

CURSO ANUAL AUDITORIA MÉDICA HOY 2020

Dr. Agustín Orlando

Título de la Monografía

Reintegro de gastos ART – Obras Sociales

Análisis de su reglamentación



Autor:

Leonel Pablo Marconi

Médico Especialista en Medicina Legal

Especialista en Medicina del Trabajo

RESUMEN

En este trabajo se describe y analiza la Resolución General Conjunta N°4302/18 entre la Administración Federal de Ingresos Públicos, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y la Superintendencia de Servicios de Salud sobre el Régimen de Reintegro de gastos ART – Obras Sociales.

INDICE

Introducción.....	pag. 4
Desarrollo.....	pag. 5
Conclusiones.....	pag.14
Bibliografía.....	pag.17

INTRODUCCION

Desde la entrada en vigencia de la última ley de riesgos del trabajo (LRT) N°24557, promulgada en el año 1995 y puesta en marcha en 1996, las Aseguradoras del Riesgo del Trabajo (ART) y los Agentes del Seguro de Salud (OOSS) se debatieron la forma de definir, quién de los implicados es el responsable de los gastos cubiertos por un subsistema de salud, siendo la patología responsabilidad del otro subsistema de salud, buscando la forma de lograr el “reintegro” de los gastos médicos.

No hablamos acá solo de los accidentes de trabajo en que como en la gran mayoría de las veces ocurre, el sistema público es el encargado de brindar las prestaciones de urgencia, al igual que en los accidentes viales (accidentes in itinere) el sistema público nacional es sin dudas el mejor preparado.

Hacemos referencia también, a los accidentes laborales leves y a enfermedades profesionales en las que por distintos motivos, sus gastos son absorbidos hasta no hace poco y con un grado de resignación por las OOSS.

O los casos en que una patología es denunciada como accidente de trabajo o enfermedad profesional dando respuesta el sistema de riesgos del trabajo, cuando en realidad corresponden a secuelas de accidentes inculpables o patologías inculpables y/o preexistentes, absorbiendo los gastos las ART .

Tuvieron que pasar 22 años de convivencia entre ambos subsistemas de salud para que a través de una Resolución General Conjunta entre la Administración Federal de Ingresos Públicos, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y la Superintendencia de Servicios de Salud quede plasmado un Régimen de Reintegro de gastos ART – Obras Sociales llevando el número 4302/18.

A continuación se describe y analiza el mecanismo administrativo de la resolución para lograr su objetivo.

DESARROLLO

La legislación laboral argentina, baso en dos pilares la cobertura de salud que tiene un trabajador durante su vida laboral, uno basado en la ley de contrato de trabajo N° 20744 (LCT) y el otro con la ley de riesgos del trabajo 24557 (LRT).

A) Brevísimos análisis de la LCT en relación al tema a tratar.

Tanto ley 20744 como su Decr. Regl. N°390/76, norman la contemplación de los accidentes inculpables y las enfermedades inculpables a través del art. 208.

TITULO X

De la Suspensión de Ciertos Efectos del Contrato de Trabajo

CAPITULO I

De los accidentes y enfermedades inculpables

Art. 208. —Plazo. Remuneración.

“Cada accidente o enfermedad inculpable que impida la prestación del servicio no afectará el derecho del trabajador a percibir su remuneración durante un período de tres (3) meses, si su antigüedad en el servicio fuere menor de cinco (5) años, y de seis (6) meses si fuera mayor. En los casos que el trabajador tuviere carga de familia y por las mismas circunstancias se encontrara impedido de concurrir al trabajo, los períodos durante los cuales tendrá derecho a percibir su remuneración se extenderán a seis (6) y doce (12) meses respectivamente, según si su antigüedad fuese inferior o superior a cinco (5) años. La recidiva de enfermedades crónicas no será considerada enfermedad, salvo que se manifestara transcurridos los dos (2) años. La remuneración que en estos casos corresponda abonar al trabajador se liquidará conforme a la que perciba en el momento de la interrupción de los servicios, con más los aumentos que durante el período de interrupción fueren acordados a los de su misma categoría por aplicación de una norma legal, convención colectiva de trabajo o decisión del empleador. Si el salario estuviere integrado por remuneraciones variables, se liquidará en cuanto a esta parte según el promedio de lo percibido en el último semestre de prestación de servicios, no pudiendo, en ningún caso, la remuneración del trabajador enfermo o accidentado ser inferior a la que hubiese percibido de no haberse operado el impedimento. Las

prestaciones en especie que el trabajador dejare de percibir como consecuencia del accidente o enfermedad serán valorizadas adecuadamente”. (1)

Para una mayor comprensión del tema, se transcribe lo que bien definió en su libro el Dr. Salvador Cauterucci al respecto:

“En consecuencia, las enfermedades o accidentes inculpables que ocasionan un impedimento en la prestación del servicio deben ser ajenos a la relación laboral, y por lo tanto, no queridos ni buscados por el trabajador, ni causados por su imprudencia o negligencia.

La jurisprudencia estableció que constituían, entre otras enfermedades o accidentes inculpables:

- *Las lesiones sufridas por la práctica de deportes.*
- *Las lesiones sufridas por disparo casual de un arma.*
- *Las enfermedades comunes: gripes, otitis, dispepsias, lumbalgias, diarreas, cólicos, bronquitis, etc.*
- *Las enfermedades venéreas.” (2)*

Por lo tanto, las llamadas enfermedades “comunes” y los accidentes no laborales, tendrán una cobertura a través de su Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga contratada, obteniendo por esta vía el diagnóstico y los tratamientos necesarios.

B) Brevísimo análisis de la LRT en relación al tema a tratar.

CAPITULO III

CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

“ARTICULO 6° — Contingencias.

1. *Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.*

(1) Ley 20744, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>

(2) CAUTERUCCI, SALVADOR, *Manual de Medicina Legal del Trabajo*, Ediciones Jurídicas - Bs. As, 2012.

El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

2 a) Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

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

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

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

i) El trabajador o sus derechohabientes deberán iniciar el trámite mediante una petición fundada, presentada ante la Comisión Médica Jurisdiccional, orientada a demostrar la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades con eficiencia causal directa respecto de su dolencia.

ii) La Comisión Médica Jurisdiccional sustanciará la petición con la audiencia del o de los interesados así como del empleador y la ART; garantizando el debido proceso, producirá las medidas de prueba necesarias y emitirá resolución debidamente fundada en peritajes de rigor científico.

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

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

convalidase la opinión de la Comisión Médica Jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo. Si la Comisión Médica Central convalidara el pronunciamiento deberá, en su caso, establecer simultáneamente el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado, a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondieren. Tal decisión, de alcance circunscripto al caso individual resuelto, no importará la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente. La Comisión Médica Central deberá expedirse dentro de los 30 días de recibido el requerimiento de la Comisión Médica Jurisdiccional.

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

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

(Nota Infoleg: por art. 1º del [Decreto 367/2020](#) B.O. 14/4/2020 se establece que la enfermedad COVID-19 producida por el coronavirus SARS-CoV-2 se considerará presuntivamente una enfermedad de carácter profesional -no listada- en los términos del apartado 2 inciso b) del artículo 6º de la presente Ley, respecto de las y los trabajadores dependientes excluidos mediante dispensa legal y con el fin de realizar actividades declaradas esenciales, del cumplimiento del aislamiento social, preventivo y obligatorio ordenado por el [Decreto N° 297/20](#) y sus normas complementarias, y mientras se encuentre vigente la medida de aislamiento dispuesta por esas normativas, o sus eventuales prórrogas, salvo el supuesto previsto en el artículo 4º del decreto de referencia. Vigencia: a partir de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)

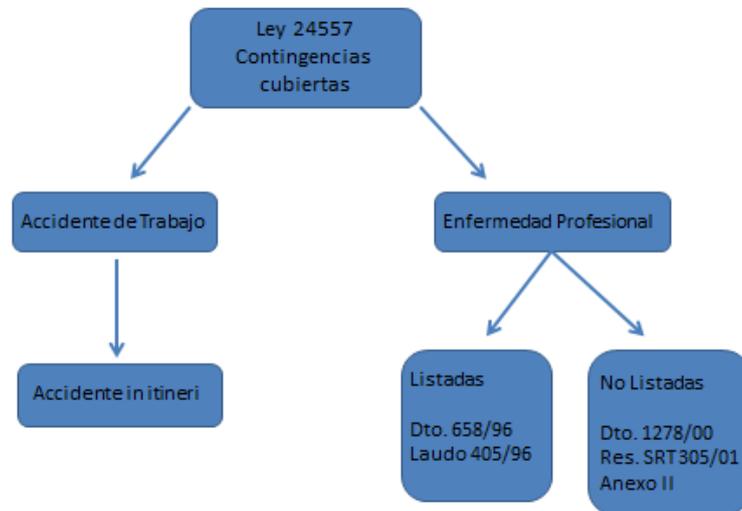
3. Están excluidos de esta ley:

a) Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo.

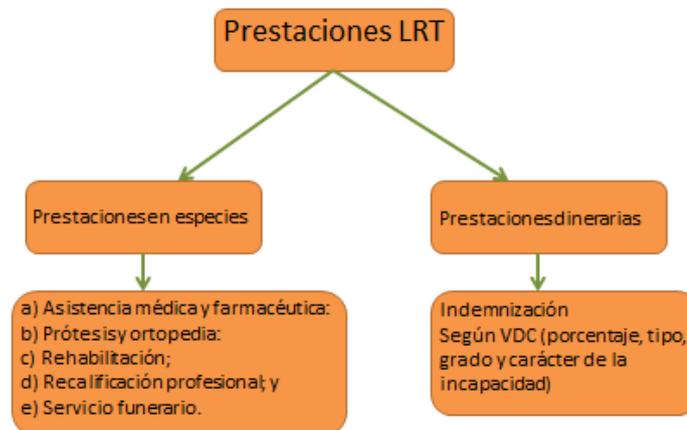
b) Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditada en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación". (3)

En este caso, nos encontramos que las contingencias cubiertas por ley son:

(3) Ley 24557, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/texact.htm>



Con respecto a las prestaciones que la ley obliga a las ART a brindar tenemos:



Una vez abordados los conceptos básicos de las dos leyes, vamos a profundizar en las características de la Resolución General Conjunta 4302/18.

Esta norma regula el procedimiento para la instrumentación de los reintegros previstos en el art. 18 de la ley 27348, en relación a los gastos originados por la atención médica de los trabajadores, entre las ART y los agentes de seguros de salud.

“ARTÍCULO 18. — Estarán a cargo de la respectiva aseguradora de riesgos del trabajo o empleador autoasegurado los gastos de atención médica en que incurra la obra social del trabajador y que resulten cubiertos por la ley 24.557 y sus modificatorias.

Asimismo, las prestaciones en especie que sean brindadas por las aseguradoras de riesgos del trabajo y que resulten motivadas en accidentes o enfermedades inculpables no alcanzados por la ley 24.557 y sus modificatorias, serán reintegradas por la respectiva obra social del trabajador.

La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y la Superintendencia de Servicios de Salud, crearán una Comisión Especial que dictará las normas reglamentarias para instrumentar esos reintegros y establecerá un procedimiento administrativo obligatorio para las partes, en caso de conflicto, que deberá incluir penalidades para los incumplidores.

Establécese que los prestadores médico asistenciales contratados por las administradoras de riesgos del trabajo deberán estar inscriptos en el registro de prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. Las superintendencias de Riesgos del Trabajo y de Servicios de Salud establecerán las modalidades y condiciones para formalizar dicha inscripción”. (4)



En los considerandos de la resolución conjunta encontramos para destacar:

- 1) Se creó la Comisión Especial que solicitaba el art. 18 de la ley 27348.
- 2) Que dicha Comisión era la encargada de la redacción de la norma para los reintegros de los gastos médicos, como también para la elaboración de un procedimiento administrativo para la resolución de conflictos, obligatorios para las partes.
- 3) Se fijó que las Comisiones Medicas sean las encargadas de definir la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, conforme lo dispuesto en el art. 21 de la ley 24557.
- 4) Que solo podrán ser consideradas como profesionales las enfermedades que se encuentren listadas en el Dto. 358/96, y aquellas en la que la Comisión Medica Central determine su relación con el trabajo.

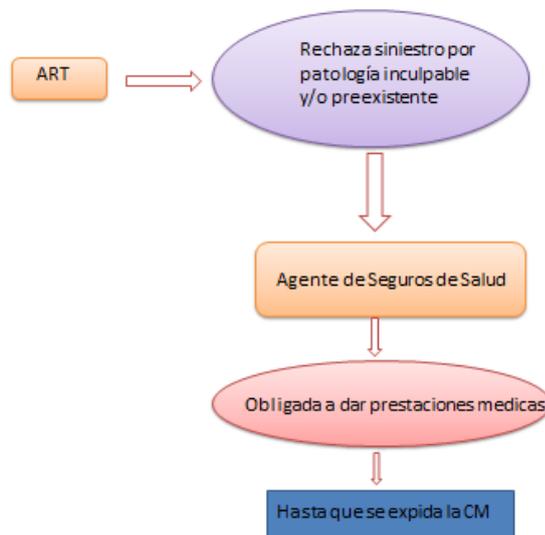
En su artículo primero, se aprueba la reglamentación delimitando la obligatoriedad a las partes interesadas, las ART y los Agentes del Seguros de Salud comprendidos en la ley n° 23.660, a su cumplimiento.

Define el rol de las Comisiones Medicas en caso de definir el origen laboral o no de las patologías.

Se define con un plazo de diez (10) días corridos, contados desde el rechazo del siniestro o desde la notificación del hallazgo de una patología para que la parte interesada en el reembolso ponga en conocimiento a la otra parte de sus pretensiones. Marca a su vez que la parte que obvie esta etapa de comunicación entre las partes, pierde el derecho del reclamo pretendido.

En el caso de que la parte reclamada acepte el origen de la contingencia, deberá a partir de ese momento, hacerse cargo de las prestaciones a través de los prestadores convenidos.

En el caso de rechazo del reclamo por parte de la ART o de aducir que se trata de una patología inculpable y/o preexistente respecto de un siniestro previamente aceptado, el agente de seguros de salud es el responsable de prestarle atención médica al trabajador hasta tanto las Comisiones Medicas se expidan acerca del origen de la patología.



En la resolución se sugiere a las partes con el fin de agilizar el procedimiento de recupero, que podrán suscribir convenios que estipulen:

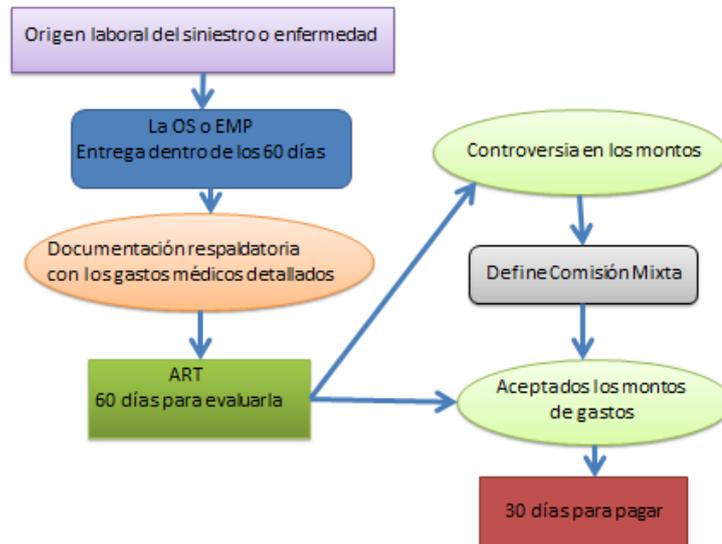
- 1) Protocolos de patologías de alta frecuencia con esquemas prestacionales predeterminados.
- 2) Los intereses que devengaran los gastos médicos incurridos.
- 3) Mecanismos de solución de conflictos.
- 4) Los restantes aspectos que hagan a la mejor gestión del reintegro de los gastos.

Una vez firme la determinación de la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, la parte que reclame el pago de sus gastos, deberá presentar su reclamo a la otra parte, junto con toda la documentación que avale los servicios médicos prestados -a los fines de su valorización- y el protocolo del tratamiento utilizado, en un plazo no mayor de SESENTA (60) días corridos, contados desde la fecha en que las partes hayan prestado conformidad sobre la naturaleza de la contingencia reclamada, o bien desde que quede firme el dictamen de Comisión Médica o la sentencia judicial.

La ART que recibe el reclamo tendrá un plazo de SESENTA (60) días corridos desde la recepción del mismo para expedirse.

En el caso de controversia entre las partes por el monto reclamado, será resulta por una Comisión Mixta con dos integrantes de la SRT y dos de la SSSALUD. La misma se regirá por un reglamento interno. Sus resoluciones podrán ser recurridas por vía administrativa y judicial.

Una vez en que el monto adeudado esta fijo, la parte deudora contara con un plazo de TREINTA (30) días corridos para efectuar el pago.



CONCLUSIONES

Podemos destacar la importancia de esta Resolución Conjunta brindando un ejemplo simple con una visión gerencial, financiera y de auditoría médica desde ambos subsectores de salud, tendríamos que pensar que los costos de la mayoría de los accidentes laborales con incapacidad, determinan que el 50% corresponden a indemnización por incapacidad, un 26% a la incapacidad laboral temporaria (salarios caídos) y un 24% a las prestaciones médicas. Por lo tanto desde ambas miradas entenderíamos el porqué de la importancia de saber a quién le corresponde el gasto de salud.

Incluso en los accidentes leves con baja laboral, debemos pensar que como mínimo ya tenemos dos consultas médicas como gasto.

Se enumeran a continuación algunos puntos de observación frecuente que sirven para comprender el desvío de las coberturas desde ambos subsistemas y profundizar sobre las problemáticas a tener en cuenta ante los reclamos de reintegros.

- 1) La mayoría de los reclamos estarían dados ante accidentes laborales incluidos los in itinere, desde la OOSS u Hospital de Gestión Descentralizada hacia las ART, ya que como se vio el sistema público en estos casos es el que mayoritariamente responde a las emergencias.
- 2) En menor número los reclamos se deberían a enfermedades profesionales cubiertas por la OOSS ya que en el caso en que la ART desestime un accidente de trabajo, los gastos médicos según la resolución pasan a ser obligación de la OOSS hasta tanto se expida la CM y su dictamen favorable habilite el reintegro.
- 3) Unido al punto anterior, se debe tener en cuenta que según la normativa vigente que regula los procedimientos ante las Comisiones Médicas, los trámites por rechazo de la denuncia por accidente de trabajo o enfermedad profesional, solo puede iniciarlos el trabajador o sus derechohabientes, no la OOSS.
- 4) En el caso en que un trabajador desee reclamar ante CM sobre la naturaleza laboral de una patología No listada, debe según norma Dto. 1278/00 presentar un informe médico firmado por un especialista en Medicina del Trabajo o en Medicina Legal, el cual deberá fundamentar científicamente el nexo causal con el trabajo, para poder iniciar el trámite respectivo.
- 5) No es difícil de encontrar casos en los que existen intereses encontrados entre prestadores de una determinada OOSS versus prestadores de una ART, que

puede hacer que no se aconseje al paciente la tramitación adecuada (“por el miedo de perder al paciente/cliente”).

- 6) Las ART son conscientes, de que muchos de los accidentes denunciados los días lunes como laborales, son patologías producto de lesiones ocurridas el fin de semana sin relación con el trabajo, pero que a su vez son difíciles de demostrar.
- 7) Existe en términos generales, poco conocimiento por parte de los médicos tratantes sobre la legislación laboral y de las patologías consideradas de origen profesional, para instar al trabajador a que denuncie la misma ante su ART en los casos que corresponda.
- 8) La sobrecarga de tareas de los médicos auditores de las OOSS, hace que pocas veces se puedan detener a investigar en profundidad el posible origen laboral de una patología, debiendo para ello recabar datos sobre el lugar de trabajo, forma de trabajo formal o informal, cobertura de alguna ART, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, riesgos laborales a los que se somete, etc.
- 9) Un gran número de trabajadores saben que si la patología es cubierta por la ART, tienen todas las prestaciones garantizadas sin cargo alguno ni tope prestacional, esto incluye consultas médicas, tratamientos farmacológicos, tratamientos kinesiológicos y de rehabilitación, tratamientos quirúrgicos, posibilidad ante un reagravamiento solicitar la reapertura del siniestro, cobertura del transporte para realizar consultas o tratamientos, recibir un resarcimiento económico por incapacidad, entre otros beneficios.
- 10) Si bien existe normativa que ayuda a definir a quien corresponde la cobertura de las prestaciones ante patologías que fueron y siguen siendo motivo de reclamos ante los fueros del trabajo, como son las hernias de disco, las hernias inguinales y crurales y las varices contempladas como enfermedades profesionales a través del dto 49/14, en la práctica casi ninguna de ellas son cubiertas por las ART, ya que en el mismo decreto se enumeran las condiciones que deberían cumplirse para que las mismas sean consideradas de origen laboral. Por lo tanto la gran mayoría de ellas siguen siendo responsabilidad de cobertura a través de las OOSS.
- 11) Uno de los acontecimientos en donde podemos encontrar un verdadero entrecruzamiento entre distintos efectores de salud, se da en los accidentes in itinere, en los que por un lado encontramos la primera cobertura de salud, casi siempre llevada a cabo por un hospital público, la cobertura de la OS

inmediatamente detectada a través del entrecruzamiento de datos en el sistema hospitalario, en forma más tardía la inclusión de la ART una vez que recibe la denuncia correspondiente y por último hay que tener en cuenta el reclamo de los gastos sanatoriales (atención primaria, internación, instrumental quirúrgico y/u hospitalario, gastos farmacéuticos y cualquier otro gasto que sea necesario para la atención de la víctima) del cobro de la Obligación Legal Autónoma (O.L.A.) del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil a solicitud del Hospital de Gestión Descentralizada ante la compañía de Seguros de los vehículos involucrados en el accidente.

En definitiva, esta Resolución Conjunta, dio las bases administrativas para poder realizar el reclamo del subsistema de salud que cubrió una contingencia médica sin tener la obligación legal de hacerlo y que le ocasionó un gasto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CAUTERUCCI, SALVADOR, *Manual de Medicina Legal del Trabajo*, Ediciones Jurídicas - Bs. As, 2012.
- 2) Ley 20744, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>
- 3) Ley 24557, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/texact.htm>
- 4) Ley 27348, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/272119/norma.htm>
- 5) MACIÁ, GUILLERMO, *Manual de Procedimientos en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, segunda edición actualizada*, editorial García Alonso, Bs As, 2011.
- 6) MACIÁ, GUILLERMO, *Aseguradoras de Riesgo del Trabajo – Management Medico estratégico*, ediciones Héctor A. Macchi, Bs. As., 2000.
- 7) MOLINARO, MATIAS, *Procedimientos ante Comisiones Medicas jurisdiccionales ley 27348 y Res. 298/2017 – Teoría, practica y critica*, editorial García Alonso, 2019.
- 8) *Resolución General Conjunta 4302, ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS, SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD*, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/313993/norma.htm>
- 9) WARRON, LEONERDO R., *Medicina legal del trabajo – Dificultades en la pericia médico legal*, editorial Dos y Una, 2010.