ANEXO

TABLA DE EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES LABORALES

ÍNDICE TEMÁTICO

GENERALIDADES

FACTORES DE PONDERACIÓN

METODOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN DEL DAÑO DE SECUELAS CONCURRENTES

METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE UN APARATO O ZONA ANATÓMICA QUE PRESENTE UNA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE PREEXISTENTE

PIEL

OSTEOARTICULAR

CABEZA Y ROSTRO

OFTALMOLOGÍA

OTORRINOLARINGOLOGÍA

SISTEMA RESPIRATORIO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

SISTEMA DIGESTIVO

SISTEMA NEFRO-UROLÓGICO

APARATO GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

SISTEMA NERVIOSO

PSIQUIATRÍA

INFECTOLOGÍA

ONCOLOGÍA

TOXICOLOGÍA

Generalidades

Objetivo de la Norma

El propósito de esta norma es establecer un procedimiento uniforme y estandarizado para la valoración del daño corporal, que abarque tanto el deterioro físico como el psíquico del trabajador. Este enfoque busca garantizar que la valoración de las secuelas incapacitantes permanentes, derivadas de las contingencias especificadas en el artículo 6° de la Ley 24.557, se realice de manera objetiva, racional y reproducible. Así, se facilita un resarcimiento justo y equitativo de los daños sufridos por el trabajador.

Definición de Secuela

Se considera secuela a cualquier lesión o condición que persista una vez agotadas las instancias de tratamiento médico y cuya duración se estime como permanente, o aquella que exista una vez que se haya consolidado jurídicamente el daño.

Valoración de la Capacidad Laboral

La disminución de la capacidad laboral derivada de una contingencia laboral se medirá en porcentaje de incapacidad. Cada secuela tendrá un valor con un porcentaje específico, evitando la utilización de intervalos en las tablas de mensura, con el fin de reducir la discrecionalidad del evaluador y asegurar una evaluación objetiva y consistente.

En todos los casos, la determinación de la incapacidad laboral permanente para cada una de las secuelas derivadas de una misma contingencia laboral se realizará mediante la metodología de Capacidad Restante. Esto se exceptúa únicamente cuando en el/los capítulo/s correspondientes de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales se establezca de manera expresa la aplicación de la suma aritmética de la/s secuela/s a evaluar.

El grado final de incapacidad laboral permanente y definitiva resultará de la aplicación de las tablas y de los factores de ponderación establecidos.

Evaluación y Exámenes

En situaciones donde el examen físico no sea necesario para identificar las secuelas conforme a las tablas específicas, la decisión de realizar dicho examen quedará a criterio del evaluador. En estos casos, el examen físico no se considerará un requisito indispensable para la valoración del daño, permitiendo al evaluador basarse en la naturaleza del diagnóstico y la documentación disponible.

Si un estudio complementario resulta no confiable por parámetros de calidad insuficientes, se deberá repetir. En caso de que el segundo estudio también sea inconcluso debido a causas no atribuibles al evaluador o a la aparatología utilizada, no se solicitará una nueva evaluación. Los estudios no confiables no se tomarán en cuenta para la evaluación pericial, y esta situación deberá ser documentada por escrito en el informe o dictamen pericial.

Las Comisiones Médicas no ordenarán la realización de estudios invasivos o de riesgo para la valoración de las secuelas incapacitantes. Si tales estudios ya se han realizado, deberán ser presentados como parte del expediente. La realización de nuevos estudios invasivos no será requerida en esta etapa del proceso, incluso si no se han realizado previamente.

Criterios para la aplicación de las Tablas de Evaluación de Incapacidades

Las tablas para la ponderación de secuelas incapacitantes solo podrán utilizarse cuando se cumplan todos los requisitos enumerados a continuación:

1. **Reconocimiento de la Contingencia Laboral:** Debe haber ocurrido un Accidente de Trabajo, una Enfermedad Profesional o una Enfermedad No Listada reconocida como de índole laboral mediante dictamen de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo o por decisión judicial.

2. **Documentación de la Afectación:** Debe constatarse una afectación anatómica y/o una alteración funcional irreversible, documentada y fundamentada en la historia clínica y en pruebas complementarias. Estas pruebas deben justificar la merma y demostrar que es consecuencia directa de una contingencia laboral.
   En el caso específico de patologías osteoarticulares, cualquier limitación articular que reduzca los arcos de movimiento debe estar respaldada por un sustrato anatómico que justifique dicho hallazgo patológico para que sea considerada en el análisis pericial.

3. **Exclusiones**: Las afecciones que no cumplan con los criterios anteriores no serán tenidas en cuenta para la valoración del daño corporal, debiendo ser fundamentada esta exclusión en el informe o dictamen pericial.

Consideraciones sobre el Dolor

El dolor, dado su carácter subjetivo y variable, no será incluido en las tablas de ponderación de incapacidades laborales. El evaluador deberá considerar la razonabilidad de la respuesta del examinado en función de la afección, teniendo en cuenta que el dolor puede afectar la colaboración del trabajador durante la evaluación.

Valoración de Enfermedades No Listadas

Para enfermedades no incluidas en el listado de enfermedades profesionales reconocidas por la Comisión Médica Central o el fuero laboral, que presenten secuelas no contempladas en la presente Tabla, se utilizarán las “Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” del Decreto N° 478/98 (Baremo Previsional) o el que lo reemplace en el futuro.

Factores de Ponderación

La Ley N° 24.557 dispone en su artículo 8°, apartado 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***".

Factores Tipo de Actividad y Posibilidades de Reubicación Laboral

- **Tipo de Actividad:** El indicador más relevante para evaluar el tipo de actividad es el grado de dificultad que la incapacidad laboral representa para el desempeño de las tareas habituales del trabajador. Este grado de dificultad refleja cómo afecta la incapacidad en la capacidad del empleado para realizar sus funciones laborales diarias.

- **Reubicación Laboral:** La reubicación laboral se refiere al proceso de reintegrar al trabajador en un nuevo puesto que se ajuste a sus habilidades o condiciones psico-físicas. Este factor está estrechamente vinculado con el tipo de actividad desempeñada, por lo que ambos aspectos deben ser evaluados en conjunto para determinar el grado de dificultad en la realización de las tareas habituales.

Para ello, se han definido los siguientes grados de dificultad en relación con la realización de las tareas habituales:

Grado	Criterios para categorizar
LEVE	Cuando la/s secuela/s evaluada/s genere/n una Incapacidad Laboral Permanente Parcial secundaria a un compromiso estético y no amerite la reubicación laboral.
INTERMEDIA	Cuando la/s secuela/s evaluada/s genere/n una Incapacidad Laboral Permanente Parcial que exceda el compromiso estético exclusivo y no amerite la reubicación laboral.
ALTA	Cuando haya sido reubicada/o laboralmente, o Cuando amerite la reubicación y hubiera operado la consolidación jurídica del daño, o Cuando presente una Incapacidad Laboral Permanente Total Definitiva, o En el supuesto que el/la trabajador/a hubiera desestimado iniciar o culminar el proceso de recalificación profesional, siempre que esta decisión hubiera sido debidamente informada y justificada.

De acuerdo con lo expuesto, la siguiente tabla detalla la ponderación del grado de dificultad asociado con la realización de las tareas habituales:

Dificultad para la realización de las tareas habituales	Valor del factor
LEVE	5%
INTERMEDIA	10%
ALTA	20%

Factor Edad

El valor del factor de ponderación, en función de la edad del trabajador al momento de evaluar la incapacidad laboral, deberá determinarse utilizando la siguiente tabla:

Edad del Trabajador	Porcentaje
Menos de 21 años	5%
De 21 a 35 años	4%
De 36 a 45 años	3%
Mayor o igual a 46 años	2%

Operatoria de los Factores

Una vez determinados los porcentajes de los factores de ponderación, éstos se sumarán para obtener un valor único.
El resultado obtenido representa el porcentaje en que se incrementará el valor de la incapacidad laboral determinado por la aplicación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.

Ejemplo:

Un trabajador de 22 años, presenta como consecuencia de un accidente de trabajo la siguiente valoración del daño:

		Capacidad Restante: 100 %
Lesión		**Porcentaje (%)**
Fractura de húmero derecho sin secuelas		8 %
	Subtotal	8 %
Factores de ponderación (FP)		
Dificultad para la realización de las tareas habituales	Intermedia (10 %)	
Edad	4 %	
	Subtotal por Factores de ponderación (14 % de 8 %)	1.12 %
Porcentaje total (9.12 % de 100 % de Capacidad Restante)		9.12 %

En caso de que una incapacidad laboral 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 %, el valor máximo de dicha incapacidad será 65.99 %.

En caso de que una incapacidad laboral permanente sea total 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 superior al 100 %, el valor máximo de dicha incapacidad será 100 %.

Aplicación del Método de la Capacidad Restante en Contingencias Laborales:

Para determinar la incapacidad laboral permanente de un trabajador que presenta preexistencias, se utilizará el método de la capacidad restante de la siguiente manera:

1. **Cálculo Inicial:** Se calculará el porcentaje de incapacidad laboral permanente del nuevo siniestro sumando las secuelas y aplicando los factores de ponderación.

2. **Aplicación del Método:** Este porcentaje se multiplicará por el total de la capacidad restante y se dividirá por 100.

3. **Resultado Final:** El valor obtenido representará el porcentaje final de incapacidad laboral permanente.

Ejemplo:

Un trabajador de 45 años, con una preexistencia de 15 % (85 % de capacidad restante, que surge de restar el 100 % de la total obrera a la preexistencia), presenta como consecuencia de un accidente de trabajo la siguiente valoración del daño:

		Capacidad Restante: 85 %
Lesión		**Porcentaje (%)**
Amputación del dedo mayor derecho a nivel de la interfalángica distal		6 %
	Subtotal	6 %
Factores de ponderación (FP)		
Dificultad para la realización de las tareas habituales	Intermedia (10 %)	
Edad	3 %	
	Subtotal por Factores de ponderación (13 % de 6 %)	0.78 %
Porcentaje total (6.78 % de 85 % de Capacidad Restante)		5.76 %

Metodología para la Valoración del Daño de Secuelas Concurrentes

Las secuelas concurrentes son aquellas que presenta un trabajador como resultado de una misma contingencia.

De acuerdo con lo establecido en el capítulo sobre Generalidades y Criterios de Utilización de las Tablas de Incapacidad Laboral, la determinación de la incapacidad laboral permanente para cada secuela derivada de una misma contingencia laboral se realizará mediante la metodología de la Capacidad Restante, salvo que la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales indique expresamente una suma aritmética de las secuelas a evaluar.

Para aplicar esta metodología, se procederá de la siguiente manera:

1. **Evaluación Inicial:** Se comenzará con la secuela que genere el mayor porcentaje de incapacidad laboral, calculado sobre el 100% de la capacidad laboral total.

2. **Secuelas Subsiguientes:** La segunda secuela se evaluará sobre el porcentaje de capacidad laboral remanente, después de restar el porcentaje de incapacidad de la primera secuela del 100%. Este proceso se repetirá para cualquier secuela adicional vinculada al siniestro en cuestión.

3. **Cálculo Final:** El porcentaje final de incapacidad laboral permanente se obtendrá sumando las secuelas y aplicando los factores de ponderación, calculado sobre el total de la capacidad restante en caso de que el trabajador tenga preexistencias, conforme a la metodología descrita anteriormente.

Ejemplo:

Un trabajador de 50 años, con una preexistencia de 25 %, que como consecuencia de un accidente in itinere presenta las siguientes secuelas (hipotéticamente se las mencionará como A, B y C):

		Capacidad Restante: 75 %
Lesión		**Porcentaje (%)**
Secuela A: 10 %		10 %
Secuela B: 8 % de 90 % CR (100 – 10) = 7.20 %		7.20 %
Secuela C: 5 % de 82.8 % (90 – 7.20) CR = 4.14 %		4.14 %
Subtotal		21.34 %
Factores de ponderación (FP)		
Dificultad para la realización de las tareas habituales	Intermedia (10 %)	
Edad	2 %	
Subtotal de Factores de ponderación (12 % de 21.34 %)		2.56 %
Porcentaje total (23.90 % de 75 % de Capacidad Restante)		17.92 %

Metodología para la Evaluación de un Aparato o Zona Anatómica que presente una Incapacidad Laboral Permanente Preexistente

Cuando un trabajador presenta una incapacidad laboral permanente preexistente en la misma zona anatómica o aparato a evaluar, ya sea por una amputación o un compromiso funcional previamente cuantificado (excepto en el caso del aparato psíquico), la incapacidad preexistente debe restarse a la incapacidad laboral actual de la misma zona anatómica o aparato.

Es importante destacar que el porcentaje de incapacidad laboral permanente preexistente que se debe considerar para calcular la diferencia con el compromiso actual es el porcentaje puro de la secuela, es decir, sin incluir los factores de ponderación.

Ejemplo:

Un trabajador de 55 años con una preexistencia de 4.50 % (4 % por Secuela A estadio II + 0.50 % por factores de ponderación), presenta como consecuencia de un nuevo siniestro un compromiso de la misma región corporal afectada por la preexistencia. Si dicho compromiso hubiera empeorado (Ejemplo: Secuela A estadio III que genere un 10 % de incapacidad), la valoración del daño deberá efectuarse de la forma detallada a continuación.

		Capacidad Restante: 95.50 %
Lesión		**Porcentaje (%)**
Secuela A estadio III = 10 % (incapacidad laboral actual) – 4 % (incapacidad laboral preexistente por Secuela A estadio II) = 6 %		6 %
	Subtotal	6 %
Factores de ponderación (FP)		
Dificultad para la realización de las tareas habituales	Intermedia (10 %)	
Edad	2 %	
	Subtotal de Factores de ponderación (12 % de 6 %)	0.72 %
Porcentaje total (6.72 % de 95.50 % de Capacidad Restante)		6.41 %

Piel

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Compromiso de la Piel por Enfermedades Dermatológicas Crónicas

- La lesión primaria de la piel, o su evolución, es el elemento esencial en el que se basa el diagnóstico clínico.
- Serán evaluadas aquellas enfermedades dermatológicas que presenten una evolución crónica, es decir, mayor a 6 meses o secuelares.
- En los porcentajes de incapacidad laboral descriptos en las Tablas 1 y 2, se encuentra incluida la pérdida por repercusión funcional.
- Para cuantificar la extensión de la superficie corporal total del compromiso de la piel, al momento de la evaluación médica, se aplicará la "Regla del Nueve de Wallace"
- En el caso que las enfermedades dermatológicas presenten compromisos en otros órganos, la evaluación de las secuelas se realizará según el capítulo correspondiente. La sumatoria de dichas secuelas se realizará siguiendo la metodología de la Capacidad Restante.
- Deberá evaluarse la esfera psíquica en los casos de afectación de rostro estadio II o cualquier afectación compatible con los estadios III, IV, V y VI de la Tabla 1.

Tabla 1. Tabla De Evaluación De Incapacidad Laboral Por Compromiso De La Piel		
Estadio	**Enfermedad dermatológica crónica que presenta una afectación de la superficie corporal total (SCT):**	**Incapacidad**
I	≤ 5 % de cualquier área corporal, excepto manos y rostro, y/o ≤ 0.5 % en manos y/o en rostro	5 %
II	> 5 % y ≤ 10 % de cualquier área corporal, excepto manos y rostro, y/o > 0.5 % y ≤ 2 % en manos y/o rostro.	10 %
III	> 10 % y ≤ 15 % de cualquier área corporal, excepto manos y rostro, y/o > 2 % en manos y/o rostro	15 %
IV	> 15 % y ≤ 30 % de cualquier área corporal	30 %
V	> 30 % y ≤ 50 % de cualquier área corporal	40 %
VI	> 50 % de cualquier área corporal	60 %

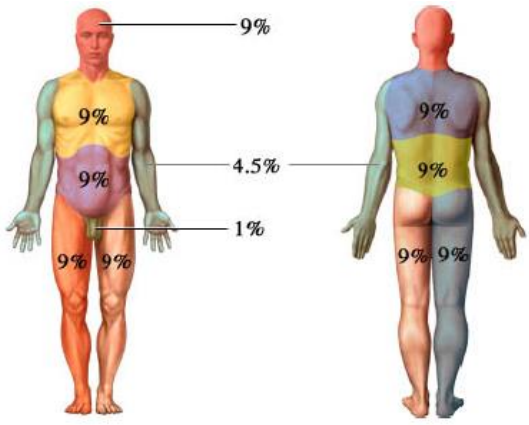
Tabla 2. Consideraciones Especiales		
Patología	**Cuadro Clínico**	**Incapacidad**
Cloracné	Lesiones de tipo pústulas, comedones abiertos, cerrados y quistes	5 %
	Si además presenta compromiso de palmas y plantas (hiperhidrosis) asociado a hipertricosis e hiperpigmentación difusa.	10 %
Dermatitis Actínica Crónica	Remisión completa (sin lesiones)	1 %
	Hasta 5 lesiones	5 %
	Más de 5 lesiones	10 %
Porfiria Cutánea Tarda: La incapacidad resultante se ponderará según la **Tabla 1**, adicionando un 20 % del valor obtenido.		
Radiodermatitis, Queratodermias Palmoplantares, Hipopigmentación Crónica, Síndromes Esclerodermiformes y Poiquilodermia: La incapacidad resultante se ponderará según la **Tabla 1**.		

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Cicatrices por Quemaduras

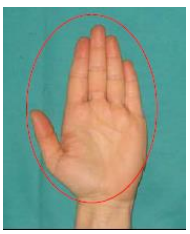
- Las quemaduras pueden ser de etiología térmica, eléctrica, química, mecánica o fricción y radiación.

- **<u>Cicatriz por quemadura</u>:**
  Para determinar el porcentaje de incapacidad laboral deberá tenerse en cuenta:

  ✓ ***Extensión***:
  - Para cuantificarla se aplicará la “Regla de los nueve de Wallace".



  - La palma de la mano equivale a un 1 % de la superficie corporal total (SCT) en la regla de los 9, e incluye las superficies palmares de los dedos en aducción. Para la cuantificación de la STC deberá utilizarse como referencia la palma de la mano de la persona lesionada.



- ✓ ***Profundidad*:**
  - ***Tipo AB (epidermis y dermis)***: se le asignará el 100 % del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada.
  - ***Tipo B (dermis hasta aponeurosis o hueso)***: se le asignará el 200 % del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada.

- ✓ ***Compromiso funcional***: la evaluación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante.

- Las quemaduras Tipo A curan sin dejar cicatrices en la piel, motivo por el cual no serán generadoras de incapacidad laboral.

- La incapacidad laboral final resultante de cicatrices por quemadura, surgirá de la suma aritmética de cada secuela corporal secundaria a quemadura, independientemente de la región anatómica en la que éstas se encuentren.

- **Forma de redactar una secuela de cicatriz por quemadura**:
  Cicatriz por quemadura tipo **AB / B** en *"**describir REGIÓN ANATOMICA**" "describir LATERALIDAD" (en caso de corresponder)* que abarca una superficie corporal total de ***x %***
  Ejemplo:
  Datos positivos del examen físico: Cicatriz por quemadura tipo B que presenta una SCT de 2 % en cara anterior de pierna derecho. Cicatriz por quemadura tipo AB que presenta una SCT de 1 % en cara posterior de antebrazo izquierdo.
  La ponderación correcta será:
  Cicatriz por quemadura tipo B que presenta una SCT de 2 % en antebrazo derecho (6 %) + Cicatriz por quemadura tipo AB que presenta una SCT de 1 % en pierna izquierda (2 %) = 8 %

- **Cicatrices por quemaduras de la cabeza (rostro inclusive):**
  Se evaluará el compromiso estético adicionando un 20 % de la incapacidad resultante por la lesión.
  Ejemplo: Cicatriz por quemadura tipo AB que presenta una SCT de 0.50 % en rostro (1 %) + compromiso estético (20 % de 1 % = 0.20 %) = 1.20 %

- **Criterios de evaluación de la esfera psíquica:**
  - ✓ Cicatrices por quemadura Tipo AB que afecten > 20 % de la SCT, o
  - ✓ Cicatrices por quemadura Tipo B que afecten > 10 % de la SCT, o
  - ✓ Cicatrices por quemadura Tipo AB o B que afecte > 1 % de la SCT en rostro.

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Lesiones por Decúbito

- A partir del estadio III, que implica pérdida del espesor total de la piel y/o necrosis del tejido celular subcutáneo, se evaluará la extensión de la lesión en relación con la superficie corporal total, utilizando la "Regla de los Nueve de Wallace".
- Para calcular la incapacidad laboral, se asignará un 200 % del porcentaje correspondiente a la extensión de la superficie corporal afectada por la lesión por decúbito.
- **Ejemplo:** Si se presenta una lesión por decúbito en la región sacra, clasificada como estadio III, que abarca un 0.75 % de la superficie corporal total, esto se traduce en un 1.50 % de incapacidad laboral.

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Cicatrices de Zona Dadora de Injerto de Piel

- Serán evaluadas en su extensión por superficie corporal total utilizando la regla de los nueve de Wallace.
- Para calcular la incapacidad laboral, se asignará un 100 % del porcentaje correspondiente a la extensión de la superficie corporal afectada por la cicatriz.
- **Ejemplo:** Si la cicatriz de la zona dadora de injerto de piel se localiza en la cara anterior del muslo derecho y abarca un 1 % de la superficie corporal total, esto se traduce en un 1 % de incapacidad laboral.

Tabla 3. Tabla De Evaluación De Incapacidad Laboral De Cicatrices Por Quemadura, Lesiones Por Decúbito Y De Zona Dadora De Injerto De Piel			
Secuela			**Incapacidad**
Cicatriz por quemadura	Extensión		% SCT (Regla de los nueve de Wallace)
	Profundidad	AB	100 % de la SCT
		B	200 % de la SCT
Compromiso estético (cicatriz por quemadura en cabeza y rostro)			Adicionar 20 % de la incapacidad resultante por la cicatriz por quemadura
Lesión por decúbito (≥ estadio III)			200 % de la SCT
Cicatriz de zona dadora de injerto de piel			100 % de la SCT

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Cicatrices en Cabeza y Cuello

- El porcentaje de incapacidad laboral se ponderará dependiendo de la región afectada y la longitud o superficie de la cicatriz, conforme se detalla en las Tabla 4 y 5.

- En el caso que se deba ponderar más de una cicatriz longitudinal, la incapacidad laboral se determinará de acuerdo a la longitud resultante de la sumatoria de todas las cicatrices.

- Considerando la evolución esperada del proceso de cicatrización normal (sin complicaciones), no se evaluará la incapacidad laboral permanente por cicatrices en la cabeza y el cuello hasta que hayan transcurrido al menos 4 meses desde la lesión

- **Cuero Cabelludo:** Se evaluarán las cicatrices secundarias a heridas cortantes y/o contuso-cortantes de origen traumático.

- **Rostro y Cuello:** Se define como la región anatómica comprendida entre la línea de implantación pilosa hasta el borde superior de ambas clavículas, incluyendo los pabellones auriculares y proyectándose estos en una línea media hacia el borde superior de la clavícula. Se evaluarán las cicatrices de origen traumático y post quirúrgicas.

Tabla 4. Tabla De Evaluación De Incapacidad Laboral De Cicatrices Longitudinales En Cabeza Y Cuello		
Secuela		**Incapacidad**
Cuero Cabelludo: Longitud total de la/s cicatriz / cicatrices	≤ 10 cm	1 %
	> 10 cm	2 %
Rostro y/o Cuello: Longitud total de la/s cicatriz / cicatrices	≤ 2 cm	2 %
	> 2 cm y ≤ 4 cm	4 %
	> 4 cm y ≤ a 10 cm	10 %
	> a 10 cm	12 %

Tabla 5. Tabla De Evaluación De Incapacidad Laboral De Cicatrices En Superficie En Cabeza Y Cuello		
Secuela		**Incapacidad**
Cicatriz en superficie (incluye Scalp)	≤ 5 cm2	1 %
	> 5 cm2 y ≤ 10 cm2	2 %
	> 10 cm2	3 %

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Lesiones producidas por Acción de Animales Ponzoñosos

- Se valorará el compromiso de la piel local según los Criterios De Evaluación De Incapacidad Laboral De Cicatrices Por Quemaduras.

- En el caso de presentar compromiso anátomo-funcional de otros órganos, secundarios a la acción tóxica del veneno, la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante.

Osteoarticular

El presente capítulo se encuentra dividido en tres **Regiones Topográficas**:

- Columna Vertebral
- Miembro Superior
- Miembro Inferior

A su vez, cada Región Topográfica, excepto Pelvis Ósea, estará subdividida en **Sectores Anatómicos**, como se ilustra a continuación:

<table>
<tr><th></th><th colspan="3">Regiones Topográficas</th></tr>
<tr><th></th><th>Columna</th><th>Miembro Superior</th><th>Miembro Inferior</th></tr>
<tr><td rowspan="8">Sectores Anatómicos</td><td rowspan="3">Cervical</td><td rowspan="2">Cintura Escapular</td><td>Hemipelvis</td></tr>
<tr><td>Cadera</td></tr>
<tr><td>Brazo</td><td>Muslo</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Dorsolumbar</td><td>Codo</td><td>Rodilla</td></tr>
<tr><td>Antebrazo</td><td>Pierna</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Sacrococcígeo</td><td>Muñeca</td><td>Tobillo</td></tr>
<tr><td>Mano</td><td>Pie</td></tr>
</table>

Reglas Generales del Capítulo Osteoarticular

- La ponderación de secuelas osteoarticulares que se encuentren en la Columna Vertebral se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.

- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en un mismo miembro (superior o inferior) y misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.

- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro superior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Amputación interescapulotorácica: 66%).

- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Desarticulación Coxofemoral: 70%).

- La ponderación de secuelas que se encuentren en distinta región topográfica y/o distinta lateralidad (para el caso de miembro superior y miembro inferior), se realizará siguiendo el criterio de capacidad restante.

- ***Tablas De Goniometría:***
  La valoración de la movilidad articular activa SÓLO podrá utilizarse para la ponderación de la incapacidad laboral, cuando la/s secuela/s a evaluar NO se encuentre/n contemplada/s en las tablas del presente capítulo.
  La Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a través de la Gerencia de Administración de Comisiones Médicas, queda facultada para establecer el procedimiento de utilización de las tablas de goniometría, ante potenciales excepciones en base a la experiencia acumulada en la aplicación del presente capítulo.
  La posición neutra o posición cero (posición 0) se adoptará como punto de inicio para realizar la medición goniométrica. En la posición neutra, el individuo se encuentra parado con la mirada hacia delante, los brazos colgando al costado del cuerpo, los pulgares dirigidos hacia delante y los miembros inferiores uno al lado del otro con las rodillas en extensión completa, con los ejes de los pies paralelos y separados por un espacio igual a la distancia entre ambas caderas. En las tablas de goniometría el valor 0° no indica anquilosis, sino la falta de movilidad en el ítem seleccionado. En caso de anquilosis, se deberá utilizar la tabla correspondiente.

- ***Anquilosis*:**
  El porcentaje total por anquilosis es el que corresponde a la mayor cifra por tal afección, los resultados parciales no se sumarán.
  La goniometría realizada para determinar la posición en el espacio de la articulación anquilosada, podrá efectuarse sobre radiografías para el cálculo de la incapacidad laboral.

Columna Vertebral

- La ponderación de secuelas osteoarticulares que se encuentren en la Columna Vertebral se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.

- En el porcentaje de incapacidad laboral determinado en las Tablas 1 y 2, se encuentra incluida la pérdida por repercusión funcional (limitación funcional y/o anquilosis).

- En el caso de lesiones que afecten más de un cuerpo vertebral y/o disco intervertebral, dentro de un mismo sector anatómico (Cervical, Dorsolumbar o Sacrococcígeo) se procederá a la suma aritmética de las secuelas.

- El porcentaje de incapacidad laboral de la Columna Vertebral, en los sectores Cervical y Dorsolumbar, NO podrá superar el mayor valor asignado a la anquilosis del sector lesionado. Por lo tanto, la sumatoria de secuelas a nivel de:
  - ✓ Sector Cervical: No podrá superar el 40 %.
  - ✓ Sector Dorsolumbar: No podrá superar el 60 %.

Tabla 1. Fracturas Vertebrales		**Sin Secuelas**	**Con Secuelas**	**Pseudo - artrosis**
		Incapacidad	**Incapacidad**	**Incapacidad**
Fractura de apófisis odontoides		5 %	10 %	15 %
Fractura o Luxofractura de Cervical	C1 – C2	6 %	12 %	18 %
	C3 – C7	4 %	8 %	12 %
Fractura o Luxofractura Dorsal	D1 – D10	5 %	10 %	15 %
	D11 – D12	8 %	16 %	24 %
Fractura o Luxofractura Lumbar	L1	8 %	16 %	24 %
	L2 – L5	5 %	10 %	15 %
Fractura de Apófisis Transversa/s y/o Espinosa/s		1 %	2 %	3 %
Fractura del Sacro		3 %	6 %	9 %
Fractura y/o Luxación del Coxis		2 %	4 %	6 %

Corresponde la ponderación de la columna "Con Secuelas", cuando la Fractura Vertebral presentara alguna de las secuelas descriptas a continuación:
Acuñamiento. Aplastamiento. Espondilolistesis. Signos radiológicos de aflojamiento de implante. Resección ósea. Osteotomía.

Tabla 2. Lesiones Discales Y Ligamentarias		**Incapacidad**
Hernia de disco operada		5 %
Luxación pura vertebral con espondilolistesis residual	< 50% (única o múltiple)	15 %
	≥ 50 % (única o múltiple)	20 %

Tablas de Goniometría de Columna

COLUMNA CERVICAL:

Limitación Funcional de Columna Cervical						
Movilidad	**Flexión**	**Extensión**	**Rotación**		**Inclinación**	
			Derecha	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**
0°	4 %	4 %	4 %	4 %	2 %	2 %
> 0° y ≤ 10°	3 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
> 10° y < 30°	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %

Anquilosis de Columna Cervical				
Anquilosis	**Flexión**	**Extensión**	**Rotación**	**Inclinación**
0°	20 %	20 %	20 %	20 %
> 0° y < 20°	25 %	25 %	25 %	25 %
≥ 20°	40 %	40 %	40 %	40 %

COLUMNA DORSOLUMBAR:

Limitación Funcional de Columna Dorsolumbar						
Movilidad	**Flexión**	**Extensión**	**Rotación**		**Inclinación**	
			Derecha	**Izquierda**	**Derecha**	**Izquierda**
≤ 10°	8 %	3 %	4 %	4 %	3 %	3 %
> 10° y ≤ 20°	8 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
> 20° y ≤ 40°	5 %	----	----	----	----	----
> 40° y ≤ 60°	3 %	----	----	----	----	----
> 60° y < 80°	1 %	----	----	----	----	----

Anquilosis de Columna Dorsolumbar				
Anquilosis	**Flexión**	**Extensión**	**Rotación**	**Inclinación**
≥ 0° y ≤ 20°	37 %	50 %	60 %	50 %
> 20° y ≤ 60°	40 %	60 %	60 %	60 %
> 60°	60 %	----	----	----

Miembro Superior

- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en la misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.

- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro superior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Amputación interescapulotorácica: 66%).

- En caso de existir múltiples compromisos en un sector anatómico del miembro superior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación del sector comprometido.
  Por lo tanto, la sumatoria de secuelas a nivel de:
  - ✓ Mano y/o Muñeca: No podrá superar el 50%.
  - ✓ Mano, Muñeca y/o Antebrazo: No podrá superar el 55%.
  - ✓ Mano, Muñeca, Antebrazo, Codo y/o Brazo: No podrá superar el 60%.
  - ✓ Mano, Muñeca, Antebrazo, Codo, Brazo y Cintura Escapular: No podrá superar el 66%.

- En el porcentaje de incapacidad laboral determinado en la Tabla 1 (Amputaciones Del Miembro Superior), se encuentra incluida la repercusión funcional (limitación funcional o anquilosis) secuelar de la articulación proximal al nivel de amputación.

- En el porcentaje de incapacidad laboral por Amputación de pulgar o índice o mayor o anular o meñique con transferencia de rayo, determinado en la Tabla 1, se encuentra incluida la amputación de la zona dadora.
  A dicho porcentaje de incapacidad laboral deberá adicionarse aritméticamente el compromiso por repercusión funcional (limitación funcional o anquilosis) del rayo transferido.

- En el porcentaje de incapacidad laboral determinado en las Tablas 2 (Fracturas Del Miembro Superior), 3 (Artroplastias Del Miembro Superior), 4 (Inestabilidad articular) y 5 (Lesiones Músculo-Tendinosas) se encuentra incluida la pérdida por repercusión funcional (limitación funcional y/o anquilosis) y el acortamiento del miembro.

- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis y/o inestabilidad articular del pulgar, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la articulación trapecio metacarpiana (40 %).

- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis y/o inestabilidad articular de los dedos índice o mayor o anular o meñique, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la articulación metacarpofalángica (10 %).

Tabla 1. Amputaciones Del Miembro Superior		Incapacidad
Amputación Interescapulotorácica		66 %
Amputación o Desarticulación a nivel de la cintura escapular		66 %
Amputación a nivel del brazo		60 %
Amputación o Desarticulación a nivel del codo		60 %
Amputación a nivel del antebrazo		55 %
Amputación de la mano a nivel de la muñeca		50 %
Amputación de los cinco dedos a nivel del carpo o metacarpofalángico		50 %
Amputación de los cuatro dedos -menos el pulgar- a nivel metacarpofalángico		40 %
Amputación del pulgar	a nivel de la trapeciometacarpiana	40 %
	a nivel del metacarpiano	35 %
	a nivel de la metacarpofalángica	30 %
	a nivel de la falange proximal	25 %
	a nivel de la interfalángica	15 %
	a nivel de la falange distal	8 %
	a nivel del pulpejo (sin lesión ósea)	2 %
	con transferencia de rayo	37 %
Amputación de un dedo (índice o mayor o anular o meñique)	a nivel del carpo	15 %
	a nivel del metacarpiano	11 %
	a nivel de la metacarpofalángica	10 %
	a nivel de la falange proximal	9 %
	a nivel de la interfalángica proximal	8 %
	a nivel de la falange media	7 %
	a nivel de la interfalángica distal	6 %
	a nivel de la falange distal	3 %
	a nivel del pulpejo (sin lesión ósea)	1 %
	con transferencia de rayo	12 %

Tabla 2. Fracturas Del Miembro Superior		Sin Secuelas	Con Secuelas	Pseudo - artrosis
		Incapacidad	Incapacidad	Incapacidad
Fractura de Clavícula		2 %	4 %	6 %
Fractura de Escápula (excepto Cavidad Glenoidea)		2 %	4 %	6 %
Fractura de Cavidad Glenoidea		6 %	12 %	18 %
Fractura de Húmero		8 %	16 %	24 %
Fractura de Cúbito		4 %	8 %	12 %
Fractura de Estiloides Cubital		1 %	2 %	3 %
Fractura de Radio (incluye Estiloides Radial)		4 %	8 %	12 %
Fractura de Escafoides		5 %	10 %	15 %
Fractura de Semilunar		5 %	10 %	15 %
Fractura de otro/s hueso/s del Carpo	única	1 %	2 %	3 %
	múltiple (dos o más huesos)	3 %	6 %	9 %
Fractura de la base de 1º Metacarpiano (incluye fractura de trapecio)		7 %	14 %	21 %
Fractura de 1º (excepto base), 2º, 3º, 4º o 5º Metacarpiano		4 %	8 %	12 %
Fractura de Pulgar	falange proximal	5 %	10 %	15 %
	falange distal	5 %	10 %	15 %
Fractura de Dedo Índice o Mayor o Anular o Meñique	falange proximal	2 %	3 %	4 %
	falange media	2 %	3 %	4 %
	falange distal	2 %	3 %	4 %

Corresponde la ponderación de la columna "Con Secuelas", cuando la Fractura Del Miembro Superior presentara alguna de las secuelas descriptas a continuación:
Angulación (*para el caso de fracturas de: metacarpiano, pulgar, índice, mayor, anular y meñique, se considerará solo el plano frontal*). Deseje (*para el caso de fracturas de: metacarpiano, pulgar, índice, mayor, anular y meñique, se considerará solo el plano frontal*). Necrosis. Artrosis. Incongruencia articular (*para el caso de fracturas que comprometan la articulación de la muñeca y/o codo*). Signos radiológicos de aflojamiento de implante. Resección ósea.

Tabla 2.1 Fractura del extremo distal de la falange distal	Incapacidad
Fractura del extremo distal de la falange distal de Dedo Índice o Mayor o Anular o Meñique	1 %

Tabla 3. Artroplastias Del Miembro Superior	Sin Secuelas	Con Secuelas
	Incapacidad	Incapacidad
Prótesis parcial o total de Hombro	15 %	30 %
Prótesis de Codo	10 %	20 %
Prótesis de Cúpula Radial	5 %	10 %

Corresponde la ponderación de la columna "Con Secuelas", cuando la Artroplastia Del Miembro Superior presentara alguna de las secuelas descriptas a continuación:
Angulación. Deseje. Incongruencia articular. Signos radiológicos de aflojamiento de implante.

Tabla 4. Inestabilidad Articular		Incapacidad
Luxación acromio-clavicular o esternoclavicular		2 %
Luxación glenohumeral	Sin recidiva secuelar documentada	4 %
	Recidivante	12 %
Inestabilidad por perdida de partes blandas u óseas	de Hombro	30 %
	de Codo	20 %
	de Muñeca	15 %
	De Pulgar	5 %
	De Dedo índice o Mayor o Anular o Meñique	1 %

Tabla 5. Lesiones Músculo-Tendinosas (Rupturas o Desgarros completos)	Sin Secuelas Incapacidad	Con Secuelas Incapacidad
Ruptura completa de deltoides	6 %	12 %
Ruptura completa del tríceps	4 %	8 %
Ruptura completa del bíceps	4 %	8 %
Sección completa de flexor/es de antebrazo	5 %	10 %
Sección completa de extensor/es de antebrazo	5 %	10 %

Corresponde la ponderación de la columna "Con Secuelas", cuando la Lesión Musculo-Tendinosa presentara estudios por imágenes que evidencien alguna de las secuelas descriptas a continuación:
Diástasis (gap). Retracción. Adherencias.

Tablas de Goniometría de Miembro Superior

HOMBRO:

Limitación Funcional de Hombro						
Movilidad	**Abdo-Elevación**	**Elevación Anterior**	**Aducción**	**Elevación Posterior**	**Rotación Interna**	**Rotación Externa**
≤ 10°	10 %	10 %	2 %	2 %	3 %	7 %
> 10° y < 30°	10 %	10 %	1 %	1 %	1 %	7 %
30°	10 %	10 %	----	1 %	1 %	5 %
> 30° y ≤ 60°	7 %	7 %	----	----	----	3 %
> 60° y ≤ 80°	4 %	4 %	----	----	----	1 %
> 80° y ≤ 90°	4 %	4 %	----	----	----	----
> 90° y ≤ 120°	2 %	2 %	----	----	----	----
> 120° y ≤ 140°	1 %	1 %	----	----	----	----

Anquilosis de Hombro						
Anquilosis	**Abdo-Elevación**	**Elevación Anterior**	**Aducción**	**Elevación Posterior**	**Rotación Interna**	**Rotación Externa**
≤ 20°	30 %	30 %	45 %	45 %	45 %	30 %
> 20° y ≤ 30°	25 %	25 %	60 %	60 %	60 %	35 %
> 30° y ≤ 80°	35 %	35 %	----	----	----	60 %
> 80° y ≤ 120°	50 %	50 %	----	----	----	----
> 120°	60 %	60 %	----	----	----	----

CODO:

Limitación Funcional de Codo				
Movilidad	**Flexión**	**Extensión**	**Pronación**	**Supinación**
≤ 10°	35 %	----	6 %	6 %
> 10° y ≤ 30°	30 %	2 %	4 %	4 %
> 30° y ≤ 60°	20 %	5 %	2 %	2 %
> 60° y ≤ 70°	15 %	15 %	2 %	2 %
> 70° y ≤ 90°	15 %	15 %	----	----
> 90° y ≤ 120°	5 %	20 %	----	----
> 120° y ≤ 140°	2 %	30 %	----	----
> 140°	----	35 %	----	----

Anquilosis de Codo en Flexión	
≤ 50°	60 %
> 50° y < 120°	40 %
≥ 120	60 %

MUÑECA:

El examen completo de la movilidad de la muñeca deberá incluir la pronosupinación, la cual se evaluará según las tablas goniométricas del sector codo.

Limitación Funcional de Muñeca				
Movilidad	**Flexión Palmar**	**Flexión Dorsal**	**Desviación Cubital**	**Desviación Radial**
≤ 10°	7 %	7 %	3 %	1 %
> 10° y ≤ 20°	5 %	5 %	1 %	----
> 20° y ≤ 30°	4 %	3 %	----	----
> 30° y ≤ 50°	2 %	1 %	----	----
> 50° y ≤ 60°	1 %	----	----	----

Anquilosis de Muñeca				
Anquilosis	**Flexión Palmar**	**Flexión Dorsal**	**Desviación Cubital**	**Desviación Radial**
0°	18 %	18 %	18 %	18 %
> 0° y ≤ 10°	30 %	15 %	30 %	30 %
> 10° y ≤ 30°	30 %	15 %	40 %	40 %
> 30°	40 %	40 %	40 %	40 %

MANO:

Limitación Funcional de Pulgar						
Movilidad	**Art. Carpo-Metacarpiana (CMTC)**		**Art. Metacarpo-Falángica (MTCF)**		**Articulación Inter-Falángica (IF)**	
	Flexión	**Extensión**	**Flexión**	**Extensión**	**Flexión**	**Extensión**
≤ 10°	2 %	3 %	12 %	----	10 %	----
> 10° y ≤ 20°	----	2 %	8 %	2 %	8 %	1 %
> 20° y ≤ 30°	----	----	4 %	4 %	5 %	3 %
> 30° y ≤ 50°	----	----	2 %	8 %	3 %	5 %
> 50° y ≤ 70°	----	----	----	12 %	1 %	8 %
> 70°	----	----	----	12 %	----	10 %

Limitación Funcional de los Dedos Índice, Mayor, Anular y Meñique						
Movilidad	**Art. Metacarpo-Falángica (MTCF)**		**Art. Inter-Falángica Proximal (IFP)**		**Art. Inter-Falángica Distal (IFD)**	
	Flexión	**Extensión**	**Flexión**	**Extensión**	**Flexión**	**Extensión**
≤ 10°	4 %	----	4 %	----	2 %	----
> 10° y ≤ 30°	3 %	1 %	3 %	1 %	1 %	1 %
> 30° y ≤ 50°	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %
> 50° y ≤ 70°	2 %	2 %	2 %	2 %	----	2 %
> 70° y ≤ 80°	1 %	3 %	1 %	3 %	----	----
> 80° y ≤ 90°	----	4 %	1 %	3 %	----	----
> 90°	----	----	----	4 %	----	----

Anquilosis del Pulgar y los Dedos Índice, Mayor, Anular y Meñique			
Anquilosis	**Articulación**	**Posición**	**Incapacidad**
Pulgar	CMC	en posición funcional (flexión: 20° ± 10°)	6 %
		en posición no funcional	16 %
	MTCF	en posición funcional (flexión: 20° ± 10°)	11 %
		en posición no funcional	14 %
	IF	en posición funcional (flexión: 20° ± 10°)	8 %
		en posición no funcional	10 %
Índice, Mayor, Anular y Meñique	MTCF	en posición funcional (flexión: 50° ± 10°)	5 %
		en posición no funcional	7 %
	IFP	en posición funcional (flexión: 50° ± 10°)	5 %
		en posición no funcional	7 %
	IFD	en posición funcional (flexión: 10° ± 10°)	2 %
		en posición no funcional	4 %

Miembro Inferior

- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en la misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.

- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la Región (Desarticulación Coxofemoral: 70%).

- En caso de existir múltiples compromisos en un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación del sector comprometido.
  - ✓ Pie y/o Tobillo: No podrá superar el 35%.
  - ✓ Pie, Tobillo y/o Pierna: No podrá superar el 40%.
  - ✓ Pie, Tobillo, Pierna y/o Rodilla: No podrá superar el 55%.
  - ✓ Pie, Tobillo, Pierna, Rodilla y/o Muslo y/o Cadera y/o Hemipelvis: No podrá superar el 70%.

- En el porcentaje de incapacidad laboral determinado en la Tabla 1 (Amputaciones Del Miembro Inferior), se encuentra incluida la repercusión funcional (limitación funcional o anquilosis) secuelar de la articulación proximal al nivel de amputación.

- En el porcentaje de incapacidad laboral determinado en las Tablas 2a (Fracturas Del Miembro Inferior) y 2b (Fractura de 2º, 3º, 4º o 5º Dedo del Pie), 3 (Artroplastias Del Miembro Inferior), 4 (Lesiones Capsulo-Ligamentarias Y Meniscales) y 5 (Pelvis Inestable Y Lesiones Músculo-Tendinosas) se encuentra incluida la pérdida por repercusión funcional (limitación funcional y/o anquilosis) y el acortamiento del miembro.

- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis del primer dedo del pie, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la falange proximal (12 %).

- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis de los dedos 2º, 3º, 4º o 5º del pie, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la falange proximal (3 %).

Tabla 1. Amputaciones Del Miembro Inferior		Incapacidad
Desarticulación Coxofemoral		70 %
Amputación de Muslo	tercio proximal	70 %
	tercio medio o distal	60 %
Desarticulación de Rodilla		55 %
Amputación a nivel de la Pierna		40 %
Amputación de Syme (desarticulación de tobillo con conservación de la almohadilla de talón)		35 %
Amputación del pie tipo Chopart / Lisfranc (a través de los huesos del tarso)		30 %
Amputación Transmetatarsiana (incluye los cinco rayos)		28 %
Amputación Transmetatarsiana	del 1º rayo	15 %
	del 2º, 3º o 4º rayo	5 %
	del 5º rayo	8 %
Amputación del 1º Dedo del pie	a nivel de la falange proximal	12 %
	a nivel de la falange distal	6 %
Amputación del 2º, 3º, 4º o 5º Dedo del pie	a nivel de la falange proximal	3 %
	a nivel de la falange media	2 %
	a nivel de la falange distal	1 %

Tabla 2a. Fracturas Del Miembro Inferior		Sin Secuelas	Con Secuelas	Pseudo - artrosis
		Incapacidad	Incapacidad	Incapacidad
Fractura de Pelvis (por hemipelvis)	Fractura de Iliaco	4 %	8 %	12 %
	Fractura de ramas isquipobiana y/o iliopubiana	2 %	4 %	6 %
	Fractura de Cotilo	5 %	10 %	15 %
Fractura de Fémur (incluye cadera)		10 %	20 %	30 %
Fractura de Rótula		3 %	4 %	6 %
Fractura de Tibia (incluye pilón tibial)		10 %	20 %	30 %
Fractura de Peroné		2 %	4 %	6 %
Fractura de tobillo	maléolo peroneo	3 %	6 %	9 %
	maléolo tibial medial	3 %	6 %	9 %
	maléolo tibial posterior	3 %	6 %	9 %
Fractura de Astrágalo		6 %	12 %	18 %
Fractura de Calcáneo		6 %	12 %	18 %
Fractura de Escafoides		4 %	8 %	12 %
Fractura o Luxofractura de Chopart		8 %	16 %	24 %
Fractura o Luxofractura de Lisfranc		8 %	16 %	24 %
Fractura de otro hueso del Tarso		1 %	2 %	3 %
Fractura de Metatarsiano	1º	2 %	4 %	6 %
	2º, 3º o 4º	1 %	2 %	3 %
	5º	2 %	4 %	6 %
Fractura de 1º Dedo del Pie	falange proximal	2 %	4 %	6 %
	falange distal (incluye pseudoartrosis)	1 %	2 %	3 %

Corresponde la ponderación de la columna "Con Secuelas", cuando la Fractura Del Miembro Inferior presentara alguna de las secuelas descriptas a continuación:
Angulación. Deseje. Necrosis. Artrosis. Incongruencia articular (*para el caso de fracturas que comprometan la articulación de la rodilla y el tobillo*). Signos radiológicos de aflojamiento de implante. Resección ósea. Osteotomía. Aplastamiento *(para el caso de fractura de Calcáneo*). Protrusión acetabular *(para el caso de fractura de Cotilo*)

Tabla 2b. Fractura de 2º, 3º, 4º o 5º Dedo del Pie	falange proximal o media o distal	1 %

Tabla 3. Artroplastias Del Miembro Inferior	Sin Secuelas	Con Secuelas
	Incapacidad	Incapacidad
Prótesis parcial o total de cadera	20 %	40 %
Prótesis parcial o total de rodilla	20 %	40 %
Prótesis de tobillo	10 %	20 %

Corresponde la ponderación de la columna "Con Secuelas", cuando la Artroplastia Del Miembro Inferior presentara alguna de las secuelas descriptas a continuación:
Angulación. Deseje. Incongruencia articular. Signos radiológicos de aflojamiento de implante. Espaciador.

Tabla 4. Lesiones Capsulo-Ligamentarias Y Meniscales	Incapacidad
Luxación de rótula	1 %
Ruptura completa del ligamento cruzado anterior **(1)**	7 %
Ruptura completa del ligamento cruzado posterior **(1)**	4 %
Ruptura completa del ligamento lateral interno **(1)**	3 %
Ruptura completa del ligamento lateral externo **(1)**	3 %
Lesión meniscal interna y/o externa operada (meniscectomía y/o meniscoplastia y/o sutura meniscal) **(2)**	4 %
Lesión meniscal no operada con hipotrofia muscular **(3)** y/o hidrartrosis y/o bloqueo	8 %
Artroscopia/s diagnóstico-terapéutica de rodilla (incluye: lavado artroscópico, drenaje, exploración diagnóstica)	1 %
Referencias: ***(1)*** *Se ponderará el porcentaje de incapacidad laboral establecido en la tabla, independientemente de que haya sido operada o no la ruptura ligamentaria. En dicho porcentaje se encuentra incluido el eventual procedimiento quirúrgico realizado.* ***(2)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral se encuentra incluido el procedimiento quirúrgico.* ***(3)*** *Se considera hipotrofia muscular cuando la diferencia de medición de la perimetría cuadricipital, tomada a 7 cm. por encima de la rótula, sea mayor o igual a 2 cm. en comparación con el lado contralateral.*	

Tabla 5. Pelvis Inestable Y Lesiones Músculo-Tendinosas (Rupturas o Desgarros completos)	Incapacidad
Pelvis inestable (Diástasis de la sínfisis del pubis mayor a 2.5 cm y/o Diástasis sacroilíaca de más de 1 cm y/o Ascenso de hemipelvis mayor a 0.5 cm y/o Diástasis por fractura del ilíaco de 0.5 cm) **(1)**	20 %
Ruptura completa del cuádriceps	5 %
Ruptura completa del bíceps crural	5 %
Ruptura completa de tendón/es de pata de ganso	2 %
Ruptura completa del gastrocnemio	3 %
Ruptura completa del plantar delgado	1 %
Ruptura completa del tibial anterior	2 %
Ruptura completa del tibial posterior	2 %
Ruptura completa del tendón de Aquiles	4 %
Sección completa de flexor/es pierna, tobillo y/o pie	5 %
Sección completa de extensor/es pierna, tobillo y/o pie	5 %
Referencia: ***(1)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral por Pelvis inestable se encuentra incluido el porcentaje de incapacidad por fracturas de la pelvis.* *En el caso de existir secuelas en ambos miembros inferiores, el porcentaje de incapacidad por Pelvis inestable se adicionará por suma aritmética al miembro inferior que presentara mayor incapacidad laboral.* ***En el caso de existir secuelas en un miembro inferior, el porcentaje de incapacidad por Pelvis inestable se adicionará por suma aritmética a dicho miembro.***	

Tablas de Goniometría de Miembro Inferior

CADERA:

Limitación Funcional de Cadera						
Movilidad	**Flexión**	**Extensión**	**Abducción**	**Aducción**	**Rotación Externa**	**Rotación Interna**
≤ 10°	7 %	2 %	5 %	2 %	4 %	3 %
> 10° y ≤ 20º	5 %	1 %	2 %	----	2 %	1 %
> 20° y ≤ 30º	5 %	----	2 %	----	2 %	1 %
> 30° y ≤ 60°	3 %	----	----	----	----	----
> 60° y ≤ 90°	1 %	----	----	----	----	----

Anquilosis de Cadera						
Anquilosis en:	**Flexión**	**Extensión**	**Abducción**	**Aducción**	**Rotación Externa**	**Rotación Interna**
≤ 20°	25 %	35 %	30 %	40 %	30 %	30 %
> 20° y ≤ 40°	20 %	40 %	40 %	----	40 %	40 %
> 40° y ≤ 70°	30 %	----	----	----	----	----
> 70°	35 %	----	----	----	----	----

RODILLA:

Limitación Funcional de Rodilla		
Movilidad	**Flexión**	**Extensión**
≤ 10°	27 %	----
> 10° y ≤ 30°	20 %	10 %
> 30° y ≤ 60°	15 %	20 %
> 60° y ≤ 90°	8 %	30 %
> 90° y ≤ 120°	3 %	50 %

Anquilosis de Rodilla	
≤ 10°	30 %
> 10° y ≤ 50°	40 %
> 50°	50 %

TOBILLO:

Limitación Funcional de Tobillo				
Movilidad	**Flexión Plantar**	**Flexión Dorsal**	**Inversión**	**Eversión**
≤ 10°	5 %	3 %	2 %	2 %
> 10° y ≤ 20°	3 %	----	1 %	----
> 20° y ≤ 30°	2 %	----	----	----

Anquilosis de Tobillo				
Anquilosis	**Flexión Plantar**	**Flexión Dorsal**	**Inversión**	**Eversión**
< 10°	15 %	15 %	15 %	15 %
≥ 10°	30 %	30 %	30 %	30 %

PIE:

Limitación Funcional del Primer Dedo del Pie			
Movilidad	**Articulación metatarso-falángica (MTTF)**		**Articulación interfalángica (IF)**
	Flexión dorsal	**Flexión plantar**	**Flexión plantar**
0°	3 %	3 %	3 %
> 0° y ≤ 10°	2 %	2 %	2 %
> 10° y ≤ 20°	1 %	1 %	1 %

Limitación Funcional del Resto de los Dedos del Pie	
Movilidad	**Articulación metatarso-falángica (MTTF)**
	Flexión plantar
≤ 20°	1 %

Anquilosis de los Dedos del Pie			
Anquilosis	**Articulación**	**Posición**	**Incapacidad**
Primer Dedo	MTTF	en posición funcional (0°)	4 %
		en posición no funcional	8 %
	IF	en posición funcional (0°)	2 %
		en posición no funcional	4 %
Resto de los Dedos	MTTF	en posición funcional (0°)	2 %
		en posición no funcional	3 %

Cabeza y Rostro

- Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas de cabeza y rostro derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

- En el caso que la/s fractura/s genere/n compromiso funcional, la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante.

Secuelas		Incapacidad
Fractura de Hueso Frontal **(1)**		2 %
Fractura de Hueso Occipital		2 %
Fractura de Hueso Parietal	Unilateral	2 %
	Bilateral	4 %
Fractura de Hueso Temporal (incluye la fractura de peñasco)	Unilateral	2 %
	Bilateral	4 %
Fractura de Hueso Etmoides **(1)**		2 %
Fractura de Hueso Esfenoides **(1)**		2 %
Fractura de Hueso Malar **(1)**		2 %
Fractura de Órbita	Unilateral	10 %
	Bilateral	20 %
Fractura Nasal **(2)**	Sin desplazamiento	3 %
	Con desplazamiento	7 %
Fractura y/o Estallido de Seno/s Paranasal/es	Hemicara derecha o izquierda	5 %
	Ambas hemicaras	10 %
Fractura de Maxilar Superior **(1)**		5 %
Pseudoartrosis de Maxilar Superior		15 %
Fractura de Maxilar Inferior		5 %
Pseudoartrosis de Maxilar Inferior		15 %
Luxación o Subluxación de articulación temporomandibular	Unilateral	4 %
	Bilateral	8 %
Osteomalacia o Necrosis de maxilar inferior		30 %
Fractura de Le Fort **(3)**	I	10 %
	II	15 %
	III	25 %
Mutilaciones extensas de partes óseas y blandas **(4)**		60 %

Referencias:
(1) *Corresponderá la ponderación cuando el trazo fracturario no comprometa la cavidad orbitaria.*
(2) *En el porcentaje de incapacidad laboral por Fractura Nasal (sin o con desplazamiento) se encuentran incluidas las manifestaciones clínicas. Se incluye la fractura del tabique.*
(3) *En el porcentaje de incapacidad laboral por Fractura de Le Fort se encuentran incluidas las manifestaciones clínicas, excepto el compromiso oftalmológico que pudieran ocasionar, el cual deberá ser valorado de acuerdo al capítulo correspondiente, aplicando el criterio de capacidad restante.*
(4) *Deberá evaluarse la esfera psíquica.*

Oftalmología

- Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas oftalmológicas derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

- En el caso de conservación del globo ocular, la sumatoria de secuelas que afecten un ojo en un/a trabajador/a binocular, no podrá superar el valor asignado a una disminución de la agudeza visual - 0.1 (42 %).

Disminución de la Agudeza Visual

- La agudeza visual se determinará con la corrección adecuada y deberá tenerse en cuenta la mejor que se obtenga.
- Solo podrá ser tenida en cuenta una agudeza visual sin corrección cuando se encuentre debidamente documentado que el uso del lente convencional o de contacto no resulta soportable y que la causa que la provoca sea médicamente inobjetable como pueden ser la aniseiconia o los defectos no corregibles de la superficie ocular.
- La disminución de la agudeza visual, derivada de una contingencia laboral, deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporcionan las Tablas de Sená 1, 2 y 3, las cuales se encuentran aprobadas por el Consejo Argentino de Oftalmología.
- La aplicación de cada una de las Tablas se realizará en función de los parámetros que se establecen a continuación.

- ***Criterios De Evaluación De Incapacidad Laboral En Trabajador/a Binocular***
  - ✓ La disminución de la agudeza visual del ojo lesionado, con agudeza visual normal en ojo contralateral, deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la ***Tabla de Sená 1***.
  - ✓ La disminución de la agudeza visual **≥ 5/10** del ojo lesionado, con disminución de la agudeza visual en ojo contralateral (sin nexo causal con la contingencia a evaluar), deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la ***Tabla de Sená 1***.
    Ejemplo: ojo derecho (contingencia laboral) AV: 6/10, ojo izquierdo (ajeno al siniestro) AV: 4/10. Incapacidad: Disminución de la agudeza visual del ojo derecho 6/10: 6 % de la total obrera por aplicación de la Tabla de Sená 1.
  - ✓ La disminución de la agudeza visual **≤ 4/10** del ojo lesionado, con disminución de la agudeza visual en ojo contralateral (sin nexo causal con la contingencia a evaluar), deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la ***Tabla de Sená 2***.
    Ejemplo: ojo derecho (contingencia laboral) AV: 3/10, ojo izquierdo (ajeno al siniestro) AV: 5/10. Incapacidad: 34 % de la total obrera por aplicación de la Tabla de Sená 2.
  - ✓ La disminución de la agudeza visual de ambos ojos lesionados, deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la ***Tabla de Sená 2***.

- ***Criterios De Evaluación De Incapacidad Laboral En Trabajador/a Monocular***
  - ✓ La disminución de la agudeza visual en un trabajador monocular, deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la ***Tabla de Sená 3***.

Tabla de Sená 1 - Valoración de la incapacidad laboral por disminución de la visión de un ojo en un/a trabajador/a binocular												
Agudeza visual	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	- 0.1	Enucleación con prótesis o ceguera asociada a ptisis bulbi	Enucleación con imposibilidad de usar prótesis
Incapacidad	1%	2%	4%	6%	9%	13%	18%	24%	32%	42%	45%	50%

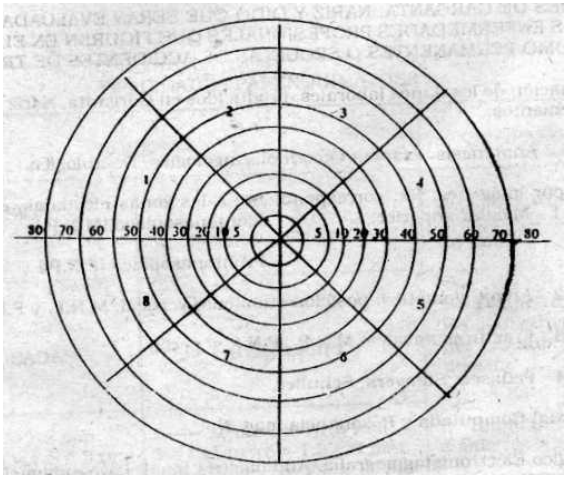
Tabla de Sená 2 - Valoración de la incapacidad laboral por disminución de la visión binocular													
AV	**1**	**0.9**	**0.8**	**0.7**	**0.6**	**0.5**	**0.4**	**0.3**	**0.2**	**0.1**	**-0.1**	**Enuc**	**ES/P**
1	0	1	2	4	6	9	13	18	24	32	42	45	50
0.9	1	2	3	5	8	11	15	20	26	34	43	47	52
0.8	2	3	5	7	10	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
Referencias: AV.: Agudeza visual - Enuc: Enucleación con prótesis - ES/P: Enucleación sin prótesis *El porcentaje de incapacidad laboral surge de la unión de la línea horizontal (agudeza del primer ojo) con el valor de la línea vertical (agudeza del segundo ojo)*													

Tabla de Sená 3 - Valoración de la incapacidad laboral por disminución de la visión en un/a trabajador/a monocular									
Agudeza Visual	0.9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	≤ 0,1
Incapacidad	5 %	10 %	20 %	35 %	50 %	70 %	80 %	90 %	100 %

- ***Metodología De Evaluación De Incapacidad Laboral En Trabajador/a Con Disminución De La Agudeza Visual Preexistente***
  - ✓ A la incapacidad actual por disminución de la AV se restará la incapacidad preexistente por disminución de la AV pura (sin factores de ponderación).
    Ejemplo:
    Preexistencia: AV 9/10 en ambos ojos.
    Siniestro: a raíz del cual presenta una disminución de la AV 6/10 en ambos ojos.
    ¿Cómo se realiza el cálculo de la incapacidad?
    Incapacidad actual por disminución de la AV 6/10 en ambos ojos: 16 % - 2 % (incapacidad preexistente por disminución de la AV 9/10 en ambos) = 14 %.

Disminución del Campo Visual

- Para valorar las alteraciones de campo visual se utilizará la Campimetría Computarizada.
- La disminución del campo visual deberá determinarse una vez garantizada la mayor agudeza visual posible, con corrección, si fuera necesario.
- En la práctica, es necesario una agudeza visual de por lo menos 1/10 para poder realizar una Campimetría Computarizada.
- Son contraindicaciones absolutas para la realización de una campimetría que el paciente no perciba estímulos luminosos o que se halle alienado o privado de funciones cognitivas.
- El compromiso del campo visual se evaluará considerando el siguiente esquema como campo visual normal.



- 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 8 meridianos de 60 grados cada uno, lo que equivaldrá a 480 grados.
- Para las actividades que no requieren de tanta capacidad visual (oficinistas, profesores, actividades de servicio), entendiendo que las lesiones son monoculares, se considerará el campo visual dividido en 8 meridianos de 40 grados cada uno, lo que equivaldrá a 320 grados.

- **<u>Índices de confiabilidad de la campimetría</u>:**
  Las alteraciones de los valores de confiabilidad tienen un origen multicausal, debiendo ser mencionadas la falta de comprensión de las consignas, el agotamiento del examinado, la simulación o la gravedad de las patologías a evaluar como algunas de las más relevantes.
  - ✓ **<u>Pérdidas de fijación</u>:** el campímetro monitoriza la mancha ciega (cabeza del nervio óptico) enviando estímulos que el paciente no debería ver si está fijando correctamente.
  - ✓ **<u>Falsos positivos</u>:** Representan respuestas afirmativas a estímulos no presentados (el paciente acusa haber visto un estímulo, pero en realidad no fue presentado).
  - ✓ **<u>Falsos negativos</u>:** Representan ausencias de respuestas a estímulos más intensos en un punto dónde ya está calculado previamente el umbral de sensibilidad (el paciente no ve un estímulo donde previamente acuso haberlo visto). Se da, generalmente por falta de atención o cansancio.

Se consideran NO confiables aquellos campos visuales que el oftalmólogo lo informe como tal, y/o que presenten: Pérdidas de fijación ≥ 20 %, o Falsos positivos ≥ 15 %, o Falsos negativos ≥ 33 %.

- Para realizar el cálculo del **porcentaje de incapacidad laboral por disminución del Campo Visual Unilateral**, se deberá:
  - ✓ Sumar los grados de pérdida visual (puntos NO vistos) de los ocho meridianos.
  - ✓ Dividir la sumatoria por 320 (total de grados para el campo visual normal para cada ojo), o 480 si se refiere a casos especiales.
  - ✓ Multiplicar el resultado por 100, obteniéndose el porcentaje del campo visual perdido.
  - ✓ El porcentaje de la disminución del campo visual del ojo se multiplica por el índice 0.25, obteniéndose el porcentaje de incapacidad laboral por disminución del campo visual unilateral.

- Para realizar el cálculo del **porcentaje de incapacidad laboral por disminución del Campo Visual Bilateral**, se deberá:
  - ✓ Calcular el porcentaje de incapacidad laboral por disminución del campo visual de ambos ojos por separado.
  - ✓ Luego se suman aritméticamente las incapacidades obtenidas de cada ojo y el resultado se multiplica por el índice 1.5, obteniéndose el porcentaje de incapacidad laboral por disminución del campo visual bilateral.

- Los campímetros computarizados valoran en general desde la isóptera 30º a 60º, y dado que en no todos los casos puede obtenerse un estudio a 60°, se procederá de la siguiente manera:
  - ✓ Si el campo visual hasta 30º es normal, es aceptable suponer que el resto de éste se encuentre preservado, siempre y cuando la historia oftalmológica y el examen no sugieran lo contrario.
  - ✓ Sí hay puntos no vistos a los 30°, se deberá proyectar matemáticamente esa misma pérdida hasta los 40° en esa localización y extensión solamente.
    Ejemplo: Si tengo un campo visual informado a 30 ° y en esa misma isóptera tengo una pérdida equivalente a 10 °, deberé sumar al cálculo los 10 ° correspondientes a la isóptera a 40 ° fundamentado en la proyección de la lesión.
  - ✓ Si nos encontramos evaluando trabajadores monoculares o binoculares que exigen una evaluación hasta 60 ° y no se cuenta con un estudio que evalúe hasta esa isóptera, para el caso que haya puntos no vistos a los 30 ° se deberá proyectar matemáticamente esa pérdida hasta los 60° en esa localización y extensión solamente.
    Ejemplo: Si tengo un campo visual informado a 30 ° y en esa misma isóptera tengo una pérdida equivalente a 10 °, deberé sumar al cálculo: los 10 ° correspondientes a la isóptera a 40 °, los 10 ° en la isóptera a 50 ° y los 10° de la isóptera a 60° basados en la proyección del daño.

- Ante la presencia de un Campo Visual NO confiable, deberá repetirse la campimetría.

- En el hipotético caso que el estudio solicitado por segunda vez resulte NO confiable, no será posible establecer fehacientemente la existencia de un compromiso pasible de ponderación.

Pérdida de la Función de la Musculatura Extraocular. Diplopía

Secuela		Incapacidad
Diplopía corregida con cirugía y/o prismas compensadores de Frenkel		2 %
Diplopía residual	NO provoca monocularidad efectiva **(1)**	15 %
	Provoca monocularidad efectiva **(2)**	42 %
Referencias: ***(1)*** *Diplopía residual que no provoca una monocularidad efectiva: Es la que ha resultado imposible corregir con la cirugía y que tampoco es posible reducir con el uso de prismas compensadores de Frenkel, en el post operatorio.* ***(2)*** *Diplopía residual que provoca una monocularidad efectiva: Es la que NO es posible corregir por ninguna instancia de tratamiento implementada pero que, además, el trabajador que la padece solo podrá realizar sus tareas en las mismas condiciones que un monocular, debiendo usar oclusión del ojo afectado para desarrollar su actividad laboral. Este encuadre diagnóstico solo podrá ser utilizado cuando se encuentre debidamente documentada la necesidad de oclusión permanente y esto sea razonable desde el punto de vista médico.*		

Pérdida del Alineamiento Ocular, de la Posición o Movilidad Palpebral y Misceláneas

Secuela	Incapacidad
Queratitis crónica o Conjuntivitis crónica o Queratoconjuntivitis crónica	5 %
Midriasis paralitica	5 %
Iridodiálisis	5 %
Pseudofaquia	2 %
Afaquia	3 %
Blefaritis crónica	5 %
Ptosis palpebral con pupila descubierta	5 %
Ptosis palpebral con pupila cubierta	10 %
Lagoftalmos residual, de etiológica no neurológica	5 %
Epifora	5 %
Entropión o Ectropión residual	5 %
Simbléfaron que no remite de forma completa con el tratamiento	20 %
Pseudofaquia	2 %
Afaquia	3 %

Secuela	Incapacidad
Catarata inoperable	se evaluará según el compromiso de la Agudeza Visual
Leucoma	se evaluará según el compromiso de la Agudeza Visual
Estrabismo	se evaluará según el compromiso de la Agudeza Visual
Neuritis óptica	se evaluará según el compromiso de la Agudeza Visual y el Campo Visual

Otorrinolaringología

- Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas otorrinolaringológicas derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

Lesiones de Oído

Secuela		Incapacidad
Condronecrosis		6 %
Pérdida parcial de pabellón auricular	Unilateral	6 %
	Bilateral	10 %
Pérdida total de pabellón auricular	Unilateral	12 %
	Bilateral	24 %
Perforación timpánica presente	Unilateral	4 %
	Bilateral	8 %

Normas para la Evaluación del Daño Auditivo

- Los/as trabajadores/as que hayan sufrido daño auditivo, sea por intoxicación, sobreexposición aguda o crónica a ruido o bien por contusión encefálica, se someterán a estudios auditivos consistentes en evaluación otológica y 1 (una) audiometría, logoaudiometría y test de simulación.

- Se tendrá en cuenta, para la valoración del daño auditivo, las pruebas audiométricas realizadas sin la utilización de audífonos.

Secuela	Incapacidad
Pérdida auditiva parcial Unilateral	se evaluará según la Tabla de Pérdida Auditiva Monoaural
Pérdida auditiva parcial Bilateral	se evaluará según la Tabla de la AAO 1979 - AMA 1984
Pérdida auditiva total de un oído, conservándose la normalidad del otro oído	15 %
Anacusia o Cofosis	42 %

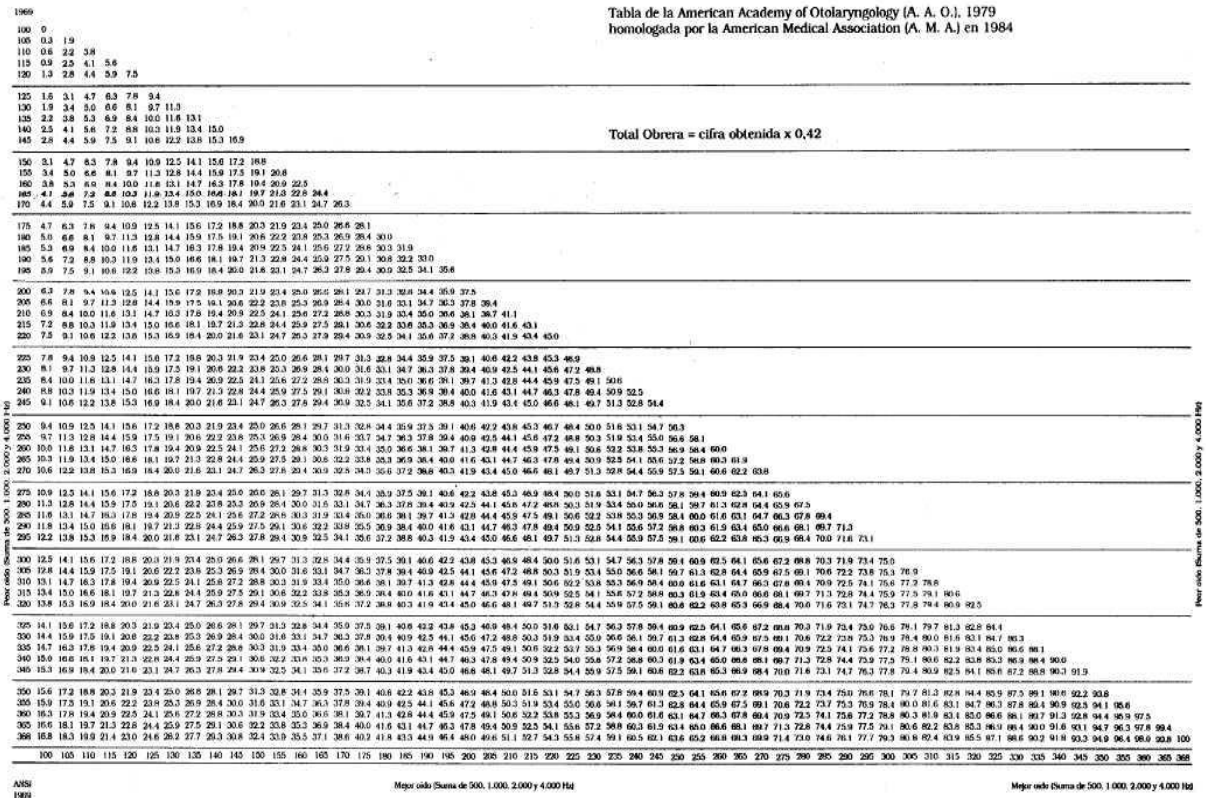
Cálculo de la Pérdida Auditiva Monoaural

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz del oído afectado. La suma obtenida se traslada a la Tabla de Pérdida Auditiva Monoaural donde se obtiene el porcentaje de incapacidad laboral por pérdida auditiva unilateral.

Tabla de Evaluación de Incapacidad Laboral por Pérdida Auditiva Monoaural					
Pérdida en decibeles	**Incapacidad laboral**	**Pérdida en decibeles**	**Incapacidad laboral**	**Pérdida en decibeles**	**Incapacidad laboral**
100	0	200	5,63 %	300	11,25 %
105	0,29 %	205	5,91 %	305	11,54 %
110	0,57 %	210	6,18 %	310	11,82 %
115	0,84 %	215	6,47 %	315	12,09 %
120	1,13 %	220	6,75 %	320	12,38 %
125	1,41 %	225	7,04 %	325	12,66 %
130	1,68 %	230	7,34 %	330	12,93 %
135	1,97 %	235	7,59 %	335	13,22 %
140	2,25 %	240	7,88 %	340	13,50 %
145	2,54 %	245	8,16 %	345	13,64 %
150	2,82 %	250	8,43 %	350	14,07 %
155	3,09 %	255	8,72 %	355	14,34 %
160	3,38 %	260	9,00 %	360	14,63 %
165	3,66 %	265	9,29 %	365	14,91 %
170	3,93 %	270	9,57 %	370 o >	15 %
175	4,22 %	275	9,84 %		
180	4,50 %	280	10,13 %		
185	4,79 %	285	10,40 %		
190	5,07 %	290	10,68 %		
195	5,34 %	295	10,97 %		

Cálculo de la Pérdida Auditiva Bilateral

Se suma la pérdida en decibeles de la vía aérea de los tonos 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz de cada oído y se lo traslada a la Tabla de la American Academy of Otolaringology (AAO) 1979 homologada por la American Medical Association (AMA) 1984.
En esta Tabla se debe buscar en su eje horizontal el mejor valor auditivo y en su eje vertical el peor valor auditivo; de la intersección de ambos ejes surge la pérdida auditiva bilateral en porcentajes. Dicho valor multiplicado por 0.42 dará como resultado el porcentaje de incapacidad laboral por pérdida auditiva bilateral.



Consideraciones Particulares

En el caso que corresponda evaluar la incapacidad laboral de un trabajador con una hipoacusia, al que ya se le ha otorgado previamente una incapacidad por la misma patología, se procederá de la siguiente manera:

- ✓ **Paso I:** A la incapacidad actual se restará la incapacidad preexistente pura (sin factores de ponderación)
- ✓ **Paso II:** Al resultado obtenido por la diferencia en la incapacidad actual y la previa, se aplica la Capacidad Restante que presente el trabajador, obteniéndose así la Incapacidad Incremental por patología auditiva.

Ejemplo 1:

- ✓ **Siniestro previo:** Se determinó una I.L.P. de 3 % por pérdida auditiva bilateral + 0.30 % por factores de ponderación = 3.30 %.
- ✓ **Nuevo Siniestro:** a raíz del cual presenta una pérdida auditiva bilateral que le ocasiona una I.L.P. de 5 %.
  ¿Cómo se realiza el cálculo de la incapacidad?
  Capacidad Restante: 96.70 %
  Incapacidad actual por pérdida auditiva bilateral: 5 % - 3 % (incapacidad preexistente por pérdida auditiva bilateral) = 2 % de 96.70 % de capacidad restante = 1.93 %.

Ejemplo 2:

- ✓ **Siniestro previo:** Se determinó una I.L.P. de 2 % por pérdida auditiva bilateral + 0.20% por factores de ponderación = 2.20 %.
- ✓ **Siniestro previo:** Se determinó una I.L.P. por Fractura unimaleolar de tobillo derecho de 4% (con factores de ponderación).
- ✓ **Nuevo Siniestro:** a raíz del cual presenta una pérdida auditiva bilateral que le ocasiona una I.L.P. de 6 %.
  ¿Cómo se realiza el cálculo de la incapacidad?
  Capacidad Restante: 93.80 %
  Incapacidad actual por pérdida auditiva bilateral: 6% - 2 % (incapacidad preexistente por pérdida auditiva bilateral) = 4 % de 93.80 % de capacidad restante = 3.75 %.

Alteración de Equilibrio por Lesión de la Rama Vestibular

- La determinación del grado de deterioro se sustentará en base a la presencia de signos objetivos atribuidos al daño orgánico en el examen laberíntico y/o neurológico actual, siempre y cuando se cuenta con la historia clínica que documente el compromiso vestibular.

- La ponderación de la incapacidad laboral podrá realizarse después de 6 meses de suspendida la exposición al agente o el accidente laboral.

Secuela		Incapacidad
Grado I	Semiología vestibular positiva sin compromiso en la marcha con videonistagmografía normal.	1 %
Grado II	Semiología vestibular positiva con leve compromiso en la marcha con videonistagmografía alterada.	5 %
Grado III	Semiología vestibular positiva con requerimiento de apoyo en la marcha y videonistagmografía alterada.	40 %
Grado IV	Semiología vestibular positiva con requerimiento de asistencia de terceros para su traslado y videonistagmografía alterada.	66 %

Lesiones de Nariz y Senos Paranasales

Secuela			Incapacidad
Amputación Nasal	Total		30 %
	Parcial	> 50 %	15 %
		≤ 50 %	5 %
Perforación de Tabique Nasal			3 %
Rinitis Crónica **(1)**			3 %
Sinusitis Crónica **(1)**			5 %
Referencias: ***(1)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral por Rinitis Crónica y Sinusitis Crónica se encuentran incluidas las manifestaciones clínicas.*			

Lesiones de Laringe

Secuela		Incapacidad
Parálisis de Cuerda Vocal	Única	15 %
	Bilateral	40 %
Estrechez Laríngea **(1) (2)**		10 %
Laringectomía parcial **(2)**	Sin traqueostomía definitiva	40 %
	Con traqueostomía definitiva	50 %
Laringectomía total **(3)**		70 %
Traqueostomía definitiva **(2)**		50 %
Referencias: ***(1)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral por Estrechez Laríngea se encuentran incluidas las Alteraciones de la Voz.* ***(2)*** *En caso de presentar compromiso funcional respiratorio, este deberá adicionarse siguiendo el criterio de la capacidad restante.* ***(3)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral por Laringectomía total se encuentra incluido la Traqueostomía.*		

Alteración de la Voz

Este apartado detalla la metodología de evaluación de las alteraciones en la producción de la voz derivados de enfermedades profesionales.

La ponderación de un porcentaje de incapacidad en estos casos requerirá la concurrencia de dos elementos necesarios:

- ✓ **Alteraciones objetivables en la anatomía y/o en la funcionalidad del aparato fonatorio.**
- ✓ **Alteraciones objetivables en las características de la voz.**

Alteraciones objetivables en la anatomía y/o en la funcionalidad del aparato fonatorio

La metodología de evaluación deseable será aquella que permita visualizar en detalle las cuerdas vocales en movimiento. En este sentido, los estudios endoscópicos con luz estroboscópica deberán ser considerados como decisorios ante cualquier controversia planteada.
En el caso de las enfermedades profesionales listadas por el Decreto 658/96, se reconoce el origen laboral de las siguientes alteraciones anátomo-funcionales:

- Hiatus posterior
- Hiatus anteroposterior (reloj de arena)
- Hiatus longitudinal (en ojal)
- Nódulos de Cuerdas Vocales
- Pólipos de Cuerdas Vocales
- Fonación de bandas: causada por pólipos subcordales o por hiperfunción laríngea.
- Hematoma de Cuerdas Vocales
- Edema de Reinke: Se deberá descartar Infecciones, Reacción alérgica, Sinusitis crónica con drenaje purulento, Reflujo gastroesofágico, Tabaquismo.

Procedimiento de Evaluación

La evaluación de la incapacidad por alteraciones de la voz sólo podrá realizarse una vez agotadas todas las instancias terapéuticas y de rehabilitación.

Una vez constatada la existencia de al menos una de las alteraciones en la anatomía y/o funcionalidad del aparato fonatorio mencionadas, se procederá a ponderar la incapacidad por alteración de la voz de acuerdo con la siguiente tabla:

Estadio	Alteración de la Voz	Incapacidad
I	Discreta, no afecta la comunicación.	3%
II	Evidente, afecta la comunicación, la comprensión puede dificultarse. Se puede entender al hablante.	7%
III	Intensa, es casi imposible entender al hablante.	15%

Evaluación de Incapacidad Incremental

En aquellos casos en los que se requiera evaluar la incapacidad incremental por alteración de la voz, se seguirá el siguiente procedimiento: se evaluará la incapacidad actual y se restará la incapacidad anterior, considerada como pura, es decir, sin factores de ponderación.

Sistema Respiratorio

Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas del sistema respiratorio derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

Los criterios para determinar la estadificación del compromiso respiratorio secuelar, causado por Enfermedades Profesionales o Accidentes de Trabajo, se encuentran descriptos en la Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral Respiratoria.

Solo serán tenidos en cuenta, a la hora de la valoración de la incapacidad, los estudios que hayan sido efectuados fuera del período agudo o de reciente reactivación del proceso crónico.

La Espirometría es de fundamental importancia para el diagnóstico del tipo de patología pulmonar, especialmente en las Enfermedades Profesionales, debiendo realizarse con y sin broncodilatadores.

- El criterio de normalidad funcional es el propuesto por la American Thoracic Society.
- Para evaluar el compromiso funcional se tomarán en cuenta los valores de la Capacidad Vital Forzada y el Volumen Espiratorio Forzado en un segundo, posterior a la prueba broncodilatadora.
- En relación a la espirometría es de suma importancia, a la hora de la valoración del daño corporal, verificar que el estudio presente parámetros de confiabilidad aceptables o una morfología de la curva en el área esfuerzo dependiente que pueda aseverar la colaboración de el/la damnificada/o, teniendo en cuenta los criterios de aceptabilidad y repetibilidad de la prueba conforme lo establece la American Thoracic Society.

Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral por Compromiso Respiratorio

Estadio		Secuela	Incapacidad
I	A	Secuela uni o bilateral cuya área sea ≤ 2/3 de la playa pulmonar derecha con CVF y/o VEF1, post-BD ≥ 80%.	5 %
	B	Secuela uni o bilateral cuya área sea > 2/3 de la playa pulmonar derecha con CVF y/o VEF1, post-BD ≥ 80%.	10 %
II	A	CVF y/o VEF1, post-BD > 75 % y < 80 %	15 %
	B	CVF y/o VEF1, post-BD > 70 % y ≤ 75 %	20 %
	C	CVF y/o VEF1, post-BD > 65 % y ≤ 70 %	25 %
III	A	CVF y/o VEF1, post-BD > 60 % y ≤ 65 %	35 %
	B	CVF y/o VEF1, post-BD > 55 % y ≤ 60 %	45 %
	C	CVF y/o VEF1, post-BD > 50 % y ≤ 55 %	55 %
IV		CVF y/o VEF1, post-BD > 35 % y ≤ 50 %	70 %
V		CVF y/o VEF1, post-BD ≤ 35 %, u Oxigenoterapia suplementaria permanente, o Requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica permanente, o En lista de espera de trasplante uni o bipulmonar, o Trasplantado uni o bipulmonar.	100 %

Referencias:
CVF: Capacidad Vital Forzada.
VEF1: Volumen Espiratorio Forzado en un segundo.
post-BD: post-broncodilatadores

Tabla 2. Evaluación De Incapacidad Laboral De Lesiones De Pared Torácica		
Secuelas		**Incapacidad**
Fractura de arcos costales	Hasta 3	1 %
	De 4 a 6	2 %
	Más de 6	4 %
Fractura de esternón		2 %
Desarticulación esternocondral bilateral con respiración paradojal sin solución terapéutica **(1)**		80 %
Referencia: ***(1)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral por Desarticulación esternocondral bilateral con respiración paradojal sin solución terapéutica, se encuentra incluida la Incapacidad Laboral Respiratoria.*		

Tabla 3. Evaluación De Incapacidad Laboral De Lesiones De Pulmones, Pleura Y Mediastino		
Secuelas		**Incapacidad**
Avenamiento pleural por Derrame pleural y/o Neumotórax y/o Hemotórax y/o Quilotórax y/o Drenaje de empiema **(1)**		1 %
Toracoplastia y/o Toracotomía **(1)**	Con cicatriz eutrófica > 10 cm	2 %
	Con cicatriz hipertrófica y/o queloide y/o retráctil y/o dehiscente > 10 cm	4 %
Decorticación **(1)**		2 %
Segmentectomía **(1)**		3 %
Lobectomía **(1)**	Derecha	10 %
	Izquierda	15 %
Neumonectomía **(1)**		30 %
Referencia: ***(1)*** *Deberá evaluarse la función respiratoria.*		

Sistema Cardiovascular

Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas del sistema cardiovascular derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral por Compromiso Cardiovascular

- Las secuelas cardiovasculares deberán valorarse transcurrido un periodo de estabilización clínica de al menos 6 (seis) meses, ya sea desde la fecha de ocurrencia del siniestro o desde la primera manifestación invalidante para las enfermedades profesionales.

- En aquellos casos en que se hubieran realizado procedimientos terapéuticos tales como cirugía de revascularización o angioplastia, deberá valorarse la incapacidad transcurridos 6 (seis) meses desde la fecha de realización del procedimiento.

- Deberá evaluarse la esfera psíquica en el estadio IV de la Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral por Compromiso Cardiovascular y en quienes hayan requerido procedimientos de revascularización.

- En la incapacidad laboral de la Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral por Compromiso Cardiovascular se encuentra incluida la Hipertensión Pulmonar secundaria y la repercusión funcional en cavidades cardiacas derechas.

Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral por Compromiso Cardiovascular		
Estadio	**Hallazgos**	**Incapacidad**
I	Ecocardiograma con FEVI ≥ 52 % + Antecedentes de Cardiopatía Coronaria relacionada con la contingencia a evaluar.	10 %
II	Ecocardiograma con FEVI en reposo > 40 % y ≤ 51 %	30 %
III	Ecocardiograma con FEVI en reposo > 30 % y ≤ 40 %	50 %
IV	Ecocardiograma con FEVI en reposo ≤ 30%	70 %
Referencia: *FEVI: Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo*		

Vasculopatías Periféricas

Secuela	**Hallazgos**	**Incapacidad**
Síndrome angioneurótico **(1)**	Compromiso de una mano	5 %
	Compromiso bilateral	10 %
Trastornos de la circulación permanente de los dedos de manos y pies	Sin acroosteólisis	10 %
	Con acroosteólisis	20 %
Compromiso vascular unilateral permanente, con fenómeno de Raynaud o manifestaciones isquémicas de los dedos		20 %
Referencia: ***(1)** Secuela a ponderar como consecuencia de la Enfermedad Profesional Listada.*		

Lesiones de Pericardio

Secuela		Incapacidad
Taponamiento cardiaco operado	Sin compromiso cardiovascular	5 %
	Con compromiso cardiovascular	Según Tabla 1.
Pericarditis	Sin compromiso cardiovascular	2 %
	Con compromiso cardiovascular	Según Tabla 1.

Lesiones de Corazón (Miocardio y/o Endocardio)

Secuela		Incapacidad
Herida directa que requiera cirugía	Sin compromiso cardiovascular	5 %
	Con compromiso cardiovascular	Según Tabla 1.

Arritmias Cardiacas

Secuela	Incapacidad
Arritmia cardiaca que requiera tratamiento electrofisiológico y/o tratamiento farmacológico permanente **(1)**	10 %
Arritmia cardiaca que requiera colocación de un marcapasos **(1)**	20 %
Arritmia cardiaca que requiera colocación de un cardiodesfibrilador implantable (CDI) **(1)**	70 %
Referencia: ***(1)*** *En caso de presentar deterioro de la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo en reposo, esta se ponderará según la Tabla De Evaluación De Incapacidad Laboral por Compromiso Cardiovascular, la cual deberá adicionarse siguiendo el criterio de la capacidad restante.*	

Lesiones Arteriales que Requieran Cirugía

Secuela	Sin Secuelas	Con Secuelas
	Incapacidad	Incapacidad
Lesión de Arteria Pulmonar	15 %	30 %
Lesión de Arteria Subclavia	15 %	30 %
Lesión de Arteria Carótida Común	15 %	30 %
Lesión de Arteria Aorta Torácica	30 %	60 %
Lesión de Arteria Aorta Abdominal	20 %	40 %
Lesión de Arteria Periférica	5 %	10 %
Corresponde la ponderación de Lesión Arterial "Con Secuelas" cuando presentara alguna de las secuelas descriptas a continuación: *Aneurisma. Estenosis.*		

Lesiones Venosas que requieran Cirugía

Secuela	Incapacidad
Lesión de Vena Pulmonar	30 %
Lesión de Vena Subclavia	30 %
Lesión de Vena Cava Superior	40 %
Lesión de Vena Cava Inferior	30 %

Lesión del Conducto Torácico

Secuela	Incapacidad
Lesión del Conducto torácico: Quilotórax	30 %

Trasplante Cardíaco

Secuela	Incapacidad
Trasplante cardiaco o en lista de espera de trasplante cardiaco **(1)**	80 %
Referencia: ***(1)*** *Deberá evaluarse la esfera psíquica*	

Enfermedad Venosa

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Enfermedad Venosa

- La presencia del hallazgo clínico, relacionado con la Enfermedad Venosa, define el Estadio.
- En el caso de presentar distinta estadificación en cada miembro, a los fines de ponderar la incapacidad laboral, se tendrá en cuenta el Estadio que genere mayor incapacidad.
- En el porcentaje de incapacidad laboral de Enfermedad Venosa se encuentra incluida la pérdida por repercusión funcional.
- En caso que el/la trabajador/a haya sido sometido/a un procedimiento quirúrgico se adicionará por capacidad restante el Estadio de Enfermedad Venosa, en el caso que persista con hallazgos clínicos.

Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral De Enfermedad Venosa			
Estadio	**Hallazgos clínico relacionados con Enfermedad Venosa**		**Incapacidad**
I	Venas varicosas		10 %
II	Edema		12 %
III	**A**	Pigmentación y/o Eccema	15 %
	B	Lipodermatosclerosis y/o Atrofia blanca	20 %
IV	Cambios cutáneos (estadio III) con úlcera venosa cicatrizada		35 %
V	Cambios cutáneos (estadio III) con úlcera venosa activa		50 %

Tabla 2. Consideraciones especiales	
Secuela	**Incapacidad**
Microcirugía venosa	2 %
Safenectomía interna y/o externa	5 %
Síndrome post-trombótico: se establecerá el porcentaje de incapacidad laboral que surja de la estadificación por Enfermedad Venosa del miembro afectado	

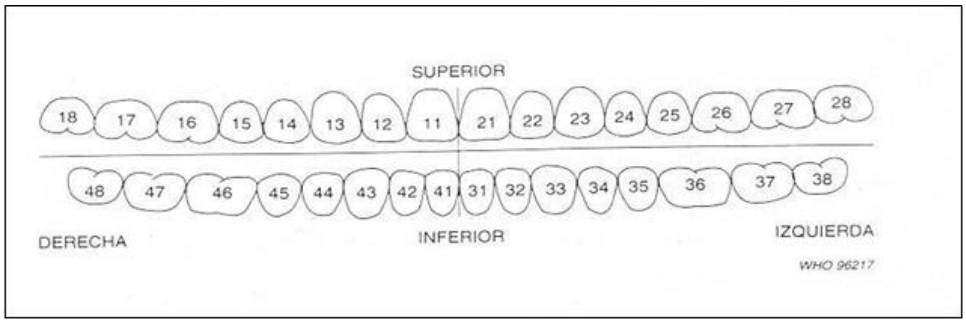
Sistema Digestivo

Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas del sistema digestivo derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

Lesiones de Cavidad Bucal

Dentro de los elementos de la cavidad oral, el principal es el diente contenido en el interior del alvéolo dentario.
Según el sistema de numeración FDI, desarrollado por la Federación Dental Internacional, en el odontograma dental la boca está dividida en cuatro partes: hemiarcada superior (derecha e izquierda) y hemiarcada inferior (derecha e izquierda). Cada hemiarcada está compuesta por 8 dientes, distribuidos y numerados de la siguiente manera:

- **Incisivos**: superior derecho (11,12) e izquierdo (21, 22); inferior izquierdo (31, 32) y derecho (41, 42).
- **Caninos**: superior derecho (13) e izquierdo (23); inferior izquierdo (33) y derecho (43).
- **Premolares**: superior derecho (14,15) e izquierdo (24, 25); inferior izquierdo (34, 35) y derecho (44, 45).
- **Molares**: superior derecho (16,17) e izquierdo (26, 27); inferior izquierdo (36, 37) y derecho (46, 47).
- **Muelas del juicio o terceros molares**: superior derecho (18) e izquierdo (28); inferior izquierdo (38) y derecho (48).



Los dientes ejercen funciones diversas, de acuerdo con su posición y características anatómicas. Pueden ser divididos en cuatro grupos distintos, asignando sus respectivas funciones:

1. Grupo de los incisivos (cortan los alimentos);
2. Grupo de los caninos (perforan y rasgan los alimentos);
3. Grupo de los premolares (inician el proceso de trituración);
4. Grupo de los molares (trituran y amasan los alimentos y se adaptan a las funciones de los grupos anteriormente citados).

De esa manera, el proceso masticatorio puede ser dividido en tres etapas:

- **Incisión**, realizada por el grupo de los incisivos y caninos;
- **Trituración**, realizada por los premolares, que en acción coordinada con la mandíbula (movimientos de abertura y cierre), lengua y carrillos, mantienen el alimento sobre la superficie oclusal reduciéndolo;
- **Pulverización**, realizada por los molares.

Tabla de Evaluación de Incapacidad Laboral por Secuelas de la Cavidad Oral

Secuela			Incapacidad
Labio	Retracción de labio	Superior	3 %
		Inferior	3 %
	Desviación de comisura labial		5 %
Pérdida de Pieza Dentaria (1)	Incisivo Central		2 %
	Incisivo Lateral		2 %
	Canino		2 %
	Primer Premolar		1 %
	Segundo Premolar		1 %
	Primer Molar		1 %
	Segundo Molar		1 %
	Tercer Molar		0.50 %
Lengua	Cicatriz lingual sin alteración de las funciones de la lengua		2 %
	Pérdida parcial de la lengua	sin disfagia ni disglosia	10 %
		con disfagia o disglosia	15 %
		con disfagia y disglosia	20 %
	Pérdida de la lengua con reconstrucción total		15 %
	Pérdida total de la lengua **(2)**		50 %
Mucosa bucal	Estomatitis mercurial (no incluye pérdida de piezas dentarias)		5 %
Glándula Salival	Fistula salival		20 %
Función Masticatoria	Abolición completa de la función masticatoria **(3)**		42 %

Referencias:
(1) *En lo que concierne a pérdida/s de pieza/s dentaria/s secundaria/s a una contingencia laboral, sólo se otorgará la incapacidad señalada en el caso que dicha/s pérdida/s no sean reemplazada/s por prótesis fija/s, es decir con puente/s o implante/s de titanio/s.*
Cuando se constate la pérdida, producto de un accidente laboral o enfermedad profesional, de más de una pieza dentaria que no haya sido reemplazada, para el cálculo de incapacidad laboral por perdida de piezas dentarias se realizará la suma aritmética del porcentaje de incapacidad laboral de cada pieza dentaria.
(2) *Deberá evaluarse la esfera psíquica.*
(3) *En el porcentaje de incapacidad laboral por Abolición completa de la función masticatoria se encuentra incluida la pérdida de pieza/s dentaria/s.*

Valoración del Estado Nutricional

Teniendo en cuenta que un déficit nutricional puede ser ajeno a las secuelas resultantes de una contingencia de naturaleza laboral, deberá prestarse especial reparo entre el nexo de causalidad existente entre ambas. Solo puede ser ponderable cuando su vínculo surja de la documentación obrante en el expediente y/o del razonamiento médico debidamente fundamentado.
El grado de desnutrición y el porcentaje de incapacidad surgirá del análisis de los siguientes parámetros: Índice de Masa Corporal, Albuminemia, Colesterolemia y Linfocitos, conforme surge de las tablas descriptas a continuación.

	Parámetros			
Desnutrición	**IMC (*)**	**Albuminemia (gr/dl)**	**Colesterolemia (mg/dl)**	**Linfocitos/ml (sangre)**
Leve	≥ 17 y < 18.5	≥ 3 y < 3.5	≥ 140 y < 180	≥ 1200 y < 1600
Moderada	≥ 16 y < 17	≥ 2.5 y < 3	≥ 100 y < 140	≥ 800 y < 1200
Severa	< 16	< 2.5	< 100	< 800
Referencia: **(*)** Fórmula para el cálculo del Índice de Masa Corporal: peso (kg) / [estatura (m)]^2				

Secuela	Incapacidad		
	Con 1 parámetro	**Con 2 parámetros**	**Con 3 o 4 parámetros**
Desnutrición Leve	3 %	6 %	9 %
Desnutrición Moderada	12 %	15 %	18 %
Desnutrición Severa	21 %	24 %	30 %

En el supuesto caso de tener distintos parámetros para el grado de desnutrición, a los fines de ponderar la incapacidad laboral, se tendrá en cuenta el grado de desnutrición más avanzado.
Ejemplos:

- ✓ *Si presenta 1 parámetro de grado leve y el resto normal, se deberá consignar como desnutrición de grado leve c/ 1 parámetro (3 %).*
- ✓ *Si presenta 1 parámetro de grado leve y 1 parámetro de grado moderado, se deberá consignar como desnutrición moderada c/ 1 parámetro alterado (12 %).*
- ✓ *Si presenta 2 parámetros de grado leve y 1 parámetro de grado severo, se deberá consignar como desnutrición severa c/ 1 parámetro (21 %).*
- ✓ *Si presenta 1 parámetro de grado leve, 1 parámetro de grado moderado y 1 parámetro de grado severo, se deberá consignar como desnutrición severa con un parámetro (21 %).*

Lesiones de Esófago

Secuela	Incapacidad
Lesión de esófago, resuelta con tratamiento médico o endoscópico, sin secuelas	2 %
Lesión de esófago reparada, con disfagia intermitente y/o con disquinesia **(1)**	5 %
Lesión de esófago reparada, con estenosis y requerimiento de dilataciones periódicas **(1)**	25 %
Esofagectomía con reconstrucción del tránsito (con reemplazo con estómago, yeyuno o colon) **(1)**	50 %
Esofagectomía por perforación en mediastino o necrosis o estenosis total, sin posibilidad de reconstrucción del tránsito, con esofagostoma, ostomía de alimentación y/o alimentación parenteral **(1)**	80 %
Referencia: ***(1)*** *Deberá evaluarse la esfera psíquica.*	

Lesiones de Estómago, Duodeno, Yeyuno-Íleon, Colon, Recto y Ano

Secuelas		Incapacidad
Estómago		
Alimentación enteral gastroentérica por sonda o gastrostomía o yeyunostomía **(1)**		30 %
Rafia gástrica simple		5 %
Hernia diafragmática	Operada	5 %
	No operada	10 %
Gastrectomía	Parcial	20 %
	Total con reconstrucción del tránsito **(1)**	40 %
Duodeno		
Rafia simple	sin estenosis ni fistulas	5 %
	con estenosis duodenal resuelta médicamente	10 %
	con estenosis duodenal o secuelas postquirúrgicas	15 %
Resección parcial con duodeno-duodeno anastomosis		20 %
Exclusión pilórica (Ligadura del píloro) con cierre simple y gastroenteroanastomosis		20 %
Diverticulización duodenal (vagotomía y antrectomía, gastroyeyunostomía, duodenorrafia, tubo en T de drenaje biliar y drenajes externos)		50 %
Yeyuno – Íleon		
Resección de yeyuno y/o íleon con reconstrucción del tránsito intestinal		20 %
Yeyunostomía o Ileostomía definitiva **(1)**		40 %
Síndrome de Intestino Corto, documentado en Historia Clínica y/o Protocolo quirúrgico		10 %
Fístulas permanentes		15 %
Colon		
Colectomía segmentaria, con reconstrucción del tránsito intestinal		20 %
Hemicolectomía, con reconstrucción del tránsito intestinal		30 %
Colostomía definitiva **(2)**		40 %
Pancolectomía **(1)**	Con reconstrucción del tránsito	50 %
	Con ostoma	60 %
Recto Y Ano		
Perforación de recto, extraperitoneal o intraperitoneal, con tránsito intestinal restituido al momento de la evaluación		5 %
Fístula anal	Subcutánea	5 %
	Extraesfinteriana	10 %
	Transesfinteriana	20 %
Lesión de esfínter anal	Sin incontinencia	5 %
	Con incontinencia	20 %
Referencias: ***(1)*** *Deberá evaluarse la esfera psíquica.* ***(2)*** *En la incapacidad laboral por Colostomía definitiva se encuentra incluida la resección colónica parcial.*		

Lesiones de Hígado

Evaluación de la Función Hepática

- La sumatoria de los puntos de acuerdo a la Clasificación de Child Pugh, definirá el Estadio de la Insuficiencia Hepática para la ponderación de la incapacidad laboral.

Clasificación de Child Pugh (Marcador de la función en Hepatopatía Crónica)			
Criterios	**1 punto**	**2 puntos**	**3 puntos**
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2 - 3	> 3
Albúmina (g/dl)	> 3.5	2.8 - 3.5	< 2.8
Tiempo de protrombina (seg.)	< 4	4 - 6	> 6
Ascitis	Ausente	Moderada	Tensa
Encefalopatía (*se puntuará según los grados de la Escala simplificada de West Haven*) ***(*)***	Ausente (0)	Moderada (I-II)	Grave (III-IV)

(*) Escala simplificada de West Haven	
Grado	**Manifestaciones neurológicas**
0	Sin alteraciones de la conciencia, función intelectual o comportamiento.
I	Euforia, ansiedad, alteración en cálculo (suma).
II	Letargo o apatía, desorientación mínima en tiempo y lugar, cambios sutiles de personalidad, alteración en cálculo (resta).
III	Somnolencia a semiestupor, pero con respuesta al habla, confusión y gran desorientación.
IV	Coma, sin respuesta al habla o al dolor.

Secuela		**Incapacidad**
Insuficiencia Hepática	Estadio I (5 - 6 Puntos)	15 %
	Estadio II (7 Puntos)	30 %
	Estadio III (8 - 9 Puntos)	50 %
	Estadio IV (10 - 15 Puntos)	70 %
Varices esofágicas secundarias a Hipertensión Portal		5 %
Segmentectomía o Subsegmentectomía hepática		15 %
Hemihepatectomía (derecha, izquierda o medial) o Lobectomía o Trisegmentectomía		30 %
Trasplante Hepático o en lista de espera de trasplante hepático **(1)**		70 %
Referencia: ***(1)*** *Deberá evaluarse la esfera psíquica.*		

Lesiones de Vías Biliares, Páncreas y Bazo

Secuela		Incapacidad
Vías Biliares		
Colecistectomía		5 %
Reparación de vía biliar extrahepática	Con colocación de Stent biliar	5 %
	Con derivación biliodigestiva	20 %
Fístula biliar, post - quirúrgica, no reparable		20 %
Secuela obstructiva post-quirúrgica		40 %
Páncreas		
Duodenopancreatectomía cefálica		30 %
Pancreatectomía corporocaudal o caudal		40 %
Pancreatectomía total		70 %
Bazo		
Sutura esplénica		2 %
Esplenectomía	Parcial	5 %
	Total	15 %

Lesiones de Pared Abdominal

Secuela		Incapacidad
Laparotomía exploradora, sin otros compromisos		2 %
Laparotomía con cicatriz hipertrófica y/o queloide y/o retráctil y/o dehiscente > 10 cm		4 %
Hernioplastia	Epigástrica	3 %
	Umbilical	3 %
	Inguinal unilateral	3 %
	Crural unilateral	3 %
Hernia	Epigástrica	4 %
	Umbilical	4 %
	Inguinal unilateral	4 %
	Crural unilateral	4 %
Eventroplastia		5 %
Eventración **(1)**	Pequeña (< 4 cm)	5 %
	Mediana (4 - 10 cm)	15 %
	Grande (> 10 cm)	20 %
Referencia: ***(1)*** *Para definir el tamaño de la eventración, se medirá el diámetro transverso del anillo eventrogeno.*		

Sistema Nefro-Urológico

Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas del sistema nefro-urológico derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

En todas las secuelas del presente capítulo deberá adicionarse, en caso de coexistir, la pérdida de la función renal y/o la infección urinaria recurrente y/o la incontinencia urinaria por la metodología de la capacidad restante, salvo en las secuelas que se aclara que esta merma se encuentra incluida.

Lesiones de Riñón

- La patología renal ocasionada por cualquier contingencia de naturaleza laboral debe ser evaluada en base a la presencia de una Enfermedad renal crónica, independientemente del tipo de daño orgánico (tubular, intersticial, glomerular, síndrome nefrótico, síndrome urémico).

- A los efectos de la definición de ***Enfermedad Renal Crónica***, se toma la establecida por la National Kidney Foundation (NKF) en conjunto con la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) en el año 2002, caracterizada por la presencia de ***daño y/o disminución de la función renal por 3 (tres) o más meses*****.**
  El daño renal, se refiere a anormalidades patológicas, que se pueden establecer por biopsia, estudios por imágenes o inferir por marcadores biológicos de laboratorio como lo son el incremento de la tasa de excreción de albumina y de creatinina urinaria.
  La disminución de la función renal se refiere a la disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), usando el valor de la creatinina sérica y una de las varias ecuaciones disponibles. En relación a la fórmula para calcular su resultado se recomienda el uso de la ecuación CKD-EPI debido a su mayor precisión, menor sesgo en sus resultados y practicidad de aplicación.

- La recolección de la muestra de orina deberá efectuarse en una única toma con la primera micción de la mañana del día en el que será entregada al laboratorio para su procesamiento.

Insuficiencia Renal Crónica

Para establecer el porcentaje de incapacidad laboral por Insuficiencia Renal Crónica se utilizará la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) que es ampliamente aceptada como el mejor índice de mensura de la función renal ya que muestra una reducción en paralelo con el daño estructural generalizado, y la relación albumina urinaria/creatinina urinaria (RAC) como marcador de daño estructural renal.
La incapacidad resultante será determinada por el entrecruzamiento de ambos valores en la tabla que se agrega a continuación.

Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral por Insuficiencia Renal Crónica			
TFG (ml/min)	**Albuminuria / Creatininuria**		
	< 3O mg/g < 3 mg/mmol	30 – 300 mg/g 3 – 30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
≥ 60	----	5 %	10 %
< 60 – 45	15 %	20 %	25 %
< 45 – 30	40 %	45 %	50 %
< 30 – 15	50 %	55 %	60 %
< 15 **(1)**	70 %	70 %	70 %
Referencia: ***(1)** Deberá evaluarse la esfera psíquica.*			

Secuela		**Incapacidad**
Evacuación de colección renal y/o para-renal, sin resección renal		1 %
Nefrectomía Unilateral	Parcial	10 %
	Total	20 %
Nefrectomía Bilateral con requerimiento de diálisis crónica actual **(3)**		70 %
Hidronefrosis	Unilateral	5 %
	Bilateral	10 %
Infección Urinaria Recurrente **(1)**		5 %
Hemodiálisis **(2) (3)**		70 %
Diálisis peritoneal **(2) (3)**		70 %
Trasplante renal		40 %
Hipertensión renovascular	Se evaluará según la Tabla de Incapacidad por Insuficiencia Renal Crónica	
Referencia: ***(1)** Se define como Infección Urinaria Recurrente cuando presenta dos episodios constatados con urocultivos positivos en los últimos seis meses o tres o más episodios en el último año, los cuales deberán estar debidamente documentados para ser tenidos en cuenta.* ***(2)** Deberá evaluarse la esfera psíquica.* ***(3)** En el porcentaje de incapacidad laboral por Nefrectomía Bilateral con requerimiento de diálisis crónica actual, Hemodiálisis y Diálisis peritoneal se encuentra incluida la Función Renal.*		

Lesiones de Uréter

Secuela		Incapacidad
Reemplazo ureteral postraumático	Unilateral	20 %
	Bilateral	40 %
Ureterostomía permanente **(1)**	Unilateral	40 %
	Bilateral	60 %
Nefrostomía permanente **(1)**	Unilateral	40 %
	Bilateral	60 %
Referencia: ***(1)*** *La condición de permanente estará dada por el alta urológica o la consolidación jurídica del daño.*		

Lesiones de Vejiga

Secuela		Incapacidad
Tumor benigno de la vejiga		3 %
Cistitis post-radioterapia		3 %
Cistotomía permanente **(1)**		60 %
Cistectomía	Parcial	20 %
	Total	70 %
Vejiga neurogénica **(2)**		30 %
Incontinencia de orina **(2)**		20 %
Fístula urinaria		50 %
Referencias: ***(1)*** *La condición de permanente estará dada por el alta urológica o la consolidación jurídica del daño.* ***(2)*** *Los diagnósticos de Vejiga neurogénica postraumática e Incontinencia de orina deberán estar debidamente documentados en la historia clínica y en los estudios complementarios efectuados, para ser tenidos en cuenta al momento de la ponderación.*		

Lesiones de Uretra

Secuela	Incapacidad
Estrechez uretral post traumática permeable **(1)**	10 %
Fistula de uretra	50 %
Referencia: ***(1)*** *El diagnóstico de Estrechez uretral post traumática permeable deberá estar debidamente documentados en la historia clínica y en los estudios complementarios efectuados, para ser tenida en cuenta al momento de la ponderación.*	

Aparato Genital Masculino

Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas del aparato genital masculino derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

Secuela		Incapacidad
Amputación del pene	Total **(1) (2)**	30 %
	Parcial	10 %
Lesión de cuerpo cavernoso		2 %
Orquiectomía	Unilateral	10 %
	Bilateral **(1) (3)**	30 %
Atrofia testicular	Unilateral	5 %
	Bilateral **(3)**	20 %
Disfunción eréctil **(4)**		20 %
Oligozoospermia, Astenozoospermia, Teratozoospermia		5 %
Azoospermia		10 %

Referencias:
(1) *Deberá evaluarse la esfera psíquica.*
(2) *En el porcentaje de incapacidad laboral por Amputación total del pene se encuentra incluida la Disfunción eréctil.*
(3) *En la incapacidad laboral por Orquiectomía bilateral y Atrofia testicular bilateral se encuentra incluida la Azoospermia.*
(4) *El diagnóstico de Disfunción eréctil deberá estar debidamente documentados en la historia clínica y en los estudios complementarios efectuados, para ser tenido en cuenta al momento de la ponderación.*

Aparato Genital Femenino

Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas del aparato genital femenino derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

Secuela				Incapacidad
Adherencia total de labios mayores y/o menores **(1)**				25 %
Estrechez de vagina o acortamiento **(1)**				25 %
Clitoridectomía **(1)**				20 %
Histerectomía total o parcial		En edad fértil **(1)**		30 %
		Post-menopáusica		10 %
Ooforectomía o Salpingectomía	En edad fértil	Unilateral traumática		10 %
		Bilateral traumática **(1)**		30 %
	Post-menopáusica	Unilateral traumática		5 %
		Bilateral traumática		10 %
Desgarro de periné, sin compromiso esfinteriano				5 %
Anexohisterectomía total o parcial		En edad fértil **(1)**		55 %
		Post-menopáusica		15 %
Fístula recto-vaginal **(1)**				50 %
Lesión de mama **(1)**	Con destrucción < 50 % o Con reconstrucción mamaria		Unilateral	5 %
			Bilateral	10 %
	Con destrucción ≥ 50 % sin reconstrucción mamaria		Unilateral	10 %
			Bilateral	20 %
Referencia: ***(1)*** *Deberá evaluarse la esfera psíquica.*				

Sistema Hematopoyético

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Anemias

- La evaluación de la incapacidad laboral de anemias se realizará de acuerdo a la Tabla 1.
- En caso de requerimiento transfusional mensual al momento de la evaluación, al porcentaje de incapacidad laboral que surja por aplicación de la Tabla 1, deberá adicionarse aritméticamente el porcentaje de incapacidad que surja de la Tabla 2.
- Si el valor de Hb (gr. %) no se encuentra dentro de los rangos generadores de incapacidad laboral (Tabla 1), la ponderación se hará exclusivamente en relación al requerimiento transfusional (Tabla 2).

Tabla 1 - Anemias	
Hb. (gr. %)	**Incapacidad**
< 12	5 %
< 11	10 %
< 10	15 %
< 9	25 %
< 8	35 %
< 7	45 %
< 6	55 %
< 5	70 %

Tabla 2 - Transfusiones	
Requerimiento de transfusiones al momento de la evaluación	**Incapacidad**
Hasta una mensual	15 %
Dos o más mensuales	30 %

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Policitemias

- Su definición incluye el aumento de la hemoglobina, el hematocrito y el recuento globular.
- La evaluación de la incapacidad laboral de policitemias se realizará de acuerdo a la Tabla 1, por ser la hemoglobina el parámetro más confiable.
- En caso de requerimiento de sangrías al momento de la evaluación, al porcentaje de incapacidad laboral que surja por aplicación de la Tabla 1, deberá adicionarse aritméticamente el porcentaje de incapacidad que surja de la Tabla 2.
- Si el valor de Hb (gr. %) no se encuentra dentro de los rangos generadores de incapacidad laboral (Tabla 1), la ponderación se hará exclusivamente en relación al requerimiento de sangrías (Tabla 2).
- En el porcentaje de incapacidad laboral de la Tabla 1 se encuentra incluida la signo-sintomatología relacionada (cefalea, piel de color rojo púrpura, vértigo, parestesias, prurito, somnolencia, astenia, insomnio, acúfenos, úlcera gastroduodenal).

Tabla 1 - Policitemias	
Hb. (gr. %)	**Incapacidad**
> 18	5 %
> 19	10 %
> 20	20 %
> 21	40 %
> 22	50 %

Tabla 2 – Sangrías	
Requerimiento de sangrías al momento de la evaluación	**Incapacidad**
Cada seis meses	5 %
Cada tres meses	10 %
Mensual	15 %
Cada 15 días o menos	30 %

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Neutropenias

Neutrófilos/mm3	Incapacidad
< 1500 y ≥ 1.000	10 %
< 1000 y ≥ 500	20 %
< 500	70 %

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Trombocitopenias

- En el porcentaje de incapacidad laboral se encuentra incluida la signo-sintomatología relacionada (petequias, síndrome purpúrico, hemorragias), la cual se refleja en los porcentajes de incapacidad de la tabla que se agrega a continuación.

Plaquetas/mm3	Incapacidad
< 150.000 y ≥ 100.000	5 %
< 100.000 y ≥ 50.000	10 %
< 50.000 y ≥ 20.000	40 %
< 20.000	70 %

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Trombocitosis

Plaquetas/mm3	Incapacidad
> 400.000 y ≤ 500.000	10 %
> 500.000 y ≤ 800.000	20 %
> 800.000	40 %

- En el caso de existir un síndrome post-trombótico vinculado a esta condición, se evaluará según la Tabla De Evaluación De Incapacidad Laboral De Enfermedad Venosa, debiendo adicionarse aritméticamente el porcentaje de incapacidad al correspondiente por el valor de trombocitosis.

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Insuficiencias Medulares globales

- Será de aplicación ante la disminución de todas las estirpes celulares con aparición de elementos inmaduros en la sangre periférica.
- En el caso que no hubiera disminución de todas las estirpes, se ponderará la que genere mayor incapacidad laboral.
- A los valores de la tabla de este apartado no deben adicionarse los de las tablas precedentes.

Supresión medular	Incapacidad
≤ 10 %	10 %
> 10 % hasta 25 %	20 %
> 25 % hasta 50 %	40 %
> 50 % hasta 70 %	60 %
> 70 %	80 %

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Leucemias Agudas

Grado	Características	Incapacidad
I	Primer episodio con buena respuesta al tratamiento **(1)**, con Leucocitos en sangre periférica < 20.000, y Sin fibrosis medular.	25 %
II	Antecedente de mielodisplasia previa, y/o Leucocitos en sangre periférica entre 20.000 y 100.000, y/o Fibrosis medular ≤ 30 %.	50 %
III	Antecedente de mielodisplasia previa, y Leucocitos en sangre periférica > 100.000, y/o Fibrosis medular > 30 %, y/o Afectación del SNC y/o Fallo Renal secundario. **(2)**	70 %
Referencia: ***(1)*** *La respuesta al tratamiento solo podrá ser valorada mediante un informe actualizado del equipo médico tratante por lo que siempre se deberán arbitrar los medios para contar con esta documentación.* ***(2)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral por Leucemia Grado III se encuentra incluido el compromiso del sistema nervioso central y el fallo renal secundario.*		

- Si la Leucemia Aguda a evaluar presenta compromiso/s en otros órganos, no contemplado/s en la tabla precedente, la evaluación de las eventuales secuelas se realizará según el capítulo correspondiente, aplicando el criterio de capacidad restante.

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Leucemia Mieloide Crónica

Grado	Características	Incapacidad
I	Buena respuesta al tratamiento **(1)**, con Blastos en sangre periférica < 5 % de blastos, y/o Esplenomegalia que no llega a la línea umbilical.	30 %
II	Respuesta lenta o parcial al tratamiento **(1)**, y/o Blastos en sangre periférica entre 5 % y 30 %, y/o Blastos en médula ósea entre 10 % y 35 %, y/o Esplenomegalia que llega a la línea umbilical.	50 %
III	Falta de respuesta al tratamiento **(1)**, y/o Blastos en sangre periférica > 30 %, y/o Blastos en médula ósea > 35 %, y/o Esplenomegalia que sobrepasa la línea umbilical.	80 %
Referencia: ***(1)*** *La respuesta al tratamiento solo podrá ser valorada mediante un informe actualizado del equipo médico tratante por lo que siempre se deberán arbitrar los medios para contar con esta documentación.*		

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Leucemia Linfática Crónica

Grado	Características	Incapacidad
I	Linfocitos periféricos < 15.000 por mm3, y/o Adenomegalias en hasta tres grupos ganglionares sin trombocitopenia, hepatomegalia ni esplenomegalia.	20 %
II	Linfocitos periféricos entre 15.000 y 30.000 por mm3, y/o Adenomegalias en más de tres grupos ganglionares, puede haber hepatomegalia o esplenomegalia.	40 %
III	Linfocitos periféricos > 30.000 por mm3 y adenomegalias en más de tres grupos ganglionares.	60 %

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Mieloma Múltiple

Grado	Características	Incapacidad
I	Remisión completa **(1)**, y/o Plasmocitos anormales en médula ósea < 20 %, y/o Anemia leve (hemoglobina ≥ 10 gr/dl). No debe haber destrucción ósea, fracturas patológicas ni descalcificación difusa.	25 %
II	Remisión parcial **(1)**, y/o Plasmocitos anormales en médula ósea entre 20 % y 40 %, y/o Anemia moderada (hemoglobina < 10 y ≥ 8 gr/dl), y/o Destrucción ósea unilocular. A partir de este estadio puede haber descalcificación difusa.	50 %
III	Remisión mínima o fracaso terapéutico **(1)**, y/o Plasmocitos anormales en médula ósea > 40 %, y/o Anemia severa (hemoglobina < 8 gr/dl), y/o Destrucción ósea múltiple.	70 %
Referencia: ***(1)*** *La respuesta al tratamiento solo podrá ser valorada mediante un informe actualizado del equipo médico tratante por lo que siempre se deberán arbitrar los medios para contar con esta documentación.*		

- Si el Mieloma Múltiple a evaluar presenta fractura/s patológica/s o insuficiencia renal, la evaluación de las eventuales secuelas se realizará según el capítulo correspondiente.

Criterios de Evaluación de Incapacidad Laboral de Linfoma No Hodgkin

Tipo	Celularidad del Linfoma	Remisión	Incapacidad
I	Linfocitario a linfocitos pequeños, y/o Folicular a pequeñas células clivee o hendidas, y/o Folicular a pequeñas células clivee y grandes células.	Completa Parcial Sin remisión	10 % 20 % 35 %
II	Folicular a grandes células y/o Difuso a pequeñas células clivee o hendidas, y/o Difuso a pequeñas y grandes células.	Completa Parcial Sin remisión	20 % 40 % 60 %
III	Inmunoblástico a grandes células, y/o Células pequeñas no clivee, y/o Linfoblástico, y/o Tipo Burkitt, y/o Tipo no Burkitt	Completa Parcial Sin remisión	40 % 60 % 80 %

Consideraciones Especiales

Secuela	Incapacidad
Anticoagulación actual	2 %
Colocación de filtro en vena	2 %

Sistema Nervioso

Reglas Generales del Capítulo del Sistema Nervioso

- Para ser tenida en cuenta al momento de la valoración del daño, la secuela neurológica a ponderar deberá estar debidamente documentada en la historia clínica y en los estudios complementarios efectuados, como así también tener un nexo de causalidad con la contingencia a evaluar.

- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en un mismo miembro (superior o inferior) y misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.

- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro superior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Amputación interescapulotorácica: 66%).

- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Desarticulación Coxofemoral: 70%).

Lesión de Pares Craneales

Tabla 1. Evaluación De Incapacidad Laboral Por Lesión De Pares Craneales			
Pares Craneales			**Incapacidad**
I par (Olfatorio)			5 %
II par (Óptico)		Se evaluará según la Agudeza Visual y el Campo Visual	
III par (M.O.C.)		Se evaluará según el tipo de Diplopía y presencia de Ptosis palpebral	
IV par (Patético)		Se evaluará según el tipo de Diplopía	
VI par (M.O.E.)		Se evaluará según el tipo de Diplopía	
V par (Trigémino)	N. oftálmico		5 %
	N. maxilar superior		5 %
	N. maxilar inferior		5 %
	Neuralgia del Trigémino	Sin requerimiento de cirugía	5 %
		Con requerimiento de cirugía	10 %
VII par (Facial)	N. Facial Central		5 %
	N. Facial Periférico	Con cierre palpebral completo	5 %
		Con Lagoftalmos **(1)**	10 %
VIII par	N. Coclear	Se evaluará según la Pérdida Auditiva	
	N. Vestibular	Se evaluará según la tabla de Alteración del Equilibrio	
Lesión de IX par (N. Glosofaríngeo) y/o X par (N. Neumogástrico) y/o XII par (N. hipogloso mayor)		con disfagia	10 %
Lesión de IX par (N. Glosofaríngeo)		con ageusia	10 %
Lesión de X par(N. Neumogástrico)		con alteración evidente o intensa de la voz	10 %
Lesión de XI par (N. Espinal)		con compromiso motor	10 %
Lesión de XII par(N. hipogloso mayor)		con disartria	10 %
Referencia: ***(1)** La lesión del Nervio Facial Periférico con lagoftalmos (cierre palpebral incompleto) requerirá de la evaluación oftalmológica.* ***En caso de compromisos de múltiples pares craneanos, éstos se evaluarán individualmente y se ponderarán utilizando el método de Capacidad Restante.***			

Lesión Radicular

Tabla 2. Evaluación De Incapacidad Laboral Por Lesión Radicular		
Secuelas		**Incapacidad**
Dolor Radicular Crónico (sin compromiso sensitivo ni motor)		Se evaluará la esfera psíquica.
Compromiso Radicular	**Componente Sensitivo**	Deberá/n evaluarse el/los dermatoma/s afectado/s aplicando la Escala de Higuet Zachary (modificada) para "S", en base a los porcentajes de incapacidad laboral descriptos en la **Tabla 3**.
	Componente Motor	Deberá evaluarse cuando se encuentren comprometidas las raíces que pertenezcan a los plexos braquial, lumbar o sacro. Para ello se aplicará la Escala del British Medical Research Council (modificada) para "M" valorando el compromiso motor del nervio periférico afectado de acuerdo a las **Tablas 5 y 7**.
En caso de coexistir compromisos sensitivo y motor en el territorio de la misma raíz, ambos compromisos se sumarán en forma aritmética.		

Tabla 3. Evaluación De Incapacidad Laboral por Lesión Radicular Con Compromiso Del Componente Sensitivo					
Dermatoma	**Incapacidad Componente Sensitivo**	**Dermatoma**	**Incapacidad Componente Sensitivo**	**Dermatoma**	**Incapacidad Componente sensitivo**
C2	3 %	D1	2 %	L1	3 %
C3	3 %	D2	2 %	L2	3 %
C4	3 %	D3	2 %	L3	3 %
C5	5 %	D4	2 %	L4	3 %
C6	9 %	D5	2 %	L5	3 %
C7	9 %	D6	2 %	S1	3 %
C8	8 %	D7	2 %	S2	3 %
		D8	2 %	S3	5 %
		D9	2 %	S4	5 %
		D10	2 %	S5	5 %
		D11	2 %		
		D12	2 %		

Lesión de Plexo

Tabla 4. Evaluación De Incapacidad Laboral Por Lesión De Plexo		Incapacidad
Lesión de plexo Cervical	Compromiso Motor C3: Esternocleidomastoideo y/o Trapecio y/o Elevador de la escapula y/o Romboides	5 %
	Compromiso de N. Auricular Magno, N. Occipital menor, N. Transverso del cuello, N. Supraclaviculares	3 %
	Compromiso del Nervio Frénico: se evaluará según el compromiso de la función respiratoria	
Lesión completa de plexo Braquial		66 %
Lesión completa de plexo Lumbar		35 %
Lesión completa de plexo Sacro		60 %
Lesión parcial de plexo Braquial, Lumbar o Sacro	Deberá evaluarse el compromiso motor y/o sensitivo de los nervios periféricos afectados de acuerdo a las **Tablas 5 y 7**.	

Lesión de Nervios Periféricos

La manifestación clínica de la secuela por compromiso de un nervio periférico dependerá del nervio a considerar y podrá ser motora pura, sensitiva pura, o sensitivo-motora si el nervio lesionado fuera mixto.
La ponderación de secuelas por lesión de nervios periféricos que se encuentren en un mismo miembro (superior o inferior) y misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.
Los porcentajes de incapacidad laboral consignados en las Tablas 5, 6 y 7, se corresponden con las lesiones completas de cada nervio.
En relación a las lesiones parciales de los nervios motores o sensitivos puros, el porcentaje de incapacidad se calculará en forma porcentual a la función perdida. Para estos fines se utilizarán las escalas de:

- British Medical Research Council modificada para la función motora.
- Higuet Zachary modificada para la función sensitiva, en base a los umbrales de discriminación de dos puntos.

Escala del British Medical Research Council (modificada) para "M"		
M	**Clínica**	**Incapacidad motora**
M0	Parálisis total. Debe estar acompañado de signos de atrofia muscular y/o deformaciones y/o alteraciones de la piel.	100 %
M1 y M2	Severa dificultad motora (intento de inicio del movimiento / contracción muscular visible). Debe estar acompañado de signos de atrofia muscular y/o deformaciones incipientes.	80 %
M3	Moderada dificultad motora. Debe estar acompañado de signos de hipotrofia muscular.	50 %
M4	Leve dificultad motora al aplicar resistencia al movimiento. Sin signos clínicos objetivos.	20 %
M5	Ninguna dificultad motora.	0 %

Umbrales de discriminación de dos puntos (mm) para valoración sensitiva corporal	
Cabeza (excepto región inervada por el trigémino)	20 mm
Hombro / Brazo / Antebrazo / Tronco anterior / Muslo	40 mm
Tronco dorso / Pierna / Pie	45 mm
Mano (excepto dedos)	12 mm
Dedos de la mano	8 mm

Escala de Higuet Zachary (modificada) para "S"		
S	**Clínica**	**Incapacidad sensitiva**
S0	Anestesia. No percibe puntos	100 %
S1 y S2	Hipoestesia severa. No logra discriminar a dos puntas ante estimulo vigoroso. Un punto percibido	80 %
S3	Hipoestesia moderada. Discrimina parcialmente a dos puntas a una distancia mayor al umbral correspondientes según región anatómica con presencia de componente irritativo (ejemplo: parestesias)	50 %
S4	Hipoestesia leve. Discrimina parcialmente a dos puntas a una distancia mayor al umbral correspondientes según región anatómica	20 %
S5	Sensibilidad conservada	0 %

Tabla 5. Evaluación De Incapacidad Laboral Por Lesión De Nervio Periférico De Miembro Superior				
Nervio		**Componente Funcional**		**Incapacidad**
		Motor	**Sensitivo**	
Supraescapular		100 %	------	5 %
Torácico largo		100 %	------	5 %
Axilar o Circunflejo		98 %	2 %	20 %
Radial		90 %	10 %	30 %
Músculo cutáneo		90 %	10 %	20 %
Interóseo posterior (*rama del N. Radial*)		100 %	------	10 %
Antebraquial cutáneo medial		------	100 %	10 %
Mediano	proximal al 1/3 medio del antebrazo	70 %	30 %	40 %
	distal al 1/3 medio del antebrazo	40 %	60 %	25 %
Interóseo anterior (*rama del N. Mediano*)		100 %	------	15 %
Cubital	proximal al 1/3 medio del antebrazo	70 %	30 %	35 %
	distal al 1/3 medio del antebrazo	70 %	30 %	25 %

Tabla 6. Evaluación De Incapacidad Laboral Por Lesión De Nervio Colateral De Mano				
Nervio		**Componente Funcional**		**Incapacidad**
		Motor	**Sensitivo**	
Colateral	I R	------	100 %	2 %
	I C	------	100 %	3 %
	II R	------	100 %	3 %
	II C	------	100 %	1 %
	III R	------	100 %	1 %
	III C	------	100 %	1 %
	IV R	------	100 %	1 %
	IV C	------	100 %	1 %
	V R	------	100 %	1 %
	V C	------	100 %	3 %
*Los nervios colaterales de la mano se originan en ramas distales de los nervios mediano y cubital, siendo puramente sensitivos. Se los denomina con números romanos para los dedos (**I**: pulgar, **II**: índice, **III**: mayor, **IV**: anular y **V**: meñique) y con las letras "**R**" y "**C**" que corresponden al lado Radial y lado Cubital de cada dedo.* *En el caso de existir un compromiso de la sensibilidad se utilizará Escala de Higuet Zachary (modificada) para "S" (Modificada) a fin de calcular la incapacidad laboral resultante.*				

Tabla 7. Evaluación De Incapacidad Laboral Por Lesión De Nervio Periférico De Miembro Inferior				
Nervio		**Componente Funcional**		**Incapacidad**
		Motor	**Sensitivo**	
Femoral cutáneo lateral		------	100 %	5 %
Femoral o Crural		95 %	5 %	30 %
Ciático o Isquiático		50 %	50 %	50 %
Cutáneo posterior del muslo		------	100 %	5 %
Peroneo común o C.P.E.		70 %	30 %	25 %
Tibial anterior o Peroneo profundo (*rama N. C.P.E.*)	1/2 proximal de la pierna	95 %	5 %	15 %
	1/2 distal de la pierna	50 %	50 %	15 %
Peroneo superficial o Musculocutáneo (*rama N. C.P.E.*)		------	100 %	5 %
Tibial posterior o C.P.I. (rama N. Ciático)	1/2 proximal de la pierna	60 %	40 %	20 %
	1/2 distal de la pierna	30 %	70 %	20 %
Plantar Externo o Interno (*rama N. C.P.I.*)		30 %	70 %	10 %
Nervio Safeno (*rama N. Femoral*)		------	100 %	5 %
Nervio Sural (*rama N. C.P.E. y C.P.I.*)		------	100 %	5 %

Metodología De Ponderación De Secuelas Por Lesión De Nervios Periféricos

Una vez realizado el examen físico, y en función de éste que determina una alteración motora por "M", y sensitiva por "S", se procederá al cálculo de acuerdo al siguiente ejemplo:
Calcular la incapacidad de una lesión parcial del nervio mediano distal, donde del examen físico surge: compromiso en territorio del nervio mediano distal al 1/3 medio del antebrazo derecho: M4/S3

- Lesión completa del Nervio Mediano (distal al 1/3 medio del AB): 25 %
  - ✓ Componente motor 40 % = 25 % x 0.40 = 10 %
  - ✓ Componente sensitivo 60 % = 25 % x 0.60 = 15 %

- Cálculo de la incapacidad laboral:
  - ✓ Componente Motor: 10 % x 0,30 (M4) = 3 %.
  - ✓ Componente Sensitivo: 15 % x 0,40 (S3) = 6 %.

- Redacción de la Secuela:
  Lesión de nervio mediano distal al 1/3 medio del antebrazo derecho M4/S3 (9 %).

Polineuropatía Periférica

Tabla 8. Evaluación De Incapacidad Laboral Por Polineuropatía Periférica				
Estadio	**Características**	**Compromiso Sensitivo**		
		distal hasta muñecas y/o tobillos	hasta codos y/o rodillas	por sobre codos y/o rodillas
I	Alteraciones sensitivas puras	5 %	10 %	15 %
II	Alteración en la marcha, sin bastón	20 %	25 %	30 %
III	Camina con asistencia de un bastón	35 %	40 %	45 %
IV	Camina con asistencia de dos bastones	50 %	55 %	60 %
V	Requerimiento permanente de silla de ruedas para desplazarse sin ayuda	65 %		
VI	No deambula y requiere de terceros para su desplazamiento	70 %		

Lesión Medular

El nivel neurológico y el grado de lesión son factores importantes al momento de determinar la valoración de daño secuelar.

- ***Nivel Neurológico***: es la zona más caudal en la cual las funciones motoras y sensitivas se hallan preservadas. Su definición dependerá del examen físico y no de lo hallado en estudios por imágenes.

  - ✓ Nivel deficitario Motor: Se realizará evaluando la fuerza muscular según la Escala de Daniels, explorando grupos musculares representativos de un determinado segmento medular, de acuerdo a los miotomas (entre C5 y T1, y entre L2 y S1), tanto en miembros superiores como inferiores.
    El nivel motor estará dado por la zona más distal que tenga puntuación 5.

Escala muscular de Daniels	
0	Ausencia de contracción
1	Contracción sin movimientos
2	Movimiento que no vence la gravedad
3	Movimiento completo que vence la gravedad
4	Movimiento con resistencia parcial
5	Movimiento con resistencia máxima

  - ✓ Nivel deficitario Sensitivo: Se realizará comprobando la respuesta al tacto leve y a la sensación de pinchazo (sensibilidad al dolor) utilizando la siguiente descripta a continuación.
    El nivel sensitivo estará dado por la zona más distal que tenga puntuación 2/2 para ambos aspectos (tacto leve y pinchazo)

2	Sensibilidad normal
1	Sensibilidad alterada
0	Anestesia

Tabla 9. Evaluación De Incapacidad Laboral por Lesión Medular Completa **Funciones motoras y sensitivas ausentes por debajo del nivel de la lesión**		
Cuadro Clínico	**Nivel Neurológico**	**Incapacidad**
Cuadriplejía.	C1 A C4	100 %
Paraplejía con parálisis distal de miembros superiores.	C5 A C7	100 %
Paraplejía sin compromiso de miembros superiores.	D1 A D12 **(1)**	70 %
Parálisis fláccida de cuádriceps a distal.	L1 A L5 **(1)**	65 %
Parálisis arrefléxica de ambas piernas. Dolores radiculares. Anestesia en silla de montar.	Sacro y Cola de caballo **(1)**	40 %
Referencia: ***(1)*** *Deberá evaluarse la esfera psíquica.* ***En caso de coexistir otras alteraciones deberán evaluarse en los capítulos correspondientes, aplicando el criterio de capacidad restante.***		

Tabla 10. Evaluación De Incapacidad Laboral por Lesión Medular Incompleta			
Grado	**Cuadro Clínico**	**Nivel Neurológico**	**Incapacidad**
I (1)	Función motora abolida con Función sensorial conservada total o parcialmente por debajo del nivel neurológico.	C1 A C4	75 %
		C5 A C7	70 %
		D1 A D12	60 %
		L1 A L5	50 %
		Sacro y Cola de caballo	45 %
II (1)	Presencia de función motora por debajo del nivel neurológico. Más de la mitad de los músculos clave por debajo del nivel neurológico tienen un grado muscular ≤ 3.	C1 A C4	50 %
		C5 A C7	45 %
		D1 A D12	40 %
		L1 A L5	30 %
		Sacro y Cola de caballo	25 %
III (1)	Presencia de función motora por debajo del nivel neurológico. Al menos la mitad de los músculos clave por debajo del nivel neurológico tienen un grado muscular > 3. En caso de no presentar compromiso motor siempre deberá objetivarse déficit de la función sensitiva.	C1 A C4	25 %
		C5 A C7	22 %
		D1 A D12	18 %
		L1 A L5	15 %
		Sacro y Cola de caballo	12 %
IV	Función sensitiva y motora Normal	Con signos objetivos de compromiso de vías piramidales	5 %
Referencias: ***(1)** Deberá evaluarse la esfera psíquica.* ***En caso de coexistir otras alteraciones deberán evaluarse en los capítulos correspondientes, aplicando el criterio de capacidad restante.***			

Traumatismo Craneoencefálico (TEC)

- La incapacidad derivada de los traumatismos craneoencefálicos se ponderará en base a:
  - ✓ Lesiones Focales Del Sistema Nervioso Central.
  - ✓ Lesiones Estructurales del Sistema Nervioso Central.
  - ✓ Alteraciones Cognitivo-Conductuales permanentes.

- En el caso de coexistir Lesiones Focales Del Sistema Nervioso Central, Lesiones Estructurales del Sistema Nervioso Central y Alteraciones Cognitivo-Conductuales permanentes, derivadas de una misma contingencia, éstas se evaluarán individualmente y se ponderarán utilizando el método de capacidad restante.

- El TEC leve SIN alteración de la conciencia, sin lesiones evidenciables en los estudios por imágenes ni déficits neurológicos focales, debidamente documentados en la historia clínica, no será generador de incapacidad laboral.

Lesiones Focales del Sistema Nervioso Central

Los cuadros secuelares derivados lesiones focales del Sistema Nervioso Central que se ponderarán, serán aquellos que presenten: manifestaciones clínicas de síndromes de tipo piramidal, extrapiramidal, cerebeloso, y/o cuadros epilépticos, cualquiera sea la etiología laboral documentada en su origen.

1. Síndrome Piramidal

Secuela		Fuerza muscular	Incapacidad
Monoparesia braquial o crural	Leve	Disminución de la fuerza detectada al aplicar una resistencia intensa	15 %
	Moderada	Disminución de la fuerza detectada al aplicar una resistencia moderada	25 %
	Severa	Disminución de la fuerza detectada al aplicar una resistencia mínima o imposibilidad de vencer la gravedad	35 %
Monoplejía braquial o crural		Ausente	60 %
Síndrome de enclaustramiento			100 %
Los porcentajes resultantes de compromisos combinados de la presente tabla, se sumarán en forma aritmética, no pudiendo el resultado final exceder el 100 % de la incapacidad laboral. *En caso de existir compromiso motor facial de tipo central, también deberá sumarse en forma aritmética.*			

2. Síndromes Extrapiramidales

✓ ***Síndrome Hipertónico Hipokinético:***
Deberá evaluarse utilizando la Escala de Webster modificada.

Escala de Webster (Modificada)				
Síntomas Clínicos	**Sin síntomas**	**Leve**	**Moderado**	**Severo**
Aquinesia	0	1	2	3
Rigidez	0	1	2	3
Temblor	0	1	2	3
Referencias: *Aquinesia: Dificultad para emplear herramientas de trabajo, abotonarse la ropa de trabajo y escribir.* *Rigidez: Postura en flexión de cabeza, tronco, miembros superiores y miembros inferiores. Alteraciones en la marcha.* *Temblor: Si bien es de reposo, en estadios avanzados puede comprometer el empleo de herramientas y otras tareas manuales*				

Secuela	Puntaje según Escala de Webster (Mod.)	Incapacidad
Leve	1 a 3 puntos	20 %
Moderada	4 a 6 puntos	40 %
Severa	7 a 9 puntos	70 %

- ✓ ***Síndrome Hipotónico Hiperkinético y Distónicos***

Secuela	Signos Clínicos	Incapacidad
Leve	Los movimientos afectan la cara y/o miembro superior no hábil y/o uno de los miembros inferiores	20 %
Moderada	Los movimientos afectan la cara y el miembro superior no hábil y uno de los miembros inferiores	40 %
Severa	Los movimientos afectan la cara y ambos miembros superiores o el miembro superior hábil, y uno o ambos miembros inferiores	70 %

3. Síndrome Cerebeloso

Parámetros Clínicos	Grado		
	Leve	Moderado	Severo
Marcha	Marcha casi normal pero con imposibilidad de caminar con marcha en tándem	Puede caminar sin asistencia pero con notable balanceo	No deambula sólo
Temblor	El temblor no interfiere en el trabajo	Capaz de trabajar, pero con errores. Empeoramiento de su rendimiento laboral por causa del temblor	Incapaz de realizar cualquier actividad
Disartria	Ligera alteración de la frecuencia, ritmo o claridad del lenguaje	Moderada alteración de la frecuencia, ritmo o claridad del lenguaje	Habla ausente o ininteligible
Ataxia o incoordinación de movimientos voluntarios	Ligera ataxia con movimiento oscilante del brazo y mano en prueba dedo-nariz	Moderada ataxia de tronco o de los miembros con movimiento segmentado y moderada dismetría en alcanzar la nariz	No puede realizar movimientos coordinados por lo que requiere asistencia permanente

Secuela	Incapacidad			
	Con 1 parámetro	Con 2 parámetros	Con 3 parámetros	Con 4 parámetros
Leve	2 %	4 %	6 %	8 %
Moderada	15 %	25 %	35 %	45 %
Severa	55 %	70 %	85 %	100 %

En el caso de coexistir secuelas leves con moderadas y/o severas se ponderará de acuerdo a la que genere mayor incapacidad.

Ejemplos:

- ✓ *Si presenta 1 parámetro de grado leve y 1 parámetro de grado moderado, se deberá consignar como Síndrome Cerebelo Moderado (15 %).*
- ✓ *Si presenta 2 parámetros de grado leve y 1 parámetro de grado severo, se deberá consignar como Síndrome Cerebelo Severo (55 %).*
- ✓ *Si presenta 1 parámetro de grado leve, 2 parámetros de grado moderado y 1 parámetro de grado severo, se deberá consignar como Síndrome Cerebelo Severo (55 %).*

4. Epilepsia

- Para la evaluación deberá tenerse en cuenta la documentación médica e historia clínica completa que describa el tipo de crisis, frecuencia e intensidad, tratamiento y si han requerido o no de internación.
- En el examen físico neurológico deberán constar las alteraciones atribuibles a la patología que originó la epilepsia.
- Respecto de los estudios complementarios, serán de utilidad los estudios por imágenes TAC y/o RMN de cerebro, como así también el EEG con activación compleja. En este caso recordar que un EEG normal no descarta una epilepsia, debiendo reunir las características clínicas acordes al cuadro en estudio.
- Se deberá consignar el tratamiento médico indicado, seguimiento, si se obtuvo control adecuado de los episodios y los posibles efectos secundarios ocasionados por el mismo.
- Serán de relevancia los antecedentes patológicos sistémicos, generales, vasculares, metabólicos, ingesta de sustancias y los antecedentes de episodios previos documentados en historia médica laboral, exámenes preocupacionales y/o periódicos.
- La evaluación de incapacidad laboral de la epilepsia de origen laboral sólo podrá realizarse cuando se haya agotado el periodo de estabilización, o en su caso, se haya conseguido la adaptación al tratamiento.
- No corresponderá ponderar incapacidad laboral antes del año de la primera manifestación, con excepción de aquellos casos en los que se hubiera configurado la consolidación jurídica del daño.

Grado		Epilepsia	Incapacidad
I	A	Antecedentes de crisis en la historia clínica, sin crisis en los últimos 12 meses y sin indicación de tratamiento actual	1 %
	B	Antecedentes de crisis en la historia clínica con buena respuesta al tratamiento actual	10 %
II		Antecedentes de crisis en la historia clínica con regular respuesta al tratamiento actual	20 %
III		Antecedentes de crisis en la historia clínica con regular respuesta al tratamiento actual y alteraciones en el sistema nervioso central evidenciables por imágenes	30 %
IV		Antecedentes de crisis en la historia clínica con inadecuada respuesta al tratamiento actual y alteraciones en el sistema nervioso central evidenciables por imágenes	40 %
V		Antecedentes de crisis en la historia clínica con mala respuesta al tratamiento actual y alteraciones en el sistema nervioso central evidenciables por imágenes que impide la realización de cualquier tarea laboral.	70 %

Referencias en relación a la Respuesta al Tratamiento:
Buena respuesta al tratamiento: No se objetiva crisis durante al menos un año, bajo tratamiento farmacológico.
Regular respuesta al tratamiento: Crisis de difícil control (hasta tres crisis en el último año). Tratamiento: requiere ajuste farmacológico y/o tratamiento quirúrgico.
Inadecuada respuesta al tratamiento: Crisis de difícil control (más de tres en el último año). Esta resistencia al tratamiento no se supera con tratamiento quirúrgico o con cambio de fármacos.
Mala respuesta al tratamiento: Crisis epilépticas frecuentes que requieren la asistencia de terceros. Cumple parámetros de Epilepsia Refractaria.

Lesiones Estructurales del Sistema Nervioso Central

Secuelas Estructurales		Incapacidad
Hematoma/s Subdural/es, no operado/s		3 %
Hematoma/s Epidural/es, no operado/s		5 %
Hematoma/s Subaracnoideo/s localizado/s, no operado/s		5 %
Hematoma/s Subaracnoideo/s difuso/s y/o Hematoma/s Intraparenquimatoso/s y/o Hematoma/s Intraventricular/es, no operado/s		10 %
Craneoplastía/s y/o Craniectomía descompresiva (no incluye la craneotomía) **(1)**		10 %
Hidrocefalia postraumática	Sin requerimiento de derivación	10 %
	Con requerimiento de derivación	20 %
Referencias: ***(1)*** *En el porcentaje de incapacidad laboral por Craneoplastía/s y/o Craniectomía descompresiva se encuentra incluida la cicatriz quirúrgica.* ***En caso de presentar múltiples secuelas de lesiones estructurales se ponderará únicamente la que otorgue mayor porcentaje de incapacidad laboral.***		

Alteraciones Cognitivo-Conductuales

La ponderación de las alteraciones cognitivo-conductuales, producto de lesiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), deberá estar fundamentada la magnitud de la noxa (trauma, intoxicación etc.), la historia clínica, los estudios complementarios realizados, y en las valoraciones neurocognitivas, psicodiagnósticas y/o interconsultas con psiquiatría.

Criterios de utilización de la tabla de incapacidad por compromiso cognitivo-conductual

1. En todos los casos que se evalúe la presencia de una posible alteración cognitiva-conductual, deberá estar documentada la existencia de un evento con capacidad de generar lesión del S.N.C. (TEC, Intoxicación, etc.).
2. No se reconocerán las alteraciones moderadas / graves que no guarden relación con la noxa, la evolución clínica documentada y las imágenes aportadas. En estos casos se asignará al ítem en cuestión el valor correspondiente a la normalidad.
3. En los casos en que los resultados de las diferentes evaluaciones neurocognitivas resulten inconsistentes entre sí, no se ponderara secuelas por este apartado.

Funciones superiores a explorar en cada examen

Orientación: en categorías de espacio, tiempo y persona.

- Afectación leve (+): Globalmente conservada. Quejas subjetivas de fallas esporádicas que no comprometen la vida laboral o social del sujeto. El evaluado puede mencionar la necesidad de realizar un esfuerzo cognitivo para ubicarse en zonas no conocidas o poco frecuentadas.
- Afectación moderada (++): Fallas esporádicas fuera del hogar, objetivables durante la entrevista.
- Afectación grave (+++): Fallas frecuentes en las categorías de tiempo y espacio. En su forma más grave puede estar afectada la orientación autopsíquica. Requiere asistencia de terceros.

Atención / Funciones ejecutivas: evalúa la atención, la inhibición de respuestas automatizadas, funciones ejecutivas, toma de decisiones, planificación, praxias.

- Afectación leve (+): Quejas subjetivas sobre atención/ concentración que pueden no aparecer si no se indaga precisamente sobre este punto. Posible tendencia a la distracción descartando etiologías psicógenas. La entrevista se desarrolla sin inconvenientes. Las dificultades referidas no representan un impacto de relevancia sobre la vida social y laboral del sujeto. Ligeras fallas en planificación de actividades u objetivos.
- Afectación moderada (++): Conserva globalmente la atención voluntaria mientras que la espontánea estaría afectada. Las fallas son objetivables durante la entrevista o evidentes para el entorno social del sujeto.
- Afectación grave (+++): Hipoprosexia objetivable durante la entrevista. Afectación tanto de las formas voluntarias como espontáneas de atención. Fatiga. Dificultades en el manejo del dinero, disminución en el rendimiento laboral, lentificación.

Memoria: incluye el análisis de los procesos de memoria (codificación, almacenamiento y recuperación) así como también la evaluación de los subsistemas de memoria (sistema de representación perceptual, memoria episódica, memoria semántica, memoria procedural y memoria de trabajo).

- Afectación leve (+): Quejas subjetivas sobre olvidos cotidianos que pueden no aparecer si no se indaga precisamente sobre este punto. No se objetivan mayores dificultades durante la entrevista. Durante las tareas de memoria el desempeño mejora con tareas de reconocimiento. Amnesia del hecho en casos de TEC.
- Afectación moderada (++): Quejas sobre olvidos recientes o distractiblilidad. Conserva la atención voluntaria mientras que la espontánea estaría afectada. Amnesia del hecho. Las fallas son objetivables durante la entrevista o evidentes para el entorno social del sujeto. Posible impacto en el desempeño laboral y social.
- Afectación grave (+++): Lagunas mnésicas. Quejas sobre olvidos, evidentes para terceros. Dificultad para el ordenamiento biográfico.

Lenguaje: incluye las funciones de comprensión y producción del lenguaje hablado y escrito.

- Afectación leve (+): Globalmente conservado, no se objetivan fallas de relevancia durante la entrevista. Anomias o dificultades de comprensión de palabras aisladas sea de forma escrita u oral. Facies acorde al relato.
- Afectación moderada (++): Quejas subjetivas sobre anomias o dificultades de comprensión de algunas palabras. Pueden aparecer durante la entrevista. Ecolalia de apoyo.
- Afectación grave (+++): Empobrecido. Ecolalia de apoyo. Perseveración en el discurso. Disgrafía. Desfasaje con la mímica. Anomias y dificultades de comprensión más evidentes durante las pruebas y la entrevista. Alteración de la estructura gramatical.

  En el caso de que el/la trabajador/a tuviera un cuadro de afasia con pérdida completa de la expresión del lenguaje y/o su comprensión, el compromiso cognitivo conductual se valorará por la siguiente tabla:

Secuela	Incapacidad
Afasia de Expresión	70 %
Afasia de Comprensión o Mixta	100 %

Habilidades visuoespaciales / visoconstructivas: funciones visuales superiores, visoconstrucción, coordinación visomotora, Gestalt. Gnosias visuales, reconocimiento de objetos.

- Afectación leve (+): Globalmente conservadas. Posibles signos incipientes de organicidad en el Bender. Errores aislados de planificación, tendencia al choque, trazo inestable.

- Afectación moderada (++): Signos leves a moderados de organicidad. Bender: Fragmentaciones, fallas en el trazo, primitivizaciones, separaciones, rotaciones perceptivas. El evaluado puede no percatarse de estas fallas al confrontarlo con la figura original.
- Afectación grave (+++): Signos evidentes de organicidad. Fatiga. Bender: Fragmentaciones, fallas en el trazo, primitivizaciones, separaciones, rotaciones perceptivas. El evaluado no se percata de estas fallas al confrontarlo con la figura original.

Inteligencia: incluye el análisis del nivel intelectual adquirido del sujeto, nivel de abstracción y simbolización, velocidad de procesamiento de información.

- Afectación leve (+): Inteligencia globalmente conservada. Sin cambios significativos con respecto al nivel intelectual-cultural previo. Posible aumento en la velocidad de procesamiento de información.
- Afectación moderada (++): Quejas sobre errores en el ejercicio de tareas específicas que desarrollaba el sujeto sin inconvenientes. Aumento en la velocidad de procesamiento de información. Perseveración.
- Afectación grave (+++): Empobrecimiento. Notable deterioro en comparación con el nivel previo alcanzado por el sujeto.

Pensamiento: estado del curso y ritmo asociativo del pensamiento. Contenido ideativo.

- Afectación leve (+): Curso y ritmo asociativo normal. Tiempo de latencia posiblemente aumentado. Contenido ideativo normal o centrada en la problemática del sujeto.
- Afectación moderada (++): Tendencia a la perseveración. Ritmo asociativo lentificado. Ideación normal o centrada en la problemática. El contenido puede encontrarse empobrecido en relación al nivel previo.
- Afectación grave (+++): Perseveración. Bradipsiquia. Pobre capital ideativo. Pueden aparecer ideas incoherentes o delirantes. Fabulación de relleno.

Sensopercepción: estado de los procesos intervinientes en la recepción de información sensorial y su interpretación.

- Afectación leve (+): No se objetivan ni refieren alteraciones en la sensopercepción de relevancia. No se consigna porcentaje de incapacidad.
- Afectación moderada (++): Alucinaciones o ilusiones orgánicas con conciencia. Sin repercusión relevante en la vida del sujeto.
- Afectación grave (+++): Alucinaciones visuales con interpretación delirante o condicionamiento de la conducta.

El segundo grupo de funciones engloba un conjunto de elementos cuya alteración genera un mayor porcentaje de incapacidad debido a su jerarquía y complejidad para el desenvolvimiento de la persona en el mundo.

Juicio/Razonamiento: se evalúa el estado del criterio de realidad, la presencia de psicosis orgánica y la lógica del razonamiento. Hace referencia al criterio de realidad consensuado que le permite al sujeto desenvolverse en el mundo y relacionarse con otros. El juicio puede estar debilitado en casos de un deterioro severo multidominio de las funciones cognitivas, o puede estar desviado en caso de aparición de síntomas psicóticos (alucinaciones, ideación delirante, psicosis orgánica, etc). Las formas de alteración del razonamiento, a su vez, incluyen pérdida de jerarquía o razonamiento de tipo analógico.

- Afectación incipiente: Juicio “ligeramente debilitado”. Razonamiento con leve pérdida de jerarquía. Dificultad para realizar cálculos mentales. En ambientes protegidos, el sujeto podría desenvolverse sin inconvenientes.
- Afectación total: Juicio debilitado/ desviado. Razonamiento con pérdida de jerarquía. Dependencia y supervisión de terceros. No maneja dinero.

Personalidad: conjunto de rasgos más o menos estables que hacen a la forma de ser del sujeto en su vida. Se evalúan cambios importantes con respecto a la personalidad pre mórbida del sujeto que engloban la conducta general, así como también alteraciones a nivel afectivo y volitivo. Estos cambios se ven reflejados en la necesidad de tratamientos psiquiátricos/medicación/internaciones/historia clínica. Se evalúa posible agresividad e impulsividad. Riesgo para sí mismo o terceros. Puerilidad. Desinhibición. Desorganización. Síndromes depresivos/ansiosos/psicóticos relacionados a una alteración tisular. Diagnósticos psiquiátricos que incluyan trastornos de la personalidad debido a una lesión orgánica.

- Afectación incipiente: Acentuación de rasgos desadaptativos compatibles con la personalidad pre mórbida. Sin riesgo para sí mismo o terceros. Pueden aparecer síndromes depresivos/ ansiosos. Irritabilidad. Puerilidad. Cambios egodistónicos.
- Afectación total: Afectación completa de la personalidad con respecto a su forma pre mórbida. Necesidad de supervisión. Dependencia de terceros. Desinhibición. Síntomas psicóticos. Agresividad. Impulsividad. Riesgo para sí o para terceros. Desorganización. Sin conciencia de enfermedad

Aplicación de la tabla de porcentajes de incapacidad según afectación de funciones

Considerando un valor máximo de 100 % de incapacidad, se tendrá en consideración una sumatoria aritmética de las funciones afectadas, siempre y cuando el valor no supere el 100 %. Se priorizará para el cálculo la afectación de las funciones de mayor jerarquía (juicio/razonamiento y personalidad), completando la sumatoria con los valores del resto de las funciones hasta alcanzar el 100 % como límite.

Función	Normal 0 %	Leve (+) 1 %	Moderada (++) 5 %	Grave (+++) 10 %
Orientación				
Atención				
Memoria				
Lenguaje				
Habilidades visuoespaciales				
Pensamiento				
Sensopercepción				

Función	Normal 0 %	Incipiente 15 %	Total 35 %
Razonamiento / Juicio			
Personalidad (conducta / timia / bulia)			

Otras secuelas neurológicas

Secuela	Incapacidad
Síndrome de Claude Bernard Horner	3 %
Síndrome Cervicobraquial O Síndrome Del Desfiladero De Los Escalenos: Este compromiso tiene su origen en la compresión del plexo braquial y las estructuras vasculares que lo acompañan en su salida del tórax a través del desfiladero de los músculos escalenos	Se evaluará exclusivamente la repercusión funcional (sensitivo-motora) sobre el plexo braquial.

Psiquiatría

Reacciones Vivenciales Anormales

- Las reacciones vivenciales comprenden todas aquellas respuestas emocionales y conductuales surgidas a partir de un evento impactante, aterrador o peligroso y que son esperables para determinada cultura.

- Los estudios sobre psicología del trauma distinguen los conceptos de trauma y de evento traumatogénico. Este último denota la potencialidad que tiene un evento de generar efectivamente un trauma en la persona. Dicha potencialidad está asociada con la amenaza a la integridad fisica en distintos niveles o a vivencias de horror. Por otro lado, el concepto de trauma hace referencia a la vivencia subjetiva en tanto impacto de ese suceso en la psiquis del individuo. La experimentación subjetiva del trauma está ligada al concepto de resiliencia, es decir, a la capacidad que tiene un individuo de vivir y desarrollarse saludable y positivamente a pesar de atravesar situaciones adversas (o traumatogénicas).

- Siguiendo estas definiciones, un evento traumatogénico puede producir o no efectos traumáticos en una persona. Dicho de otra manera, un suceso traumatogénico de determinadas características puede generar un trauma en ciertos individuos, mientras que otros pueden responder de forma resiliente frente a la misma vivencia.

- El estrés como reacción a ciertos sucesos traumatogénicos remite a conductas adaptativas, necesarias para sobrevivir en situaciones extremas. Sin embargo, estas reacciones pueden perdurar con posterioridad al evento traumatogénico, configurándose así un cuadro psicopatológico. Es esperable sentir miedo o experimentar algún tipo de ansiedad durante y después de una situación traumatogénica; esto forma parte de la respuesta normal de "lucha o huida" y nos ayuda a responder ante un eventual peligro. Luego de un evento disruptivo traumatogénico, es frecuente que las personas experimenten una variedad de reacciones, que suelen ser auto limitadas. En algunos casos continúan experimentando síntomas que pasan a constituir un trastorno, ya que toman unas características clínicas que son más intensas de lo esperable y generan disfuncionalidad en las esferas social, laboral y/o académica. En estos casos se habla de una reacción vivencial anormal.

- Las reacciones vivenciales anormales que serán evaluadas son las derivadas de accidentes laborales y sus secuelas, y de las enfermedades profesionales.

- La naturaleza de esta patología es reactiva y exógena, deriva de un factor estresante identificabe, que en este caso sería el accidente laboral, la enfermedad profesional, y/o las secuelas y padecimientos derivados de éstos.

- La sintomatología esperable para este cuadro es relativa a la esfera ansiosa, depresiva o mixta.

- No se incluyen dentro de este apartado las patologías psiquiátricas de naturaleza constitucional o que en su fisiopatología su etiología sea distinta a un evento traumático, como tampoco aquellas patologías psiquiátricas existentes con anterioridad al accidente laboral o a la enfermedad profesional.

Valoración de las Reacciones Vivenciales Anormales

- Los cuadros producto de siniestros o secuelas leves, que cursen con malestar psicológico subjetivo (no objetivable) y que no generen disfuncionalidad socio laboral, no se considerarán generadores de incapacidad y serán conceptualizados como sufrimiento normal y esperable. Cuando se objetiven síntomas psíquicos en relación con el siniestro sufrido o sus secuelas, estaremos en presencia de una Reacción o un Desarrollo Vivencial Anormal.

- Por convención, se designará como Reacción Vivencial Anormal (R.V.A.) al cuadro ansioso y/o depresivo reactivo al siniestro, en su primera fase. Este mismo cuadro pasará a llamarse Desarrollo Vivencial Anormal (D.V.A.) en el caso en que se encuentren agotadas las instancias terapéuticas.

- Solo corresponderá fijar una incapacidad laborativa de tipo definitiva a las R.V.A. en las que haya operado la consolidación jurídica del daño.

- La valoración del grado de la Reacción o Desarrollo Vivencial Anormal se realizará teniendo en cuenta la conjugación que surge de la manifestación signo-sintomatológica y la magnitud de la contingencia o secuelas que lo generaron.

- La magnitud del siniestro se medirá por la capacidad del evento para producir un impacto psicológico en función de la naturaleza del evento o por las secuelas físicas que el hecho hubiera ocasionado.

- Por otra parte, existen casos donde la reacción a un evento disruptivo o traumático se presenta con alteraciones de la sensopercepción y del pensamiento. Están descriptos en la literatura científica casos que presentan síntomas psicóticos donde el hecho disruptivo es muy grave y/o prolongado en el tiempo.

- Se reconocerán las reacciones vivenciales anormales con síntomas psicóticos, cuando estos síntomas se encuentren asociados al evento traumático. Los signos clínicos pueden variar a una elevación del estado de alerta con presencia de conductas desadaptativas o cuadros paranoides con o sin alteraciones sensoperceptivas o conductas evitativas.

- La sintomatología deberá tener un estricto nexo causal con el evento denunciado, por lo que sólo podrá ser reconocida aquella devenida de siniestros y sus secuelas cuando éstos sean de extrema gravedad.

- Quedarán excluidos aquellos síntomas psicóticos que formen parte de cuadros preexistentes o cuadros que por su naturaleza no sean de etiología exógena y reactiva como las esquizofrenias, los trastornos esquizoafectivos, los trastornos afectivos mayores, los trastornos delirantes, entre otros.

Magnitud del evento y de las secuelas físicas

- **Magnitud leve:** son aquellos eventos que por sus características no generaron lesiones físicas que hayan requerido un tratamiento prolongado o quirúrgico y que cursaron sin dejar secuelas físicas o las secuelas resultantes son leves.
  Este tipo de evento posee un bajo potencial traumatogénico y puede generar reacciones leves. En caso de que la reacción sea grave, debe ser considerada como devenida de las características propias de la personalidad de base o de otros factores concomitantes ajenos al siniestro.
  Ejemplos de accidente y lesiones de magnitud leve son: caídas, resbalones, tropiezos, cortes, contusiones y heridas superficiales, distención y lesiones musculares, quemaduras leves, entre otros.
  Asimismo, se considerarán leves aquellos eventos surgidos de conflictos interpersonales o de agresiones de terceros cuando no mediare agresión física.

- **Magnitud moderada:** son aquellos eventos que generan lesiones que requieren intervención urgente y/o las secuelas físicas producidas por el evento son moderadas y tienen impacto sobre la calidad de vida.
  Dentro de estas secuelas se incluyen la debilitación permanente de un sentido, de un órgano, de un miembro, afectación moderada de la función de un órgano o miembro, o una dificultad permanente de la palabra.
  También se incluirán dentro de los eventos moderados a aquellas situaciones que no generaron lesiones físicas como las mencionadas pero que supusieron una amenaza real para la integridad física del sujeto, dejándolo en una situación de vulnerabilidad e indefensión.
  Ejemplos de accidente y lesiones de magnitud moderada son: Agresiones de terceros con arma de fuego o elementos contuso-cortopunzantes, caída de elevadores, incendios, derrumbes, entre otros.

- **Magnitud grave:** son aquellos eventos que pusieron en riesgo la vida del trabajador por las lesiones producidas, y las secuelas generadas son graves e irreversibles.
  Dentro de estas secuelas se incluyen la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad para engendrar o concebir.
  Aquellos eventos que no generen secuelas físicas podrán ser igualmente considerados como graves si se objetiva que la experiencia fue vivida con extremo horror por el sujeto, entendiéndose por tal, una situación que atentó contra la vida o la integridad del individuo, o un evento donde resultaron fallecidos terceros.

Magnitud de los síntomas psicotraumáticos

Ante la presencia de una probable R.V.A., debe efectuarse una evaluación de su estado psíquico actual, teniendo en cuenta toda la semiología psiquiátrica. Se debe prestar atención especialmente a la atención, memoria, afectividad, bulia, impulsividad, pensamiento, sueño y orexia. Se tendrán en cuenta las posibles modificaciones y limitaciones en su vida cotidiana.
Sintomatología leve: los síntomas pueden requerir tratamiento psicológico y producen afectación leve de las esferas social y/o laboral.
Sintomatología moderada: Los síntomas requieren tratamiento psicológico y psiquiátrico. Afectan una esfera de la vida o parcialmente varias esferas.
Sintomatología grave: Los síntomas afectan severamente la funcionalidad en todas las esferas de la vida y la autonomía del individuo, por lo que alteran su calidad de vida y la de su entorno, comprometiendo todas las áreas de la vida.

Ponderación de grados

- Los grados se ponderarán en función de las variables de magnitud del siniestro y sus secuelas, con la gravedad del cuadro psicopatológico. La intensidad, duración, frecuencia y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno.

- Para la ponderación de grados se tiene en cuenta que debe haber una relación directa entre la gravedad de la signo-sintomatología y el evento causante. Se entiende que, a mayor gravedad del siniestro y sus secuelas, mayor probabilidad de que exista un nexo causal entre la patología y el siniestro. Por el contrario, a menor gravedad del siniestro, es mayor la probabilidad de que la patología no sea de causa directa, y que existan otros factores constitucionales o disruptivos.

- Asimismo, se considerarán los antecedentes personales, comorbilidades, tratamientos realizados, tiempo transcurrido desde el evento denunciado, y cualquier otro factor de relevancia para el análisis del caso.

- Por otra parte, aquellas personas con síntomas que no puedan certificarse o que no constituyan un cuadro psicopatológico *per sé*, a los fines de este capítulo serán consideradas sin patología.

- Los grados consignados en la tabla 1, que se detallan a continuación, deben oficiar como valores máximos a otorgar en cada caso.

Tabla 1. Magnitud del siniestro / Sintomatología Psíquica			
Sintomatología Psíquica	**Magnitud del Siniestro**		
	Leve	**Moderado**	**Grave**
Leve	I	I- II	II
Moderada	I-II	II-III	III
Grave	S/Inc.	III-IV	IV
Con Síntomas Psicóticos	S/Inc.	S/Inc.	IV
Referencia: S/Inc.: Sin incapacidad			

Tabla 2. Evaluación De Incapacidad Laboral por RVAN/DVAN		
Secuela		**Incapacidad**
Reacción/Desarrollo Vivencial Anormal	Grado I	5 %
	Grado I-II	10 %
	Grado II	15 %
	Grado II-III	20 %
	Grado III	25 %
	Grado III-IV	30 %
	Grado IV	35 %
	Grado IV con síntomas psicóticos	50 %

Infectología

Secuela		Incapacidad
Brucelosis focal **Carbunco cutáneo y/o pulmonar y/o gastrointestinal** **Leptospirosis** **Psitacosis pulmonar y/o extrapulmonar** **Histoplasmosis pulmonar aguda y/o diseminada crónica** **Tuberculosis Pulmonar y/o Extrapulmonar**	Sin compromiso funcional actual	1 %
	Con compromiso funcional actual: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante	

Citomegalovirus

Secuela	Incapacidad
Primoinfección por CMV sintomática, sin compromiso funcional actual	1 %
Primoinfección por CMV sintomática con compromiso funcional actual: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante	

Hepatitis Virales

Secuela			Incapacidad
Hepatitis B	**Crónica (1)**	Sin compromiso funcional actual	1 %
		Con compromiso funcional actual: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante	
	Fulminante: la evaluación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante		
Hepatitis C	**Crónica (2)**	Sin compromiso funcional actual	1 %
		Con compromiso funcional actual: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante	
Sobreinfección con Virus D (3)			1 %
Referencias: ***(1)*** *Persistencia de Ag S mayor a 6 meses.* ***(2)*** *Persistencia de ARN viral mayor a 6 meses post exposición sin tratamiento o luego de tratamiento adecuado con fallo documentado.* ***(3)*** *Diagnóstico de Hepatitis B Crónica. Títulos elevados de IgG anti-VHD.*			

Fiebres Hemorrágicas Virales

Se consideran en este grupo las siguientes enfermedades: la Fiebre Amarilla, la Fiebre hemorrágica argentina (Virus Junín) y las infecciones por Hantavirus.

Secuela		Incapacidad
Fiebre Amarilla **Fiebre Hemorrágica Argentina (Virus Junín)** **Hantavirus**	Sin compromiso funcional actual	1 %
	Con compromiso funcional actual: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante	

Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Secuela	Incapacidad
Virus de la Inmunodeficiencia Humana **(1) (2)**	15 %
Referencias: ***(1)*** *Deberá evaluarse la esfera psíquica.* ***(2)*** *En caso de presentar secuelas en otros órganos, se ponderarán según lo establecido en el capítulo correspondiente, empleando la metodología de Capacidad Restante.*	

Infecciones Parasitarias

Secuela		Incapacidad
Enfermedad de Chagas **Paludismo** **Leishmaniasis**	Sin compromiso funcional actual	1 %
	Con compromiso funcional actual: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante	
Quiste/s Hidatídico/s	Único con o sin requerimiento de tratamiento quirúrgico, sin compromiso funcional actual	1 %
	Múltiples con o sin requerimiento de tratamiento quirúrgico, sin compromiso funcional actual	2 %
	Único o Múltiples con o sin requerimiento de tratamiento quirúrgico, con compromiso funcional actual: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante	
	Recidiva y/o Siembra a distancia o local **(1)**	10 %
Referencias: ***(1)*** *En caso de tener compromiso funcional actual, la evaluación de incapacidad laboral de las secuelas se realizará según el capítulo correspondiente, la cual deberá adicionarse por capacidad restante.*		

Infecciones de Piel, Partes Blandas y Óseas

Secuela	Incapacidad
Fascitis necrotizante **(1)**	5 %
Artritis Séptica postraumática o postquirúrgica sin secuelas osteoarticulares	2 %
Artritis Séptica postraumática o postquirúrgica con secuelas osteoarticulares: la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo osteoarticular	
Osteomielitis Aguda **(2)**	1%
Osteomielitis Crónica **(1)**	2%
Referencias: ***(1)*** *En caso de tener repercusión funcional actual, la evaluación de incapacidad laboral de las secuelas se realizará según el capítulo correspondiente, la cual deberá adicionarse por capacidad restante.* ***(2)*** *Solo corresponderá fijar una incapacidad laborativa de tipo definitiva cuando haya operado la consolidación jurídica del daño.*	

Oncología

Consideraciones Generales

- El cáncer profesional está causado por la exposición a cancerígenos en el trabajo, y aparece generalmente de una forma tardía posterior a la exposición. Este tipo de patologías de naturaleza maligna requieren para su ponderación que haya transcurrido el mayor tiempo de evolución posible, por lo que solo podrá ser valorada la incapacidad derivada una vez cumplimentado el plazo de consolidación jurídica del daño, salvo que lo avanzado de su estadio impida cumplimentar el lapso temporal mencionado. Excepción que obligará a ser mesurada antes del plazo estipulado.

- A los efectos de la valoración del daño corporal se utilizará la clasificación TNM de la octava edición propuesta por la American Joint Committee on Cáncer, AJCC-TNM.

- Para cuando con el objeto del tratamiento se haya tenido que recurrir a la exéresis quirúrgica de una estructura anatómica en forma total o parcial y esta resección se encuentre contemplada en otros capítulos, deberá adicionarse a la incapacidad que surja de las tablas de estadificación por neoplasias por el método de la capacidad restante.

- Del mismo modo debe evaluarse el compromiso funcional de el o los órganos afectados y para el caso que haya una merma tabulada en los otros capítulos corresponde su adición por la metodología ya reseñada. Como ejemplo citaremos la espirometría en el cáncer de pulmón, la valoración por el índice de Child en el caso del angiosarcoma hepático o la exploración de la función renal en el cáncer de vejiga.

- En todos los casos deberá evaluarse la esfera psíquica

Cáncer De Pulmón	
Estadio TNM	**Incapacidad**
I A 1	10 %
I A 2	20 %
I A 3	25 %
I B	30 %
II A	40 %
II B	50 %
III A	60 %
III B	70 %
III C	80 %
IV A	90 %
IV B	100 %

Mesotelioma Maligno	
Estadio TNM	**Incapacidad**
IA	15%
IB	25%
II	45%
IIIA	60%
IIIB	70%
IV	100 %

Cáncer De Vejiga	
Estadio TNM	**Incapacidad**
0	10 %
I	20 %
II	40 %
IIIA	60 %
IIIB	70 %
IVA	90 %
IVB	100 %

Angiosarcoma Hepático	
Estadio TNM	**Incapacidad**
IA	50 %
IB	60 %
II	70 %
IIIA	80 %
IIIB	90 %
IVA y/o IVB	100 %

Tumores De Fosas Nasales Y Senos Paranasales	
Estadio TNM	**Incapacidad**
0	10 %
I	30 %
II	50 %
III	70 %
IV A o B	100 %

Osteosarcoma	
Estadio TNM	**Incapacidad**
I A o B	30 %
II A o B	50 %
III	70 %
IV A o B	100 %

Cáncer De Piel (Células Escamosas)	
Estadio TNM	**Incapacidad**
I	1 %
II	3 %
III	30 %
IV	70 %

Toxicología

Consideraciones generales

- Para la ponderación de la incapacidad laboral por cuadros de Intoxicación, se agruparán los Agentes Tóxicos mencionados en el Decreto 658/96, conforme se expresa en la Tabla 1.

- En la Tabla 2 se describe a qué grupo pertenece cada uno de los Agentes Tóxicos mencionados en el Decreto 658/96.

- A cada grupo se le asignó un porcentaje de incapacidad laboral, el cual deberá ser ponderado para todas aquellas intoxicaciones comprobadas médicamente de forma fehaciente y que no hayan generado compromiso anátomo-funcional secuelar.

- Forma de redactar la secuela por Intoxicación sin compromiso anátomo-funcional secuelar: Intoxicación con ***"mencionar el agente tóxico"***, correspondiente al grupo ***"Nº"***, sin compromiso anátomo-funcional: **X %**

- En caso de haber estado intoxicado a varias sustancias pertenecientes a un mismo grupo, el porcentaje correspondiente a ese grupo se aplicará una sola vez.

- En caso de haber estado intoxicado a una o más sustancias pertenecientes a distintos grupos, se asignarán los porcentajes correspondientes a el/los grupo/s involucrado/s una sola vez por grupo.

- En el supuesto que la intoxicación haya generado compromiso anátomo-funcional, la evaluación de la/s secuela/s se realizará según el capítulo correspondiente. En este caso, el porcentaje de incapacidad laboral a ponderar, no podrá ser inferior al establecido por la intoxicación del grupo de la Tabla 1 sin compromiso anátomo-funcional.

Tabla 1. Grupos de Agentes Tóxicos e Incapacidad Laboral		
Agentes Tóxicos	**Grupo**	**Incapacidad**
Metales	1	3%
Hidrocarburos (todos), solventes (en general), derivados del petróleo y aceites o grasas minerales o sintéticos. Aminas aromáticas y sus derivados. Resinas epoxi.	2	3%
Plaguicidas, esterilizantes y afines.	3	3%
Radiaciones, rayos láser y similares.	4	3%
Alcoholes y cetonas	5	1%
Gases y/o inhalantes y/o asfixiantes y/o agentes sensibilizantes y/o irritantes del sistema respiratorio.	6	1%
Sustancias irritantes y/o sensibilizantes de la piel y/o las mucosas y/o faneras y/o dientes o esmalte dental.	7	**(*)**
Otros agentes no clasificados	8	**(*)**
Referencia: ***(*)*** *De presentar compromiso anátomo-funcional actual, la evaluación de las secuelas se realizará según el capítulo correspondiente.*		

Tabla 2. Descripción de los Agentes Tóxicos presentes en el Decreto 658/96 y grupo al cual pertenecen a los efectos de la determinación de la incapacidad laboral.	
Agente Tóxico presente en el Decreto 658/96	**Grupo**
ACEITES O GRASAS DE ORIGEN MINERAL O SINTÉTICO	2
ACIDO CIANHÍDRICO Y CIANUROS	6
ACRILATOS (ACRILONITRILO, METACRILATOS, DIACRILATOS)	2
ALCOHOLES Y CETONAS. UTILIZADOS COMO SOLVENTES INDUSTRIALES: Alcoholes; metílicos, propílicos, isobutílicos. Cetonas: acetona, metilisopropil e isobutil cetona, entre otras	5
ALDEHÍDO FÓRMICO (FORMOL) Y SUS POLÍMEROS)	5
ALGODÓN Y OTRAS FIBRAS VEGETALES (LINO, CÁÑAMO, SISAL)	6
AMINAS AROMÁTICAS Y SUS DERIVADOS	2
ANTIMONIO Y SUS COMPUESTOS	1
ARSÉNICO Y SUS COMPUESTO S MINERALES	1
ASBESTO	6
BENCENO	2
BERILIO Y SUS COMPUESTOS	1
BROMURO DE METILO	3
CADMIO Y SUS COMPUESTOS	1
CARBÓN MINERAL	6
CARBUROS DE METALES DUROS (Cobalto, Titanio, Tungsteno)	1
CEMENTO (Aluminio silicato de calcio)	6
CLOROMETIL METIL ÉTER	2
CLORURO DE VINILO	2
COMPUESTOS ALQUÍLICOS DEL PLOMO (TETRAETILO Y TETRAMETILO DE PLOMO)	1
CROMO Y SUS COMPUESTOS	1
DERIVADOS DEL FENOL, PENTACLOROFENOL, HIDROXIBENZONITRILO (Dinitrifenol, dinitroortocresol, dinoseb, pentaclorofenatos, bromoxinil, ioxinil).	2
DERIVADOS DEL PETRÓLEO Utilización en procesos de tratamientos de metales o alta temperatura y los residuos de la combustión del petróleo (alquitrán de calderas y chimeneas).	2
DERIVADOS HALOGENADOS DE LOS HIDROCARBUROS ALIFA TICOS. (Diclorometano, Triclorometano, Tribromometano, Dicloro1-2 etano, tricloroetano, dicloroetileno, tricloroetileno, dicloropropano, cloropropileno, cloro 2 butadieno, cloruro de metileno, tetracloruro de carbono)	2
DERIVADOS HALOGENADOS DE LOS HIDROCARBUROS AROMÁTICOS (Mono-clorobenceno, monobrómobenceno, hexaclorobenceno, hexacloronaftaleno, bifenilos policlorados)	2
DERIVADOS NITRADOS Y AMINADOS DEL BENCENO (Nitrobenceno, dinitrobenceno, trinitrotolueno, tetrilo, entre otros)	2
ENZIMAS DE ORIGEN ANIMAL, VEGETAL O BACTERIANO	8
ESTIRENO (VINILBENCENO)	2
ESTRÓGENOS	8
FLÚOR Y SUS COMPUESTOS	1
FOSFORO Y SUS COMPUESTOS	1
FURFURAL Y ALCOHOL FURFURÍLICO	5
GASES CRUDOS DE FÁBRICAS DE COQUE	2
HIDROGENO SULFURADO	6

HIPOPIGMENTANTES DE LA PIEL. Sustancias químicas: Arsénico. Benzoquinona, hidroquinona y éteres derivados. Para-tert-butil fenol y otros derivados del fenol	7
HUMOS Y POLVOS DE OXIDO DE HIERRO	1
ISOCIANATOS ORGÁNICOS	8
MANGANESO Y SUS COMPUESTOS	1
MERCURIO Y SUS COMPUESTOS	1
MONÓXIDO DE CARBONO	6
n- HEXANO	2
NÍQUEL Y SUS COMPUESTOS	1
NITROGLICERINA Y OTROS ESTERES DEL ACIDO NÍTRICO	8
OXIDO DE ETILENO	3
PENICILINA Y SUS SALES Y LAS CEFALOSPORINAS	8
PLAGUICIDAS ÓRGANO FOSFORADOS Y CARBAMATOS INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA	3
PLOMO Y SUS COMPUESTOS INORGÁNICOS	1
RADIACIONES IONIZANTES, INFRARROJAS, ULTRAVIOLETAS Y RAYOS LASER	4
RESINAS EPÓXICAS	2
SELENIO Y SUS COMPUESTOS	1
SILICATOS (TALCO, CAOLÍN, MICA)	1
SÍLICE	1
SULFURO DE CARBONO	2
SUSTANCIAS IRRITANTES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (Anhídrido sulfuroso, nieblas y aerosoles de ácidos minerales, amoníaco; gas cloro, dióxido de nitrógeno)	6
SUSTANCIAS NOCIVAS PARA EL ESMALTE Y LA ESTRUCTURA DE LOS DIENTES (Ácidos minerales, azúcares y harinas, polvos abrasivos de granito, esmeril, alúmina calcinada y cuarzo)	7
SUSTANCIAS SENSIBILIZANTES DE L A PIEL. AGENTES QUÍMICOS: Acido cloroplatínico y cloroplatinatos alcalinos, Cobalto y sus derivados. Persulfatos alcalinos, Tioglicolato de amonio Epiclorhidrina, Hipocloritos alcalinos, Amonios cuaternarios y sus sales, en especial los detergentes catiónicos. Dodecilaminoetilglicina, ácido mercaptopropiónico y sus derivados. N-isopropil Y N-parafenilendiamina y sus derivados, hidroquinona y sus derivados, Sales de diazonio, Derivados de la tiourea, resinas derivadas del paratertbutilfenol y del paratert butilcatecol, Diciclohexilcarbonimida. Anhídrido ftálico. PRODUCTOS DE ORIGEN VEGETAL. Sustancias extraídas del pino, esencia de trementina y colofonia, Bálsamo del Perú, Urushiol (laca de China). Lactonas sesquiterpénicas contenidas en el alcaucil, árnica, crisantemo, manzanilla, laurel, dalia, entre otras. Tulipas, Prímulas, Apio, ajo y cebolla, harina de cereales. OTROS AGENTES: Sustancias para las que se demuestre tests cutáneos positivos o inmunoglobulinas específicas aumentadas	7
SUSTANCIAS SENSIBILIZANTES DE LA PIEL. AGENTES QUÍMICOS: D.D.T, Aldrín, Dieldrín, Fenotiazinas y Piperazina, Mercaptobenzotiazol, Sulfuro de tetrametiltiouram, Ditiocarbamatos.	3
SUSTANCIAS SENSIBILIZANTES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. Medicamentos; macrólidos (espiramicina, oleandomicina) ranitidina. Productos químicos industriales. Sulfitos, bisulfitos y persulfatos alcalinos. Cloroplatinato y pentóxido de vanadio (catalizadores). Anhídridos; ftálico, trimelíticos, tetracloroftálico, hímico y hexahidroftálico. Azodicarbonamida. Cianoacrilato. Sericina. Productos de pirólisis de plásticos, cloruro de vinilo, teflón. Sustancias de origen animal: Proteínas animales en aerosol, crianza y manipulación de animales, incluyendo la cría de artrópodos y sus larvas. Preparación y manipulación de pieles, pelos, fieltros naturales y plumas. Sustancias de origen vegetal: Molienda, acondicionamiento y empleo de harinas de cereales (trigo, avena, cebada),	6

incluyendo la preparación de masas en la industria panificadora. Preparación y manipulación de sustancias extraídas de vegetales: ipeca, quinina, jena, ricino, polen y esporas, en especial el licopodio. Preparación y empleo de gomas vegetales; arábiga, psyllium, adraganta, karaya. Preparación y manipulación del tabaco en todas sus fases, desde la recolección a la fabricación de cigarros, cigarrillos, picadura. Preparación y empleo de la harina de soja. Manipulación del café verde. Empleo de la colofonia en caliente. Aserraderos y otros trabajos con exposición a polvo de madera.	
SUSTANCIAS SENSIBILIZANTES DEL PULMÓN. Sustancias de origen animal: Proteínas animales en aerosol, crianza y manipulación de anima les, incluyendo la cría de artrópodos y sus larvas. Preparación y manipulación de pieles, pelos, fieltros naturales y plumas. Afinamiento de quesos. Sustancias de origen vegetal: Molienda, acondicionamiento y empleo de harinas de cereales (trigo, avena, cebada), incluyendo la preparación de masas en la industria panificadora. Manipulación del café verde. Inhalación de polvo de bagazo. Inhalación de polvo de madera en aserraderos o en mueblería y otros usos de la madera. Microorganismos: Inhalación de partículas microbianas o micelas en laboratorios bacteriológicos o en la bioindustria. Inhalación de esporas de hongos del heno en la agricultura. Sustancias químicas industriales: Anhídridos, ftálico, trimelíticos, tetracloroftálico, hímico y hexahidroftálico.	6
TOLUENO Y XILENO	2

Coordinación y Edición

Dr. Alvarez, Daniel Alfredo
Dr. Gonzalez Beglia, Joaquin Alejandro
Dr. Ortiz, Mariano
Dr. Valdivia, Dahl Ariel

Colaboradores

Dra. Antia, Maria Fabiana
Dra. Arriola, Graciela Vanesa
Lic. Bettolli, Agustín Ignacio
Dra. Chiaravalloti, Natacha
Dra. Cioffi, Beatriz Susana
Dra. Esposito, Maria Noe
Dra. Hermida, Monica Viviana
Dr. López, Gustavo Claudio
Dra. Martin, Nancy Julieta
Dr. Martinez, Angel Darío
Dra. Natuche, Silvana Esther
Dra. Nuñez, Carolina Soledad
Lic. Paurici, Pablo Andres
Dr. Pereyra, Luis Bruno
Dr. Recchia, Sebastian Antonio
Lic. Roepke, Virginia
Dr. Savino, Alejandro
Dra. Spano Pittaluga, Marina
Dr. Tobal, Pablo
Dra. Torres Cerino, Maria Gabriela
Dra. Trevisan, Stella Maris

República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: IF-2025-19864352-APN-SRT#MCH

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 24 de Febrero de 2025

Referencia: ANEXO - TABLA DE EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES LABORALES - EX-2024-118578333-APN-DGD#MT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 95 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2025.02.24 15:50:09 -03:00

Gustavo Dario Moron
Superintendente
Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Ministerio de Capital Humano

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2025.02.24 15:50:10 -03:00