

## INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO SERVICIO DE AUDITORIA MEDICA LABORAL PARA EL PERSONAL DOCENTE (LEY 10579)

### Introducción

**Normativa aplicable:** Estatuto del Docente (Ley 10579) y su reglamentación, y demás legislación vigente, o sus respectivas modificatorias; Régimen de Licencias del Personal Docente Decreto Nº 688/93 artículo 114 incisos A, D, F, H, Ñ y O; Acuerdo Paritario del 28 de febrero de 2008 "Licencia Médica por Enfermedades Crónicas"; Acuerdo Paritario del 03 de junio de 2009 "Licencia para Diagnóstico y Tratamiento de Fertilidad Asistida" y "Licencia para la Realización de Exámenes Médicos Preventivos"; artículo 124; artículo 121; artículo 103 b).

**Consideraciones generales del puesto docente:**

Se entiende por "**Situación de Revista**" al cargo y destino donde desempeña sus funciones el trabajador docente.

La situación de revista puede ser de tres tipos (**titular, provisional o suplente**), pudiendo un mismo agente desempeñarse en más de una situación de revista.

**CUADRO 1. Resumen de los principales derechos relacionados con actos médicos (artículos 7 y 8 de la Ley 10579).**

Derecho	Situación de Revista		
	Titular	Provisional	Suplente
La estabilidad en el cargo, categoría, jerarquía y ubicación o destino.	SI	NO	NO
Al traslado de acuerdo con las condiciones establecidas en el estatuto.	SI	NO	NO
El cambio de funciones en caso de disminución o pérdida de aptitudes psico-físicas, cuando no se alcancen a cumplir los requisitos establecidos para la jubilación por incapacidad.	SI	NO	NO
La concentración de tareas.	SI	NO	NO
El uso de licencias reglamentarias	SI	SI	SI

**CUADRO 2. Resumen de los derechos a licencias médicas y reasignación de tareas y reubicación laboral por razones de enfermedad para cada situación de revista.**

REVISTA	LICENCIAS MEDICAS							Reasignación de Tareas o Reubicación Laboral	
	ART.114							Art.121	Art.103 B
	A.1	A.2	A.2.8	F	D.1.10	Fertilización Asistida	Exámenes médicos preventivos		
					D.4	B.2			
Titular	SI	SI	SI *	SI	SI	SI **	SI **	SI	SI
Provisional	SI	SI	SI *	SI	SI	SI **	SI **	NO	NO
Suplente	SI	NO	SI *	SI	SI	SI **	SI **	NO	NO

(\*) Según condiciones del Acta del Acuerdo Paritario del 28/02/08.

(\*\*) Según condiciones del Acta del Acuerdo Paritario del 03/06/09, y Ley 14241.

## VERIFICACIONES DEL ESTADO DE SALUD EN SEDE DISTRITAL

Consiste en constatar el estado de salud de la totalidad de los agentes (o de sus familiares a cargo) que hayan solicitado el uso de alguna licencia médica, y dictaminar en relación al encuadre, diagnóstico y cantidad de días que correspondan, conforme al estado de salud verificado.

En el acto médico en consultorio o en domicilio se auditan las solicitudes de licencias médicas que no requieren de la intervención de una JUNTA MEDICA.

En la evaluación médica, y según la causal que motiva la inasistencia, corresponderá el encuadre de la licencia en:

- Ordinarias o de corta duración: **Art.114 inc.A.1.**
- Atención de familiar enfermo: **Art.114 inc.F.**
- Maternidad: **Art.114 inc.D.1.**
- Hijo discapacitado: **Art.114 inc.D.1.12.**
- Diagnóstico y tratamiento de fertilización asistida (Acuerdo Paritario 03 de junio de 2009): **Art.114 inc.D.4.**
- Realización de exámenes médicos preventivos (Acuerdo Paritario 03 de junio de 2009): **Art. 114 inc. B.2**
- Limitación y Alta de licencia ordinaria: **Art.124.**

## ATENCIÓN EN CONSULTORIO (Licencias Ambulatorias)

Cuando los agentes (o sus familiares a cargo) puedan deambular, deberán concurrir al consultorio médico de la Prestadora del distrito donde presta servicios y/o resida, **obligatoriamente el mismo día que comienza la inasistencia** (no se justificarán inasistencias retroactivamente); muñidos de D.N.I, último COULI (recibo de haberes) y el **"Formulario para el trámite de licencia por enfermedad de carácter ambulatoria"** (obtenido mediante **GESTION de SOLICITUD ON-LINE** desde el sitio web abc.gov.ar y el vínculo Sigme –solicitud de licencias medicas).

Solo podrán acceder a la evaluación médica laboral, para tramitar la justificación de inasistencia retroactiva al día anterior, quienes se desempeñen en turno vespertino o nocturno y lo acrediten fehacientemente.

El horario de atención será acordado entre el Consejo Escolar y el prestador médico, conforme las necesidades particulares del distrito y la carga horaria a cumplir según la contratación vigente.

### **Acto Médico:**

El profesional médico auditor deberá evaluar al docente o su familiar a cargo (según corresponda). Para el primer día de solicitud de una licencia y primera evaluación del médico auditor, no es obligatorio para el agente concurrir muñido de certificado del médico particular. No obstante es muy importante resaltar que, de haber concurrido a la consulta particular previo a tramitar la licencia; las certificaciones médicas con diagnóstico, diagnóstico presuntivo, tratamiento, pronóstico; como así también todo elemento complementario de diagnóstico relacionado que pudiere aportar ante el médico auditor; serán elementos importantes para la ponderación del caso y aconseje médico.

El criterio médico laboral aplicado para el otorgamiento o denegación de la licencia, será independiente de la recomendación o sugerencia de días de reposo laboral, etc., que puedan desprenderse de los certificados que voluntariamente pueda aportar el agente, quedando establecido que **no son vinculantes**, pues el médico auditor en todos los casos deberá realizar anamnesis, examen físico dirigido; y previa evaluación de la capacidad laborativa del agente culminará dicha actuación con el otorgamiento o denegación de la licencia solicitada.

Para el caso de nuevas evaluaciones en ocasión de continuar las causales de la licencia, el organismo médico interviniente, podrá solicitar vista de todo elemento de diagnóstico complementario relacionado y que considere oportuno.

Concluida la evaluación correspondiente, el médico interviniente deberá emitir el dictamen completando el Formulario provisto por el docente, **con cantidad de días de licencia aconsejados partir de la fecha de solicitud; código CIE 10 (código de la enfermedad); si se recomienda reposo y el artículo de imputación de la licencia:**

- ART 114 A1: cuando el docente tiene **Incapacidad Laborativa Total y Transitoria ILTT**, por *"patología de carácter Agudo, de Corta Duración, de conocida evolución natural, con restitución Ad Integrum"* y con *recupero de la capacidad laborativa"*

- ART 114 F1: cuando el familiar (cónyuge, cónyuge aparente, padres, hermanos o hijos) conviviente o no; padezca patología que no le permita valerse por sí mismo; y siempre que no haya otra persona que pueda asistirlo; o que se justifique presencia del docente en ocasión de internación.
- D.1.1: cuando la docente curse el séptimo mes y medio de gestación, se le aconsejara 135 días de licencia por maternidad, debiendo presentar al médico auditor certificado que acredite FUM, FPP y que cursa 34 semanas de gestación.
- D.1.2: Se otorgará a partir del séptimo mes y medio de gestación, cuando ocurran nacimientos múltiples y/o prematuros (2,300 Kg. o menos), ampliando la licencia de 135 a 150 días de duración.
- D.1.3: Cuando ocurra el nacimiento a pre-término desde el sexto mes de gestación, se adicionarán a los 150 días de licencia, los días necesarios a partir de la fecha de parto hasta la fecha correspondiente con el séptimo mes y medio de gestación.
- D.1.12: al finalizar la licencia por maternidad, cuando se acredite con Historia Clínica una discapacidad del hijo, que requiera asistencia permanente de la madre (hasta 180 días).
- D.1.7. La licencia por maternidad es obligatoria y la docente interesada deberá solicitarla o en su defecto serán dispuestas de oficio por la autoridad médica o a pedido del superior jerárquico inmediato. En caso de omisión de la solicitud y siendo ésta de oficio, se le otorgarán los días que restan hasta completar el período pre-parto y luego los 90 días contados a partir del mismo.
- **FERTILIZACIÓN ASISTIDA (artículo 114 inciso D.4.):**  
 Incorporar al Régimen de Licencias para el personal docente la licencia por fertilidad asistida. Por fertilización asistida, el personal docente titular y/o provisional (mientras duren sus funciones como tal) que previo diagnóstico ameritara la intervención terapéutica relacionada con la fertilización asistida o técnicas concordantes, podrá gozar de la licencia con goce íntegro de haberes por los días continuos o discontinuos que certifique el médico actuante de acuerdo al protocolo vigente específico.  
 El personal docente suplente, deberán acreditar un periodo no menor a doce (12) meses de antigüedad en el Sistema Educativo de la Provincia de Buenos Aires y tres (3) meses en el cargo que desempeña en dicha condición.  
 La presente licencia no podrá ser causal de cese previsto por el artículo 75 inciso 13.3.2 de la Reglamentación del Estatuto del Docente.  
*(Texto del Acuerdo Paritario de fecha 03 de junio de 2009)*  
  
 Para tramitar esta licencia, una vez completado el formulario con el PROTOCOLO (ver figura 1), por el médico y la institución responsables del tratamiento, los docentes con una antelación no menor a cuarenta y ocho (48) hs previas al inicio del tratamiento, deberán concurrir a la auditoría médica de la Sede Distrital que le corresponda, para que según el estudio y/o práctica a realizar, el médico auditor aconseje la licencia emitiendo la/s constancia/s pertinente/s, imputando con el artículo:
  - 114 D.4: hasta nueve (9) días corridos o alternados para tratamientos de complejidad 1 (Baja), por vez.
  - 114 D.4: hasta quince (15) días corridos o alternados para tratamientos de complejidad 2 (Alta), por vez.

**COLECTIVO DE LICENCIADA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERTURBACIONES ACÚSTICAS**

**Diagnóstico:** [Español]

**Tratamiento:** [Español]

**Seguimiento:** [Español]

**Fecha de inicio:** [Español]

**Fecha de fin:** [Español]

**Nombre del paciente:** [Español]

**Apellido:** [Español]

**Nombre:** [Español]

**Fecha de nacimiento:** [Español]

**Sexo:** [Español]

**Edad:** [Español]

**Profesión:** [Español]

**Dirección:** [Español]

**Ciudad:** [Español]

**Provincia:** [Español]

**País:** [Español]

**Observaciones:** [Español]

**Diagnóstico:** [Español]

**Tratamiento:** [Español]

**Seguimiento:** [Español]

**Fecha de inicio:** [Español]

**Fecha de fin:** [Español]

**Nombre del paciente:** [Español]

**Apellido:** [Español]

**Nombre:** [Español]

**Fecha de nacimiento:** [Español]

**Sexo:** [Español]

**Edad:** [Español]

**Profesión:** [Español]

**Dirección:** [Español]

**Ciudad:** [Español]

**Provincia:** [Español]

**País:** [Español]

**Observaciones:** [Español]

**Diagnóstico:** [Español]

**Tratamiento:** [Español]

**Seguimiento:** [Español]

**Fecha de inicio:** [Español]

**Fecha de fin:** [Español]

**Nombre del paciente:** [Español]

**Apellido:** [Español]

**Nombre:** [Español]

**Fecha de nacimiento:** [Español]

**Sexo:** [Español]

**Edad:** [Español]

**Profesión:** [Español]

**Dirección:** [Español]

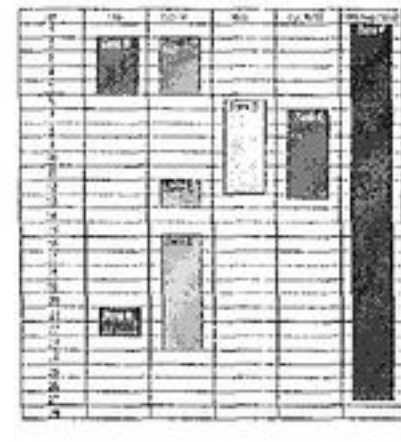
**Ciudad:** [Español]

**Provincia:** [Español]

**País:** [Español]

**Observaciones:** [Español]

MÉTODO DE TIEMPO EN LOS CUALES SE DEBE REALIZAR LOS ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO



**Diagnóstico:** [Español]

**Tratamiento:** [Español]

**Seguimiento:** [Español]

**Fecha de inicio:** [Español]

**Fecha de fin:** [Español]

**Nombre del paciente:** [Español]

**Apellido:** [Español]

**Nombre:** [Español]

**Fecha de nacimiento:** [Español]

**Sexo:** [Español]

**Edad:** [Español]

**Profesión:** [Español]

**Dirección:** [Español]

**Ciudad:** [Español]

**Provincia:** [Español]

**País:** [Español]

**Observaciones:** [Español]

Figura 1.

**El formulario del PROTOCOLO PARA TRÁMITE DE LICENCIA POR FERTILIDAD ASISTIDA, Art.114 inc.D.4, podrá ser descargado desde la página <http://abc.gov.ar>**

- REALIZACIÓN DE EXÁMENES MEDICOS PREVENTIVOS (artículo 114 inciso B.2.):**  
 Incorporar al Régimen de Licencias para el personal docente la causal de examen/es y/o práctica/s de prevención para la salud de acuerdo a las recomendaciones en vigencia emanadas del Ministerio de Salud de la Nación (Programa de Control de la Persona Sana).  
**Personal titular, provisional y suplente:** Se le concederán hasta dos (2) días hábiles por año con goce íntegro de haberes.  
 El agente que invoque esta causal deberá acreditar ante superior jerárquico el acto médico y la realización de la/s práctica/s prescripta/s.  
 La no realización efectiva de la/s práctica/s médica/s será considerada falta grave.  
 (Texto del Acuerdo Paritario de fecha 03 de junio de 2009)

Para tramitar esta licencia, los docentes deberán solicitarla al superior jerárquico con no menos de cuarenta y ocho (48) horas hábiles de antelación a la fecha de inasistencia, con quien conformará el formulario de SOLICITUD DE LICENCIA PARA EXAMENES MEDICOS PREVENTIVOS (ver figura 2), que deberá ser completado, firmado y sellado por los profesionales médicos particulares. Una vez concluidos los exámenes, deberán concurrir a la auditoría médica de la Sede Distrital correspondiente para la homologación de la licencia. Para ello, deberán hacerlo muñidos de los estudios e informes al solo efecto de acreditar su realización. El médico auditor evaluará además la correspondencia de las prácticas realizadas según la edad (ver cuadro 3).

<b>CUADRO 3. Evaluaciones y Exámenes Preventivos</b>
<b>Examen de salud entre los 20 a 35 años</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clínico anual.</li> <li>- Control de tensión arterial.</li> <li>- Control de talla y peso.</li> <li>- Papanicolaou cada 3 años. Programa detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino.</li> <li>- Un control de Colesterol y HDL.</li> <li>- Serología para rubéola en las mujeres mayores de 12 años.</li> <li>- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.</li> </ul>
<b>Examen de salud entre los 35 a 45 años</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clínico anual.</li> <li>- Control de tensión arterial.</li> <li>- Control de talla y peso.</li> <li>- Papanicolaou cada 3 años. Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino.</li> <li>- Colesterol con periodicidad según resultado obtenido (ver normas particulares).</li> <li>- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.</li> </ul>
<b>Examen de salud entre los 45 a 55 años:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clínico anual.</li> <li>- Control de tensión arterial.</li> <li>- Control de talla y peso.</li> <li>- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones a partir de los 50 años.</li> <li>- Papanicolaou cada 3 años. Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino.</li> <li>- Glucemia cada tres años en caso de ser normal.</li> <li>- TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según el resultado obtenido.</li> <li>- Mamografía cada 2 años en mujeres desde los 50 años. Programa de Prevención del Cáncer de Mama.</li> <li>- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.</li> </ul>
<b>Examen de salud entre los 55 a 65 años:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clínico anual.</li> <li>- Control de tensión arterial.</li> <li>- Control de talla y peso.</li> <li>- Papanicolaou cada 3 años. Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino.</li> <li>- Mamografía cada 2 años. Programa de Prevención del Cáncer de Mama.</li> <li>- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.</li> <li>- Sangre oculta en materia fecal anual.</li> <li>- Colesterol.</li> <li>- Glucemia cada 3 años.</li> <li>- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.</li> </ul>
<b>Examen de salud para mayores de 65 años:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clínico anual.</li> <li>- Control de presión arterial.</li> <li>- Control de talla y peso.</li> <li>- Sangre oculta en materia fecal anual.</li> <li>- Papanicolaou. Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino.</li> <li>- Mamografía cada 2 años hasta los 70 años. Programa de Prevención del Cáncer de Mama.</li> <li>- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata.</li> <li>- Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes. No es necesario realizar Audiometría.</li> <li>- Examen de agudeza visual.</li> <li>- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones.</li> </ul>

**SOLICITUD DE LICENCIA PARA EXAMENES MEDICOS PREVENTIVOS**

DATOS DEL FUENTE: Apellido: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
El/la doctor/a declara que el/los día(s) .../.../... se realizará la realización de exámenes preventivos para el/los conyugue/s según abar...

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del docente: \_\_\_\_\_ Firma y Sello Autoridad del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Para ser un docente y/o profesional responsable debe estar inscripto y en ejercicio de su profesión y/o actividad en la Autoridad competente para el rubro.

El presente formulario debe ser presentado en el Servicio de Auditoría Médica Laboral de la Dirección de Salud Laboral para la atención de la persona a cargo.

Edad	Fecha de atención	Firma y Sello del Médico
<b>Exámenes de rutina para los 9 a 14 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 15 a 19 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 20 a 24 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 25 a 29 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 30 a 34 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 35 a 39 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 40 a 44 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 45 a 49 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 50 a 54 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 55 a 59 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 60 a 64 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 65 a 69 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 70 a 74 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 75 a 79 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 80 a 84 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 85 a 89 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 90 a 94 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		
<b>Exámenes de rutina para los 95 a 99 años</b>		
<input type="checkbox"/> NOMBRE		
Examen de rutina general		10
Control de peso y talla		
Control de presión arterial		
Control de glucosa y lípidos		
Control de hemoglobina glicosilada		
Control de proteínas de laboratorio y otros estudios		

El/los exámenes de rutina para los años .../.../... y .../.../... FIRMAS Y SELLOS

**LICENCIA PARA EXAMENES MEDICOS PREVENTIVOS**  
(Certificación para ser emitida por el agente en el establecimiento donde presta servicios)

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma del doctor/a responsable de la realización de exámenes, y verificación de su competencia. El/NO se homologa la  
Fecha de emisión: \_\_\_\_\_ (...../...../.....)  
Tipo y Fecha: \_\_\_\_\_ Firma Sello del Autor Médico: \_\_\_\_\_

Figura 2.  
El formulario de SOLICITUD DE LICENCIA PARA EXAMENES MEDICOS PREVENTIVOS, Art.114 inc.B.2, podrá ser descargado desde la página http://abc.gov.ar

**SITUACIONES ESPECIALES:**

a) Tramite de licencia por atención de familiar enfermo menor de quince (15) años (Procedimiento Indicado por la DIRECCION DE SALUD LABORAL en Circular 01/2011):

Para la tramitación de la licencia del artículo 114 inciso F, cuando sea para la atención de un familiar enfermo menor a quince (15) años de edad, los docentes podrán gestionar la licencia presentándose en el SERVICIO DE AUDITORIA MÉDICA LABORAL sin el requisito de la presencia del familiar, siempre que cumpla con la presentación y entrega por ante el Médico Auditor de: **1)** formulario para solicitud de atención de familiar enfermo menor de quince (15) años, completo y firmado por el/la interesado/a; **2)** certificado médico con membrete del profesional en original. Con fecha de atención, diagnóstico, tratamiento, cantidad de días de reposo; y todo otro elemento de diagnóstico.

**Formulario exclusivo de solicitud de licencia para  
ATENCIÓN FAMILIAR MENOR DE 15 AÑOS**

Región: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Nº: 25.000.000.000

<b>Datos del Agente</b>		
Docente: <input type="checkbox"/> Auxiliar: <input type="checkbox"/>		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RUAMEL Nº: _____	Tipo: _____ Nº Documento: _____	
Apellido y Nombre: _____		
<b>Domicilio Real:</b>		
Calle: _____	Nº _____	
Piso: _____	Dpto: _____	Localidad: _____
<b>Domicilio Accidental:</b>		
Calle: _____	Nº _____	
Piso: _____	Dpto: _____	Localidad: _____
<b>ESTABLECIMIENTOS EN DONDE PRESTA SERVICIO</b>		
Establecimientos	Cargo	Sit. Revista
<b>DECLARACIÓN JURADA POR FAMILIAR ENFERMO</b> Decisto esta declaración, sea la única persona a cuyo cargo está: a quién me une: <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> hijo <small>Y cargo de este familiar al fallecimiento, con absoluta veracidad y pleno conocimiento de lo reglamentado, para su presente declaración.</small>		
<b>EXCLUSIVO DEL MÉDICO AUDITOR</b> <b>RESOLUCIÓN:</b> Denegada <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Artículo: _____ Inciso: _____ Días aconsejados: _____ Desde _____ Hasta _____ <b>CODIGO DIAGNOSTICO:</b> _____ <b>OBSERVACIONES:</b> _____		
FIRMA DEL AGENTE		
TALÓN PARA EL AGENTE RUAMEL Nº: _____ Artículo: _____ Inciso: _____ Corpele Nº: _____ Certifico que el agente: Nació el _____ días de _____ a partir del _____ Código CIE: _____		
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO INTERVINIENTE		

Figura 3.

El formulario de SOLICITUD DE LICENCIA PARA ATENCIÓN DE UN FAMILIAR ENFERMO MENOR A QUINCE (15) AÑOS DE EDAD, podrá ser descargado desde la página <http://abc.gov.ar>

**b) Solicitud de licencia por enfermedad para Procedimientos Diagnósticos y/o Terapéuticos de Baja, Mediana o Alta Complejidad que deban realizarse en otro Distrito (Procedimiento Indicado por la DIRECCION DE SALUD LABORAL en Circular 02/2015):**

Cuando por padecimiento o presunción de enfermedad, los docentes que se encuentren cumpliendo tareas habituales, tengan por prescripción médica la necesidad de trasladarse a otro distrito para la realización de "**Procedimientos Diagnósticos y/o Terapéuticos de Baja, Mediana o Alta Complejidad**", atento la inexistencia de la complejidad necesaria en su lugar de residencia; podrán tramitar la solicitud para la justificación de su inasistencia por ésta causal y en el marco del artículo 114; de la siguiente manera:

**PASO 1:** El docente, con una antelación no menor a 48hs hábiles, deberá INFORMAR al superior jerárquico con quien procederá a completar el FORMULARIO de SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS/TERAPEUTICOS EN OTRO DISTRITO (ver figura 4), adjuntando copia fiel de la "PRACTICA AUTORIZADA POR LA OBRA SOCIAL/ IOMA" con indicación de derivación a otro distrito. Para el caso que la misma no requiera de la autorización previa de la Obra Social/IOMA; deberá presentar certificación del médico local con la indicación de la práctica a realizar.

**PASO 2:** Con los elementos antes mencionados, el docente (o por intermedio de un tercero debidamente autorizado-según lo establece el FORMULARIO del paso 1) muñado inexcusablemente de la documentación requerida y en un plazo no menor a las 24hs previas al comienzo de la inasistencia; deberá concurrir a la Sede de Atención del Servicio Médico Laboral de su distrito. La solicitud y documental médica será evaluada por el médico auditor médico laboral quien ponderara las necesidades y circunstancias del caso; y de corresponder, procederá a aconsejar el /los días de licencia que demande el procedimiento solicitado; como así también el/los períodos pre y post práctica que ameriten. La licencia aconsejada en la PARTE A del Talón quedará pendiente de homologación y en poder del docente, para ser exhibida a la autoridad escolar y posteriormente para cumplimentar con el PASO 3

**PASO 3:** Homologación de la Licencia: una vez efectuado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, el docente (o por intermedio del tercero autorizado-según lo establece el formulario del paso 1) deberá presentar/exhibir el estudio/ informe/ y/o certificaciones que acrediten su realización, ante el auditor médico laboral. Quien a su vez, podrá requerir de la presencia del docente toda vez que lo considere oportuno. Posteriormente, procederá a cumplimentar con la PARTE B del Talón, el cual será entregado al Docente para ser presentado en el establecimiento.

**"El no cumplimiento de los requisitos establecidos en el PASO 3 implica, entre otros; NO ACREDITAR CAUSAL para la justificación de inasistencia en los términos del Artículo 114"**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS / TERAPEUTICOS EN OTRO DISTRITO**  
(Circular 02/2015 - Dirección de Salud Laboral)

**Datos del Agente** Docente:  Auxiliar:  Sexo: M  F

RUAMeL N°: \_\_\_\_\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio Real: Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Dteño: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTOS EN DONDE PRESTA SERVICIO		
Establecimientos	Cargo	Sit. Revsio

**DECLARACION JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, doctor bajo juramento que por indicación de mi médico particular, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, he sido sometido a procedimientos diagnósticos / terapéuticos ambulatorios, en la ciudad de \_\_\_\_\_ esta INSTITUCION \_\_\_\_\_, sito en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, y que para la homologación final de la licencia médica por esta causal, utilizaré los días aconsejados por el médico Asesor, presentando originales del estudio resultado y/o constancia de la práctica realizada.

(Si no poder presentarme solo al médico asesor, ayupero como tercera persona para el trámite de la licencia ante el médico laboratorista, DNI \_\_\_\_\_ quien tendrá en su poder la copia fiel del original de la práctica médica indicada; y que para la homologación final de la licencia médica por esta causal, presentará originales del estudio, resultado y/o constancia de la práctica realizada.)

Con máxima veracidad y pleno conocimiento de la legislación, firmo la presente declaración.

FIRMA DEL AGENTE

---

**EXCLUSIVO DEL MEDICO AUDITOR:**  
 Estudio médico a realizar: \_\_\_\_\_ Código CIE 10: Z719 Consulta Médica  
 Artículo: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Días aconsejados: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma médico interviniente

Homologada: \_\_\_\_\_ SI  NO  Firma médico interviniente

**LICENCIA PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS / TERAPEUTICOS EN OTRO DISTRITO PENDIENTE DE HOMOLOGACION (Parte A)**

RUAMeL N° \_\_\_\_\_ Artículo: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_  
 Certifico que el agente: \_\_\_\_\_  
 Necesita \_\_\_\_\_ días de licencia a partir del: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha \_\_\_\_\_ Firma y sello médico interviniente

**HOMOLOGACION DE LA LICENCIA (Parte B)**

Certifico que el agente cumplió con la presentación de la documentación médica necesaria para homologar la licencia aconsejada con fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha \_\_\_\_\_ Firma y sello médico interviniente

Figura 4.

El formulario de SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS/TERAPEUTICOS EN OTRO DISTRITO, podrá ser descargado desde la página <http://abc.gov.ar>

Los formularios de solicitud de las licencias para "diagnóstico y/o tratamiento de fertilidad asistida"; "exámenes médicos preventivos"; "atención de familiar enfermo menor de quince (15) años"; "por enfermedad para procedimientos diagnósticos/terapéuticos en otro distrito", estarán a disposición de los docentes en los establecimientos educativos, Consejos Escolares y página web: <http://abc.gov.ar>.

## ATENCION EN DOMICILIO (Licencias No Ambulatorias)

Cuando los agentes (o sus familiares a cargo) se hallen **imposibilitados de deambular** (art.114 inc.4.1), se realizará controles en el domicilio particular o accidental que se haya denunciado al momento de ser solicitada telefónicamente en el Consejo Escolar que le corresponda.

Para la recepción de las solicitudes de atención domiciliaria, el Consejo Escolar utilizara obligatoriamente el "PROTOCOLO DE RECEPCION DE PEDIDO DOMICILIARIO" (ver figura 5).



PROTOCOLO PARA RECEPCIÓN Y REGISTRO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MEDICO EN DOMICILIO	
1. REGISTRO DE DATOS FILIATORIOS	
DISTRITO:	REGIMEN   DOCENTE   AUXILIAR
DNI	Nombre y apellido:
LICENCIA SOLICITADA	Art.114 inc.A.1   Art.114 inc.F.1   Art.49   Art.52
Nombre y apellido del familiar:	
PARENTEZCO	Cónyuge   Hijo   Hermano   Padre
2. LE INFORMAMOS QUE EL BENEFICIO DE SOLICITUD DE MEDICO A DOMICILIO ES EXCLUSIVO PARA LOS CASOS QUE POR SU PATOLOGIA SE HALLEN IMPOSIBILITADOS DE DEAMBULAR; LA FALTA DE TAL CONDICION CONSTATADA POR EL MEDICO LABORAL, IMPLICARA LA DENEGACION DE DICHA LICENCIA	
3. UD. (O SU FAMILIAR) TIENE UNA PATOLOGIA QUE LO IMPOSIBILITA DE DEAMBULAR?	
SI	Proseguir con la recepción del pedido en el punto 4 del protocolo.
NO	Recomendar tramitar su licencia personalmente en el centro médico, pues el Auditor Médico Laboral DENEGARA la licencia de ese día, si verifica que el agente puede deambular. // (Rechazada la recomendación, continuar)
4. CONCURRIÓ O CONCURRIRÁ EN EL DIA DE HOY A LA CONSULTA MEDICA PARTICULAR EN FORMA AMBULATORIA?	
NO	Proseguir con la recepción del pedido en el punto 5 del protocolo.
SI	Recomendar tramitar su licencia personalmente en el centro médico, pues el Auditor Médico Laboral DENEGARA la licencia de ese día, si verifica que el agente puede deambular y/o comprueba la usencia del agente en el domicilio declarado. // (Rechazada la recomendación, continuar)
5. DIGAME EL DOMICILIO DONDE SE ENCUENTRA INTERNADO O CON REPOSO ABSOLUTO POR ESTAR IMPOSIBILITADO DE DEAMBULAR	
Domicilio Particular o Accidental:	
OBSERVACIONES:	
6. CONFIRMA EL PEDIDO? SI   NO	
FECHA DE SOLICITUD:   HORA SOLICITUD:	
AGENTE QUE RECEPCIONO LA SOLICITUD:	

Dirección de Salud Laboral - DCCyE Pcia. BA,As  
Calle 5 n°112 La Plata (1900) - (0221)422-5492 / 432-4112  
www.abc.gov.ar / saludlaboral@abc.gov.ar

Figura 5.

El FORMULARIO de SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS/TERAPEUTICOS EN OTRO DISTRITO, podrá ser descargado desde la página <http://abc.gov.ar>

Las solicitudes de atención domiciliaria serán comunicadas por el Consejo Escolar (vía sistema RUAMeL) al prestador.

Los agentes que presten servicios en los turnos mañana y tarde, deberán realizar las solicitudes el mismo día que comienza la inasistencia en el horario de 08 a 14 horas.

Las solicitudes de los agentes que desempeñen su labor en los turnos vespertino y noche, deberán realizar el pedido en el mismo horario. Cuando excepcionalmente la causal de inasistencia por enfermedad se suscite pasada las 14 horas podrán solicitar licencia al día siguiente con la fundamentación médica pertinente.

Las solicitudes de atención domiciliaria deberán ser consultadas por el prestador en el sistema RUAMeL, y realizar la visita dentro del mismo día.

El médico interviniente deberá, cumplimentar el talón para el docente, indicando **cantidad de días de licencia a partir de la fecha de solicitud; código CIE 10; si recomienda reposo y artículo con el que imputa la licencia (ART 114 A1 o ART 114 F1)**

La Prestadora debe registrar los dictámenes de las visitas domiciliarias en el sistema informático RUAMeL dentro de las 24 hs. hábiles inmediatas posteriores a que se practiquen. De igual modo toda visita no realizada o que, habiendo sido efectuada, se negó el pedido de justificación será informada en el sistema RUAMeL.

Cuando el médico laboral comprobare que quién solicite atención médica en domicilio pueda deambular procederá a no justificar la inasistencia de ese día.

La permanencia en el domicilio del docente enfermo es obligatoria. Para solicitar atención en domicilio se requiere que el enfermo se encuentre imposibilitado para deambular. Se contemplará el caso en que por razones de fuerza mayor el solicitante deba abandonar el domicilio para concurrir de urgencia a un centro asistencial por un agravamiento de su cuadro y/o la necesidad de la atención médica pertinente. Corroborada por el médico auditor tal circunstancia, previa autorización del Ente Regulador, se procederá a la justificación de la inasistencia.

En el caso de la licencia por atención de familiar enfermo, el docente que desempeñe sus tareas en más de una situación de revista, podrá optar por presentarse a trabajar en alguno de sus cargos, cuando haya un tercero que lo reemplace en el cuidado del familiar, circunstancia que deberá ser denunciada al momento de la solicitud de la licencia indicando claramente el horario en que se encontrará en el domicilio y los datos (nombre, apellido y D.N.I) de la persona que lo reemplazará. Para el caso que el médico laboral realice la constatación domiciliaria coincidentemente en el horario de ausencia informado oportunamente por el docente, deberá efectuar el acto médico de rigor y entregar la constancia de la licencia al tercero que se haya acreditado.

## Verificación del Cumplimiento de la Licencia por Enfermedad

El Servicio de Auditoría Médica Laboral, podrá dentro del periodo de vigencia de una licencia por enfermedad aconsejada por el artículo 114, verificar en el domicilio del docente, si cumple con la licencia por enfermedad aconsejada; a los efectos de consignar el resultado de la re inspección, el documento oficial a usar deberá ser el "FORMULARIO DE RE INSPECCION MEDICA" (ver figura 6);

La verificación domiciliaria, deberá llevarla a cabo un medico auditor laboral; y si como resultado de la inspección en el domicilio del agente, se constatará que está ausente, o que no o con el reposo indicado, dejará como notificación fehaciente la "CONSTANCIA PARA EL AGENTE DE LA VISITA DEL MEDICO AUDITOR LABORAL", y en el término de las 24 horas remitir al Consejo Escolar, el original del Formulario De Reinspección Médica, a los efectos que prosigan las actuaciones administrativas que correspondan según lo establezca el artículo 120 de la Ley 10579.

El Servicio de Auditoria Médica Laboral, conservará copia idéntica de esos antecedentes que tendrán que formar parte de la historia clínica del agente.

FORMULARIO DE RE INSPECCIÓN MÉDICA PARA LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LICENCIA POR ENFERMEDAD	
<b>DATOS DEL AGENTE</b>	
RUAMEL N°: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Docente: <input type="checkbox"/> No Docente: <input type="checkbox"/>
Apellido y Nombre: _____	
Domicilio Particular: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dto: _____ Localidad: _____ Distrito: _____	
Domicilio Accidental: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dto: _____ Localidad: _____ Distrito: _____	
<b>DATOS DE LA LICENCIA ACONSEJADA POR EL SERVICIO DE AUDITORIA MÉDICA LABORAL</b>	
Días aconsejados: _____ a partir del ____/____/____ artículo ____ inciso: _____	
Código CIE 10: _____ Tramitada en forma: Ambulatoria <input type="checkbox"/> Domiciliaria <input type="checkbox"/>	
Médico Auditor Laboral que intervino: _____ Matrícula: _____	
<b>EXCLUSIVO DEL MÉDICO AUDITOR INTERVINIENTE EN LA REINSPECCIÓN</b>	
A los ____ días del mes de _____ de 20____, habiéndome constituido en el domicilio del agente _____ D.N.I. _____, al efecto de auditar el cumplimiento de la licencia médica aconsejada, constatando que:	
1. Se halla presente en el domicilio visitado:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Se halla guardando el reposo indicado para su licencia:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
observando que: _____	
3. El médico auditor laboral es atendido por una tercera persona:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
que se identifica como _____, y que manifiesta: _____	
Por lo que SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> corresponde remitir las presentes actuaciones al Consejo Escolar para que según corresponda, tome intervención en el marco del artículo 120 de la Ley 10579 y sus Decretos Reglamentarios 2485/92 y 441/95; o del artículo 49 punto V de la Ley 10430.	
Firma del Agente _____ Firma y sello médico interviniente _____	
<b>CONSTANCIA PARA EL AGENTE DE LA VISITA DEL MÉDICO AUDITOR LABORAL</b>	
A los ____ días del mes de _____ de 20____, habiéndome constituido en el domicilio del agente _____ D.N.I. _____, al efecto de auditar el cumplimiento de la licencia médica aconsejada, constatando que:	
1. Se halla presente en el domicilio visitado:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Se halla guardando el reposo indicado para su licencia:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. El médico auditor laboral es atendido por una tercera persona:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Por lo que SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> corresponde remitir las presentes actuaciones al Consejo Escolar para que según corresponda, tome intervención en el marco del artículo 120 de la Ley 10579 y sus Decretos Reglamentarios 2485/92 y 441/95; o del artículo 49 punto V de la Ley 10430.	
Firma del Agente _____ Firma y sello médico interviniente _____	

Figura 6.

El formulario de RE INSPECCION MEDICA, para la verificación del cumplimiento de licencia médica por enfermedad, podrá ser descargado desde la página <http://abc.gov.ar>

## TRAMITE DE LICENCIA POR ENFERMEDAD FUERA DE JURISDICCIÓN

A) **FUERA DEL TERRITORIO DE LA PCIA DE BUENOS AIRES:** Si el agente enfermara circunstancialmente en un lugar **fuera del territorio de la Provincia de Buenos Aires**, deberá tramitar la solicitud de licencia por enfermedad, conforme la modalidad establecida en el artículo 114 inciso A.4.6 de la Ley 10579; correspondiendo en este caso:

- *Dar aviso por telegrama al/los establecimiento/s donde presta servicio, el mismo día que comienza la inasistencia con los motivos de su ausencia.*
- *Licencias con duración menor a diez (10) días corridos: deberá presentar a su regreso una certificación con diagnóstico y términos de días, expedida por profesionales médicos pertenecientes a reparticiones nacionales, provinciales o municipales.*
- *Licencia de duración superior a diez (10) días corridos: la misma no será justificada si a su reintegro no presentare la historia clínica legible, con descripción de: diagnóstico, evolución de la afección, fecha de alta, exámenes clínicos y de laboratorio, etc. y tratamiento efectuado*
- *Si ocurriera en el extranjero, la certificación oficial deberá ser presentada traducida al castellano, debiéndose dar intervención a la representación consular Argentina del lugar, a efectos de autenticar la documentación*

Cuando regrese a su distrito de pertenencia y/o se reintegre a las funciones habituales, se requerirá la homologación de la licencia por el SERVICIO MEDICO DE AUDITORIA LABORAL del distrito, para esto se cumplimentará la planilla de la FIGURA 7, adjuntando copia del D.N.I, copia de COULI, telegrama e Historia Clínica.

La autoridad escolar remitirá la documentación al Consejo Escolar, para dar intervención al SERVICIO DE AUDITORIA MEDICA LABORAL, donde se verificará que se encuentre acreditada la patología del agente, para poder homologar la licencia y confeccionar el **"Talón De Licencia Para La Repartición"**, con la imputación al artículo que corresponda y para el periodo de inasistencia.

BUENOS AIRES EDUCACION | BA

FORMULARIO PARA TRÁMITE DE HOMOLOGACION DE LICENCIA MÉDICA PARA AGENTES QUE ENFERMARON FUERA DE JURIDICION
Establecimiento: _____ Agente: _____ D.N.I: _____ Domicilio de Residencia: _____ Localidad: _____ Periodo de licencia médica: ____/____/____ al ____/____/____ Régimen Docente: Artículo 114 inc. A.1 Régimen No Docente: Artículo 49 Fecha de entrada en Consejo Escolar: ____/____/____
CONSEJO ESCOLAR DE _____ Se remite la solicitud de homologación de la licencia médica del agente de referencia, conforme al procedimiento indicado por La Dirección de Salud Laboral, dejando constancia que el agente cumplimentó con dar aviso el día de comienzo de la inasistencia por medio de comunicación fehaciente. A los efectos de la intervención del SERVICIO DE AUDITORIA MEDICA LABORAL, se acompañan _____ fojas útiles que consten de copia del D.N.I y documentación médica original, telegrama original u otra comunicación fehaciente. _____ Firma de Director
SERVICIO DE AUDITORIA MÉDICA LABORAL: Se remite la solicitud de homologación de la licencia médica, al efecto de verificar si se encuentra acreditada la causa médica motivo de la inasistencia laboral del agente de referencia. Cumplido, proceder a la confección del talón para la Repartición Educativa. Cumplido, vuelva. _____ Firma y Sello del Consejo Escolar
<small>             Dirección de Salud Laboral - ODCE/RS/BA              Calle 2 n°713 La Plata (1900) - (0221)422-5432 / 462-9137              www.abc.gov.ar / saludlaboral@re.gov.ar           </small>

Figura 7.

El formulario de TRAMITE DE HOMOLOGACIÓN DE LICENCIA POR ENFERMEDAD FUERA DE JURISDICCIÓN podrá ser descargado desde la página <http://abc.gov.ar>

B) **FUERA DEL TERRITORIO DE LA PCIA DE BUENOS AIRES: en La Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

El docente que resida o se encuentre accidentalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en condiciones de deambular, tendrá la posibilidad de tramitar su licencia con la modalidad habitual, en alguna de las Sedes de Atención del SERVICIO DE AUDITORIA MÉDICA LABORAL de los distritos colindantes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Caso contrario, para el trámite de la licencia por enfermedad o para la atención de un familiar enfermo; el docente deberá tramitar la licencia conforme la modalidad establecida en el artículo 114 inciso A.4.6 de la Ley 10579: Trámite de Licencia por enfermedad fuera de jurisdicción. Descripto up supra.

### **Cuando el agente enfermó dentro de la provincia de Buenos Aires en un distrito ajeno al que reside:**

**A)** Si el agente enfermó dentro la Provincia de Buenos Aires, en un distrito ajeno al de su pertenencia que cuente con Servicio de Auditoría Médica Laboral a cargo de la DGCyE, deberá tramitar su licencia en la SEDE de atención del prestador local, con la modalidad habitual.

**B)** Si el agente enfermó dentro la Provincia de Buenos Aires, en un distrito ajeno al de su pertenencia que no cuente con cobertura del Servicio de Auditoría Médica Laboral a cargo de la DGCyE, el docente tendrá que tramitar la licencia conforme la modalidad establecida en el artículo 114 inciso A.4.6 de la Ley 10579: Trámite de Licencia por enfermedad fuera de jurisdicción. Descripto up supra.

## **VERIFICACIONES DEL ESTADO DE SALUD POR JUNTA MÉDICA ESPECIALIZADA**

**Juntas Médicas:** es el acto médico colectivo y especializado de evaluación del estado de salud de los docentes que la soliciten para el cambio de la imputación de la licencia ordinaria en licencia extraordinaria o trastorno de embarazo, y/o determinar la reasignación de tareas con cambio de funciones; o reubicación laboral con servicios provisorios por razones de enfermedad.

Las Juntas Médicas deberán contar con no menos de 3 (tres) integrantes, debiendo uno de ellos acreditar la especialidad de Medicina del Trabajo o alguna especialidad afín a la patología del agente a examinar (ginecología y obstetricia, traumatología, cardiología, clínica médica, neurología, otorrinolaringología y oftalmología, entre otras). La conformación y realización de junta médica de casos relacionados con la especialidad Psiquiatría, obligadamente deberá contar al menos con un especialista en psiquiatría.

Se deberán realizar en la Sede Central Regional existente en la cabecera de la Región a la que pertenece el agente dentro de un plazo máximo de 15 (quince) días corridos, contados desde que fueran ordenadas por el Ente Regulador en forma On-Line (a través del sistema RUAMEL).

## **SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA**

### **Procedimiento para solicitudes de Junta Médica:**

El agente deberá realizar la solicitud de junta médica en la Sede del Consejo Escolar donde presta servicios. Previo a la conformación y curso de la solicitud, el Consejo Escolar deberá notificar al agente de los requisitos indispensables para dicha tramitación (Art. 114 inciso 4.5) más los relacionados con la documental médica que deberá adjuntarse (ver cuadro 4 y 5). Con la fiscalización del total cumplimiento de los requisitos para la solicitud de junta médica, continuara el trámite con las siguientes modalidades:

#### **a) DISTRITOS CON MODALIDAD DE TURNOS PREESTABLECIDOS:**

El Consejo Escolar entregara al agente la documentación de su trámite, debidamente foliada y con toda la documental médica obrante en sobre cerrado, para que la entregue el día de la junta médica al prestador médico de la Sede Regional.

En el mismo acto, y en relación a la notificación a los agentes de la fecha de citación a junta médica, el Consejo Escolar dispondrá de un Cronograma de Citaciones con turnos preestablecidos, en cuya planilla se requerirá la rúbrica del agente para dejar constancia de la notificación del lugar, fecha y hora del turno asignado, y de la especialidad médica que declare el agente o sea indicada por el médico laboral de la sede distrital. Seguidamente se entregará al agente constancia escrita del turno asignado.

#### **b) DISTRITOS SIN MODALIDAD DE TURNOS PREESTABLECIDOS:**

El Consejo Escolar remitirá al prestador médico local (Sede Distrital) la respectiva solicitud con toda la documental médica obrante en sobre cerrado. El prestador médico de la Sede Distrital, previa evaluación de la documental y de corresponder, elevara las actuaciones a la Sede Central Regional a los efectos de dar curso a la solicitud y proceder a realizar la junta médica. Para el