



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

TFEM 2734

TRABAJO FINAL PARA ACCEDER AL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

Gran invalidez según Ley de Riesgo de trabajo 24557 y
Resolución Casos crónicos 180/2015. Diagnóstico y
perspectiva médico -legal

Alumna: Stoessel N Daniela
Tutor: Dr. Leonardo Waron

Cohorte 2021-2022

INDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN:.....	3
MARCO TEÓRICO:	3
OBJETIVO:.....	6
METODOLOGÍA.....	8
RESULTADOS.....	9
CONCLUSIONES	13
ANEXOS.....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	28

RESUMEN

Se considera que un trabajador se encuentra en situación de Gran Invalidez cuando tiene una Incapacidad laboral permanente total y necesita la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de la vida (artículo 17 Ley 24.557). Es decir que la clasificación de Gran invalidez: se entenderá a aquel trabajador que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

En base al análisis de una muestra de trabajadores-accidentados secuelares de accidentes laborales graves, definidos como casos crónicos según Res 180/2015, se evaluaron los diagnósticos más frecuentes definidos como gran invalido; pudiendo arribar a su definición en base a elementos objetivables impuestos por la Ley de Riesgo de trabajo (Escala de Barthel). Siendo una herramienta importante, desde el punto de vista médico-legal, para la confección de un dictamen con fundamento científico y medible.

Para concluir, una determinación o diagnóstico de GI según LRT, por parte del médico legista ante un reclamo judicial, debe ser justificada tanto a nivel de la lesión medular (completa o incompleta) que define su nivel de dependencia funcional, medible con la escala de Barthel (menor de 60 puntos= posible GI), como también por la valoración de su médico fisiatra (Res 180/2015), comprendiendo el impacto que tiene en prestaciones dinerarias para la ART y la diferencia sustancial existente con la Ley Previsional por Discapacidad.

INTRODUCCIÓN:

En el presente trabajo se analizaron, entre los de pacientes-trabajadores con diagnósticos que ameritan seguimiento vitalicio a cargo de la ART (aseguradora de riesgo de trabajo), el grupo de quienes fueron definidos como gran inválido (GI) y la base científica de su determinación-diagnóstico.

Cabe señalar que el proceso de determinación de casos con prestaciones vitalicias a cargo de la ART y su condición de gran invalidez, en primera instancia, es de la SRT (superintendencia de riesgos de trabajo) quién lo define acorde a la Resolución 180/2015.

Desde la ART, es fundamental mantener una comunicación fluida con dicho ente, ya que en varias oportunidades fue necesario apelar y solicitar aclaraciones de los Dictámenes Médicos recepcionados.

Desde el punto de vista médico legal, el actor puede realizar un reclamo extrajudicial de dicha condición, por lo tanto, es importante conocer la herramienta para poder cuantificar y objetivar, independiente del porcentaje de incapacidad, las limitaciones que el actor padezca para la realización de sus actividades de la vida diaria: Escala de Barthel.

MARCO TEÓRICO:

Se considera que un trabajador se encuentra en situación de Gran Invalidez cuando tiene una Incapacidad laboral permanente total y necesita la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de la vida (artículo 17 Ley 24.557)¹.

Desde el punto de vista médico legal, es preciso que las valoraciones, de estos casos, se hagan en una forma técnica y profesional, y con la claridad de un marco teórico que permita integrar una serie de conceptos que se debe expresar en un dictamen.

Al tener en cuenta los aspectos jurídicos, el estado de invalidez es definido en la ley de riesgos del trabajo y en los reglamentos ad hoc. Dichos documentos legales coinciden en que se considera incapacidad absoluta y permanente del individuo que tenga una pérdida de dos tercios o más de su capacidad general orgánica, expresado porcentualmente en 67% (sesenta y siete por ciento).

¹. ARTICULO 17. — Gran invalidez. 1. El damnificado declarado gran inválido percibirá las prestaciones correspondientes a los distintos supuestos de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT). 2. Adicionalmente, la ART abonará al damnificado una prestación de pago mensual equivalente a tres veces el valor del AMPO definido por la ley 24.241 (artículo 21), que se extinguirá a la muerte del damnificado”

En la ley de riesgos, se definían algunas situaciones generales que producían invalidez: tales como: la alteración importante del aparato locomotor, la ceguera, la alienación mental incurable y constaban diversos porcentajes dependiendo de la edad del actor o actora.

Cabe señalar que dicha ley establece un valor porcentual para todos los segmentos corporales. Y a su vez se debe tener en cuenta para esta evaluación, la actividad que dicho trabajador efectúa o efectuaba por lo que las cifras se consideran relativas y el perito debe analizar al trabajador en forma global, considerar su contexto e individualizar cada caso.

Así, la incapacidad permanente se clasifica en los siguientes grados:

– Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: se entenderá por tal aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de ésta.

– Incapacidad permanente total para la profesión habitual: se entenderá por tal aquella que inhabilite al trabajador para la realización de todas o las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

– Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo: se entenderá por tal la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio ².

– Gran invalidez: se entenderá incluido en tal situación, al trabajador que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

En las definiciones anteriores, se encuentra la necesidad de determinar la profesión habitual de la persona en cuestión y se configura como una de las piezas clave del sistema por el que se rige la declaración de invalidez permanente. Ya que determina tanto la procedencia de la declaración inicial de la invalidez, y es fundamental en la incapacidad permanente total.

Así la profesión habitual reconocida en un trabajo, conlleva la definición de un salario o con una posible prestación futura derivada del mismo.

Por otro lado, la indeterminación legal de los parámetros que configuran el reconocimiento de una situación de invalidez deriva, en situaciones de compatibilidad difíciles de justificar.

Es importante revisar la incapacidad permanente absoluta y la gran invalidez, según la doctrina actual. En esta situación también es fundamental señalar la dificultad que conlleva analizar el grado de incapacidad reconocido, puesto que debe ajustarse a los motivos explicitados en las normas.

². ARTICULO 8° — Incapacidad Laboral Permanente. 1. Existe situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa. 2. La Incapacidad Laboral Permanente (ILP) será total, cuando la disminución de la capacidad laborativa permanente fuere igual o superior al 66 %, y parcial, cuando fuere inferior a este porcentaje.

La habitualidad que exige la definición legal en estos casos, podría resultar justificada en el contexto histórico, pero es difícil definir un contexto económico y social por la elevada tasa de temporalidad.

También es importante destacar que en la actualidad los que acceden por primera vez al mercado de trabajo, no lo hagan en aquellos trabajos para los que han sido formados ni para los que reúnen determinadas aptitudes.

Por lo que la habitualidad se erige, en la actualidad, en un concepto jurídico dinámico y cambiante a lo largo de la vida profesional del trabajador lo que dificulta aún más la determinación de la situación invalidante.

Es entonces que la incapacidad permanente total para la profesión habitual, se caracteriza por su marcado carácter profesional, al vincularla a la imposibilidad del trabajador para desarrollar las tareas fundamentales de la profesión concreta que realizaba, recibiendo por ello una prestación que lo compense.

Inicialmente se deben valorar las limitaciones y la capacidad funcional del trabajador, así como determinar si son previsiblemente definitivas, y sólo a partir de ahí podrá, y deberá, determinarse la repercusión que esas limitaciones funcionales tienen en el ejercicio de la profesión habitual, la incidencia del menoscabo funcional u orgánico en relación con la profesión.

Para ello es imprescindible conocer las funciones y los cometidos de las tareas que realizaba el trabajador, a efectos de valorar su capacidad residual, relacionando las limitaciones funcionales y orgánicas objetivadas con las exigencias en esa profesión.

Según la Res 180/2015 de Casos Crónicos, el artículo 9 define que cuando el damnificado presente secuelas motoras que lo limiten en el desempeño de sus Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB) en su lugar de residencia, la ART deberá arbitrar los medios para que el hábitat sea evaluado en relación con el desempeño funcional del damnificado por un Terapeuta Ocupacional y posteriormente adaptarlo para poder recibirlo en su nueva condición. Las adecuaciones también se podrán llevar a cabo en viviendas alquiladas o facilitadas por un tercero, mediando solamente el consentimiento del propietario.

Cabe señalar que las acciones de evaluación y modificación del lugar de residencia deberán ser anteriores al alta de internación y comenzar a realizarse cuando se establezca la irreversibilidad de las secuelas. La ART deberá documentar la evaluación realizada por el profesional interviniente, así como el resultado de las adaptaciones una vez finalizadas.

En el supuesto en que el damnificado no cuente con un lugar de residencia y/o no posea grupo familiar o el mismo no resulte adecuado para su debida contención de acuerdo a un informe que emitirá un profesional adecuado a tal fin, la ART deberá poner a disposición el acceso a un sistema alternativo al grupo familiar, en un hogar o residencia.

En aquellos casos donde el damnificado sea dependiente de terceros para la asistencia o supervisión en sus AVDB, la ART deberá brindar asistencia domiciliaria. Un médico especialista en Medicina Física

y Rehabilitación deberá fijar la cantidad de horas diarias de asistencia domiciliaria y determinar las acciones terapéuticas que amerite el damnificado que haya regresado a su lugar de residencia.

Esta adecuación de la vivienda se lleva a cabo teniendo en cuenta la Escala de Barthel (FIM) que puntúa 6 aspectos que definen la independencia para la realización de la AVDB y se adjudica un puntaje. Entre ellos se encuentran: el cuidado personal; control de esfínteres; movilidad; locomoción; comunicación y adaptación psicosocial y funcionales cognitivas.

Un médico fisiatra es quien determine la cantidad de horas de cuidador-asistente terapéutico que requiere el paciente-trabajador (prestación a cargo de la ART), y a su vez, un terapeuta ocupacional debe realizar la evaluación de escala de independencia funcional (FIM-Barthel); entre ambos profesionales se determina la necesidad o no de cuidados de terceros, independientemente del % de incapacidad determinado (ILP). Que sea una ILPT no significa, por si sola, que el paciente-trabajador sea GI, si o si debe evidenciarse su necesidad de asistencia para realizar AVDB.

La escala de Barthel o FIM (Medición de Independencia Funcional) puntúa 6 aspectos que miden la independencia para realizar las actividades de la vida diaria:

1. Cuidado Personal
2. Control de esfínteres
3. Transferencias (movilidad)
4. Locomoción
5. Comunicación
6. Adaptación psicosocial y funciones cognitivas

Se fija el puntaje en base a la siguiente escala:

- Independencia completa 7
- Independencia modificada 6
- Supervisión 5
- Asistencia Mínima 4
- Asistencia Moderada 3
- Asistencia Maxima 2
- Asistencia Completa 1

Cabe señalar que el hecho de que una persona se movilice en silla de ruedas, NO lo define directamente como gran inválido.

En conclusión, para poder determinar la gran invalidez (GI) es necesaria que se cumplan 2 condiciones según la LTR: 1. ILPT y 2. asistencia de terceros para realizar actividades de la vida diaria.

OBJETIVO:

- Analizar el cumplimiento de lo determinado por la ley RT y Res 180/2015, por los médicos legistas en las instancias judiciales.

Con el propósito de contar con una herramienta que unifique el diagnóstico científico de la condición de GI, la cual debe encontrarse fundado por la observación de los elementos medibles que la definen (Escala de Barthel). Marcando, además, la diferencia radical que tiene con la determinación de incapacidad previsional, que es el error más frecuente.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de 621 pacientes-trabajadores determinados como casos crónicos, de los cuales 72 fueron clasificados como gran invalido hasta noviembre de 2022, con un dictamen de incapacidad definitiva emitido por la comisión médica.

A continuación, se examinó un subgrupo de accidentados con diagnóstico de lesión medular, compuesto por: 33 con lesión medular completa y 2 con lesión medular incompleta, determinados como Gran Invalidez (GI).

En este grupo, se identificó un error frecuente al determinar GI en comparación con accidentados con las mismas secuelas. Para abordar este problema, se analizó la escala de Barthel (Medición de Independencia Funcional - FIM) en cada uno de los accidentados, con el objetivo de evaluar si esta herramienta puede ser utilizada de manera fundamental para objetivar GI.

RESULTADOS

Del total de casos crónicos, (621) con Dictamen de la Comisión Médica con incapacidad definitiva, hasta noviembre 2022, 62 fueron lesionados medulares. De éstos 46 lesiones completas y 16 incompleta.

Puede observarse una “pseudo-discrepancia” con los datos informados en metodología. La razón, es porque se comenzó con un análisis general, donde dentro de los lesionados medulares totales 62, (46 completos y 16 incompletos), de esos 46, solo 33 fueron determinados como GI, y de los 16, solo 2. ¿A qué se debe esta incongruencia en el diagnóstico-determinación de GI?

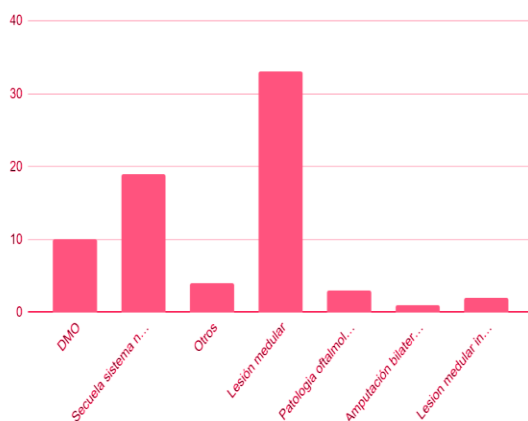
Amputación mmss	73		
Amputación mmii	100		
Asplenia	31		
Asma ocupacional - Neumoconiosis	19		
DMO	89	epilepsia	17
Lesion medular (completa e incompleta)	62	Lesión medular	46
		Lesión medular incompleta	16
Patología oftalmologica cronica	74		
Osteomielitis cronica	24		
Secuela lesión neurologica periferica	36		
Secuela lesión neurologica central	29		
Otros	71		
Sme Sudeck	13		

Como puede observarse en la tabla anterior, la mayoría de los casos crónicos son en 1er lugar, amputados de miembro inferior, en 2do lugar DMO (Desorden Mental Orgánico) y 3er lugar amputación de miembro superior. Concluyendo que no todo caso crónico es GI, independientemente de su porcentaje de incapacidad (diferencia sustancial con Incapacidad Previsional).

Es necesario diferenciar el caso previsional por Gran Invalidez (ley 24241 - incapacidad igual o mayor a 66% - según Baremo Previsional). Ver ejemplo 2, en apartado ANEXOS.

Por otra parte, se obtuvo información sobre GI:

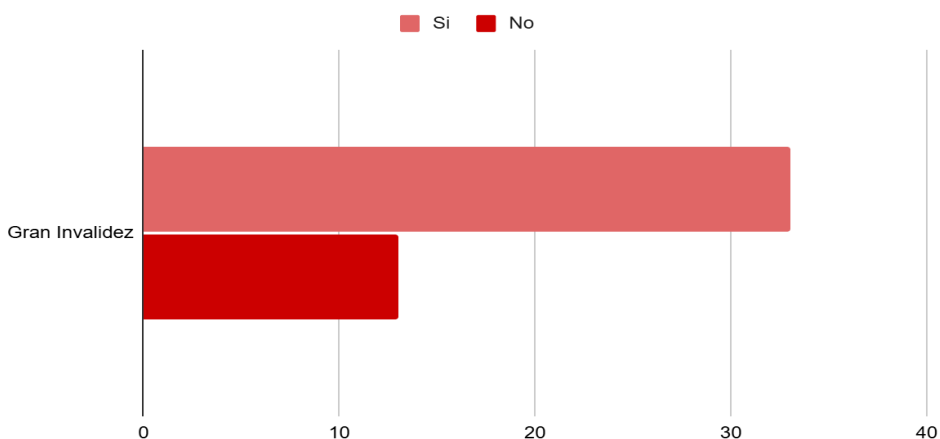
DMO	10
Secuela sistema nervioso central	19
Otros	4
Lesión medular	33
Patología oftalmologica cronica	3
Amputación bilateral de manos	1
Lesion medular incompleta	2



Ramos Hector Stro
 563664 Edad 31 años
 Lesión medular incompleta C3
 DCM 80% si GI
 Barthel (FIM) 99/126
 Sin indicación fisiatrica de necesitar cuidador

En este gráfico se aprecia que 72 fueron considerados como GI (11,59% del total de casos crónicos). A su vez, la mayoría de los GI fueron lesionados medulares completos, y de su total (46) solo 33 fueron considerados GI. ¿Cuál es el motivo? Se evidencia en el siguiente gráfico:

Lesionados medulares completos Gran Invalidez (si/no)



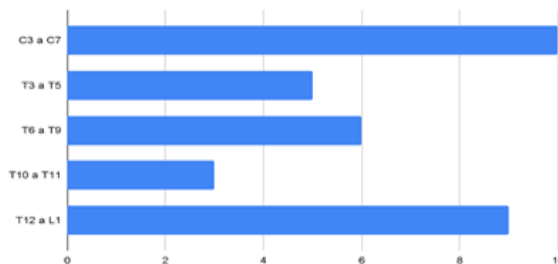
Ver ejemplo 3, en apartado ANEXOS.

Según el nivel de lesión medular el 24,2% (8 accidentados) fueron determinados-diagnosticados como GI con lesión a nivel de T12, con más frecuencia, como se puede evidenciar en el siguiente gráfico:

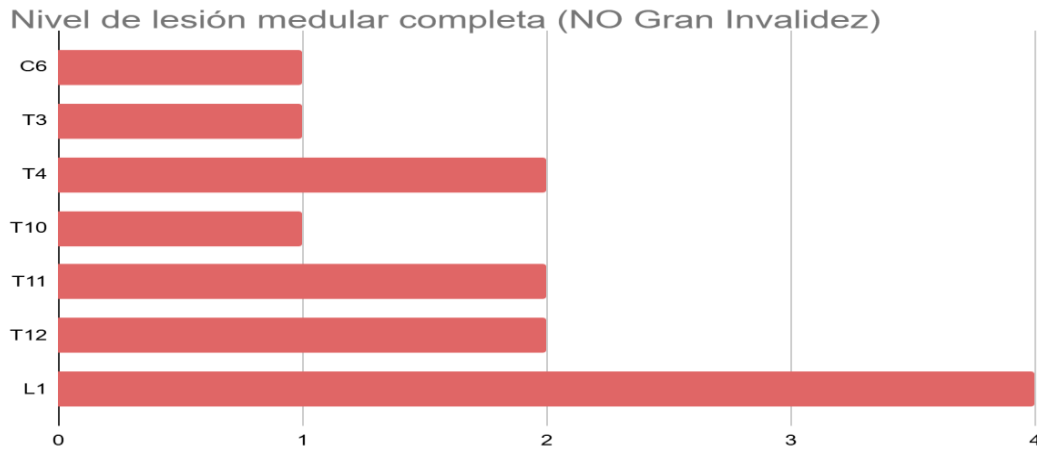
Troncoso Pablo Stro 900825
 Lesión medular C3
 DCM 100% si GI
 Barthel (FIM) 43/126
 Edad 36 años

C3 a C7	10
T3 a T5	5
T6 a T9	6
T10 a T11	3
T12 a L1	9

Jofre Javier Stro 757686
 Lesión medular C6
 DCM 100% si GI
 Barthel (FIM) 56/126
 Edad 49 años



Analizando los lesionados medulares completos que no fueron diagnosticados como GI, el diagnóstico más frecuente resultó a nivel de L1, como puede apreciarse en el siguiente gráfico:



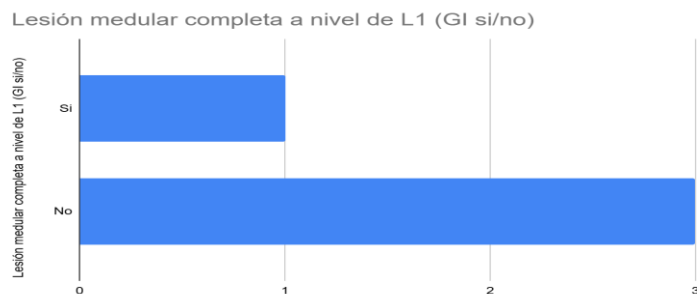
Observando los gráficos, se puede visualizar que 13 accidentados lesionados medulares completos, no fueron determinados-diagnosticados como GI, de lo que surge el siguiente interrogante: ¿por qué motivo algunos lesionados medulares completos son definidos como GI y otros no?

Básicamente por no haber analizado el caso en contexto a sus secuelas reales según el nivel de lesión medular padecida por el accidentado, sin la utilización de las herramientas (escala de Barthel y evaluación por médico fisiatra), que nos permite categorizar a los lesionados acorde a su independencia funcional para realizar las AVDB y consecuentemente su necesidad de requerir asistencia de terceros.

El único desvío, es un accidentado que ameritaba ser reconocido como GI, pero no fue así, con lesión a nivel de C6.

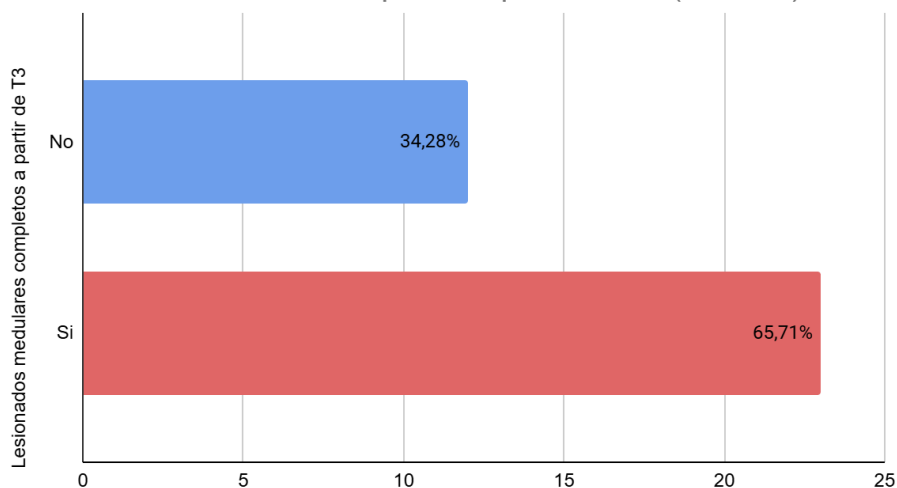
Ver ejemplo 4, en apartado ANEXOS.

Por otro lado, si se analiza el total de lesionados medulares completos a nivel de L1, el 75% no fue diagnosticado-determinado como GI, cual fue el motivo? que es lo correcto: ¿definir a todos los lesionados medulares completos a nivel de L1 como GI? o bien, ¿existe un error al determinar lesionales medulares completos a nivel de L1 como GI?:



Por último, si analizó comparando lesionados completos a partir de T3, de manera descendente, GI si/no, resulta en un 67,6% y 32,4%, respectivamente, evidenciado en el siguiente gráfico. El paciente es parapléjico, con movilidad de mmss.

Lesionados medulares completos a partir de T3 (GI si/no)



Ver ejemplos 5 y 6, en apartado ANEXOS.

En síntesis, en base a esta evaluación puedo concluir que una puntuación por encima de 60, no amerita asistencia de terceros para poder realizar las actividades de la vida diaria.

Ver ejemplo 7, en apartado ANEXOS.

A partir de estos ejemplos, es posible evaluar claramente la herramienta que significa poder contar con dicha medición, y ser uno de los pilares para poder definir GI.

CONCLUSIONES

En base al análisis realizado, el error más frecuente es vincular de manera directa el porcentaje de incapacidad con las limitaciones que un trabajador puede tener derivado de un accidente laboral.

Es decir, se interpreta como GI al momento de arribar a un porcentaje de incapacidad mayor o igual al 66, confundiendo la Ley Previsional con la LRT.

Como se ha desarrollado en el marco teórico, para la LRT, un GI se determina en primer lugar por la necesidad de la asistencia de un tercero para realizar las AVDB, siendo su médico fisiatra el que determina la cantidad de horas de cuidador que amerite acorde a sus secuelas (Res 180/2015). Por lo tanto, se entiende que un GI para la LRT, es quien recibe una renta mensual y no puede volver a trabajar. (Ver ejemplo 8 y 9, apartado ANEXOS).

En el período anterior al Decreto 180/2015 de casos crónicos, los accidentados con cobertura de la ART, posterior a su alta y determinación de incapacidad, debían gestionar su pensión mensual (previsional) y asistencia médica (PAMI) por sus medios.

Pero posterior a la fecha de sanción, 21-12-2015 y publicada en el boletín Nacional el 22-12-2015, es la ART quien debe brindar, en primer lugar, la asistencia médica completa, traslados (para él y su acompañante con pensión completa), y pensión vitalicia en caso de cumplimentar con la definición de GI.

A pesar de que el decreto ya cumple 8 años, aún se cuenta con errores de diagnóstico para determinar un caso como crónico.

Por lo tanto, queda en evidencia que también existe un desconocimiento, y en consecuencia, pueden resultar en errores al momento de diagnosticar-determinar GI, definido también en el mismo decreto como se explicó anteriormente.

Actualmente, es importante desde la ART, fomentar la autogestión de PAMI por parte de los damnificados que son definidos como casos crónicos, ya que muchas patologías que pueden presentarse en el transcurso de su vida, no cuentan con vínculo directo con sus secuelas del accidente, por ejemplo, diabetes en un lesionado medular, las cuales deben ser tratadas por su obra social.

También es importante reforzar la gestión de junta médica para determinar discapacidad y que pueden ser evaluados en base a la previsional, donde se tienen en cuenta el total de patologías de un accidentado, para que se evalúe la posibilidad de recibir una renta vitalicia a cargo del Estado.

Por lo tanto, acorde a la muestra analizada, teniendo en cuenta que lesionados medulares completos por debajo de T3, no deberían ser diagnosticados como GI; fue posible evidenciar que existe un 65,71% de error diagnóstico de GRIN en lesionados medulares completos bajos, y que anatómico-fisiológicamente no debería haberse diagnosticado como tal.

Es por ello que, para la ART, a partir de la Res 180/2015, implica, además del costo del otorgamiento de su asistencia médica vitalicia, dar curso a renta dineraria mensual hasta que el accidentado de por vida; derivando en la importancia del buen diagnóstico de GI, con las herramientas correspondientes.

Para concluir, una buena determinación-diagnóstico de GI según LRT, por parte del médico legista ante un reclamo judicial, debe ser justificada tanto a nivel de la lesión medular (completa o incompleta) que define su nivel de dependencia funcional, medible con la escala de Barthel (menor de 60 puntos= posible GI), como por la valoración de su médico fisiatra (Res 180/2015), comprendiendo el impacto que tiene en prestaciones dinerarias para la ART y la diferencia sustancial existente con la Ley Previsional por Discapacidad.

ANEXOS

Ejemplo 1:

- B. Rolando con diagnóstico de amputación de miembro inferior, dónde se arriba a una escala de Barthel de 115/126. Por su diagnóstico, cuenta con escasas limitaciones para poder realizar las actividades de la vida diaria.

ANEXO 1: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

TRABAJADOR: ~~Barral~~ Rolando Anastasio N° de SINIESTRO: ~~984900~~ FECHA: 29/10/19

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1- Alimentación	7
2- Aseo personal	6
3- Higiene	5
4- Vestimenta parte alta del cuerpo	7
5- Vestimenta parte baja del cuerpo	7
6- Uso del Baño	6
Control de Esfínter	
7- Control de Vejiga	7
8- Control de Intestino	7
Transferencias (Movilidad)	
9- Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	6
10- Transferencia al baño	5
11- Transferencia a la ducha o bañera	5
Locomoción	
12- Camina / Silla de ruedas	6
13- Escaleras	6
Comunicación	
14- Comprensión	7
15- Expresión	7
Conexión Social	
16- Interacción Social	7
17- Resolución de Problemas	7
18- Memoria	7
Puntaje Total	115

Ejemplo 2:

Cito un caso ejemplo de incongruencia y falta de criterio médico al momento de determinar GI:

- G. Tomas, edad 27 años, tuvo un diagnóstico de lesión medular completa a nivel de T4, se determinó un 100% de incapacidad, se arribó a una escala de Barthel (FIM) 114/126,

sin indicación médica fisiatra de requerir asistencia domiciliaria para realizar AVDB, a pesar de ello, fue determinado como GI por Comisión médica zonal.

DOCUMENTOS QUE CERTIFICAN:

En su Dictamen de Comisión Medica se determina:

DOCUMENTO UNICO: ~~39457715~~ por el MOTIVO.Divergencia en la Determinación de la Incapacidad.Visto y considerando que el carácter laboral de la contingencia no se encuentra controvertido por las partes, se procedió a valorar exclusivamente la prueba médica incorporada en las actuaciones, ello en los términos de la Resolución SRT N° 899/17. Del análisis de la documentación obrante en el expediente, esta Comisión Médica concluye y dictamina que corresponde determinar el grado de Incapacidad Laboral resultante, de acuerdo a lo normado por el Decreto 659/96 modificado por el Decreto 49/14, en base a las secuelas detectadas como consecuencia del siniestro denunciado. Aclaración: El Damnificado presento Traumatismo cerrado de tórax -hemoneumotorax izquierdo drenado- y FX de clavícula izquierda, con limitacion funcional hombro izquierdo -DVAN II, las secuelas por neumonologia,limitacion funcional de hombro izquierdo, y salud mental se mencionan pero no se cuantifican , debido a que por lesión medular presenta 100% Incapacidad, no presentando capacidad restante.

Dictamina En Mano: NO

Patologías Crónicas (Que ameritan Prestaciones de mantenimiento de por vida): SI

Diagnóstico de la Patología Crónica:

• Lesión medular

Evaluación de Adecuación de la Vivienda: SI

Incumplimiento del trabajador en estudios: NO

Incumplimiento del trabajador en documentación: NO

INCAPACIDAD

Fija porcentaje de Incapacidad: SI

Preexistencia: 0.00%

Capacidad restante: 100.00%

Lesión	Porcentaje(%)
Lesion medular completa nivel T5-T6 , Incapacidad 100%	100.00

Miembro superior hábil: Derecho **5% del...**0.00%

0.00%

SubTotal: 100.00%

Factores de ponderación

Tipo actividad:	Alta (0% - 20%)	20.00%	20.00%
Reubicación laboral:	No Amerita Recalificación (0%)	0.00%	0.00%
Edad:	De 21 a 31 años (0 a 3%)		0.00%

Porcentaje total:

100.00%

Tipo: PERMANENTE

Grado: TOTAL

Caracter: DEFINITIVO

Gran invalidez: SI

Y su Escala de Barthel informa:

ANEXO 1: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

TRABAJADOR: García Tomás Julián

N° de SINIESTRO: 1003849

FECHA: 23/06/2020

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1 Alimentación	7
2 Aseo personal	7
3 Higiene	7
4 Vestimenta parte alta del cuerpo	7
5 Vestimenta parte baja del cuerpo	7
6 Uso del Baño	7
Control de Esfínter	
7 Control de Vejiga	6
8 Control de Intestino	5
Transferencias (Movilidad)	
9 Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	6
10 Transferencia al baño	6
11 Transferencia a la ducha o bañera	6
Locomoción	
12 Camina / Silla de ruedas	7
13 Escaleras	1
Comunicación	
14 Comprensión	7

ANEXO 1: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Fecha Informe: 24/06/2020

15 Expresión	7
Conexión Social	
16 Interacción Social	7
17 Resolución de Problemas	7
18 Memoria	7
Puntaje Total	114

Ejemplo 3: GI determinado por acuerdo judicial.

- R. Hector, de 31 años de edad, con diagnóstico de lesión medular incompleta a nivel de C3, con 80% de incapacidad, es determinado como GI (por reclamo legal) a pesar de Barthel (FIM) 105/126 y no cuenta con indicación fisiatría de necesitar cuidador. Si cuenta

con ILPT pero sin necesidad de un tercero (medico fisiatra + FIM), es por ello que no aplica a definición de GI.

DOCUMENTOS PROBATORIOS:

Su Dictamen de Comisión Medica determina:

INCAPACIDAD		
LESIONES		PORCENTAJE
- Lesión incompleta de C3 C4: 70% del 100% de C.R.		73,00 %
- RVAN Tipo Neurosis Depresiva Grado II: 10 % del 30% de C.R. = 3%		3,00 %
Miembro Superior Hábil: Derecho		0,00 %
Subtotal:		73,00 %
FACTORES DE PONDERACION		
Tipo de actividad:	Alta (0 al 20 %)	(7,00 % del 73,00 %) ... 5,11 %
Recalificación Laboral:	No America (0%)	(0,00 % del 73,00 %) ... 0,00 %
Edad:	Entre 21 y 31 años (0 al 3%)	1,89 %
PORCENTAJE TOTAL		80,00 %
Tipo:	Permanente	
Grado:	Total	Carácter: Definitiva
		Gran Invalidez: No

Mientras que su Barthel informa:

ANEXO 1: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

TRABAJADOR: Héctor Damián ~~Barros~~

N° de SINIESTRO: ~~993664~~

FECHA: 20/05/2023 realizado por tele asistencia

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1- Alimentación	6
2- Aseo personal	7
3- Higiene	6
4- Vestimenta parte alta del cuerpo	4
5- Vestimenta parte baja del cuerpo	4
6- Uso del Baño	7
Control de Esfínter	
7- Control de Vejiga	7
8- Control de Intestino	7
Transferencias (Movilidad)	
9- Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	6
10- Transferencia al baño	6
11- Transferencia a la ducha o bañera	6
Locomoción	
12- Camina / Silla de ruedas	6

Fecha Informe: 24/05/2023

13- Escaleras	4
Comunicación	
14- Comprensión	7
15- Expresión	7
Conexión Social	
16- Interacción Social	7
17- Resolución de Problemas	7
18- Memoria	7
Puntaje Total	105/126

NOTA: La puntuación de los ítems debe ser de la cual el paciente realizó las pruebas institucionales de la cual se obtuvo el puntaje.

Ejemplo 4:

- O. Nelson, de 47 años, con diagnóstico de lesión medular incompleta a nivel de L2, con 96.39% de incapacidad, es determinado como GI con de escala de Barthel (FIM) 42/126.

DOCUMENTACION PROBATORIA

Su Dictamen de Comision Medica determina:

INCAPACIDAD

Fija porcentaje de Incapacidad: SI

Preexistencia: 0.00%

Capacidad restante: 100.00%

Lesión	Porcentaje(%)
Lesión medular a nivel de L2, con deficit incompleto de la función medular . Incapacidad 90 %	90.00
Desarrollo Vivencial Anormal Neurótico grado III (tres) 20 % de una CR 10 % Inc. 2 %	2.00
Miembro superior hábil: No Aplica 5% del...0.00%	0.00%
SubTotal: 92.00%	
Factores de ponderación	
Tipo actividad: Alta (0% - 20%)	4.00% 3.68%
Reubicación laboral: No amerita Recalificación (0%)	0.00% 0.00%
Edad: De 31 y más años (0 a 2%)	0.71%
Porcentaje total:	96.39%

Tipo: PERMANENTE

Grado: TOTAL

Caracter: DEFINITIVO

Gran invalidez: SI

Y su Escala de Barthel informa:

Fecha Informe: 12/3/2021

ANEXO 1: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

TRABAJADOR: N° de SINIESTRO: FECHA:

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1- Alimentación	2
2- Aseo personal	1
3- Higiene	1
4- Vestimenta parte alta del cuerpo	2
5- Vestimenta parte baja del cuerpo	1
6- Uso del Baño	1
Control de Esfínter	
7- Control de Vejiga	1
8- Control de Intestino	1
Transferencias (Movilidad)	
9- Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	1
10- Transferencia al baño	1
11- Transferencia a la ducha o bañera	1
Locomoción	
12- Camina / Silla de ruedas	1
13- Escaleras	1
Comunicación	
14- Comprensión	7
15- Expresión	7
Conexión Social	
16- Interacción Social	3
17- Resolución de Problemas	3
18- Memoria	7
Puntaje Total	42

Ejemplo 5: 100% incapacidad, GI determinado por reclamo judicial.

Cito el ejemplo del accidentado

- J. Javier, de 49 años, con diagnóstico de lesión medular a nivel de C6, por acuerdo extrajudicial se determina un 100% y determina GI, con índice de Barthel (FIM) 56/126, corresponde la misma teniendo en cuenta que desde fisioterapia también determinaron asistencia de cuidador permanente para realizar las actividades de la vida diaria.

DOCUMENTOS PROBATORIOS

Sentencia judicial que determina:

PRIMERA: El trabajador asegurado, Sr JAVIER ESTEBAN JOFRE, DNI 23.059.345, sufrió un accidente de trabajo en fecha 09/03/2015 registrado con número de siniestro 757686, a raíz del cual padeció **lesión medular completa a nivel C6-C7.**

SEGUNDA: A raíz del accidente mencionado, ambas partes entienden que el actor padece un **100% de incapacidad con carácter permanente, total y definitivo.** Dicha incapacidad,

SEPTIMA: Luego de ser externado de la Fundación San Andres, la Aseguradora seguirá brindando a JAVIER ESTEBAN JOFRE la medicación y asistencia médica que indiquen los médicos tratantes de la Fundación, previa autorización de auditoría médica de la Segunda ART y de conformidad con lo que corresponda según la Superintendencia de Riesgos del Trabajo/ Comisión Médica. Respecto a prestaciones en especie futuras, se deja expresamente aclarado que La Segunda ART SA seguirá otorgando las que por Ley correspondan, siempre que sean indicadas por un profesional médico prestador de la Aseguradora (habilitado por la SRT), o por la propia SRT y se ajusten a las necesidades del paciente. Conforme al porcentaje establecido de incapacidad, las prestaciones en especie (medico asistenciales) previstas en la legislación que regula el caso, serán otorgadas por todo el tiempo que el accidentado se mantenga en situación de **GRAN INVALIDEZ**

A su vez, su escala de Barthel informa:

ANEXO 1: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Nombre y Apellido: **Jofre, Javier**

N° de SINIESTRO: **757686**

FECHA: 08/08/23

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1. Alimentación	1
2. Asco personal	2
3. Higiene	1
4. Vestimenta parte alta del cuerpo	2
5. Vestimenta parte baja del cuerpo	1
6. Uso del Baño	1
Control de Esfínter	
7. Control de Vejiga	1
8. Control de Intestino	1
Transferencias (Movilidad)	
9. Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	2
10. Transferencia al baño	1
11. Transferencia a la ducha o bañera	1
Locomoción	
12. Camina / Silla de ruedas	6
13. Escaleras	1
Comunicación	
14. Comprensión	7
15. Expresión	7
Conexión Social	
16. Interacción Social	7
17. Resolución de Problemas	7
18. Memoria	7
Puntaje Total	56

Ejemplo 6: 100% incapacidad, CM no determina GI.

- G. Facundo, con diagnóstico de lesión medular a nivel de T3, DCM 100% no determina GI, cuenta con Barthel de 84/126, sin necesidad por parte de su médico fisiatra de necesitar cuidador para realizar sus actividades de la vida diaria.

Su DCM determina:

LESIONES	INCAPACIDAD	PORCENTAJE
- lesión completa	medular T3 con paraplejía espástica	100,00 %
Miembro Superior Hábil: Derecho		0,00 %
Subtotal:		100,00 %
FACTORES DE PONDERACION		
Tipo de actividad :	Ninguna (0%)	(0,00 % del 100,00 %) ... 0,00 %
Recalificación Laboral :	No Amerita (0%)	(0,00 % del 100,00 %) ... 0,00 %
Edad: Mayor de 31 años (0 al 2%)		0,00 %
PORCENTAJE TOTAL		100,00 %
Tipo: Permanente		
Grado: Total Carácter: Definitiva Gran Invalidez : No		

Mientras que su escala de Barthel informa:

ANEXO 1: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

TRABAJADOR: Facundo **Godoy Ross** N° de SINIESTRO: **3045645** FECHA: 21.02.2020

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1- Alimentación	7
2- Aseo personal	7
3- Higiene	3
4- Vestimenta parte alta del cuerpo	4
5- Vestimenta parte baja del cuerpo	3
6- Uso del Baño	3
Control de Esfínter	
7- Control de Vejiga	1
8- Control de Intestino	1
Transferencias (Movilidad)	
9- Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	5
10- Transferencia al baño	4
11- Transferencia a la ducha o bañera	3
Locomoción	
12- Camina / Silla de ruedas	7
13- Escaleras	1
Comunicación	

Fecha Informe: 25/02/2020	
14- Comprensión	7
15- Expresión	7
Conexión Social	
16- Interacción Social	7
17- Resolución de Problemas	7
18- Memoria	7
Puntaje Total	84/126

Ejemplo 7: GI determinado por CM, lesión medular a nivel C3, cuadripléjico.

- T. Pablo, con diagnóstico de lesión medular completa a nivel de C3, GI, con 100% de ILPD; donde se informa una escala 43/126.

INCAPACIDAD

Fija porcentaje de Incapacidad: SI

Preexistencia: 0.00%

Capacidad restante: 100.00%

Lesión		Porcentaje(%)
Traumatismo raquimedular Nivel C4 completo		100.00
Miembro superior hábil:	No Aplica 5% del...0.00%	0.00%
		SubTotal: 100.00%
Factores de ponderación		
Tipo actividad:	Ninguna	0.00%
Reubicación laboral:	No Amerita Recalificación (0%)	0.00%
Edad:	De 31 y más años (0 a 2%)	0.00%
Porcentaje total:		100.00%
Tipo: PERMANENTE	Grado: TOTAL	Caracter: DEFINITIVO
Gran invalidez: SI		

TRABAJADOR: ~~XXXXXXXXXX~~ Pablo Daniel N° de SINIESTRO: ~~XXXXXXXXXX~~ FECHA: 14/09/2019

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1 Alimentación	1
2 Aseo personal	1
3 Higiene	1
4 Vestimenta parte alta del cuerpo	1
5 Vestimenta parte baja del cuerpo	1
6 Uso del Baño	1
Control de Esfínter	
7 Control de Vejiga	1
8 Control de Intestino	1
Transferencias (Movilidad)	
9 Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	1
10 Transferencia al baño	1
11 Transferencia a la ducha o bañera	1
Locomoción	
12 Camina / Silla de ruedas	1
13 Escaleras	1
Comunicación	
14 Comprensión	7
15 Expresión	7
Conexión Social	
Fecha Informe: 18 de Septiembre de 2019	
16 Interacción Social	4
17 Resolución de Problemas	5
18 Memoria	7
Puntaje Total	43

NOTA: La necesidad de los datos debe ser de la que el paciente realiza de forma habitual u no de la que el paciente es

Ejemplo 8 y 9: Los dos casos cuentan con diagnóstico de lesión medular a nivel de T12, ambos se reinsertaron laboralmente, con escala de Barthel similar (99vs 109/126), ninguno con necesidad de asistencia de terceros, pero uno fue determinado como GI por la CM, expreso en su DM.

- a. S. Nahuel, lesión medular T12 completa, DCM 95,15%, GI no, Barthel 96/126. Actualmente se encuentra trabajando en una fábrica en la localidad de Iguazú. Se encuentra recibiendo sus controles médicos/farmacológicos/traslados a cargo de la ART.

Fecha de revisión de la incapacidad por Asegurado /Empleado/Autosegurado

Plazo legal para dictaminar incapacidad definitiva : 18/09/2014

LESIONES	INCAPACIDAD	PORCENTAJE
- Traumatismo raquímedular completo de nivel T 12		90,00 %
- D.V.A.N Grado III; 20% de CR 10%		2,00 %
- Cicatriz frontal mayor a 4 centímetros transversal 8% de CR 8%		1,15 %
Miembro Superior Hábil: Derecho.		0,00 %

Subtotal: 93,15 %

FACTORES DE PONDERACION

Tipo de actividad : Ninguna (0%)

(0,00 % del 93,15 %) ... 0,00 %

Recalificación Laboral : No Arrocita (0%)

(0,00 % del 93,15 %) ... 0,00 %

Edad: Entre 21 y 31 años (0 al 3%)

2,00 %

PORCENTAJE TOTAL

Tipo: Permanente

Grado: Total Carácter: Provisional **Gran Invalidez : No**

95,15 %

ANEXO I: MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

TRABAJADOR: ~~Sparaco~~ Nahuel

Nº de

SINIESTRO: ~~542069~~ FECHA: 03/09/2021

TABLA DE PUNTUACION

Puntuación: 7 Independencia completa; 6 Independencia con adaptación; 5 Supervisión; 4 Mínima Asistencia (sujeto = 75 % o más); 3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % o más); 2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % o más); 1 Asistencia total (sujeto = 0 % o más)

ITEM	PUNTAJE
Cuidado Personal	
1- Alimentación	7
2- Aseo personal	6
3- Higiene	6
4- Vestimenta parte alta del cuerpo	6
5- Vestimenta parte baja del cuerpo	6
6- Uso del Baño	6
Control de Esfínter	
7- Control de Vejiga	1
8- Control de Intestino	1
Transferencias (Movilidad)	
9- Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas	6
10- Transferencia al baño	6
11- Transferencia a la ducha o bañera	6
Locomoción	
12- Camina / Silla de ruedas	6
13- Escaleras	1

Comunicación	
14- Comprensión	7
15- Expresión	7
Conexión Social	
16- Interacción Social	7
17- Resolución de Problemas	7
18- Memoria	7
Puntaje Total	99/126

- L. Carlos, lesión medular T12 completa, DCM 95,09%, GI si, Barthel 109/126. Actualmente se encuentra trabajando realizando tareas de albañilería. Recibe sus controles médicos/farmacológicos/traslados a cargo de la ART. Además, de la renta vitalicia a cargo de la ART por su condición de GI.

INCAPACIDAD
 Fija porcentaje de Incapacidad: SI
 Preexistencia: 0.00%
 Capacidad restante: 100.00%

Lesión	Porcentaje(%)
Lesión medular completa a nivel T12	95.00

Miembro superior hábil: Derecho 5% del...0.00% 0.00%
SubTotal: 90.00%

Factores de ponderación

Tipo actividad: Ninguna	0.00%
Reubicación laboral: Emerita Recalificación (10%)	9.00%
Edad: De 31 y más años (0 a 2%)	1.00%
Porcentaje total:	100.00%

Tipo: PERMANENTE
 Gran invalidez: SI Grado: TOTAL Caracter: DEFINITIVO

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Moreno A. Problemas derivados de la indeterminación legal de la profesión habitual. Situaciones de compatibilidad no deseadas y propuestas de revisión Med Segur Trab (Internet) 2016; Suplemento extraordinario: 69-76

Amengual GM, Puig Bausili L, Gómez Montoro J, Jiménez Jiménez AJ. Aspectos médico-legales de las incapacidades laborales. Medicina Clínica. 2006; 126 (17): 671-675.

Arguedas Piedra MA. El estado de invalidez y su definición, un desafío médico legal. Med. leg. Costa Rica, 2002; 19 (2): 79 -85.

Base de datos de GI hasta noviembre.2022 de aseguradora de riesgo de trabajo.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000200006

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=241319> - Pagina SRT

<https://www.argentina.gob.ar/srt/art/pagos-art/gran-invalidez>

<https://www.aspaymmadrid.org/wp-content/uploads/2018/05/guia-manejo-integral-2013.pdf>

<https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/plexo-braquial-es>