

**DECRETO N° 2172**

**NEUQUÉN, 19 DIC 2001**

**VISTO:**

El Expediente SGC N° 12294-M-01, originado en la Nota N° 570/01 emanada de la Dirección de Medicina Laboral; y

**CONSIDERANDO:**

Que mediante la misma eleva planilla de procedimiento ante un accidente de trabajo y formulario de Informe Accidente / Incidente, a los efectos de su aprobación;

Que la División Servicio de Higiene y Seguridad será la encargada de distribuir a cada sector responsable de personal, las planillas y el instructivo correspondiente;

Que el procedimiento citado agrega al ya implementado un mejor estudio del Accidente/ Incidente y la mayor participación de los jefes de cada sector;

Que habiendo tomado intervención la Dirección Municipal de Asuntos Jurídicos, se expide por Dictamen N° 991/01 manifestando que no tiene objeciones que formular al instructivo para el caso de accidentes de trabajo, sugiriendo el dictado de la norma legal para su aplicación;

Que se cuenta con el V° B° del señor Secretario General y de Coordinación;

Que por Informe N° 794/01, la Dirección Municipal de Recursos Humanos y Política Laboral dispone el traslado de la documentación a la Dirección Municipal de Despacho solicitando el dictado de la norma legal por la cual se apruebe el diseño del formulario de Informe de Accidente/Incidente y Procedimiento ante Accidente de Trabajo, elaborado por la Dirección de Medicina Laboral y que obra a fs. 2/5;

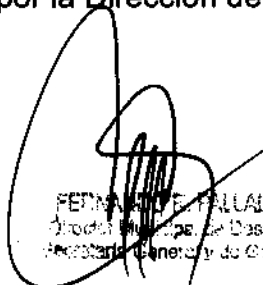
**Por ello:**

**EL INTENDENTE MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE NEUQUÉN**

**DECRETA:**

**Artículo 1º) APROBAR** el diseño del formulario de Informe de  
----- Accidente/Incidente y el Procedimiento ante Accidente de  
Trabajo, elaborado por la Dirección de Medicina Laboral y que como Anexo I,

///...2º

  
FERNANDO E. PALLADINO  
Oficial Municipal de Despacho  
Secretaría General y de Gobierno

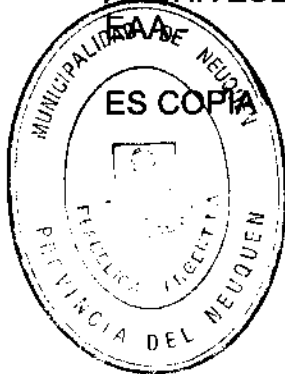
2º...///

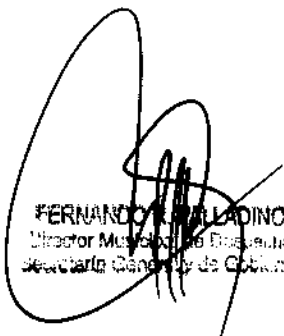
forman parte del presente Decreto.-

**Artículo 2º) TOME** conocimiento de lo dispuesto precedentemente la  
----- Dirección Municipal de Recursos Humanos y Política Laboral a  
los fines que estime correspondan.-

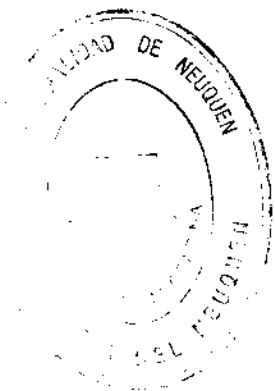
**Artículo 3º)** El presente Decreto será refrendado por el señor Secretario  
----- General y de Coordinación.-

**Artículo 4º)** Regístrese, publíquese y cúmplase de conformidad, dese al  
----- Centro de Documentación e Información y oportunamente  
ARCHÍVESE.-



  
FERNANDO VALLADINO  
Director Municipal de Recursos  
Secretaría General y de Gobierno

FDO) QUIROGA  
MASSEI



## ANEXO I

### **PROCEDIMIENTO ANTE ACCIDENTE DE TRABAJO**

#### **1. OBJETO**

Establecer el procedimiento a seguir ante la ocurrencia de accidentes de trabajo.

#### **2. INTENCION**

- Asegurar la atención médica de los lesionados en forma adecuada y eficaz.
- Producir los informes correspondientes en relación a lo sucedido a los efectos legales, de Higiene y Seguridad Laboral y de información de las áreas.
- Posibilitar la prevención de accidentes a través de la investigación de las causas y su corrección.

#### **3. PROCEDIMIENTO**

##### **3.1. Definición del Accidente de Trabajo**

Se considera **accidente de trabajo** (Ley 24557) a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

##### **3.2. Procedimiento a seguir en los casos de accidentes de trabajo**

- Es obligación de todo empleado que haya tenido un accidente, notificarlo a su jefe directo en el transcurso de la jornada en la que se produjo. Ante razones de distancia se podrá utilizar la comunicación por servicio de radio o telefónico.
- En caso de producirse lesiones personales, la Jefatura deberá proceder conforme se indica a continuación:
  - brindar los primeros auxilios.
  - arbitrar los medios necesarios para el traslado de los lesionados a la Clínica contratada por la ART.
  - de existir imposibilidad ambulatoria de el/los lesionado/s (pérdida de conciencia, hemorragia u otros signos de gravedad) solicitar el servicio de ambulancia. ( ART O CONVENIO AMEN).
  - disponer en el lugar las medidas necesarias para evitar su repetición.

##### **3.3. Informe del Accidente de Trabajo**

Ante la notificación de ocurrencia de accidente de trabajo, éstos serán investigados e informados por escrito dentro de las 24 horas de producido, a más tardar en el primer día hábil subsiguiente.

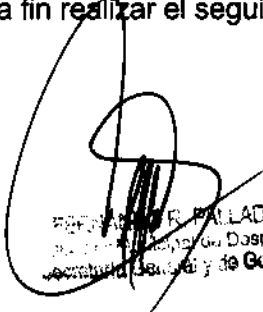
El Supervisor o Jefe directo del accidentado deberá:

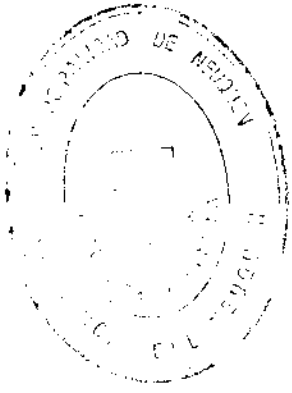
- Confeccionar la **Denuncia de Accidente en el formulario de la ART** y el **formulario de Solicitud de Atención Médica** que el accidentado presentará al prestador. ( Polar/Cemelar/Cmit)
- Investigar las causales del accidente, buscando la información necesaria para implementar las medidas correctivas que eviten su repetición.
- Registrar por escrito toda la información relativa al accidente en el **formulario "Informe de Accidente / Incidente** (hasta donde dice **"Diagnóstico Médico"**), y presentarlo en la División de Higiene y Seguridad, en un plazo NO mayor de 72 hs.

##### **3.4. Dirección de Medicina Laboral.**

- a) Recibe de la Dirección de Personal la información relativa a cada accidente y certificaciones médicas a fin realizar el seguimiento.

///...2º

  
ROBERTO PALLADINO  
Subsecretario de Despacho  
Secretaría de Salud y de Gobierno



2º...///

**El accidentado no podrá reintegrarse a sus tareas habituales sin el alta médica emitida por el prestador que lo atendió durante la baja.**

Los certificados médicos se presentarán en la Dirección de Personal y solo el Alta Médica se presentará en la Dirección de Medicina Laboral, debiendo llevarla el accidentado para así ver condiciones de alta y asesorarlo ante cualquier duda o divergencia.

### **3.5. Investigación del Accidente de Trabajo**

**3.5.1.**El Servicio de Higiene y Seguridad Laboral, tendrá la responsabilidad de la investigación de los accidentes de trabajo más relevantes (por el hecho, la lesión o repetición) denunciados y de la emisión del informe final.

**3.5.2.**El Jefe deberá cooperar con Higiene y Seguridad Laboral mientras se lleve a cabo la investigación del accidente denunciado. Así mismo deberá -ante el requerimiento de Higiene y Seguridad Laboral- efectuar un informe del análisis del accidente.

#### **IMPORTANTE**

**Los accidentes sin lesiones personales deberán ser igualmente investigados e informados.**


**Las condiciones y acciones peligrosas pueden ser corregidas solamente cuando se conocen específicamente.**


**Es responsabilidad del trabajador implicado y de su supervisor inmediato identificar las condiciones peligrosas y sugerir soluciones factibles.**

**(SE ADJUNTA MODELO DE INFORME DE ACCIDENTE /INCIDENTE)**

  
FERNANDO R. ESCUDINO  
Municipio de Dospecho  
Secretaría de Asesoría y Gobierno



 <b>MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE NEUQUÉN</b>		<b>INFORME DE ACCIDENTE/INCIDENTE</b>			NÚMERO INTERNO					
<b>DATOS DEL ACCIDENTADO</b>										
APELLIDO Y NOMBRE DEL LESIONADO		ADMINISTRACION	PRODUCCION	SECTOR	PUESTO					
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO		TAREA REALIZADA	CONOCIMIENTO DE LA TAREA		HORARIO DE TRABAJO					
AÑOS MESES	HABITUAL ESPECIAL NO HABITUAL	MUY PRACTICO POCO PRACTICO	PRACTICO APRENDIENDO	HABITUAL EXTRAS	MAÑANA TARDE NOCHE					
<b>DATOS DEL INCIDENTE/ACCIDENTE</b>										
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL SUCESO			FECHA	HORA	D L M M J V S D					
TAREA EN EJECUCION AL MOMENTO DEL SUCESO			APELLIDO Y NOMBRE DEL SUPERVISOR A CARGO							
<b>DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:</b> ..... ..... ..... .....										
<b>ELEMENTOS DE PROTECCION UTILIZADOS:</b> ..... ..... .....										
<b>MEDIDAS PARA QUE NO SE REPITA:</b> ..... ..... .....										
					..... <b>FIRMA DEL JEFE</b>					
<b>DIAGNOSTICO MEDICO:</b> .....										
<b>INCAPACIDAD</b>										
MORTAL		N° DE JORNADAS PERDIDAS:		<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						
INCAPACIDAD PERMANENTE		HORAS HOMBRE PERDIDAS DEL ACCIDENTADO								
INCAPACIDAD TEMPORAL		TOTAL JORNADAS PERDIDAS								
SIN PERDIDAS DE JORNADAS:		JORNADAS PERDIDAS/BAREMO								
FECHA DE ALTA:.....:.....:.....:										
<b>FACTORES DEL ACCIDENTE</b>										
FORMA DEL ACCIDENTE:	<b>CODIGO</b> <table border="1" style="width: 50px; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					CONDICION PELIGROSA:	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			
AGENTE MATERIAL:		ACTO INSEGURO:	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>							
NATURALEZA DE LA LESION:		FACTOR CONTRIBUYENTE:	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>							
UBICACION DE LA LESION		..... <b>RESPONSABLE DE SEGURIDAD</b>								
<b>ACCIDENTES ANTERIORES</b>										
N° ACC	FECHA	C. D. COST	T. DIAS PERD	DESCRIPCION/OBSERVACIONES						

  
**FERNANDO PALLADINO**  
 Director Municipal de Despecho  
 Seguridad, Salud y Medio Ambiente