



**FEDERACIÓN ARGENTINA DE EMPLEADOS DE
COMERCIO Y SERVICIOS**

**COBERTURA DE LAS ASEGURADORAS
DE RIESGO DE TRABAJO (ART) POR
COVID – 19**

SECRETARÍA DE HIGIENE, MEDICINA Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

COBERTURA DE LAS ASEGURADORAS DE RIESGO DE TRABAJO (ART) POR COVID - 19

- **De acuerdo al DNU 367/2020** del Poder Ejecutivo Nacional, corresponde otorgar cobertura de la ART a los trabajadores que hubiesen contraído COVID-19 en el desempeño de sus actividades laborales, siempre que las mismas se encuentren en el listado de “actividades esenciales” expresamente autorizadas. Beneficio vigente hasta los sesenta (60) días posteriores a la finalización de la emergencia pública sanitaria.

Enlace al texto del DNU 367/2020:

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227750/20200414>

- Mediante la resolución 38/2020, la Superintendencia de Riesgos de Trabajo de la Nación reguló la cobertura estableciendo las modalidades y trámites requeridos.

Enlace al texto de la Res. SRT 38/2020:

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/228398/20200429>

PROCEDIMIENTO

1- ¿QUÉ HACER SI UN TRABAJADOR CONTRAE COVID 19?

Una vez que el trabajador es diagnosticado, deberán comunicarse al **Centro de Emergencias Médicas de la ART** del empleador, para presentar la documentación y realizar la denuncia.

2- ¿QUÉ INFORMACIÓN SE REQUIERE PARA REALIZAR LA DENUNCIA?

a) Datos básicos para la identificación del Empleador (Razón social, Nro. de CUIT, Nro. de Contrato) y del Trabajador (Nombre Apellido, Nro. de CUIL).

b) Estudio de diagnóstico de entidad sanitaria incluida en el REGISTRO FEDERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (R.E.F.E.S.) conforme a Res. M.S.N. N° 1.070/2009, con resultado positivo por coronavirus COVID-19, debidamente firmado por profesional identificado y habilitado por la matrícula correspondiente (según Art. 2° DNU N° 367/20).

- c) Nota del empleador con la descripción del puesto de trabajo, las funciones, actividades o tareas habituales desarrolladas por el trabajador, así como las jornadas trabajadas y los horarios de trabajo durante el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO) ordenado por el DNU N° 297 del 19/03/2020 y normas complementarias. Ver modelo de Nota en ANEXO I.
- d) Constancia de dispensa otorgada por el empleador en los términos del artículo 6º del DNU N° 297/20 y normas complementarias, emitida con arreglo a las reglamentaciones vigentes, y a los efectos de certificar la afectación laboral al desempeño de actividades declaradas esenciales (según Art. 1º del DNU N° 367/20). Ver descripción y modelo de dispensa en ANEXO II.
- e) Formulario de denuncia que indique la ART.
- f) Certificado Único de Circulación habilitante. (APP CUIDAR)

1. ¿QUIÉN PUEDE REALIZAR LA DENUNCIA?

El empleador, el trabajador damnificado o sus derechohabientes.

- En el caso de que la ART no responda en el término de las 24hs. ante la denuncia formal, o ante la negativa de esta a recibir la denuncia, el trabajador damnificado o su representante legal, puede presentar el reclamo respectivo ante el Departamento de Atención al Público y Gestión de Reclamos de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, la que deberá responder en un plazo perentorio de 48 horas. Su dictamen será vinculante y en caso de silencio del organismo se entenderá que se admite el reclamo.

Ver las opciones en: <https://www.argentina.gob.ar/srt/contacto/consultas-y-reclamos>

2. ¿QUÉ COBERTURA BRINDARÁ LA ART?

Una vez presentado el certificado médico que acredite la condición de infectado de Covid-19 del trabajador, se presume que la enfermedad es consecuencia de su actividad laboral por lo que la ART no puede rechazar la cobertura denunciada otorgándole, de forma inmediata, las prestaciones de ley, a saber:

- Cobertura prestacional de internación o aislamiento, según corresponda.
- Reintegro de haberes por los días no trabajados a consecuencia de la enfermedad que están a cargo de la ART.
- Atención y seguimiento médico durante todo el periodo de tratamiento.
- Provisión gratuita de medicamentos, entre otros servicios.
- Prestaciones dinerarias en concepto de Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.) y fallecimiento.

3. ¿CÓMO ES EL PROCESO DE ALTA DEL TRABAJADOR?

- El alta laboral del trabajador aplicará en función a los protocolos de ministerios de salud de cada jurisdicción. Por lo tanto, los trabajadores podrán ser rehisopados o no dependiendo del procedimiento de cada protocolo.
- Una vez que el trabajador tiene el alta epidemiológica, será contactado por la ART para el alta médico laboral definitiva lo que le permitirá reincorporarse a sus tareas laborales.

4. PROCEDIMIENTO ANTE LA COMISIÓN MÉDICA CENTRAL PARA LA DETERMINACIÓN DEFINITIVA DEL CARÁCTER PROFESIONAL DE LA ENFERMEDAD

La cobertura por parte de la ART no se trata de una aceptación definitiva, pues el trabajador deberá presentarse (con patrocinio letrado) ante la Comisión Médica Central que determinará el carácter definitivo la enfermedad Covid-19 como patología laboral, presentando la denuncia mediante un escrito donde debe describir las circunstancias fácticas que se acrediten las tareas y el fundamento de la relación de causalidad directa e inmediata de la enfermedad con las actividades desarrolladas en su empleo. Debe acompañar la historia clínica y la constancia de alta médica otorgada por la ART.

El alta médica implica el cese de la Incapacidad Laboral Temporaria (I.L.T.). El trámite para la determinación definitiva del carácter profesional de la enfermedad COVID-19 deberá ser iniciado por el trabajador, sus derechohabientes o su apoderado, a través de la Mesa de Entradas de la COMISIÓN MÉDICA JURISDICCIONAL (C.M.J.) correspondiente al domicilio del trabajador/a o mediante la Mesa de Entradas Virtual, debiendo acompañar:

1. Escrito de presentación con correspondiente patrocinio letrado, que deberá contener:

- Descripción del puesto de trabajo, funciones, actividades o tareas habituales desarrolladas así como las jornadas trabajadas durante el ASPO.
- El fundamento de la relación de causalidad directa e inmediata de la enfermedad COVID-19, con el trabajo efectuado en el contexto del ASPO;

2. D.N.I. del trabajador

3. D.N.I. y Matrícula del abogado patrocinante.

4. Historia Clínica de la enfermedad COVID-19, en caso de haber recibido tratamiento médico en Obra Social o en prestadores públicos o privados.

5. Constancia de Alta Médica otorgada por la A.R.T.

6. Toda otra documentación pertinente para acreditar la relación de causalidad.
7. La CMJ dará traslado a la Comisión Médica Central la que determinará la relación de causalidad entre la enfermedad y el trabajo realizado por el trabajador, emitiendo dictamen correspondiente dentro de los TREINTA (30) expidiéndose sobre el carácter profesional de la enfermedad.
8. Dentro de los TRES (3) días hábiles desde la notificación del Dictamen de la CMC se podrá solicitar la rectificación de errores materiales o formales o la revocación del mismo. Reclamos que deberán ser resueltos dentro de los TRES (3) días de presentados y notificados a todas las partes.
9. El dictamen de la C.M.C. puede ser recurrido por cualquiera de las partes y dentro de los QUINCE (15) días hábiles de notificados ante los tribunales del fuero laboral de la jurisdicción correspondiente.

Cuando el trabajador damnificado o sus derechohabientes deseen realizar reclamos ante la COMISIÓN MÉDICA CENTRAL (C.M.C.) y las COMISIONES MÉDICAS JURISDICCIONALES (C.M.J.) (por Divergencia por Carácter Profesional del coronavirus COVID-19, o Divergencia en las Prestaciones o Divergencia en el Alta) lo podrán hacer a través del módulo “Trámites a Distancia” (TAD) del Sistema de Gestión Documental Electrónica (GDE).

5. PATROCINIO LETRADO OBLIGATORIO.

El trabajador o sus derechohabientes contarán con patrocinio letrado obligatorio durante todo el procedimiento, otorgado por la SRT de manera gratuita.

ANEXO I**MODELO DE NOTA PARA DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO, FUNCIONES, ACTIVIDADES O TAREAS HABITUALES DESARROLLADAS Y DÍAS Y HORARIOS TRABAJADOS.**

Nombre del Empleador, CUIT XX-XXXXXXXX-X, certifica que el Sr/a _____ DNI
XXXXXXXX, CUIL XX-XXXXXXXX-X cumple tareas en esta compañía/empresa:

- Descripción del puesto de trabajo:
- Función: **(describir)**
- Tarea habitual: **(describir)**
- Jornadas trabajadas (Durante la dispensa del aislamiento preventivo y obligatorio ordenado por DNU 297/2020): **(describir días y horarios en este periodo en particular y aclarando si fue modificado durante la dispensa del aislamiento social, preventivo y obligatorio).**

Se extiende el presente para ser presentado ante autoridad competente.

Firma de Representante Legal o Apoderado

ANEXO II - DISPENSA

¿Qué es una dispensa? Una dispensa es un Permiso que otorga el empleador a los trabajadores declarados esenciales en conformidad con lo dispuesto por el D.N.U. N° 297/2020 y normas complementarias, que lo habiliten a trabajar y según los términos del Art. 1° del DNU 367/2020 y lo reglamentado por Res. S.R.T. N° 38/20.

¿Por qué es necesaria la dispensa? Porque CERTIFICA la afectación laboral del trabajador damnificado al desempeño de actividades y servicios DECLARADOS ESENCIALES por la autoridad competente, desde el inicio del ASPO o desde que su actividad se declaró esencial, si ello hubiera ocurrido con posterioridad.

Nota modelo de dispensa

LUGAR Y FECHA:

En mi carácter de director / representante legal / apoderado de la empresa (Nombre de la Empresa/ Razón Social), CUIT N° _____, con domicilio legal en _____, localidad _____, Provincia _____, Tel _____, CERTIFICO que el/la Sr/a (Apellido y Nombre del/la Trabajador/a), con DNI: (Número de DNI), domiciliado/a en calle: (Domicilio del trabajador), Localidad _____, actualmente se desempeña en relación de dependencia en la citada empresa, en el establecimiento ubicado en (Domicilio del establecimiento). Quien se encuentra exceptuado del cumplimiento del “aislamiento social, preventivo y obligatorio” y de la prohibición de circular desde el (declarar la fecha desde la cual está cumpliendo funciones el/la trabajador/a desde que se dictó el ASPO), por encontrarse afectado a actividades y servicios declarados esenciales conforme a (Indicar el número de Decisión Administrativa que declara vuestra actividad como esencial “DNU N°, Art e Inciso.), (aclarar la actividad esencial).

Se extiende el presente certificado en el contexto de crisis sanitaria Covid-19 que atraviesa nuestro país, para su presentación ante quien corresponda.

Firma de Representante Legal o Apoderado