº 2

DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL - GRADOS DE INCAPACIDAD

CARACTERÍSTICAS	GRADO	INCAPACIDAD
PUEDA REALIZAR LA MAYORÍA DE LAS	I	15%





Arsénico.

Óxido de etileno.

Plaguicidas órgano fosforados.

Metil butil cetona.

Se evaluará el daño residual en área de enervación de cada nervio conforme a los mismos criterios establecidos para las lesiones neurológicas traumáticas.

#### 5.- NEURITIS ÓPTICA

Agentes:

Plomo.

n.Hexano.

Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos.

Incapacidad:

unilateral: 40%.

bilateral: 70%.

#### 6.- NEURITIS TRIGEMINAL

Agente:

Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos.

Incapacidad: 50%

#### 7.- SÍNDROME NEUROLÓGICO TIPO PARKINSONISMO

Agente:

Manganeso.

Incapacidad:

En fase irreversible con respuesta al tratamiento con medicamentos: 40%

Sin respuesta al tratamiento con medicamentos: 70%

#### 8.- ATAXIA CEREBELOSA

Agente:

Mercurio.

Incapacidad:

Con temblor intencional en fase irreversible 40%

Con trastornos de la marcha 70%

#### 5.- DAÑO NEUROLÓGICO CEREBRAL O MEDULAR: POR AGENTES

##### FÍSICOS

Producido por trombosis consecutivas a accidente por descompresión inadecuada.

1.- Daño cerebral o medular producido por trombosis por descompresión inadecuada.

Se evaluarán con los criterios de daño neurológico para los casos de compromiso de las



Focales	50%
Hemisféricas	60%
Generalizadas	70%

**Afasias:**

De expresión	50%
De comprensión	70%
Mixtas	70%

Hidrocefalias post-traumáticas, comunicantes o no comunicantes (tratadas y compensadas) 40%

Déficit Auditivo: Se remite al capítulo de Otorrinolaringología.

Déficit Agudeza Visual y Campimetría: Se remite al capítulo Oftalmología.

**Convulsivas Focales o Jacksonianas:**

EEG neg. (se tendrá en cuenta H.Cl. y dosaje de anticonvulsivantes)

Sin datos positivos	0%
Con datos positivos	10-20%
EEG positivo.	25-35%
Generalizadas - Mal Convulsivo	50%

**7.- DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POST TRAUMÁTICO**

Es secundario a los traumatismos encéfalo craneanos y se evalúan una vez que se estabilicen las manifestaciones alimicas neurológicas agudas.

GRADO	DEFINICIÓN	INCAPACIDAD
I	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 es momentáneo o breve. La recuperación es rápida y completa. El cuadro clínico se caracteriza por cefaleas, mareos, falta de concentración y memoria.	0% (No deja secuelas)
II	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. Há 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	



## PSIQUIATRÍA

### Generalidades

Las lesiones psiquiátricas que serán evaluadas, son las que deriven de las enfermedades profesionales que figuren en el listado, diagnosticadas como permanentes o secuelas de accidentes de trabajo.

Las enfermedades psicopatológicas no serán motivo de resarcimiento económico, ya que en casi la totalidad de estas enfermedades tienen una base estructural.

Los trastornos psiquiátricos secundarios a accidentes por traumatismo craneo-encefálicos y/o epilepsia post-traumática (como las personalidades anormales adquiridas y las demencias post-traumáticas, delirios crónicos orgánicos, etc.) serán evaluados únicamente según el rubro DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POST TRAUMÁTICO (grado I, II, III o IV).

Solamente serán reconocidas las REACCIONES O DESORDEN POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO, las REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS, los ESTADOS PARANOIDES y la DEPRESIÓN PSICÓTICA que tengan un nexo causal específico relacionado con un accidente laboral. Debiéndose descartar primeramente todas las causas ajenas a esta etiología, como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc.

Las incapacidades psiquiátricas parciales, si existiera más de un diagnóstico, no serán sumatorias, sino que se reconocerá únicamente la de mayor incapacidad.

#### 1.- REACCIONES O DESORDENES POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

Serán reconocidas cuando tengan directa relación con eventos traumáticos relevantes que ocurran en el trabajo, ya sea como accidentes, o como testigo presencial del mismo. Constituyen una enfermedad, reconocida oficialmente por el DSM III, y la CIE 10 (OMS), que tiene una etiología, una presentación y un curso, así como un pronóstico y resolución

En general tienden a adaptarse a su nueva realidad, y la gran mayoría de los pacientes mejoran al cabo de tres a seis meses, sin secuelas.

Un grupo menor de casos evolucionan a una NEUROSIS POST TRAUMÁTICA, la que sí determina algún grado de incapacidad para el trabajo.

Serán consideradas para su evaluación como REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES comentadas a continuación.

#### 2.- REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS (NEUROSIS)

En las reacciones vivenciales anormales neuróticas, como consecuencia de accidentes de trabajo, hay que evaluar cuidadosamente la personalidad previa.

Se considerarán rasgos importantes para la evaluación: la personalidad básica del sujeto, la biografía, los episodios de duelo, la respuesta afectiva, las expectativas laborales frustradas y sus relaciones personales con el medio.

#### Grado I

Definición: Están relacionadas a situaciones cotidianas, la magnitud es leve, no interfiere en las actividades de la vida diaria, ni a la adaptación de su medio. No requieren tratamiento en forma permanente.

INCAPACIDAD: 0%

#### Grado II

Definición: Se acentúan los rasgos de la personalidad de base, no presentan alteraciones en el pensamiento, concentración o memoria. Necesitan a veces algún tipo de tratamiento medicamentoso o psicoterapéutico.

INCAPACIDAD: 10%

#### Grado III



**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN OBSESIVA COMPULSIVA.**

R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado I	0%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado II	10%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado III	20%
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con deterioro de la personalidad)	40%
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con evolución psicótica)	70%

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN PSICOSOMÁTICA**

R.V.A.N. Psicossomática Grado I	0%
R.V.A.N. Psicossomática Grado II	10%
R.V.A.N. Psicossomática Grado III	20%
R.V.A.N. Psicossomática Grado IV	30%

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HISTÉRICA**

R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado I	0%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado II	10%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado III	20%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado IV	30%

**RESUMEN DE INCAPACIDAD REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL NEURÓTICA. R.V.A.N. CON MANIFESTACIÓN HIPOCONDRIACA**

R.V.A.N. Hipocondríacas Grado I	0%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado II	10%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado III	20%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado IV	30%

**3.- ESTADOS PARANOIDES**

Reacción paranoide:

Reacción vivencial anormal de origen psicológico, secundario a experiencia intensamente vivida. Hay una personalidad vulnerable predisponente, como las litigantes y las sensitivas de K. Schneider. La duración es de semanas a meses, sin dejar secuelas.

INCAPACIDAD: No tiene incapacidad de origen laboral.

Desarrollo paranoico o paranoia.

Definición: Delirio sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante, irreversible (sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales).

INCAPACIDAD: Hasta 50%

**4.- DEPRESIÓN PSICÓTICA**





## FACTORES DE PONDERACIÓN

### 1.- FUNDAMENTOS

A los fines de dar cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 8°, inciso 3, de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557, que establece que: "El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de 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", se adjunta el instructivo para la aplicación de los factores de ponderación.

Los TRES (3) factores que manda incorporar la ley son: la edad, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral. La edad es un factor perfectamente determinable y no necesita la generación de ninguna variable adicional a los fines de incorporarlo como factor de ponderación.

No sucede lo mismo en el caso del tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral; por ello se toma necesaria la generación de variables determinables que nos permitan aproximar el estado de estos factores de ponderación.

En el caso del tipo de actividad, el indicador más cercano es el grado de dificultad que le ocasiona la incapacidad al individuo para la realización de sus tareas habituales. Siguiendo en parte algunos de los criterios que adopta el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), se establecen las siguientes categorías: realiza las tareas habituales sin dificultad, las realiza con dificultad leve, con dificultad intermedia o con alta dificultad.

En el caso de las posibilidades de reubicación laboral, se considera que la variable que mejor aproxima las posibilidades de reubicación laboral es la recalificación del individuo. La categorización en función de la recalificación del individuo se realiza en función de si "amerita" o "no amerita" recalificación. La división en estas categorías se realiza a los fines de asimilar las "mayores posibilidades de reubicación laboral" con el "no ameritar recalificación" y las "menores posibilidades de reubicación" con el "ameritar recalificación".

La ponderación de estos factores es una tarea que ha de abordarse caso por caso, para determinar si corresponde aplicar -según las características del sujeto accidentado y de la lesión, las posibilidades de reubicación, la afectación para el desempeño de su tarea habitual, etc.- estos factores de ponderación y, en su caso, el rango de los mismos. A tal efecto, se podrán aplicar uno o varios de los factores y no necesariamente el valor máximo previsto.

### 2.- PROCEDIMIENTO

Una vez determinada la incapacidad funcional de acuerdo a la tabla de evaluación de incapacidades laborales se procederá a la incorporación de los factores de ponderación.

Los porcentajes que surgieran de la aplicación de la tabla de evaluación de incapacidades laborales podrán ser incrementados en el porcentaje<sup>1</sup> que surja de la aplicación de los factores de ponderación según lo siguiente:

#### 1. Factor de tipo de actividad.

Este factor se incorpora al dictaminar en forma definitiva el grado de incapacidad. Se realiza la evaluación del grado de dificultad que el individuo posee para desempeñar su tarea habitual.

Dificultad para la realización de las tareas habituales	Rango del valor del factor
Ninguna	0%



## 2. Factor de las posibilidades de reubicación laboral.

En este caso la incorporación del factor depende de si el individuo amerita o no recalificación.

Amerita recalificación	Rango del valor del factor
No amerita	0%
Sí amerita	10%

Esto implica que en caso que el individuo amerite ser recalificado, corresponde la aplicación del 10% como factor de ponderación. Este porcentaje será reducido a 0% si el proceso culmina con arreglo a las pautas establecidas. En caso de no culminar todas las etapas del proceso, no corresponderá tal reducción. Este proceso de modificar el valor del factor en función del resultado de la recalificación cesará una vez que la incapacidad adquiera el carácter definitivo.

## 3. Factor edad.

<sup>1</sup> Cuando se hace referencia a incremento del porcentaje de la tabla, implica que se debe multiplicar por  $(1+x\%)$  el porcentaje de dicha tabla.

Los valores del factor de ponderación según la edad del damnificado deberán estar comprendidos en los intervalos que se presentan en la siguiente tabla:

Edad del damnificado	Sumar a los porcentajes que resulten del paso 1 y 2
menos de 21 años	0-4%
de 21 a 30 años	0-3%
de 31 y más años	0-2%

## 4. Operatoria de los factores.

Una vez determinados los valores de cada uno de los TRES (3) factores de ponderación, éstos se sumarán entre sí, determinando un valor único. Este único valor será el porcentaje en que se incrementará el valor que surja de la evaluación de incapacidad funcional de acuerdo a la tabla de evaluación de incapacidades laborales.

La existencia de rangos de valores para cada factor, implica que queda a criterio del evaluador la aplicación de un valor particular en función de las circunstancias que rodeen al damnificado.

En caso de que una incapacidad permanente sea parcial por aplicación de la tabla de evaluación de incapacidades laborales y que por la incorporación de los factores de ponderación se llegue a un porcentaje igual o superior al SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) el valor máximo de dicha incapacidad será SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%).

