

BAREMO ART - Ley 24.557 Decreto 659/96

PSIQUIATRÍA

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 ESTRES 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 DESÓRDENES POR ESTRES 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 TRAUMATICA, la que sí determina algún grado de incapacidad para el trabajo.

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

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

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

Requieren un tratamiento más intensivo. Hay remisión de los síntomas más agudos antes de tres meses. Se verifican trastornos de memoria y concentración durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico. Las formas de presentación son desde la depresión, las crisis conversivas, las crisis de pánico, fobias y obsesiones. Son reversibles con el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado. Al año continúan los controles. INCAPACIDAD: 20 %

Grado IV

Requieren de una asistencia permanente por parte de terceros. Las Neurosis Fóbicas, las conversiones histéricas, son las expresiones clínicas más invalidantes en este tipo de reacciones. Las depresiones neuróticas también pueden ser muy invalidantes. INCAPACIDAD: 30 %

Listado de enfermedades profesionales Ley 24557

Reacciones o desórdenes por estrés post traumático	
Serán consideradas para su evaluación como reacciones vivenciales anormales	
Reacciones vivenciales anormales neuróticas (neurosis)	
R.V.A.N Depresiva grado I	0%
R.V.A.N Depresiva grado II	10%
R.V.A.N Depresiva grado III	20%
R.V.A.N Depresiva grado IV	30%
R.V.A.N Fóbica grado I	0%
R.V.A.N Fóbica grado II	10%

R.V.A.N Fóbica grado III	20%
R.V.A.N Fóbica grado IV	30%
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 deterioro evolución psicótica)	70%
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%
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%
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: Delirio Sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante, irreversible. (Sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales). INCAPACIDAD: Hasta 50 %

4.- DEPRESIÓN PSICÓTICA

Cuando un cuadro depresivo reactivo tiene una evolución de características psicóticas melancólicas que se desvía del motivo que la originó, evolucionando a una psicosis afectiva, son incapacitantes mientras dure la fase, que remite con restitución ad-integrum en la mayoría de los casos (Sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales). En los casos que se prolonguen por más de un año, o se agreguen por la edad elementos de involución con organicidad cerebral, componentes deliroides paranoides y senso perceptivos de tipo orgánico, son incapacitantes por ser irreversibles. INCAPACIDAD: hasta 50 %.

5.- NEUROSIS DE RENTA

Es un estado mental de algunos individuos siniestrados o accidentados, de personalidad litigante, que exageran inconscientemente la impotencia funcional, prolongan anormalmente la incapacidad laboral, acentúan las secuelas objetivas, con otras subjetivas y emprenden una actividad PARANOIDE creciente en busca de una indemnización máxima. Dada la existencia de un trastorno de la personalidad previo antes del daño, no dan derecho a valoración de incapacidad como secuela de accidente del trabajo.

Por las características de estos exámenes de evaluación de la incapacidad laboral, deberá estudiarse para descartar las posibles: **Simulaciones, Metasimulaciones o perseveración y Sobresimulación.**

SIMULACIÓN: Producción voluntaria de síntomas psíquicos o físicos falsos o exagerados, motivados por la consecución de algún objetivo, como la obtención de compensaciones económicas.

METASIMULACIÓN O PERSEVERACIÓN: Caracterizada por descripción de síntomas desaparecidos o patología ya curada.

SOBRESIMULACIÓN: Exageración de síntomas subjetivos que pudieran subsistir. Lo antes expuesto lleva en más de una ocasión a los peritos médicos a incurrir en error o engaño, dificultando la evaluación correcta de incapacidad.

FACTORES DE PONDERACIÓN

1.- FUNDAMENTOS: La **incapacidad laborativa**, concepto médico especializado, se refiere a la disminución de la capacidad funcional laborativa originada por una enfermedad física y/o psíquica.

A los fines de dar cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 8º, inciso 3) de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, que dice 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 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 de tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral, es por ello que se torna 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 laborales habituales.

Siguiendo en parte algunos de los criterios que adopta el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), 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 (1) que surja de la aplicación de los factores de ponderación, según lo siguiente:

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

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:

Ninguna	Leve	Intermedia	Alta
0 %	0-10%	0-15 %	0-20 %

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:

No amerita	Sí amerita
0 %	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:** 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	de 21 a 30 años	de 31 y más años
0-4 %	0-3 %	0-2 %

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.

Una vez determinados los valores de cada uno de los **3 (tres) 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.

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 66 % (Incapacidad Permanente Total), el valor máximo de dicha incapacidad será 65%.

Instructivo para la aplicación de los factores de ponderación: Los porcentajes resultantes de la consideración de los factores de ponderación, deberán incrementar el porcentaje adjudicado a la incapacidad funcional, multiplicándolo por (1 + x%).

Esto significa, que este valor único resultante de la suma de los valores determinados en cada uno de los factores de ponderación, constituye un porcentual que se aplicará al porcentaje de incapacidad funcional que se desprende de las tablas de evaluación de las incapacidades laborales de las ART.

Ejemplo:

Si se trata de un individuo de 30 años de edad (0-3%), con dificultad intermedia (0-15%) para continuar realizando las tareas habituales, que amerita reubicación laboral (10%), y con una incapacidad funcional del 10 %, se aplican:

Factores de Ponderación

1. Dificultad para la realización de las tareas habituales:	12,00 %	
2. Posibilidades de reubicación laboral:	10,00 %	
3. Edad del damnificado:	2,00 %	
		24,00 % (de 10,00 % = 2,4 %)
- Incapacidad funcional:	10,00 %	
- Factores ponderación:	+ 2,40 %	
<u>Total de Incapacidad:</u>		12,40 %

DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POST TRAUMÁTICO (Para los trastornos psiquiátricos secundarios a accidentes por traumatismo cráneo-encefálicos y/o epilepsia post-traumática)

Grado 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.

INCAPACIDAD: 0% (No deja secuelas)

Grado 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. Hay amnesia post-traumática. La recuperación funcional de los síntomas es completa, se acompaña con frecuencia de un trastorno de la personalidad moderado, que se denomina SÍNDROME POST CONTUSIONAL, O ESTADO NEURÓTICO POSTCONTUSIONAL. El cuadro clínico se caracteriza por angustia, cefalea y vértigo, hipersensibilidad a los estímulos, apatía y desgano. Las exploraciones neurológicas, tomográficas y electroencefalográficas no son significativas. Las pruebas psicométricas arrojan elementos moderados de organicidad. Deberá descartarse la influencia de trastornos graves de la personalidad.

INCAPACIDAD: 20%

Grado III

La cefalea es intensa y palpitante, se agrava con la posición horizontal y se exacerba con el esfuerzo físico, mental y la excitación, y mejora con el reposo y la quietud. Hay mareos por los cambios de posición, a veces nebulosidad momentánea de la visión de carácter sincopal, intolerancia al calor, tabaco y alcohol. Aparecen trastornos disfásicos en el lenguaje, pérdida de jerarquía del pensamiento, perseveración. Defectos en la concentración, percepción, comprensión y memoria. Hay intolerancia a los ruidos, litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríacas. Las exploraciones neurológicas tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas.

INCAPACIDAD: 40%

Grado IV

Cambios Afectivos, trastornos de la memoria, trastornos de otras funciones intelectuales, alteración de la conducta. Permanentes y no regresivas. Las exploraciones neurológicas, tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas, presentan en todos los casos alteraciones orgánicas francas a severas. Otros defectos orgánicos son: la Epilepsia post Traumática y el hematoma crónico subdural, evaluados por Neurología.

INCAPACIDAD: 70%