



UNCUYO  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO

FCE  
FACULTAD DE  
CIENCIAS ECONÓMICAS

---

CARRERA DE CONTADOR PÚBLICO NACIONAL

---

# ANÁLISIS INTEGRAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA

Trabajo de Investigación

POR

Nazareno Cerquetti  
Flavia Andrea Ibáñez  
Juan Manuel Quiroga

DIRECTOR:

Prof. Mario Funes

M e n d o z a - 2 0 1 6

# Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>3</b>
1. DEFINICIÓN Y SUJETOS	3
2. FUENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	3
3. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	5
4. OBJETO. CONTINGENCIAS	6
4.1. Contingencias biológicas	6
4.2. Contingencias patológicas	6
4.3. Contingencias sociales	7
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>8</b>
1. ANTECEDENTES	8
1.1. Internacionales	8
1.2. Nacionales	9
2. SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS)	11
3. SUBSISTEMAS	12
3.1. Sistema de Jubilaciones y Pensiones	12
3.2. Sistema de asignaciones familiares	25
3.3. Sistema de Riesgos del Trabajo	42
3.4. Sistema de obras sociales	81
3.5. Fondo Nacional de Empleo	82
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO I</b>	
<b>EL SISTEMA INTEGRADO PREVISIONAL ARGENTINO (SIPA)</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO IV</b>	
<b>ACCIDENTALIDAD LABORAL 2014</b>	<b>98</b>

## **Introducción**

Nuestro trabajo pretende efectuar un análisis del Sistema de Seguridad Social en Argentina, llamado Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), integrado por distintos subsistemas: Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), Régimen de Asignaciones Familiares, Régimen de Riesgos del Trabajo (LRT), Prestaciones por Desempleo y el Sistema de Obras Sociales.

La seguridad social tiene por objeto la creación en beneficio de las personas- y no solamente de los trabajadores- de un conjunto de prestaciones frente a un cierto número de contingencias susceptibles de producir una reducción o supresión de su actividad o bien de imponer cargas económicas suplementarias. Dichas contingencias son, según el Convenio 102 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), denominado Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), 1952 -ratificado por la República Argentina a través de la ley 26.678, publicada en el Boletín Oficial el 12 de mayo de 2011-; enfermedad, desempleo, vejez, accidente de trabajo y enfermedad profesional, cargas familiares, maternidad, invalidez y muerte.

En nuestra investigación, los problemas detectados son: por un lado, la escasa cobertura en cuanto a prestaciones, en parte relacionada a la informalidad en el mercado de trabajo; los trabajadores informales, que generalmente son los de menores recursos, son los que tienen mayores dificultades para acceder a los beneficios del sistema, o bien directamente no acceden a ellos. Si bien éste es un problema central, y propio de todos los países latinoamericanos, consideramos que además existe otra causa que reviste especial importancia en el caso argentino: Los recursos de la seguridad social que a lo largo del tiempo se han convertido en la "caja grande" del gobierno, constituyéndose en un espacio propicio para la corrupción y el clientelismo político.

El objetivo principal de nuestro trabajo de investigación será el de analizar la problemática de la cobertura y el financiamiento del sistema mencionado y las consecuencias de la misma.

La hipótesis central del presente documento se centra en que los problemas de cobertura y financiamiento originaron la declaración de inconstitucionalidad de distintas normas que rigen el sistema y en consecuencia el Estado se verá obligado a enfrentar una gran cantidad de juicios y sentencias judiciales en su contra.

Para poder abordar esta problemática, en primer lugar, describiremos el Sistema Previsional Argentino (hoy SIPA), indagando acerca de las características que asumió el mismo a lo largo de las distintas etapas históricas. Comenzaremos con un sucinto relato de la evolución del Sistema Previsional en nuestro país desde comienzos del siglo XX hasta mediados de la década del noventa cuando, a través de la introducción del régimen de capitalización, se privatizó parcialmente el

sistema. Posteriormente, se analizarán las características que asumió dicha reforma estructural para determinar sus consecuencias no sólo respecto del propio régimen de previsión social sino también sobre la economía en su conjunto. A su vez, se evaluará el impacto que ha tenido la reestatización del sistema previsional en nuestro país desde 2008 y la utilización del Fondo de Garantía de Sustentabilidad. Se prestará especial atención al tipo de cobertura, el nivel de haberes y su impacto sobre la distribución del ingreso, así como a la forma de financiamiento en cada período.

En segundo lugar, evaluaremos el sistema de asignaciones familiares caracterizado por su heterogeneidad, la cual genera una situación desigual para los menores y además realizaremos una evaluación del impacto de la ampliación del régimen de asignaciones familiares a través de la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH), en términos de las condiciones de vida de la población.

Por último, trataremos el régimen de riesgos del trabajo, a través de un recorrido por las distintas legislaciones desde 1915 hasta la sanción de la ley 24.557 (LRT) y sus normas modificatorias y complementarias, analizando sus verdaderos objetivos y las cuestiones de constitucionalidad de sus normas.

Con el presente trabajo de investigación, pretendemos brindar una herramienta informativa útil para los interesados en este tema, ya sean estudiantes universitarios o profesionales; además de brindar posibles soluciones para que un futuro no muy lejano el sistema de seguridad social argentino cumpla con el verdadero objetivo para el cual fue ideado.

# CAPÍTULO I

## DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

### 1. DEFINICIÓN Y SUJETOS

El derecho de la seguridad social es el conjunto de normas jurídicas que regulan la protección de las denominadas contingencias sociales, como la salud, la vejez, la desocupación. Se trata de casos de necesidad biológica y económica.

A decir de Grisolia (2011), *"se trata de una de las ramas más complejas del llamado derecho social, ya que comprende un entramado jurídico compuesto por variadas legislaciones, cada una de las cuales presenta características particulares bien determinadas.*

*"Es una rama del derecho que ampara al trabajador dependiente, al autónomo y también al desempleado de las contingencias de la vida que pueden disminuir la capacidad de ganancia del individuo. Se materializa mediante un conjunto de medidas y garantías adoptadas en favor de los hombres para protegerlos contra ciertos riesgos."*

### 2. FUENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Según Etala (2002), las principales fuentes del derecho de la seguridad social son las siguientes:

1. LA CONSTITUCIÓN NACIONAL. El derecho de la seguridad social tiene un arraigo constitucional. La constitución de 1853 sólo contenía una disposición que podría ser considerada parte integrante de un derecho de la seguridad social. Se trataba del art. 86, inc. 7, que entre las atribuciones del presidente de la Nación, incluía: *"concede jubilaciones, retiros, licencias y goce de montepíos, conforme a las leyes de la Nación"*.

La constitución de 1949, dictada durante el primer gobierno de Juan D. Perón, contenía numerosas disposiciones en materia de seguridad social, pero como es sabido, dicha Constitución tuvo una corta vigencia, ya que fue anulada por el movimiento militar de 1955 que reestableció la vigencia de la constitución de 1853, con las reformas de 1860, 1866 y 1898.

Fue la reforma constitucional de 1957 la que introdujo las principales normas en materia de seguridad social que, con algunas variantes, se encuentran actualmente en vigencia, después de la reforma de 1994.

La Constitución Nacional, en el art. 14 bis, introducido por la reforma de 1957, que hoy se mantiene vigente con la misma numeración de origen, garantiza a los trabajadores los siguientes beneficios inherentes a la seguridad social: el seguro social obligatorio, las jubilaciones y las pensiones móviles, y la protección integral de la familia.

Asimismo el art. 14 bis expresa que *"el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable"*. Por integral se debe entender que la cobertura de las necesidades debe ser amplia y total, no especificando las necesidades que tiende a amparar. El carácter de irrenunciable apunta a la obligatoriedad, la incorporación al sistema no admite voluntad en contrario.

Por su parte, el art. 75 inc. 12 CN, otorga al Congreso la facultad de dictar el Código de Trabajo y de la Seguridad Social, es decir, la normativa de fondo específica de la materia.

2. DECLARACIONES, PACTOS Y CONVENCIONES INTERNACIONALES CON JERARQUÍA CONSTITUCIONAL. El art. 75, inc. 22, de la Constitución Nacional enumera diez declaraciones, pactos y convenciones internacionales que *"en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos"*.

El art. 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, expresa que *"toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad"*.

En similar sentido, el art. XVI, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre expresa que *"toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia"*; y el art. 9 del Protocolo de San Salvador, que la seguridad social debe contribuir a que los no capacitados obtengan los medios para llevar una vida digna y decorosa. Agrega que cuando se trate de personas que se encuentren trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o enfermedad profesional y cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad, antes y después del parto.

3. TRATADOS INTERNACIONALES. Después de la reforma constitucional de 1994, los tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales tienen jerarquía superior a las leyes (art. 75, inc. 22, CN).

Hasta el presente, la República Argentina ha celebrado convenios de seguridad social con España (ley 17.218 de 1967), Portugal (ley 17.219 de 1967), Chile (ley 19.522 de 1972), Uruguay (ley 21.028 de 1975), Perú (ley 22.306 de 1980), Brasil (ley 22.594 de 1982), Italia (ley 22.861 de 1983) y Grecia (ley 23.501 de 1987).

También se incluyen los convenios adoptados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y ratificados por nuestro país.

4. LA LEY. Quedan comprendidas tanto las leyes específicas en materia de seguridad social, como aquellas leyes comunes, en especial las normas de los códigos de fondo.
5. DECRETOS. Son también fuente del derecho de la seguridad social los decretos emanados de la potestad reglamentaria conferida al Poder Ejecutivo Nacional por el art. 99, inc. 2, de la CN consistente en expedir: *"las instrucciones y reglamentos que sean necesarios para la ejecución de las leyes de la Nación, cuidando de no alterar su espíritu con excepciones reglamentarias"*.
6. CONVENIOS COLECTIVOS DE TRABAJO. Estos pueden ser fuente del derecho de la seguridad social. Como veremos, la negociación colectiva fue la que estuvo en el origen de instituciones fundamentales de la seguridad social como las asignaciones familiares.
7. LA JURISPRUDENCIA. Es indudable que las sentencias de los jueces son fuentes del derecho porque ellas inspiran a otros jueces. Sin embargo, si bien puede reconocerse a la jurisprudencia el carácter de fuente del derecho, su obligatoriedad es relativa, porque un juez o tribunal podría apartarse de los precedentes fundamentando su disidencia.
8. LA DOCTRINA. No es posible desconocer a la doctrina el carácter de fuente, puesto que es invocada por los jueces para fundar en ella sus fallos. Pero las obras doctrinales solo pasan a formar parte del orden jurídico positivo cuando las justificaciones y las conclusiones en ellas propuestas son recogidas por el Poder Judicial.

### **3. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

- UNIVERSALIDAD. La seguridad social no debe circunscribirse sólo al sector de los trabajadores, sino que debe expandirse a todos los individuos de la sociedad, puesto que una necesidad de cualquiera de ellos debe ser atendida por los demás, en pos de mantener la estructura social.
- INTEGRALIDAD. A nivel mundial es difundida la idea de la seguridad social, atendiendo a la totalidad de las contingencias que afectan al hombre y no solamente a aquellas relacionadas a su situación laboral.

- SOLIDARIDAD. Es uno de los pilares de la seguridad social, por resultar el basamento de su estructura ya que lo que se reciba puede no ser proporcional a la contribución que se realiza.
- UNIDAD. Se trata de establecer una administración común, que organice el esfuerzo atribuyendo en forma real a quien necesite los beneficios, prestaciones, y coberturas. Este principio se establecerá a través de la unidad legislativa y de criterios únicos para apreciar las contingencias.
- SUBSIDIARIEDAD. La seguridad social no debe competir en la satisfacción de necesidades con aquellas organizaciones creadas por el hombre, sino que será función del Estado ser co-gestor del sistema de seguridad social y controlador del mismo.

#### **4. OBJETO. CONTINGENCIAS**

Las contingencias son circunstancias de la vida que disminuyen en forma parcial o total el ingreso del hombre. Según Grisolia (2011), las contingencias cubiertas pueden ser clasificadas en biológicas, patológicas y sociales.

Las prestaciones otorgadas por la seguridad social para amparar cada una de las contingencias cubiertas son las siguientes:

##### **4.1. Contingencias biológicas**

1. MATERNIDAD. Asistencia médica, internación para el alumbramiento y atención del recién nacido.
2. VEJEZ. Régimen jubilatorio, prestaciones por jubilación ordinaria y otros beneficios para el cuidado de la salud.
3. MUERTE. Pensión por fallecimiento del afiliado o beneficiario y asistencia médica para los derechohabientes.

##### **4.2. Contingencias patológicas**

1. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES INCULPABLES. Salarios a cargo del empleador y obras sociales para la recuperación.
2. ACCIDENTES DE TRABAJO Y RIESGOS LABORALES. Cobertura completa, ingreso mensual asegurado y asistencia médica.

##### **4.3. Contingencias sociales**

1. CARGAS DE FAMILIA. Asignaciones familiares, asistencia médica mediante las obras sociales.

2. DESEMPLEO. Prestaciones diferenciadas, asignaciones familiares, asistencia médica y sistemas de reconversión laboral.

## CAPÍTULO II

### SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

#### 1. ANTECEDENTES

##### 1.1. Internacionales

La seguridad social, tiene su origen histórico moderno en la Alemania de fines del siglo XIX, cuyo gobierno se encontraba bajo la conducción de Otto Von Bismarck, el canciller de hierro, quien se había propuesto llevar a su país al máximo nivel de desarrollo económico y combatir la agitación política y social que surgió como consecuencia del Manifiesto Comunista redactado por Carlos Marx y Federico Engels, para lo cual dictó una muy completa reglamentación de las cuestiones del trabajo que serían el prelude de la creación del seguro social. Este modelo de Seguros Sociales -de carácter contributivo- propuesto por el canciller alemán en 1881 se materializó a través de la implementación del seguro social de enfermedad en 1883, de accidentes de trabajo en 1884 y pensiones por vejez e invalidez en 1889. El propósito de dichas medidas fue el de proteger el bienestar de los trabajadores a efectos de brindarles una seguridad en sus ingresos ante la ocurrencia de ciertos riesgos sociales, tales como las enfermedades, los accidentes de trabajo, la maternidad, el desempleo, la vejez, la muerte entre otros". (Etala, 2002)

Continuó su evolución en EEUU y Gran Bretaña con la Social Security Act y el Informe Beveridge respectivamente.

La primera ley fue dictada en 1935 por el presidente norteamericano Franklin D. Roosevelt con el propósito de hacer frente a la crisis económica y financiera desencadenada en 1929 la cual llevó al desempleo a dimensiones catastróficas, esta ley (De Seguridad Social) se implementó dentro de la política "new deal" (nuevo trato) que intentaba dejar atrás la concepción liberal del Estado para sustituirla por la del Estado de bienestar (welfare state).

Por su parte, la otra vertiente que promueve la protección social desde la concepción de los derechos sociales surgió a partir del reporte "*Social Insurance an Allied Services*" presentado por William Beveridge ante el parlamento inglés en 1942, al ser convocado por el gobierno inglés para

presidir un comité encargado de abordar un estudio general del sistema de seguridad de ese país. En el mismo, directamente influenciado por la acción del presidente norteamericano Franklin D Roosevelt, se analiza el sistema vigente en Inglaterra constituido principalmente por la National Insurance Act de 1911 complementada por una gran cantidad de normas mal coordinadas y propone una serie de reformas que consistían en tres instrumentos o métodos: un seguro social para las necesidades básicas, la asistencia social nacional para los casos especiales y un seguro voluntario para las adiciones a las provisiones básicas .

El mismo tenía por objetivo general no solo abolir la indigencia sino también asegurar a todo ciudadano los ingresos suficientes como para hacer frente a sus responsabilidades.

De este modo surgen las dos grandes tendencias de la seguridad social moderna, el sistema bismarckiano y el beveridgeano. El primero cubre sólo a los trabajadores, sus prestaciones se consideran como una remuneración indirecta del trabajo, "salario diferido", el sistema es financiado por cotizaciones de empleadores y trabajadores y en cuanto a su gestión, la misma es llevada a cabo por una pluralidad de entes organizados como empresas de seguros. El sistema beveridgeano en cambio, protege a los individuos como miembros de la colectividad, sus prestaciones son independientes a los ingresos profesionales, el sistema se financia con impuestos comunes y especiales y es gestionado unitariamente por el Estado o un ente instrumental.

## **1.2. Nacionales**

Dentro de la concepción Bismarckiana de la seguridad social, ligada a una relación laboral formal, quedaron enmarcadas las políticas sociales implementadas en América Latina a mediados de los años noventa y que estuvieron en plena sintonía con las prescripciones del llamado "Consenso de Washington". En ese contexto, los diagnósticos realizados desde la teoría neoliberal encontraban las causas del desempleo en ciertas fallas del mercado de trabajo que una vez que fueran removidas, conducirían a un funcionamiento óptimo del mismo. Así los programas sociales se implementaron focalmente para contener las situaciones de pobreza coyuntural, por lo que los primeros programas se orientaron mayormente a contener a la población beneficiaria hasta que se insertaran nuevamente en un empleo de carácter formal que les permitiría acceder a los beneficios del sistema de seguridad social contributivo.

La concepción más inclusiva del sistema de protección social propuesto por Beveridge tuvo su expresión en los incipientes Estados de Bienestar de la región y más recientemente, en distintos programas sociales, en particular, el caso de la Asignación Universal por Hijo en Argentina (Fernández, Gallo, González y Scavini, 2010)

En tal sentido, a finales de la década de 1970 en la Argentina se dio por finalizado el modelo de industrialización por sustitución de importaciones -ISI-, vigente desde la década de 1940 y que acompañó la consolidación del modelo de bienestar argentino. El período ISI se caracterizó

por una fuerte intervención estatal y por tener como eje de sus posibilidades de crecimiento la expansión del mercado interno con eje en lo social. De ese modo, la necesidad de sostener el poder de compra de los bienes y servicios manufacturados nacionales por parte de los sectores asalariados, contribuyó a generar una importante movilidad social ascendente y a incorporar progresivamente a mayores fracciones de la población. Al mismo tiempo, en un contexto de cuasi pleno empleo, el trabajo se constituía en eje de la integración social y era sinónimo de protección al permitir a los trabajadores acceder a una serie de beneficios en base a su contribución al esquema de seguridad social.

Ahora bien, la situación anterior cambia sustantivamente a partir de 1976, cuando la dictadura militar que asumió la conducción de nuestro país dio por concluida la etapa ISI, en el marco de una profunda crisis económica. Así, se produjo un cambio sustancial en la matriz de acumulación, sentando las bases del modelo neoliberal que se consolidaría durante la década del noventa.

A partir de lo anterior, el gobierno militar aplicó una serie de medidas para instaurar la lógica de la libre competencia en el mercado de trabajo y así eliminar lo que se identificaba como el mayor obstáculo para el crecimiento económico, los elevados costos laborales.

Las reformas antes mencionadas, lejos de ser abandonadas fueron profundizadas durante la década del noventa, en el marco de un proceso de ajuste y reformas estructurales que se caracterizó por la desregulación de los mercados, la liberalización comercial y financiera y la privatización de las empresas del Estado. En ese contexto, el gobierno nacional llevó a cabo la llamada "flexibilización laboral", con la finalidad de reducir los costos de la mano de obra y así promover la generación de puestos de trabajo. Entre las medidas más importantes se pueden mencionar: la eliminación de la indexación laboral y la limitación de los aumentos salariales a incrementos en los niveles de productividad, la reforma de los regímenes de vacaciones y de accidentes de trabajo, la aparición de formas atípicas de contratación laboral para disminuir los costos empresariales (los llamados contratos basura), la reducción de las contribuciones patronales y de las asignaciones familiares y la disminución de los montos de las indemnizaciones por despido, entre otros. En suma, eran todas políticas que avanzaban en la desregulación del mercado de trabajo para propiciar una redistribución a favor del capital y generar, de ese modo, una senda de crecimiento económico.

Ahora bien, en contraposición a lo que postulaban los ejecutores de las transformaciones socioeconómicas antes mencionadas, el modelo neoliberal no aceleró el crecimiento económico, no generó más y mejores puestos de trabajo ni redujo los niveles de pobreza. Durante la década del noventa, en nuestro país se produjo un continuo deterioro de las condiciones de vida de la población, alcanzándose niveles críticos de pobreza, indigencia, desempleo, precariedad laboral e inequidad distributiva.

Posteriormente, los desequilibrios macroeconómicos que experimentó la economía argentina durante la década del noventa, desembocaron a fines del año 2001 en una profunda crisis económica, social e institucional que puso en jaque al paradigma neoliberal dominante. Al mismo tiempo, la desocupación aumentó fuertemente, al pasar del 8,6% en 1991 al 21,5% en mayo del 2002. A su vez, los niveles de pobreza e indigencia alcanzaron valores nunca antes registrados en el país, ya que más de la mitad de la población era pobre (53%) y casi un cuarto de la misma indigente (24,8%). (Gallo y Lanari, 2007)

## **2. SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSS)**

Este sistema fue creado mediante el decreto 2.284/91, llamado de desregulación económica que fue ratificado por ley 24.307. El mismo dispuso la disolución de las cajas de subsidios y asignaciones familiares y del Instituto Nacional de Previsión Social, asumiendo el SUSS las funciones y objetivos de los organismos disueltos, la misma norma unificó la recaudación de sus distintos componentes, a cuyo efecto se creó la contribución unificada de la seguridad social (CUSS).

El decreto 2.741/91 creó la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), como organismo descentralizado, en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Secretaría de Seguridad Social, que tendría a su cargo la administración del SUSS; el mismo decreto facultaba a la ANSES a administrar y controlar la recaudación de los fondos correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones, de subsidios y asignaciones familiares y al fondo nacional de empleo, todo esto hasta que se dictó el Decreto Necesidad de Urgencia (DNU) 507/93 ratificado por ley 24.447 que designó a la Dirección General Impositiva (DGI) como la encargada de la aplicación, recaudación, fiscalización y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social, y los fondos provenientes de esa recaudación serían transferidos automáticamente a la ANSES para su administración. Posteriormente por decretos 1.156/96 y 1.589/96 se creó la AFIP como resultado de la fusión de la DGI y de la Administración Nacional de Aduanas, otorgándole a esta la aplicación, percepción y fiscalización de los recursos de la seguridad social.

El SUSS está constituido por distintos subsistemas, según sean las contingencias sociales cubiertas. Ellos son: a) contingencias de vejez, invalidez y muerte, cubiertas por el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), hoy Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA); b) la contingencia social de enfermedad, cubierta por el sistema nacional de seguro de salud y el régimen nacional de obras sociales; c) las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cubiertas por la ley de riesgos de trabajo (LRT); d) la contingencia de cargas de

familia, cubierta por el régimen de asignaciones familiares y e) la contingencia de desempleo, cubierta por el sistema integral de prestaciones por desempleo.

### **3. SUBSISTEMAS**

#### **3.1. Sistema de Jubilaciones y Pensiones**

(1) BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

En cuanto a su evolución en Argentina, nos remitimos al trabajo de Isuani citado por Cruces, G. D. Ringold y R Rofman (2008) el cual nos remonta a fines del siglo XIX con el surgimiento de los primeros sindicatos modernos que impulsaron un período de intensas luchas obreras y sociales, cuya respuesta por parte de la elite fue la aplicación de políticas represivas sobre la población, las cuales lejos de solucionar el conflicto, sólo lograron profundizarlo. Frente a ello los sectores dominantes comenzaron a responder a algunos reclamos obreros al promulgar la primera legislación social, que consistió en la regulación del trabajo de mujeres y niños, el establecimiento del descanso dominical y la reducción de la jornada laboral, entre otras cuestiones.

Así se fueron creando las primeras cajas de jubilación (en 1904, de los empleados de la administración pública, en 1905 de los ferroviarios) lo cual implicó que otros sectores de trabajadores comenzaran a demandar y obtener sus fondos previsionales. Entre 1916 y 1930, durante los gobiernos de Hipólito Yrigoyen y Marcelo Torcuato de Alvear, la cobertura previsional se expandió a trabajadores de los sectores públicos, bancarios y compañías de seguro y hacia fines de los años treinta se sumaron periodistas, gráficos, marinos mercantes y aeronáuticos. A pesar de esta expansión gradual la cobertura quedó acotada a aquellas actividades que lograron crear sus cajas de jubilación, a su vez que esto implicó la creación de un sistema previsional altamente fragmentado y con fuertes diferencias en los tipos de beneficios, porcentajes de aportes, edad de retiro, financiamiento y calidad de prestaciones entre los trabajadores de las distintas actividades.

El sistema se consolidó entre 1944 y 1955 bajo los dos primeros gobiernos de Juan Domingo Perón, en los cuales la cobertura se extendió al conjunto de los trabajadores, con la creación de las cajas de empleados de comercio (1944), trabajadores de la industria (1946), trabajadores rurales e independientes, profesionales y empresarios (1954) y trabajadores del servicio doméstico (1955). Este proceso implicó que el derecho a la previsión social dejara de ser un beneficio exclusivo de los estratos ocupacionales más privilegiados y se extendiera a amplias franjas de trabajadores, que pertenecían al mercado de trabajo formal. Además de que la seguridad social se incorpora orgánicamente con la reforma constitucional de 1949, en ella se asienta a la

misma como: *"el derecho de los individuos a ser amparados en caso de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo."*

En 1954 se dictó la ley 14.370 que cambió la lógica de la capitalización individual, predominante hasta ese entonces, por la lógica del reparto como principio estructurante, basado en la solidaridad intergeneracional.

Esta reforma tenía como elemento más progresivo la distribución vertical, la cual consideraba que los trabajadores de menos salarios percibirían un beneficio jubilatorio superior al que le correspondería por sus aportes.

En cuanto a su financiamiento, en esta etapa pocos fueron los problemas y muchos los beneficios, al tratarse de cajas previsionales jóvenes, sus excedentes de recursos serían captados por el Estado y utilizados para financiar la inversión, el gasto público y cubrir el déficit en otros sectores.

Las cajas de previsión sufrieron una crisis en el periodo 1955-1966, en el cual durante el gobierno de Frondizi se sancionó la ley 14.499 que determinó que el haber de la jubilación ordinaria sería equivalente al 82% móvil de la remuneración mensual asignada al cargo, oficio o función del afiliado, lo que implicó un proceso de estandarización de los niveles de haberes que terminó desdibujando el elemento más progresista del sistema diseñado por Perón. No obstante esto, con la reforma constitucional de 1957 se le comienza a dar estatus y mayor autonomía a la seguridad social al reconocer los derechos del trabajador, de las asociaciones gremiales y por último la obligación del Estado de otorgar los beneficios de la seguridad social con carácter de irrenunciable e integral.

A esto se le sumaba que había un distanciamiento entre la cobertura legal y la realmente existente, y una rápida maduración ocupacional que fueron desencadenando importantes problemas financieros que resultaron determinantes de la reforma de 1968.

Ésta fue impulsada por el régimen de facto de Juan Carlos Onganía a través de las leyes 18.037 y 18.038 que implicó la centralización administrativa, el incremento de las restricciones en el acceso a los beneficios y la imposición de un principio de distribución regresivo. En primer lugar se unificaron las diversas cajas existentes en solo tres correspondientes a trabajadores autónomos, del Estado y de la industria. En segundo lugar se uniformaron los aportes y contribuciones, que quedaron fijados en un 5% a cargo de los trabajadores y un 15% a cargo del empleador, se elevó la edad de acceso a los beneficios, se incrementó la cantidad de años contributivos y se estableció que el haber jubilatorio debía representar un porcentaje entre el 70% y el 82% del salario mensual. Por último, si bien se mantuvo la lógica del reparto, la reforma implicó un profundo cambio del patrón distributivo que benefició a los sectores de más altos ingresos e impactando de forma regresiva sobre los sectores más populares.

En lo que respecta al financiamiento del sistema, el autor sostiene que la reforma benefició ampliamente a aquellos sectores ocupacionales que pertenecían a las cajas previsionales que estaban en crisis. Al haberse unificado y centralizado las cajas jubilatorias, aquellas que ya presentaban déficit primario pudieron recuperar el equilibrio con el superávit de las cajas más jóvenes, sin necesidad de ajustar el nivel de haberes. De todas formas, este equilibrio fue sólo de corto plazo, ya que al acelerarse la maduración ocupacional y al incrementarse la cantidad de trabajadores en el sector informal, el sistema previsional volvió a enfrentarse con profundos problemas financieros. La persistente informalidad laboral, ya presente hacia fines de los años sesenta, no sólo determinaba la exclusión de amplias capas de los sectores populares de la cobertura jubilatoria sino que también implicaba un problema en la capacidad de sostenimiento del sistema en el mediano y largo plazo.

Una nueva reforma regresiva tuvo lugar durante la dictadura militar que tomó el gobierno en 1976, la cual desarticuló los sindicatos, congeló los salarios y en 1980 eliminó las contribuciones patronales y las reemplazó por una ampliación del Impuesto al Valor Agregado (IVA). Con esto, no sólo se benefició a los sectores empresarios reduciendo sus costos y por ende incrementando su rentabilidad, sino que además se transfirieron los costos del financiamiento del sistema al conjunto de los trabajadores, aun a aquellos que al pertenecer al sector informal, ni siquiera contaban con acceso a los derechos jubilatorios.

Lo expuesto anteriormente llevó al colapso del sistema previsional durante la democracia, a pesar de que el gobierno de Raúl Alfonsín aplicó algunas medidas tendientes a revertir los problemas financieros, como ser el restablecimiento de las contribuciones patronales y la creación de nuevos impuestos sobre el gas, la electricidad y los servicios telefónicos. El gobierno empezó a manejar como variable de ajuste la aplicación de la movilidad jubilatoria, lo que le significó enfrentar una gran cantidad de juicios y sentencias judiciales en su contra, que no podía responder, por lo que en 1986 se decretó la Emergencia Previsional.

Todo este proceso regresivo que comenzó en 1966, se profundizó durante las dictaduras militares y que el gobierno democrático no pudo revertir, fue socavando la credibilidad del conjunto de la población sobre el régimen previsional público, generando un consenso social necesario para que unos años más tarde el gobierno neoliberal de Carlos Saúl Menem implemente el régimen mixto (reparto y capitalización).

## (2) REFORMA ESTRUCTURAL AL SISTEMA. SIJP.

La reforma previsional de 1994 (Ley 24.241) tomando como referencia explícita al "exitoso" sistema chileno, significó la adopción de un sistema de carácter mixto que, al alterar la lógica de solidaridad intergeneracional como su único principio constitutivo, incluyó la

capitalización individual como un elemento central de la futura jubilación del trabajador (CIFRA, - Centro de Investigación y Formación de la República Argentina-, 2009)

Se trataba de un régimen de carácter mixto, ya que se combinaban dos sistemas, uno administrado por el Estado y otro por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) y las Compañías de Seguro de Retiro (CSR), en su mayoría privadas y vinculadas entre sí. En cuanto a la determinación de los haberes jubilatorios también se presentaban diferencias: mientras en el sistema de reparto resultaban de la composición de tres tipos de prestaciones a cargo del Estado, en la capitalización se combinaban recursos públicos con un haber financiado por las AFJP con los fondos capitalizados de sus afiliados. Ahora bien, es preciso advertir que en diversos aspectos, la reforma beneficiaba al régimen de capitalización. Por ejemplo, esto era evidente en los mecanismos estipulados para "optar" entre uno u otro régimen: mientras para elegir reparto cada contribuyente debía solicitarlo por escrito en un acortado límite de tiempo, en el caso de la capitalización la afiliación se realizaba de manera automática (excepto que los aportantes manifestaran lo contrario). Se mantenía la misma asimetría para pasar, una vez ya afiliado, de un sistema al otro: el pasaje al régimen estatal sólo fue posible en los dos años posteriores a la reforma; en cambio, no había limitantes para traspasarse al de capitalización.

(a) *Críticas al sistema*

De acuerdo al Centro de Investigación y Formación de la Republica Argentina (2009), los principales argumentos mantenidos por el consenso neoliberal para justificar la reforma se basaban en la idea de que el nuevo sistema resolvería el déficit crónico, en tanto se limitaría la utilización discrecional de los aportes previsionales por parte del Estado y también planteaba que la competencia entre las AFJP por captar fondos disminuiría los costos del sistema a la vez que incrementaría la rentabilidad de sus inversiones. Supuestamente, todos estos elementos del nuevo régimen abonarían el incremento de la cobertura y el aumento del ahorro interno.

En el transcurso de los 14 años en que el sistema previsional mixto se desarrolló en nuestro país, se puso de manifiesto que muchos de los argumentos con los que se justificó la reforma de 1994 poco tuvieron que ver con los resultados reales del sistema. En principio, basta con advertir que, lejos de impulsar el crecimiento económico y el mejoramiento de los haberes de los jubilados, las consecuencias de la reforma fueron notoriamente negativas para los ingresos del Estado y regresivas para la clase trabajadora en su conjunto. No implicó lo mismo para el sector financiero y el capital concentrado local e internacional, que se vieron altamente beneficiados por la proliferación de negocios asegurados a partir del flujo de fondos captados por las AFJP.

En cuanto a la cobertura, afiliación y nivel de aportes, la primera en vez de ampliarse, se redujo significativamente debido a los altos niveles de precarización laboral. En este período no sólo se produjo un incremento en los niveles de desocupación, sino que, además se expandieron la

informalidad laboral que impulsó un aumento de la proporción de asalariados sin descuentos jubilatorios. La afiliación que se esperaba que fuera voluntaria al régimen de capitalización por su transparencia, fue muy baja en este período, es posible aseverar que las nuevas afiliaciones a las AFJP se explicaban no por la búsqueda de que la AFJP maximice su jubilación futura, sino por la falta de información, la arbitrariedad o la indiferencia de los trabajadores que automáticamente se incorporaban al sistema. En tanto el nivel de haberes en un primer periodo no se contrajo más por la ausencia de inflación que por un incremento en el valor nominal de las jubilaciones y pensiones y con la crisis del 2001 y el colapso del régimen de convertibilidad, los afiliados a las AFJP padecieron una contracción en sus fondos.

En suma, la promesa neoliberal respecto de que la reforma previsional garantizaría la expansión de la cobertura y de la afiliación, el incremento de los haberes y el cumplimiento de los aportes, no sólo no se cumplió sino que, por el contrario, significó un desmejoramiento de dichas variables.

Otro de los argumentos era el de la competencia de las AFJP, que implicaría que cada una de ellas buscaría ofrecer mayores, mejores y garantizados beneficios para captar un mayor caudal de afiliados, en el cual podemos ver que el mercado de las mismas, lejos de desplegar los beneficios de esa competencia, se destacó por un alto nivel de concentración, en el cual pocas empresas concentraban la mayor proporción de afiliados, recaudación y valor de los fondos, por ejemplo, de las 26 empresas que comenzaron a operar en 1994, solo 11 quedaban en 2006 debido a un proceso de fusiones y absorciones de unas empresas por otras.

De esta forma los problemas financieros del sector público se profundizaron por la enorme transferencia de recursos del Estado a las AFJP, además de que el Estado se hacía cargo de la Prestación Básica Universal (PBU) y Prestación Compensatoria (PC) de los afiliados a las AFJP y de la reducción de alícuotas de las contribuciones patronales (dichas cargas se redujeron cerca del 50%, pasando del 33% al 17,8%), con el supuesto objetivo de incentivar la contratación de personal en un contexto de alto desempleo. Esta reducción se intentó sustituir con la recaudación de impuestos específicos (sobre los servicios de gas y teléfono, sobre los bienes personales, sobre la renta, el petróleo y los cigarrillos) demostrando las dificultades del sistema previsional para solventarse a sí mismo y afectando progresivamente al conjunto de los trabajadores en beneficio de los sectores empresarios (Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino, 2008).

Retomando el trabajo del CIFRA (2009), asimismo otro factor a tener en cuenta es el proceso de transferencia de cajas previsionales provinciales (y su déficit) a la Nación, mediante la firma del pacto federal entre ésta y las provincias. Entre 1994 y 1996, se produjo el traspaso de las cajas correspondientes a 11 provincias, lo que incrementó el déficit previsional nacional en \$1.257 millones en 1999.

Todo esto llevó a una situación de desfinanciamiento que explica en parte el incremento de la deuda pública producida en los años 90, ya que este déficit fue financiado con los propios recursos administrados por las AFJP debido a que el Estado terminó pidiendo prestado a las AFJP (a través de instrumentos de deuda pública) recursos que tiempo antes con la reforma les transfirió.

La crisis y el colapso del régimen de convertibilidad afectaron al sistema previsional en su conjunto: mientras los jubilados del régimen de reparto sufrieron un recorte del 13% en sus haberes a mediados del 2001, los afiliados de las AFJP padecieron una contracción en sus fondos.

A su vez, la crisis condujo a una nueva contracción del mercado formal de trabajo determinando un descenso en la relación aportantes/beneficiarios, a la vez que se produjo un importante deterioro en el valor real de las contribuciones, como consecuencia de la elevación del ritmo de variación de los precios tras la devaluación de la moneda a comienzos del 2002.

En suma, los impactos de la crisis fiscal, política y económica del 2001 pusieron en evidencia la debilidad del sistema previsional para enfrentar un escenario de crisis.

Por lo antes expuesto vemos que en el transcurso de los 14 años en que se desarrolló este sistema, se puso de manifiesto que los argumentos que justificaron la reforma no se produjeron, basta con advertir que las consecuencias de la reforma fueron negativas para los ingresos del Estado y regresivas para la clase trabajadora, no implicó lo mismo para el sector financiero y el capital concentrado local e internacional que se vieron altamente beneficiados por la proliferación de negocios asegurados a partir del flujo de fondos captados por las AFJP.

### (3) REFORMA AL SIJP. LEY 26.222

De acuerdo a Adrian Goldin (2008) el sistema jubilatorio que abarcaba a más de 14 millones de afiliados (11,3 millones afiliados a las AFJP y 2,5 millones afiliados al Estado) fue modificado parcialmente por la ley 26.222 que permitió -entre otras modificaciones- que los trabajadores afiliados a la jubilación privada regresen al sistema estatal si lo deseaban. Dicha opción podía efectuarse dentro de un período de 180 días cada cinco años, quedando excluidos los trabajadores que tenían más de 50 años (en el caso de las mujeres) o de más de 55 años (en el caso de los hombres), en la primera etapa -que finalizó el 31 de diciembre de 2007- la migración se pudo efectuar sin límite de edad.

Los aportes de los trabajadores indecisos que no elegían por uno u otro sistema dentro de los 180 días de iniciado el vínculo laboral iban al régimen de reparto. Esto revirtió el esquema de la ley 24.241, donde en sus comienzos esos aportes iban al régimen de capitalización.

Luego de finalizada la primera etapa, entre traspasos y voluntarios, la ANSES recibió más de 2,4 millones de afiliados.

A comienzos de 2008 ambos sistemas contaban con una cantidad similar de cotizantes, es decir, trabajadores que aportaban regularmente todos los meses (4 millones aproximadamente). Sin embargo, el padrón de afiliados a las AFJP fue mayor al de los afiliados al ANSES.

(4) REESTATIZACIÓN DEL SISTEMA. SIPA.

Siguiendo al Centro de Investigación y Formación de la Republica Argentina (2009), a partir de diciembre de 2008, entró en vigencia la ley 26.425 que dispone la unificación del SIJP en un único régimen previsional público que se denominará Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), financiado a través de un sistema solidario de reparto, garantizando a los afiliados y beneficiarios del régimen de capitalización vigente hasta la fecha idéntica cobertura y tratamiento que la brindada por el régimen previsional público, en cumplimiento del mandato previsto por el art 14 bis, CN. En consecuencia, se eliminó el régimen de capitalización.

Por lo dicho anteriormente, no es necesario aclarar por qué la creación del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), a través de la Ley 26.425 de 2008, ha significado una medida progresiva para el conjunto de los trabajadores de nuestro país. De hecho, ha implicado que el sistema previsional vuelva a concebirse como un régimen solidario financiado a través de la transferencia intergeneracional.

A su vez, la re-estatización del sistema implicó que los fondos que administraban las AFJP fueran traspasados hacia las arcas de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y, con ello, surgieron una serie de debates públicos acerca de la propiedad y el uso de dichos fondos.

La re-estatización del sistema de jubilaciones y pensiones implicó el traspaso a la órbita estatal de activos que estaban siendo administrados por las AFJP, por una suma cercana a los \$ 80.000 millones. Adicionalmente, la re-estatización del sistema implicó la apropiación por parte del estado de un flujo anual de financiamiento de entre \$ 12.000 millones y \$ 14.000 millones (entre aportes de los trabajadores y contribuciones patronales), recursos que antes se dirigían a las AFJP.

(a) *Financiamiento*

Este sistema aunque pueda financiarse con otras fuentes de recursos, es contributivo porque se financia con el aporte personal de los trabajadores en relación de dependencia del 11% de sus remuneraciones, la contribución de los empleadores que ascienden al 16% de la misma base salarial y el aporte personal de los trabajadores autónomos del 27% de sus ingresos presuntos.

(b) *Requisitos para acceder a las prestaciones (Anexo I)*

(c) *Fondo de Garantía de Sustentabilidad (FGS)*

El decreto 2.104/2008, teniendo en cuenta que se ha eliminado el régimen de capitalización y que se ha dispuesto su absorción y sustitución por parte del régimen de reparto, señaló que tanto quienes se encontraban afiliados al régimen de capitalización, como sus aportes futuros, sean derivados al SIPA y que por el mismo motivo correspondió establecer que los saldos de las cuentas de capitalización sean destinados al Fondo de Garantía de Sustentabilidad (FGS).

Los recursos del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del SIPA (FGS) pertenecen en forma exclusiva y excluyente al SIPA y son administrados por la ANSES como patrimonio de afectación específica.

El art. 12 de la ley 26.425 creó en el ámbito de la ANSES el Consejo del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del SIPA, cuyo objeto sería el monitoreo de los recursos del sistema, hoy actualizado por el dec. 2.103/2008.

La totalidad de los recursos son utilizados únicamente para pagos de los beneficios del Sistema Integrado Previsional Argentino. El activo del fondo se invierte de acuerdo con criterios de seguridad y rentabilidad adecuados, contribuyendo al desarrollo sustentable de la economía real a efectos de garantizar el círculo virtuoso entre crecimiento económico y el incremento de los recursos de la seguridad social, encontrándose prohibida la inversión de dichos fondos en el exterior.

(5) PROBLEMÁTICA DEL SISTEMA.

(a) *Financiamiento*

Según Mariano Canclini (2004), es importante destacar que el problema del financiamiento de la seguridad social, no es un problema de los países en vías de desarrollo, sino que lo es también de los países con alto grado de evolución en políticas activas de seguridad social.

En un primer momento sólo se estudiaba si el sistema sería de capitalización colectiva o atendida por fondos del tesoro, triunfando luego el modelo de capitalización colectiva.

El sistema previsional argentino ha tenido, por muchas décadas, serios problemas. Luego de una primer etapa donde la inmadurez del mismo permitía pagar altos beneficios con bajas tasas de contribuciones, la maduración del sistema, el envejecimiento poblacional y los problemas de recaudación vinculados a la informalidad en el mercado de trabajo fueron generando serios problemas de funcionamiento, por lo que a principios de los '90 se mantenía un nivel de cobertura bueno, pero con beneficios medios bajos y problemas de financiamiento.

Indudablemente, la ley 24.241 de transformación de la ley previsional modificó el contenido de los recursos, que a partir del año 1994 debieron tenerse en cuenta en la elaboración de los presupuestos nacionales.

Esta reforma del sistema previsional significó que una parte importante (aproximadamente 85%) de los aportes personales de los trabajadores se derivaran a los fondos de pensiones administrados por las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones, que significó una transferencia adicional de recursos, equivalente a 27 millones de pesos.

Por otro lado si se tiene en cuenta el gran incremento del empleo no registrado dejaron de ingresar recursos por aportes y contribuciones de estos trabajadores por más de 80.000 millones de pesos; con lo cual, el Estado, debió recurrir a un financiamiento adicional para poder suplir dicha pérdida de recursos, a la vez, que limitó al máximo la respuesta a reclamos de beneficiarios de ajuste de las prestaciones y condicionó el incremento general de haberes a partir del año 1995 a la disponibilidad presupuestaria.

El proceso inflacionario sufrido por el país liquidó los esquemas de capitalización, pues estas cajas perdieron su valor adquisitivo, haciendo imposible que esos activos superaran la inflación.

Entre los factores que desencadenaron los problemas de financiamiento de las cajas de jubilaciones podemos mencionar: bajas edades para alcanzar las prestaciones, evasión de aportes y contribuciones, regímenes diferenciales, prestaciones otorgadas sin el cumplimiento de los requisitos establecidos por las leyes previsionales y el escaso control respecto de las enfermedades incapacitantes en las prestaciones por invalidez.

En este contexto, es de suma importancia revertir otro aspecto central que acompañó la reforma previsional del año 1994: la reducción de las alícuotas de las contribuciones patronales.

No sólo porque esta medida implicó una cuantiosa pérdida de recursos por parte del Estado nacional a lo largo de los últimos 15 años, sino porque impide alcanzar en la actualidad un nivel de ingresos previsionales que posibilite un incremento sustantivo y sustentable de los haberes de la población pasiva.

El diseño y gestión del Sistema Previsional Argentino debe ser revisado a fin de ajustarlo a la realidad de la sociedad argentina. En ese sentido resulta necesaria una reforma impositiva de fondo en la que se incluya el tratamiento de la coparticipación federal, cuestión en la que se encuentran involucradas las medidas vinculadas con las transferencias de las cajas provinciales de empleados públicos y la armonización prevista en aquellos regímenes no transferidos, el nivel de informalidad del mercado laboral, el cual difícilmente pueda ser reducido en el corto o mediano plazo, mientras que las restricciones fiscales continuarán siendo importantes.

(b) *Utilización del Fondo de Garantía de Sustentabilidad (FGS).*

De acuerdo al Centro de Investigación y Formación de la República Argentina (2009), desde noviembre de 2008 el gobierno nacional, en respuesta al escenario de crisis internacional, ha anunciado y puesto en práctica un conjunto de instrumentos y medidas de política macroeconómica y productiva con el fin de asegurar el financiamiento del sector público, mantener el superávit comercial, preservar los niveles de actividad y sostener el nivel de empleo.

En este contexto, la re-estatización del sistema de seguridad social fue presentada, al menos discursivamente, como un elemento determinante del paquete de medidas anticíclicas llevadas adelante por el gobierno nacional. En este sentido, la utilización de los fondos administrados por la ANSES se presentaba como una solución ante la inexistencia de financiamiento para los sectores productivos, y se sugirió que se utilizarían más de \$ 30.000 millones de las recientemente transferidas AFJP. Más allá de la discusión de fondo acerca de los posibles destinos de los fondos del FGS, lo primero que se observa es una distancia abismal entre los anuncios y la utilización de los fondos efectivamente realizada.

Así, la cartera de activos que pasó a manos del Estado nacional no ha sufrido, hasta el momento, una modificación sustancial con respecto a la distribución que presentaba bajo la administración de las AFJP. Las operaciones de crédito público continúan manteniendo un peso preponderante en la estructura de los activos, superando el 60% del FGS así como constituían una porción similar de la cartera de las AFJP. A la vez, los activos en depósitos bancarios y plazos fijos tampoco presentan una significativa variación, ya que representan el 11,4% de los activos del FGS y constituían el 14,1% de la cartera de las AFJP. (Ver anexo II)

Los cambios fueron sólo menores. En el caso de los depósitos en el sistema financiero se registró en los últimos meses de 2009 un traspaso de fondos hacia el Banco de la Nación Argentina, fundamentalmente por la repatriación de los fondos que se encontraban invertidos en el exterior, tal como lo establecía la Ley 26.425/08 de re-estatización del sistema.

La repatriación de los fondos colocados en el exterior fue aproximadamente de \$ 1.200 millones, fundamentalmente de colocaciones que poseían las AFJP en Estados Unidos, Europa y Asia. Si bien la colocación de los fondos en la economía local es una medida necesaria en pos de incentivar la inversión y favorecer la liquidez en la plaza financiera local, la liquidación de posiciones en la plaza financiera internacional en el contexto de la mayor crisis económica desde los años treinta implicó seguramente una significativa pérdida de recursos. Resulta evidente que los fondos surgidos del ahorro de los trabajadores argentinos tienen y deben estar invertidos en la plaza financiera local, sin embargo este proceso de repatriación de capitales se podría haber realizado una vez que se reconstituyera el valor de los títulos en el mercado internacional, más aún cuando se trataba por lo general de colocaciones en fondos de inversión que fueron severamente golpeados por la crisis mundial.

La discusión respecto de la utilización de los fondos disponibles en la ANSES a partir de la reestatización del sistema previsional no es sencilla.

El que los fondos acumulados del sistema previsional estén en manos de ANSES en lugar de administrados por las AFJP abren la posibilidad de que sean utilizados en la financiación de inversiones de largo plazo para el desarrollo del país y, en momentos de crisis, también para llevar a cabo políticas anticíclicas.

Ahora bien, el uso que ha hecho la ANSES en los últimos meses dista de cumplir estos objetivos. Este organismo ha mantenido en general las inversiones realizadas por las AFJP y los fondos destinados al fomento del consumo y de algunas empresas han sido limitados.

La medida de otorgar un aumento de haberes a los jubilados a partir de la nueva disponibilidad de fondos (previo a la vigencia de la ley de Movilidad Jubilatoria) no podría garantizar la sustentabilidad de dicho incremento, ya que el mismo dependería de las disponibilidades futuras que genere el fondo, a la vez que significaría su descapitalización. A su vez, la liquidación de activos del fondo para garantizar un incremento en el haber medio jubilatorio implicaría también la descapitalización del mismo y la imposibilidad de sustentar dichos incrementos en el largo plazo.

Sería deseable que el debate público acerca del FGS se orientase hacia la definición de los objetivos prioritarios en materia de desarrollo económico, reactivación de la economía y distribución del ingreso, y el mejor modo de lograrlos, en lugar de perderse en la discusión estéril acerca de la intangibilidad de estos fondos.

*(c) Ley de movilidad jubilatoria y el problema del 82% móvil*

La aprobación de la Ley de Movilidad Jubilatoria 22 en octubre de 2008 determinó que los haberes jubilatorios se ajustarían en los meses de marzo y septiembre de cada año en base a la evolución de un índice elaborado para este fin específico. El mencionado indicador se construye en base a la variación de los recursos tributarios de la seguridad social por beneficiario y por el incremento que registren semestralmente los salarios, determinando ambos componentes un 50% por ciento del valor del índice.

La estimación de la variación de los salarios nominales se realiza a través del índice general de salarios (IGS) del INDEC y del RIPTE (Índice de Remuneraciones Imponibles de Trabajadores Estables), tomándose en consideración el índice salarial que registre un mayor crecimiento en el período. En definitiva, el índice de movilidad jubilatoria combina la variación de los salarios con el incremento de los recursos tributarios por beneficiario. Sin embargo, esta fórmula se aplica si y sólo si el índice de movilidad estimado es inferior a la variación de los recursos totales de la seguridad social por beneficiario en los últimos doce meses. En caso de que la variación de los recursos totales sea inferior al índice estimado, los haberes jubilatorios se ajustarán según el incremento que

hayan registrado los recursos totales de la seguridad social por beneficiario. En los hechos, se le colocó un techo al incremento de las jubilaciones y las pensiones. (Arceo, 2008)

Debe destacarse que este indicador no toma en consideración la evolución del nivel general de precios, y por ende, no garantiza el mantenimiento del poder de compra de los haberes jubilatorios. Es más, en un contexto inflacionario y de estancamiento o contracción de los salarios reales, el ajuste de las remuneraciones de la población pasiva, de no mediar un significativo incremento en la recaudación, irá a la detrás del incremento de los precios.

En segundo lugar, dichos haberes sólo reducirán su brecha con respecto a los ingresos de los trabajadores activos de producirse un crecimiento de los recursos tributarios de la seguridad social por beneficiario superior al de los salarios.

En síntesis, la Ley de Movilidad Jubilatoria no garantiza una recomposición significativa de los haberes jubilatorios, ya que se limita a determinar un mecanismo de indexación en base a la evolución de los salarios y de la recaudación de la seguridad social.

Estas limitaciones quedan en evidencia al analizar el impacto que hubiera tenido el presente proyecto de ley sobre la evolución de los haberes jubilatorios de haber estado vigente desde el colapso del régimen de convertibilidad a comienzos del 2002. En efecto, durante el período comprendido entre los años 2002 y 2007 la jubilación mínima se elevó un 297,5% como consecuencia de los incrementos dispuestos por el Poder Ejecutivo, en tanto que de haber estado vigente la ley de movilidad dicho incremento se hubiera reducido al 119%. Es más, los haberes jubilatorios en el período mencionado crecieron prácticamente el doble que el índice general de salarios publicado por el INDEC permitiendo una reducción de la brecha entre las remuneraciones de los trabajadores activos y los pasivos. Pero de haber estado vigente la presente ley dicha brecha prácticamente no se habría modificado, ya que los haberes jubilatorios habrían crecido sólo levemente por encima de los salarios (CIFRA-Centro de Investigación y Formación de la República Argentina, 2009)

De todas formas, se debe remarcar que la ley de movilidad implica un nivel mínimo de actualización de las remuneraciones pasivas, ya que el Poder Ejecutivo puede determinar incrementos adicionales en el valor de las prestaciones. A pesar de las limitaciones que posee la ley, la misma ha representado un avance para los trabajadores, ya que la evolución de los ingresos de la población pasiva dejó de depender exclusivamente de la decisión discrecional del Poder Ejecutivo.

#### *El 82 % móvil*

El monto de 82% móvil se estableció en el año 1958 con la ley 14.499, publicada en el Boletín Oficial el 17 de Octubre del mismo año. Dicho porcentaje era el número que expresaba, en concreto, qué se entendía por una jubilación "digna", capaz de cubrir el costo de vida del trabajador pasivo. La norma estableció que *"el haber de la jubilación ordinaria sería equivalente al 82 por*

*ciento móvil, de la remuneración mensual asignada al cargo, oficio o función de que fuere titular el afiliado, a la fecha de la cesación en el servicio o al momento de serle otorgada la prestación, o bien al cargo, oficio o función de mayor jerarquía que hubiese desempeñado". Este régimen estuvo en vigencia apenas 5 años de una historia previsional.*

Según José Castillo (2010), lo cierto es que los gobiernos siempre tuvieron un interés particular en las cajas de jubilaciones. Estas cajas compuestas por descuentos de los propios trabajadores y aportes patronales, muchas veces fueron utilizadas para fines distintos que solventar jubilaciones y pensiones. Así, ya en 1962, entró en déficit por primera vez el sistema previsional. El gobierno de facto de entonces (Guido) dejó de cumplir con el 82%. La dictadura militar de Onganía dio el segundo zarpazo: aumentó la edad jubilatoria a 60 años para las mujeres y 65 para los hombres y estableció que el 82% sólo sería para aquellos que tuvieran más de 30 años de aporte.

Pero también distintos gobiernos de la democracia tuvieron injerencia en relación al tema. El gobierno peronista de 1973 estableció el haber previsional en el 70% del cargo en actividad. Pero ni aún ese valor se cumplió. Alfonsín, que claramente optó por priorizar el pago de la deuda externa antes que cumplir con los jubilados, declaró la "emergencia previsional" en 1986. Ya de ahí en adelante lo que se pagó en concepto de jubilaciones no tuvo nada que ver con ningún porcentaje ni con ninguna movilidad. Miles de jubilados afectados iniciaron y ganaron innumerables juicios. Pero, se le abonó a personas de más de 80 años con bonos a 10 años que, lógicamente por una cuestión de edad, muchos de los demandantes no verían. Con Menem y la privatización del sistema, directamente se eliminó cualquier actualización de haberes. Y con De la Rúa se marcaría un nuevo récord: directamente redujo las jubilaciones un 13% en julio de 2001.

Con los Kirchner y la reaparición de la inflación galopante, nunca los haberes de los pasivos se actualizaron como correspondía a pesar de la estatización de las AFJP. Siempre permanecieron por debajo de la línea de pobreza. Peor aún: se acható la pirámide y cada día más jubilados cobran la mínima. Ni el 82 ni el 70%, las jubilaciones, a pesar de la movilidad jubilatoria, en promedio hoy son alrededor del 34% del sueldo de un trabajador en actividad (el porcentaje más bajo de toda la historia argentina).

No obstante lo mencionado, se debe mencionar que desde hace unos años se viene incrementando la presión opositora en el Congreso para sancionar una ley que establezca que la jubilación mínima debe ser equivalente al 82% móvil del salario mínimo actual.

El 82% móvil es una promesa de larga data y que requiere de un gran compromiso y esfuerzo para lograrlo. El gobierno actual de Mauricio Macri tiene un enorme desafío por delante en tanto que una de sus propuestas durante su campaña electoral fue el de asumir un compromiso concreto para otorgar dicho beneficio a los jubilados. Lo cierto es que el déficit fiscal heredado, sumado a que, entre otros factores, la sociedad está envejeciendo por la mejora en la perspectiva de

vida y la baja la cantidad de jóvenes, que son los que aportan y sostienen al sistema, tornan difícil cumplir en el corto plazo con lo reclamado.

Para el mismo autor, implementar el 82% demandaría alrededor de unos \$100.000 millones por año los que podrían salir del superávit de Anses y de la rentabilidad del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del ente. Lo ideal sería hacerlo de manera progresiva, primero para los que ganan la jubilación mínima y luego para el resto.

Pero la parte más difícil es sostener los pagos en el tiempo. Para hacerlo, es necesario la creación de empleo privado genuino para sumar aportantes y financiamiento y quitarle a Anses el costeo de planes como Procrear o Progresar, toda una decisión política y económica.

El 82% móvil necesita ser implementado en un contexto integral de política fiscal. No se puede bajar retenciones, subir el mínimo no imponible de ganancias y dar el 82% en una situación de desequilibrio como el que hoy existe.

### **3.2. Sistema de asignaciones familiares**

Teniendo en cuenta lo expuesto por Mariano Canclini (2004), las asignaciones familiares se constituyeron como una institución destinada a la protección del grupo familiar, así lo expresa la Constitución Nacional en su art. 14 bis, cuando obliga al Estado a establecer por ley la compensación económica familiar.

Las asignaciones familiares son prestaciones no remunerativas que contempla el sistema de seguridad social para compensar al trabajador de los gastos que le pudieran ocasionar sus cargas de familia.

Es un derecho frente a las contingencias económicas que tiene el individuo. La Asociación Internacional de la Seguridad Social se refiere a las prestaciones vinculadas a la protección de la familia con sentido de solidaridad.

#### **3.2.1. Antecedentes**

Este régimen tuvo en Argentina sus primeros antecedentes en la década de 1930 con la implementación del subsidio a la maternidad. Para 1940 los empleadores de los sectores bancario, ferroviario y estatal comenzaron a pagar el beneficio por hijo y se crearon las distintas cajas compensadoras en cada sector que otorgaba tal beneficio con el objetivo de que al contratar trabajadores no se discriminara a aquellos con familia numerosa, de esta forma las empresas abonaban un porcentaje sobre el salario de cada trabajador, más allá de cómo este compuesto su grupo familiar, así las cajas pagaban lo correspondiente a la estructura familiar del trabajador. En 1957 se estableció un sistema integral de asignaciones y subsidios familiares para los trabajadores de los sectores de comercio (Casfec) e industria (Casfpi), el cual se amplió en 1965 a las demás

actividades, que tenían hasta entonces regulaciones para los salarios familiares sin cajas compensadoras. (CIFRA, - Centro de Investigación y Formación de la República Argentina -, 2012)

En 1968 fue sancionada la ley 18.017, que rigió hasta 1996, cuando se dictó la ley 24.714. En 1968 fueron incorporados al sistema los trabajadores estatales, en 1974 los jubilados y pensionados y en 1976 los titulares de pensiones asistenciales por invalidez.

El SUSS en noviembre de 1991 se hizo cargo de las funciones que hasta entonces tenían las distintas cajas de subsidios familiares, las cuales fueron disueltas. De este modo el Estado tomó el control de todo el sistema de asignaciones familiares, centralizando el conjunto de los aportes de la seguridad social.

### **3.2.2. Reforma de 1996**

En el año 1996 se produjo una nueva reforma que incorporó una limitación al acceso al beneficio para quienes percibían un salario superior a un monto determinado. Esta modificación implicó la implementación de un sistema con tres escalas salariales, según el cual el monto de la asignación pasaba a depender de la remuneración, de modo que a mayor salario menor era el monto del beneficio. Aquellos cuyo sueldo superase el tope establecido para la mayor de las categorías pasaron a estar excluidos de percibir las asignaciones, sin embargo aquellos que se encontraban dentro del régimen de contribución al impuesto a las ganancias, cuarta categoría, podían realizar deducciones en el monto imponible por cada hijo menor, las que se podían considerar como una transferencia implícita comparable a las asignaciones familiares.

Al mismo tiempo se simplificó el esquema de beneficios eliminando o unificando una serie de prestaciones del régimen anterior. Por ejemplo, fueron eliminadas las siguientes asignaciones: escolaridad primaria, escolaridad media, familia numerosa, etc. Quedó así establecido un número más reducido de asignaciones, que son las actualmente vigentes:

- Asignaciones de pago único: matrimonio, nacimiento y adopción.
- Asignaciones de corta duración: maternidad y prenatal.
- Asignaciones periódicas mensuales: hijos menores de 18 años a cargo, hijos con discapacidad sin límite de edad y cónyuge.
- Asignaciones periódicas anuales: ayuda escolar.

Las personas incluidas en el régimen de asignaciones familiares establecido por la ley 24.714 son:

1. Los trabajadores en relación de dependencia.
2. Los beneficiarios de la Ley de Riesgos del Trabajo.
3. Los beneficiarios del Fondo Nacional de Empleo.

#### 4. Los beneficiarios del SIJP.

Están excluidos el servicio doméstico y los trabajadores en relación de dependencia cuyo IGF (Ingreso Grupo Familiar) sea superior a \$60.000 y \$30.000 por cada padre, siempre considerando los sueldos en bruto, de todos modos, estos trabajadores tienen derecho a percibir la asignación por maternidad y por hijo discapacitado.

Tampoco tienen derecho al cobro de asignaciones familiares los trabajadores en relación de dependencia que perciben un salario mensual inferior a \$200.

Es decir, en la actualidad está limitada a los trabajadores cuyo Ingreso del Grupo Familiar (IGF) es igual o superior a \$200 y menor a \$30.000 mensuales, con la excepción de los casos de asignación por maternidad e hijo discapacitado (art 3, ley 24.714, modif. por dec 1.141/2015).

Inicialmente la exclusión fijaba un tope de \$1.500, pero establecía un sistema gradual según el monto del salario para la cuantía de las asignaciones. Y además un procedimiento de cálculo por promedio semestral para la evaluación de la continuidad del cobro.

A partir del 01/12/2004, el dec. 1.691/2004 eleva nuevamente los topes a \$2.025 e incrementa en un 50% la cuantía de determinadas asignaciones (hijo, hijo con discapacidad y asignación prenatal).

A través de distintos decretos se han elevado los topes e incrementado la cuantía de las asignaciones, los nombramos a continuación:

- DECRETO 1.134/2005. Se elevan los topes a \$2.600.
- DECRETO 33/2007. Se elevan los topes a \$3.000 y se incrementa en un 20% la cuantía de las asignaciones familiares por hijo y por hijo con discapacidad; y en un 100% la cuantía de las asignaciones por nacimiento, adopción y matrimonio, de la asignación familiar por cónyuge (en este caso solo para los beneficiarios del SIJP).
- DECRETO 1.345/2007. Produce un nuevo aumento en las asignaciones familiares por hijo, hijo con discapacidad y asignación prenatal del 40% y se eleva el tope a \$4.000 a partir del cual se excluyen del cobro de asignaciones a los trabajadores que tengan un ingreso mayor al precitado, salvo las asignaciones por maternidad y por hijo con discapacidad que siempre han estado fuera de los topes.
- DECRETO 1.591/2008. Aumentan en un 35% las asignaciones y el tope se eleva a \$4.800.
- DECRETO 1.602/2009. Incorpora el inc. c) al art. 1 de la ley, que incluye un subsistema no contributivo de Asignación Universal por Hijo para Protección Social, destinado a aquellos niños, niñas y adolescentes residentes en la República Argentina, que no tengan otra asignación familiar prevista por la presente ley y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal.

- DECRETO 1.729/2009. Los valores se incrementan con escala gradual en las asignaciones por hijo y por hijo con discapacidad, pero se mantiene el tope en \$4.800.
- DECRETO 1.388/2010. Se incrementan nuevamente los montos de las asignaciones familiares y de la asignación universal por hijo.
- DECRETO 1.482/2011. Aumentan en un 22% las asignaciones y el tope se eleva a \$5.200.
- DECRETO 1.667/2012. Aumentan en un 25,9% las asignaciones y fija las nuevas escalas para las asignaciones familiares por hijo según los ingresos del grupo familiar y establece como tope \$14.000 para percibir las asignaciones familiares. De esta forma la sumatoria de los ingresos del padre y de la madre no podrán superar los pesos \$ 14.000 - es decir cada uno debe tener una remuneración no superior a \$7.000. En el caso de alguno de los integrantes del grupo familiar perciba un ingreso superior, se los excluye de la posibilidad de recibir la asignación pese a que en conjunto no superen dicho tope.
- DECRETO 614/2013. Establece como tope \$16.600 para percibir las asignaciones familiares.
- DECRETO 1.282/2013. Fija las nuevas escalas para las asignaciones familiares por hijo según los ingresos del grupo familiar y establece como monto mínimo \$200 y como tope \$30.000 para percibir las asignaciones familiares.
- DECRETO 779/2014. Se incrementan nuevamente las asignaciones familiares. Argentina (B.O. 26/05/2014). *Decreto 779. Asignaciones Familiares*
- DECRETO 1.141/2015. Se incrementan las asignaciones en un 30%.
- En julio de 2015 se aprobó la Ley 27.160, que comienza a tener vigencia a partir del mes de Marzo de 2016. La misma establece que las Asignaciones Familiares serán "móviles" y se aplicará el cálculo del Índice de Movilidad Jubilatoria (la cual tiene actualizaciones en Marzo y Septiembre de cada año).

Además, dicha ley estableció que los topes de ingresos previstos en el art 3º de la Ley de Asignaciones Familiares, se ajustarán de acuerdo a la variación que se produzca en la ganancia no imponible y/o en las deducciones por cargas de familia, previstas en el Art. 23 inciso b) de la Ley de Impuesto a las Ganancias.

En el Anexo III se muestra la tabla con los montos vigentes a partir de Marzo de 2016.

Se aclara expresamente que para el pago de las asignaciones por nacimiento, matrimonio, adopción y maternidad, los trabajadores permanentes y los trabajadores de temporada deberán encontrarse en relación de dependencia o efectiva prestación de servicios, al producirse el hecho generador. Lo que la norma quiere decir es que el trabajador de temporada debe encontrarse dentro del ciclo de prestación de servicios y no de receso.

El empleador está obligado a notificar a su personal, dentro de los 10 días hábiles de su ingreso, las normas que rigen las asignaciones familiares, entregando y conservando constancia fehaciente de dicha notificación.

El beneficiario debe presentar la documentación que avale el derecho a percibir las asignaciones, dentro del plazo de caducidad previsto para cada una de ellas, ya que de lo contrario pierde el derecho a percibirlas, sin admitirse reclamo alguno.

### **3.2.3. Sistema Único de Asignaciones Familiares (SUAF)**

A partir del dictado del decreto N° 292/2008 se establece el Sistema Único de Asignaciones Familiares (SUAF) mediante el cual las empresas dejan de abonar las asignaciones familiares a través del Sistema de Fondo Compensador, las cuales son abonadas directamente por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES).

El Estado Nacional efectúa el pago de las asignaciones familiares, fija un sistema gradual (empleadores incorporados que soliciten ingresar al sistema); la determinación la realiza ANSES y paga las asignaciones, depositando en bancos, correos, acreditando en cuentas corrientes.

Por su parte las empresas presentan legajos de todos los trabajadores para que el organismo verifique los extremos de los beneficios. El empleador debe notificar, al personal dentro de los 10 días hábiles de su ingreso o del traspaso de la empresa al SUAF, las normas que rigen el sistema.

### **3.2.4. Financiamiento.**

El sistema se financia mediante una contribución obligatoria a cargo del empleador (o de la ART) del 9% sobre el total de las remuneraciones de cada trabajador. De ese 9% el 7,5% está destinado exclusivamente a asignaciones familiares y el 1,5% al Fondo Nacional de Empleo (art. 5). Es decir que para el empleador el costo del pago de las asignaciones familiares asciende al 7,5% de las remuneraciones brutas de los trabajadores.

También se financia por medio de intereses, multas, recargos, rentas provenientes de inversiones, donaciones, legados y otro tipo de contribuciones. El sistema no está administrado por cajas ni intermediarios.

El art. 33, dec. 1.602/2009, incorpora el inc. c) al art. 5, disponiendo que las que correspondan al inc. c) del art 1 de esta ley con los siguiente recursos: 1. los establecidos en el art. 18, ley 24.241 y sus modificatorias, 2. los rendimientos anuales del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del SIPA creado por el dec. 897/2007 y modif.

### **3.2.5. Análisis de cada una de las asignaciones**

Siguiendo la siguiente clasificación, habrá de analizarse cada una de las asignaciones enumeradas en la ley, estableciendo la documentación necesaria para su percepción, su monto y las características particulares de cada una de ellas.

- Asignaciones de pago único: matrimonio, nacimiento y adopción.
- Asignaciones de corta duración: maternidad y prenatal.
- Asignaciones periódicas mensuales: hijos menores de 18 años a cargo, hijos con discapacidad sin límite de edad y cónyuge.
- Asignaciones periódicas anuales: ayuda escolar.
- Asignaciones de pago único. Aspectos comunes.

#### (1) ASIGNACIONES DE PAGO ÚNICO

##### (a) *Asignación por nacimiento*

Consiste en una suma de dinero que se paga en el mes que se acredite el nacimiento del hijo ante el empleador (art. 12, ley 24.714).

Para el goce de esta asignación, se requiere una antigüedad mínima y continuada de seis meses a la fecha del nacimiento.

La asignación por nacimiento corresponde abonarse cuando el mismo se produce sin vida, siempre que la gestación hubiere tenido un mínimo de 180 días.

El monto asciende a la suma de \$975 (art. 18) para los que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$200 y \$60.000. En los casos de alumbramiento múltiple, se paga una asignación por cada hijo nacido.

Documentación a presentar:

- Formulario de solicitud de prestación certificado por el empleador,
- Documento Nacional de Identidad del beneficiario -original y copia-,
- Documento Nacional de Identidad del recién nacido -original y copia-,
- Partida de nacimiento,
- Fotocopia de los recibos de sueldo correspondientes al primero o segundo semestre o a la primera remuneración, según sea el caso. Fotocopia del recibo de sueldo del mes en que se produce el hecho generador,

Cuando el nacimiento se hubiere producido en el extranjero: Documento Nacional de Identidad del recién nacido y partida de nacimiento traducida, visada por el Consulado Argentino y

legalizada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de la República Argentina.

Si el país emisor del documento fuera signatario de la Convención de La Haya, en la partida de nacimiento deberá constar la acotación o apostilla estampada por la autoridad competente del citado país.

Las partidas de nacimiento libradas por Italia quedan exceptuadas del visado, legalización y traducción, como así también de la acotación o apostilla resultando válidas con la sola firma de la autoridad consular de dicho país, conforme al convenio celebrado entre la República Argentina y la República Italiana aprobado por la ley 23.578.

De igual modo las partidas extendidas por España, Portugal, Grecia, Brasil, Chile y Uruguay quedan también exceptuadas del visado, legalización y traducción para la tramitación de prestaciones en el marco de los convenios de seguridad social suscriptos con la República Argentina, en original y copia.

*(b) Asignación por adopción.*

Consiste en una suma de dinero que se paga al trabajador en el mes en que acredite dicho acto ante el empleador (art. 13, ley 24.714).

Para el goce de esta asignación se requiere una antigüedad mínima y continuada en el empleo de seis meses.

El pago de la asignación procede en el caso de reconocimiento de hijos, siempre que no hubieran transcurrido 2 años a partir de la fecha de ocurrido el nacimiento y que no se hubiere percibido esta asignación con anterioridad.

El monto de la asignación por adopción asciende a la suma de \$5.850 (art. 18) para los que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$200 y \$60.000.

En los casos de adopción, la asignación por hijo es abonada con retroactividad a la fecha en que la ley de adopción vigente o la sentencia que confiere la adopción, reconozcan los efectos de esta última, salvo que durante el lapso respectivo el beneficiario hubiere estado percibiendo la misma como consecuencia de la guarda del menor.

Documentación a presentar:

- Formulario de solicitud de prestación certificado por el empleador,
- Documento Nacional de Identidad del beneficiario -original y copia-,
- Documento Nacional de Identidad del adoptado, con su nuevo apellido en caso de adopción plena -original y copia-,
- Testimonio de la sentencia de adopción -original y copia-,
- Partida de nacimiento del adoptado -original y copia-,

- Fotocopia de los recibos de sueldo correspondientes al primero o segundo semestre o a la primera remuneración, según sea el caso. Fotocopia del recibo de sueldo del mes en que se produce el hecho generador.

(c) *Asignación por matrimonio*

Consiste en una suma de dinero que se paga en el mes en que el trabajador acredita su matrimonio en forma fehaciente ante el empleador (art. 14, ley 24.714). Para el goce de esta asignación se requiere una antigüedad mínima y continuada de seis meses en el empleo.

Se paga a ambos contrayentes si los dos están en las condiciones de percepción requeridas por la norma.

El monto de la asignación por matrimonio asciende a la suma de \$1.462 (ast. 18) para los que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$200 y \$60.000.

Documentación a presentar:

- Formulario de solicitud de prestación certificado por el empleador,
- Documento Nacional de Identidad del beneficiario y de su cónyuge -original y copia-,
- Certificado de matrimonio -original y copia-,
- Fotocopia de los recibos de sueldo correspondientes al primero o segundo semestre o a la primera remuneración, según sea el caso,
- Fotocopia del recibo de sueldo del mes en que se produce el hecho generador.

Cuando el matrimonio se hubiere celebrado en el extranjero: Documento Nacional de Identidad del/la cónyuge y certificado de matrimonio traducido, visado por el Consulado Argentino y legalizada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de la República Argentina.

Si el país emisor del documento fuera signatario de la Convención de La Haya, Documento Nacional de Identidad del/la cónyuge y certificado de matrimonio en el que conste la acotación o apostilla estampada por la autoridad competente del citado país.

Las partidas de matrimonio libradas por Italia quedan exceptuadas del visado, legalización y traducción, como así también de la acotación o apostilla resultando válidas con la sola firma de la autoridad consular de dicho país, conforme al convenio celebrado entre la República Argentina y la República Italiana aprobado por la ley 23.578.

De igual modo las partidas extendidas por España, Portugal, Grecia, Brasil, Chile y Uruguay quedan también exceptuadas del visado, legalización y traducción para la tramitación de prestaciones en el marco de los convenios de seguridad social suscriptos con la República Argentina, en original y copia.

---

(2) ASIGNACIONES DE CORTA DURACIÓN

(a) *Asignación prenatal*

Consiste en una suma equivalente a la asignación por hijo (art 18), que se paga desde el momento de la concepción hasta el nacimiento del hijo (art 9, ley 24.714).

Los montos de esta asignación son:

1. \$966 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$200 y \$15.000.,
2. \$649 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$15.000,01 y \$22.000.
3. \$390 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$22.000,01 y \$25.400.
4. \$199 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre 25.400,01 y \$60.000.

El Estado debe ser acreditado entre el tercero y cuarto mes de embarazo, mediante certificado médico.

Para acceder a su percepción, el trabajador debe tener una antigüedad mínima y continuada en su empleo de tres meses.

Su pago corresponde a la trabajadora, independientemente de su estado civil o al trabajador, cuando su cónyuge o concubina no trabaje en relación de dependencia o cuando la percepción por la misma resulta menos beneficiosa, porque su remuneración sea mayor. Para su percepción se debe presentar un certificado médico cuya fecha de emisión no sea posterior a treinta días, que acredite la existencia de un embarazo de más de tres meses cumplidos de gestación e indique la fecha probable de parto.

La ley dispone que para su percepción se requiere una antigüedad mínima de tres meses en el empleo y la reglamentación aclara que este requisito condiciona el pago íntegro de la asignación, pero no impide la percepción de las mensualidades que se devenguen con posterioridad al cumplimiento del lapso de antigüedad.

Asimismo, para su percepción, el estado de embarazo debe ser acreditado entre el tercero y el sexto mes cumplido de gestación, mediante la presentación del correspondiente certificado médico. Si el estado de embarazo se acredita con posterioridad al sexto mes cumplido de gestación, se abonan las cuotas que resten desde la presentación del certificado referido al nacimiento.

Si el estado de embarazo se acredita con posterioridad al nacimiento, no corresponde el pago de la asignación prenatal.

El pago de la asignación prenatal cesa por interrupción del embarazo. Es compatible con la percepción de la asignación por hijo correspondiente al mes en que se produce el alumbramiento, siempre que la asignación prenatal no exceda de nueve mensualidades.

Documentación a presentar:

- Certificado médico que acredite el estado de embarazo y tiempo de gestación y fecha probable de parto,
- Titular masculino casado legalmente: certificado de matrimonio,
- Titular masculino en concubinato: información sumaria ante autoridad judicial o administrativa competente a fin de acreditar la relación de convivencia,
- Partida de nacimiento en donde conste la maternidad/paternidad del titular dentro de los 120 días de producido el nacimiento -original y copia-.

*(b) Asignación por maternidad*

Consiste en una suma igual a la remuneración que la trabajadora hubiera debido percibir en su empleo, que se paga durante el periodo de licencia legal correspondiente. Para el goce de esta asignación se requiere una antigüedad mínima y continuada en el empleo de tres meses (art. 11, ley 24.714).

Esta asignación la percibe la trabajadora cualquiera sea su remuneración, no tiene tope remuneratorio.

La resolución 14/2002 detalla que se requiere una antigüedad mínima de tres meses en cada uno de los empleos actuales, computados al momento de iniciarse la licencia.

Si la antigüedad se adquiere con posterioridad a la fecha en que se inició la licencia legal, se le debe pagar la asignación por los días que resten de la licencia preparto y/o postparto, a contar desde la fecha en que alcanzó la antigüedad requerida.

La reglamentación dispone que para percibir la asignación por maternidad, la trabajadora debe presentar la opción a que se refiere el art 177, LCT, antes de iniciada la licencia respectiva. Agrega que si la denuncia se efectúa con posterioridad al inicio de la licencia, solo se le abonan los días que le resten hasta completar el periodo legal.

Ahora bien, el art. 177, LCT, dispone que la licencia por maternidad abarca el periodo comprendido entre los 45 días anteriores al parto hasta los 45 días después del mismo, aunque le permite a la trabajadora optar por reducir la licencia anterior al parto, que en tal caso no podrá ser inferior a 30 días, acumulando el resto de los días al periodo de descanso posterior al parto.

Cuando se interrumpe el embarazo procede el pago de la asignación por maternidad, siempre que esté, como mínimo, sea de 180 días de gestación. Cuando se anticipa el parto,

habiéndose iniciado la licencia por maternidad, los días faltantes del periodo preparto se adicionan al periodo postparto.

A fin de perfeccionar el derecho al cobro de la asignación por maternidad, la trabajadora debe presentar dentro de los 120 días de ocurrido el parto, el certificado de nacimiento respectivo.

Si se trata de trabajadoras de temporada, se considera que tienen derecho al cobro íntegro de la asignación por maternidad en aquellos casos en que el periodo de licencia preparto se hubiere iniciado durante la temporada, a pesar de la finalización de esta.

Documentación a presentar:

- Certificado médico que acredite el estado de embarazo y tiempo de gestación y fecha probable de parto,
- Nota con carácter de declaración jurada, en la cual la trabajadora informa la fecha a partir de la cual comenzará a gozar de la licencia, la cual debe ser presentada con anterioridad al inicio de la misma,
- Partida de nacimiento en donde conste la maternidad de la titular dentro de los 120 días de producido el nacimiento -original y copia-.

### (3) ASIGNACIONES PERIÓDICAS MENSUALES

El art. 19, ley 24.714, facultó al Poder Ejecutivo a establecer coeficientes zonales o montos diferenciales de acuerdo con el desarrollo, índices de costo de vida y situación económico-social de las distintas regiones. La reglamentación aclara que su cuantía está referida a la zona geográfica de explotación declarada ante la AFIP. Destaca que para los beneficiarios de la LRT que no se encuentren bajo relación de dependencia debe tenerse en cuenta el domicilio de residencia del siniestrado, también que la cuantía de las asignaciones familiares está referida al domicilio de la boca de pago.

#### (a) *Asignación por hijo*

Consiste en el pago de una suma mensual por cada hijo menor de 18 años que esté a cargo del trabajador (art 7, ley 24.714).

Los montos de esta asignación son los siguientes (art 18, ley 24.714 inc. a) conforme a la actualización del dec 1.141/2.015:

1. \$966 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$200 y \$15.000.,
2. \$649 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$15.000,01 y \$22.000.

3. \$390 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$22.000,01 y \$25.400.
4. \$199 mensuales para aquellos trabajadores que tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre 25.400,01 y \$60.000.

A los fines de otorgar las asignaciones por hijo, son considerados únicamente los menores de edad (art. 22).

Se abona por cada hijo que reside en el país, soltero, matrimonial o extramatrimonial, aunque éste trabaje en relación de dependencia. Corresponde a partir del nacimiento de ese hijo durante la percepción de la asignación por maternidad.

En cambio, no resulta procedente el pago de la asignación por hijo cuando se produce el alumbramiento sin vida, como así tampoco en los casos de tutela ad litem y curatela a los bienes (este último caso también rige para el hijo con discapacidad).

Cuando no exista sentencia que reconozca la tenencia de los hijos a favor de uno de los progenitores, las asignaciones familiares pueden ser reclamadas por aquel de ellos que conserve la tenencia de hecho, acreditando la misma mediante un acuerdo de partes realizado ante la ANSES o ante escribano público o autoridad judicial o acuerdo privado con firma certificada por escribano público, entidad bancaria o autoridad judicial competente. En caso de que no sea factible la presentación del acuerdo mencionado o de su revocación expresa o tácita, será obligatorio acreditar la tenencia legal del menor, mediante la presentación del testimonio de la sentencia respectiva.

Documentación a presentar:

- Partida de nacimiento.
- Si es adoptivo, testimonio de sentencia judicial, en caso de que corresponda cambio de apellido.
- Si es guarda, tenencia o tutela, certificado o testimonio expedido por autoridad judicial o administrativa competente.

*(b) Asignación por hijo con discapacidad*

Consiste en una suma mensual que se paga al trabajador por cada hijo que esté a su cargo en esa condición, sin límite de edad, a partir del mes en que se acredite tal condición ante el empleador (art 8, ley 24.714), conforme a la actualización del dec. 1.141/2015.

No tiene tope remuneratorio y equivale a cuatro veces la asignación por hijo.

Los montos de esta asignación son los siguientes (art 18, ley 24.714):

- \$3.150 para los tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) hasta \$15.000,
- \$2.227 para los tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) entre \$15.000,01 y \$22.000,
- \$1.404 para los tienen un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) superior a \$22.000.

La asignación por hijo con discapacidad se abona por cada hijo que resida en el país, soltero, viudo, divorciado o separado legalmente, matrimonial o extramatrimonial, aunque éste trabaje en relación de dependencia.

A los fines de otorgar las asignaciones por hijo con discapacidad, son consideradas aquellas personas con discapacidad cuya guarda, tenencia o tutela haya sido acordada al trabajador por autoridad judicial o administrativa competente (art 22).

No resulta procedente el pago de la asignación por hijo e hijo discapacitado en los casos de tutela ad litem y curatela.

Para el cobro de tal asignación, la trabajadora, su cónyuge o concubina deben presentar dentro de los 120 días de ocurrido el parto, el certificado de nacimiento respectivo.

Documentación a presentar:

- Partida de nacimiento (original y copia).
- Si es adoptivo, testimonio de sentencia judicial, en caso de que corresponda cambio de apellido.
- Si es guarda, tenencia o tutela o curatela de mayores incapaces, certificado o testimonio expedido por autoridad judicial o administrativa competente.
- Autorización expresa de la ANSES para la percepción de la asignación por discapacidad, quedando exceptuados de la referida autorización los trabajadores, beneficiarios del SIJP y de la prestación por desempleo cuyos hijos fueren beneficiarios de una jubilación por invalidez o pensión por invalidez, en cuyo caso se deberá presentar resolución de la ANSES mediante la cual fuera otorgada cualquiera de las prestaciones antes citadas.

#### (4) ASIGNACIONES PERIÓDICAS ANUALES

##### *(a) Asignación por ayuda escolar*

Consiste en el pago de una suma de dinero que se hace efectiva en el mes de marzo de cada año o cuando comience el ciclo lectivo -art. 10, ley 24.714 (texto según ley 25.331) y art. 1, dec reg. 1.245/1996-.

Esta asignación se paga por cada hijo que concurra regularmente no solo a establecimientos de Enseñanza General Básica y Polimodal, sino también a establecimientos de Educación Inicial cuando sea dictada en instituciones o colegios fiscalizados por la autoridad educacional (ver res. 23/2000 SSS). Se hace extensivo a los hijos, cualquiera sea su edad, si concurren a establecimientos oficiales o privados donde se imparta educación diferencial.

El monto de esta asignación asciende a la suma de \$808 (art. 18) para los que tengan un Ingreso del Grupo Familiar (IGF) desde \$200 hasta \$60.000. Para los hijos con discapacidad, la asignación no tiene tope remuneratorio.

Para acceder a esta asignación, los hijos del titular del derecho deben concurrir a establecimientos de carácter nacional, provincial, municipal o privados incorporados a la enseñanza oficial y sujetos a su fiscalización o adscriptos a ella, siempre que se encuentren reconocidos y funcionen con permiso expreso de la autoridad educacional oficial.

La res. 14/2002 dispone que la percepción de esta asignación procede para la educación inicial, cuando sea dictada en instituciones fiscalizadas por la autoridad educacional, que impartan enseñanza sistematizada dirigida a educar a los menores y prepararlos para la iniciación del ciclo escolar. Los requisitos de edad y duración de los cursos quedan sujetos a las reglamentaciones que se encuentren en vigencia en el área educacional respectiva (nacional, provincial o municipal).

El pago de esta asignación procede en los casos de concurrencia regular del hijo discapacitado a cargo del titular a establecimiento oficial o privado controlado por autoridad competente, en el caso que se presten servicios de rehabilitación exclusivamente.

También corresponde esta asignación por los hijos discapacitados aun cuando sean mayores de 18 años y sin tope remuneratorio.

En todos los casos, el derecho a la percepción de la asignación nace en el momento en que concurren a algunos de los establecimientos señalados.

Documentación a presentar:

- Certificado de finalización del ciclo lectivo anterior o matrícula de inscripción correspondiente al año que se liquida dentro de los sesenta días de finalizado el ciclo lectivo.
- Certificado de inicio del ciclo lectivo correspondiente al año que se liquida. Deberá ser presentado dentro de los sesenta días de iniciado el ciclo lectivo.

No obstante lo señalado, el dec. 255/2006 establece que los beneficiarios no deberán presentar el certificado escolar, quienes lo percibieran en forma masiva, salvo que la ANSES lo requiera expresamente. Se refiere a la liquidación anticipada a la presentación del certificado escolar.

### **3.2.6. Asignación Universal por Hijo (AUH)**

En octubre de 2009, mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia 1.602/2009, el gobierno nacional puso en marcha una política de transferencias monetarias condicionadas que recibió el nombre de Asignación Universal por Hijo -AUH-. Para lo cual se modificó la Ley N° 24.714 de asignaciones familiares incorporando así un sistema no contributivo destinado a niños, niñas, y adolescentes que no percibían otra asignación familiar y que pertenecieran a grupos familiares de desocupados, monotributistas sociales, que se desempeñen en el sector informal o bien como

servicio doméstico y con ingresos que no excedan al Salario Mínimo, Vital y Móvil -SMVM- al momento de la promulgación.

En la Argentina una medida de este tipo venía siendo reclamada desde hacía varios años por distintos actores políticos y sociales ante la evidencia de que existía un porcentaje significativo de personas que se mantenían excluidas del sistema de seguridad social por estar este sujeto a la relación laboral formal.

La experiencia argentina no es única en la región, sino que se encuentra en línea con transformaciones previas ocurridas en Uruguay y Chile, países que también en los últimos años han ampliado las prestaciones dirigidas a niños, niñas y adolescentes por medio de una extensión de los programas de asignaciones familiares contributivas. (OIT, – Organización Internacional del Trabajo-, 2010)

#### (1) BREVES ANTECEDENTES

Uno de los programas de empleo más importantes fue el Plan Trabajar, que se inició en 1996 y fue uno de los precursores de los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) en nuestro país. Este plan, implementado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social -MTEySS-, tenía como población objetivo a trabajadores desocupados, personas con bajos recursos y escasa calificación laboral, preferentemente jefes o jefas de hogar, que no estuvieran percibiendo prestaciones por seguro de desempleo ni participando en algún otro programa de características similares. Para ello se estipuló la entrega de una transferencia monetaria mensual no remunerativa de hasta \$200 condicionada al cumplimiento de una contraprestación laboral en obras de infraestructura social comunitaria. El programa se realizó en tres etapas dando lugar al Plan Trabajar I (1996), II (1997) y III (1998) respectivamente. Las diferentes evaluaciones realizadas a los planes concluyeron que tuvieron un impacto positivo sobre los ingresos de los beneficiarios y que estuvieron fuertemente focalizados en personas pobres ya que, aproximadamente el 80% de quienes los recibieron pertenecían al 20% más pobre de la población (Gallo y Lanari, 2007) Sin embargo, en un contexto signado por niveles de desocupación del orden del 13% al 18%, los Planes Trabajar vieron limitado su impacto al cubrir sólo al 1% o 2% de la fuerza laboral. (Fernández y [otros], 2010)

En ese contexto, a principios del año 2002 se implementó bajo la órbita del MTEySS el Plan Jefas y Jefas de Hogar Desocupados (PJJHD), que llegó a cubrir a dos millones de personas. Como su nombre lo indica, el mismo se dirigía a jefes/as de hogar desocupados con hijos a cargo (menores de 18 años o discapacitados sin límite de edad) y consistía en una transferencia monetaria mensual no remunerativa de \$150 para garantizar el derecho familiar de inclusión social. Para el cobro del beneficio se debía realizar una contraprestación laboral o de capacitación y cumplimentar con los controles sanitarios y de asistencia escolar para los hijos menores. Las evaluaciones

realizadas al PJJHD concluyeron que estuvo correctamente focalizado sobre los hogares más pobres y que fue una buena estrategia ante la emergencia social que produjo la crisis del 2001. (Gallo y Lanari, 2007)

Ahora bien, a partir del año 2003, en un nuevo contexto macroeconómico de crecimiento económico y generación de puestos de trabajo. La población beneficiaria del PJJHD comenzó a reducirse debido en parte a que muchos de sus beneficiarios accedieron a un puesto de trabajo, perdiendo de ese modo su condición de desocupados, también porque se cerró el ingreso al plan a nuevas personas y posteriormente, porque se dispuso el traspaso de los beneficiarios a nuevos programas, entre ellos, el Seguro de Capacitación y Empleo -SCE-.

## (2) ANÁLISIS

Según Hintze y Costa (2011), durante más de una década previa a la sanción de la AUH distintos actores políticos y sociales, como ser el Centro de Investigaciones en Políticas Públicas (CIEPP), las diputadas por el Partido Afirmación para una República Igualitaria (ARI) y el Frente Nacional de lucha contra la Pobreza (FRENAPO), no sólo reclamaban por parte del Estado la atención de quienes se mantenían excluidos de los beneficios de la protección social, con especial atención a la situación de los menores de edad.

Al inicio de la implementación de este programa, el monto del beneficio se fijó en \$180 por cada menor y \$720 por cada discapacitado (Decreto N° 1.602/09). Luego a partir de septiembre de 2010, mediante el Decreto N 1.388/10 los valores fueron incrementados a \$220 y \$880 respectivamente. Por su parte, a partir de octubre de 2011 dichos montos alcanzaba los valores de \$270 y \$1.080 (Decreto N° 1.482/2011). A junio de 2015 los montos alcanzaban los \$837 y \$2.730 respectivamente.

Para el acceso al programa se exige que el menor sea argentino, hijo de argentino nativo o por opción, naturalizado o residente, con un periodo de residencia legal en el país no inferior a los tres años al momento de solicitar la AUH. A su vez tanto el menor como el titular del beneficio, deben acreditar su identidad a través de DNI y las partidas de nacimiento correspondientes y en los casos de adopción y tutelas, deben también presentarse los testimonios judiciales. Para el caso de personas con discapacidad, dicha condición tiene que estar certificada por una autoridad competente.

Además de los requisitos mencionados con anterioridad, existen criterios adicionales para el cobro de la AUH que buscan fomentar la inversión en el capital humano de los menores al exigir el cumplimiento de una serie de condicionalidades en materia de salud y educación. En ese sentido los requisitos son los siguientes: para el caso de los menores hasta 4 años, debe acreditarse el cumplimiento de los controles sanitarios y el plan de vacunación obligatorio. Por su parte para

aquellos con edades comprendidas entre los 5 y 18 años de edad se fija como criterio adicional el cumplimiento del ciclo escolar lectivo.

En lo que respecta al financiamiento de la AUH, el mismo se hace por medio de dos fuentes, por un lado, con los recursos de la ANSES: aportes y contribuciones, recaudación del impuesto sobre los Bienes Personales no incorporados al Proceso Económico, recursos adicionales que anualmente fije el Congreso de la Nación en la Ley de Presupuesto, intereses, multas y recargos y rentas provenientes de inversiones (artículo 18 de la Ley N° 24.241) y por otro lado, con los rendimientos anuales del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del SIPA.

A partir de mayo de 2011 se decidió ampliar la población beneficiaria, para lo que se puso en marcha la Asignación por Embarazo para Protección Social (Decreto N° 446/2011).

Resulta importante destacar que en el mes de enero de 2014 la AUH cubrió a 4.387.165 niños, niñas y adolescentes y a 1919.652 titulares (MTEySS). La cantidad de beneficiarios representó un alcance del 8.7% respecto de la población total del país y del 28.4% en relación al total de menores de 18 años. El 50.8% de los beneficios correspondieron a varones y el 49.1% a mujeres. Asimismo, la cantidad de beneficiarios discapacitados fue de 20.457, lo que representó el 0.6% del total de asignaciones pagadas.

Por último, cabe mencionar que a través de la ley 27.160 promulgada el 16 de julio de 2015 se establece que las asignaciones familiares (excepto la asignación por maternidad) tendrán la movilidad correspondiente a las jubilaciones y pensiones, es decir, se actualizará automáticamente cada seis meses.

### **3.2.7. Problemática actual del sistema**

#### **(1) HETEROGENEIDAD DEL SISTEMA**

Continuando con el estudio del Centro de Investigación y Formación de la Republica Argentina (2012), podemos ver que hay cierta heterogeneidad en los distintos subsistemas de asignaciones familiares, ya que existen dos regímenes, uno contributivo y otro no contributivo, en el primero coexisten con el régimen nacional administrado por ANSES, que abarca a trabajadores registrados en el sector privado, empleados públicos nacionales, beneficiarios de la LRT y del seguro de desempleo, los pasivos del SIPA y los beneficiarios de pensiones no contributivas por invalidez; un conjunto de sistemas provinciales similares que brindan cobertura a los empleados provinciales y municipales, así como a los jubilados y pensionados de las provincias que no transfirieron sus cajas previsionales a la Nación. Dentro del no contributivo se encuentra la Asignación Universal por Hijo, financiada por ANSES. Todo esto genera un sistema de protección social complejo y heterogéneo al que se le suma el hecho de que el monto de las asignaciones por

hijo se define según el nivel de ingresos de los padres, su inserción laboral y el lugar de residencia de los menores.

En cuanto a los regímenes provinciales algunas provincias tienen regímenes diferentes al nacional: CABA, Corrientes, Formosa, La Pampa, Misiones, Neuquén, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán, pero tienen un factor en común, el monto de las asignaciones se fija independientemente del nivel de ingresos del receptor, reduciendo el grado de progresividad de las asignaciones otorgadas.

De esta forma el sistema de asignaciones familiares en la Argentina presenta un nivel elevado de heterogeneidad, que implica una situación desigual para los menores, de acuerdo con el tipo de ocupación de sus padres y su lugar de residencia. En algunos casos esto conlleva situaciones de desigualdad al interior de cada jurisdicción entre las distintas categorías de trabajadores, por ejemplo, un niño de La Rioja percibe una asignación menor, si es hijo de un empleado público provincial, que la que percibiría si su padre es trabajador registrado en el sector privado.

A su vez, es preciso destacar que los nuevos trabajadores incluidos en el régimen de asignaciones familiares (AUH) tendrán que realizar contraprestaciones que no se encuentran vigentes para los trabajadores formales actualmente cubiertos por el sistema como, por ejemplo, la presentación de la libreta sanitaria de sus hijos. A la vez, tampoco percibirán algunos de los beneficios vigentes para los trabajadores formales, como son la ayuda escolar, por nacimiento, adopción, etc. En este sentido, aún considerando el importante avance que supone la ampliación del régimen de asignaciones familiares en materia de igualdad de derechos, se advierte la persistencia de asimetrías entre los distintos grupos de trabajadores que, sin dudas, debería ser mitigada y saldada en los próximos tiempos.

De este modo resulta evidente que la ausencia de una mirada integral y abarcadora de conjunto determina la existencia de un sistema que genera desigualdades entre distintos segmentos de la población según su zona de residencia y/o categoría ocupacional.

### **3.3. Sistema de Riesgos del Trabajo**

#### **3.3.1. Antecedentes**

(1) LEY 9.688 DE 1915

En 1904, Julio Argentino Roca propició el anteproyecto del Código de trabajo, donde se regulaban -dentro de la teoría del riesgo objetivo por industria peligrosa- los accidentes de trabajo, previéndose una indemnización tarifada y estableciendo optativamente un seguro.

Este anteproyecto no tuvo sanción legislativa y recién en septiembre de 1915 se sancionó nuestra primera ley de accidentes de trabajo la ley 9.688-, cuya vigencia se extendió -con modificaciones- hasta 1991 (Grisolía, 2000).

En una primera aproximación, se podría describir al modelo argentino como un sistema especial de responsabilidad individual del empleador, que se apartaba del clásico y general -del código civil- en tres aspectos principales: la reducción de los presupuestos de responsabilidad relevantes, la consecuente reducción de las causales eximentes y la tarifación y limitación de la reparación.

Junto a esos elementos y como instrumentos complementarios, a decir de Mario E Ackerman (2014), Ley de Riesgos del Trabajo hasta la sanción de la ley 24.028/91, se diseñó un mecanismo de tutela del crédito del trabajador y, en su caso, de sus derechohabientes, a través de la irrenunciabilidad y de un fondo de garantía para los supuestos de insuficiencia patrimonial del empleador y se abrió al trabajador la posibilidad de dejar de lado el sistema especial para optar por el régimen general del Código Civil.

Siguiendo al autor Mario E Ackerman, durante la vigencia de la ley 9.688/1915, jurisprudencialmente surgió la interpretación de las enfermedades-accidentes, entendiéndose por tales aquellas enfermedades crónicas relacionadas etiológicamente con la historia personal del trabajador pero agravadas durante la relación laboral. La jurisprudencia también instauró la teoría de la indiferencia de la concausa, por la cual, si una de las causas de la incapacidad padecida por el trabajador era el trabajo, el empleador debía indemnizarlo por el porcentaje de incapacidad total que padecía, aunque no hubiesen incidido también, en su aparición o agravamiento, factores extralaborales.

Ello implicaba que el empleador debía reparar íntegramente un accidente de trabajo o enfermedad aunque no hubiese sido generado por el trabajo, pero se agravaba a causa de él.

Desde sus orígenes este sistema tuvo como propósito principal el de proveer al trabajador - y en caso de fallecimiento de éste, a sus familiares directos- los ingresos cuya adquisición se imposibilitara por la pérdida de la capacidad laborativa o la muerte de aquel.

Es necesario aclarar que el sistema se refería a los supuestos de accidentes del trabajo ocurridos en actividades peligrosas, que la propia ley enumeraba en su art. 2, y solo excepcionalmente aquél se extendía a las enfermedades profesionales que fueran efecto exclusivo del trabajo y cuya enumeración taxativa debía ser hecha en decretos emanados del Poder Ejecutivo Nacional.

---

(2) LEY 24.028 DE 1991

Luego de numerosas modificaciones parciales introducidas en el curso de más de 70 años, en el año 1991, la ley 9.688/1915 fue derogada por la ley 24.028, una de las primeras leyes flexibilizadoras de los años noventa.

Esta ley también se apoyaba en elementos principales y elementos complementarios.

Dentro de los principales, como presupuestos de responsabilidad, al igual que su antecesora, buscaba la reducción de los presupuestos tradicionales y propios del régimen de responsabilidad civil.

Todo esto para tratar de reducir los excesivos costos laborales se previó un mecanismo que evitaba los reclamos por enfermedad-accidentes, pero manteniendo el derecho de opción. Además, eliminó la teoría de la indiferencia de la concausa al exigir la discriminación entre afecciones producidas por el trabajo y las provenientes de otros factores (personales, congénitas, etc.).

Es decir que limitó la responsabilidad del empleador a la incidencia del trabajo en el reagravamiento de una enfermedad y el trabajador que padecía una enfermedad debía acreditar la incidencia del trabajo en el daño y el grado de participación.

Como eximentes de responsabilidad, estos se reducían simétricamente a los presupuestos y al igual que la ley 9.688, se eximían de responsabilidad en los supuestos en que el accidente hubiera sido provocado por la víctima intencionalmente o por culpa grave o se debiera a fuerza mayor extraña al trabajo, pero por un error técnico o una omisión involuntaria, a diferencia de lo previsto en la 9.688, ya no consideraba expresamente la producción intencional o culposa del daño por los derechohabientes del trabajador.

Por último como indemnizaciones y prestaciones, contemplaba prestaciones en dinero (indemnizaciones calculadas en base al salario diario) complementadas en determinados supuestos por prestaciones en especie como ser la asistencia médica y farmacéutica.

Como elementos complementarios se establecía un régimen especial de seguro, mecanismos para la protección del crédito del trabajador, como ser la irrenunciabilidad e inembargabilidad del mismo y un fondo de garantía similar al establecido en la ley 9.688/1915 para pagar las indemnizaciones que se hubieran dejado de pagar por insolvencia absoluta de los empleadores y sus aseguradores judicialmente declarada y por último se otorgaba al trabajador y a sus derechohabientes la posibilidad de optar entre reclamar los derechos e indemnizaciones que les correspondían de acuerdo con el sistema de responsabilidad especial reglado por ella o los que pudieran corresponderles según las reglas generales del sistema de responsabilidad del Código Civil. (Ackerman, 2014)

Tanto la ley 9.688 como la ley 24.028/91 tenían un esquema similar, eran reparatorias e indemnizatorias, es decir, reparaban el daño producido mediante un pago único. Los trabajadores

podían recurrir a la vía civil (arts. 1.108/1.113, C. Civ.) y los empleadores podían contratar un seguro de accidentes en una compañía de seguros.

Este régimen venía siendo duramente cuestionado por los empleadores por el elevado costo de las indemnizaciones, su imprevisibilidad y la elevada litigiosidad, que agregaba onerosos costos adicionales y por los trabajadores porque en caso de ocurrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional, derivaba invariablemente en un litigio, de modo que la efectivización de la cobertura del trabajador quedaba postergada hasta la conclusión del juicio y condicionada a su resultado.

### **3.3.2. Ley 24.557 (LRT) de 1995**

#### **(1) MARCO NORMATIVO**

Como consecuencia de las pautas convenidas en los Capítulo V y IX del Acuerdo Marco para el Empleo, la Productividad y la Equidad Social del 25 de julio de 1994, el 17 de agosto de 1995 el Congreso de la Nación sancionó un nuevo régimen de accidentes de trabajo, la ley 24.557, ley de Riesgos del Trabajo (LRT), promulgada por el Poder Ejecutivo el 3 de octubre del mismo año y que entró en vigencia el 1° de julio de 1996

Siguiendo a Schick (2013) en "Riesgos del Trabajo. Ley 26.773", la nueva ley tuvo cinco nuevas novedades: el diseño normativo, la vocación de integralidad y preferencia por la prevención, la incorporación de nuevos sujetos, la imposición de una vía procesal administrativo-judicial y el sistema de reparación de daños.

- **NUEVO DISEÑO NORMATIVO.** Una primera y evidente diferencia con el régimen anterior, es la autosuficiencia de aquél, de la que éste carece, debido a los limitados propósitos de aquél, sólo la reparación de los daños sufridos por el trabajador, en particular la pérdida de ingresos provocada por el siniestro laboral. Esto generó una especie de regulación jurisprudencial, de modo que una y otra vez fueron complementadas y reformuladas por los criterios de los tribunales. La ley 24.557 reclamó, en cambio, el dictado de varios decretos reglamentarios y complementarios y el dictado de numerosas resoluciones emanadas de los órganos de control y regulación, como ser la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), y la Superintendencia de Seguros de La Nación (SSN), a la que deben agregarse las producidas por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y otros organismos dependientes del Poder Ejecutivo.
- **VOCACIÓN DE INTEGRALIDAD Y PREFERENCIA POR LA PREVENCIÓN.** La LRT, exhibiendo una vocación por el abordaje integral e integrado de las cuestiones relacionadas con los riesgos de trabajo, define como su primer objetivo la reducción de la siniestralidad por la vía de la

prevención. La LRT intentó brindar una respuesta integral para los infortunios laborales, incluyendo en forma coordinada sus distintas facetas.

A partir de la entrada en vigencia de la LRT se comenzó por primera vez en Argentina a hablar, discutir y tomar conciencia sobre la prevención de los riesgos del trabajo. Mientras que en la legislación anterior había una desintegración, porque la prevención (ley 19.587 y dec. 351/1.979) y la reparación (leyes 9.688 y 24.028) funcionaban por carriles separados y la rehabilitación no se practicaba, la LRT asumió como objetivos propios toda esta temática en forma integral y coordinada.

No es de menor importancia que sea el primero de los propósitos de este sistema. Con la expresión prevención de los riesgos del trabajo se hace referencia a las acciones, políticas y obligaciones de distintos sujetos cuyo objetivo es eliminar o evitar las situaciones laborales que supongan una amenaza a la salud de las personas que trabajan, en el caso de la LRT aquella se concreta inicial y fundamentalmente con la obligación de los empleadores, los trabajadores y de las ART de adoptar medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo. Se pretendió lograr el objetivo de prevenir la siniestralidad con la disminución del riesgo -por medio de la adopción de medidas de higiene y seguridad industrial- y con prestaciones médicas integrales anteriores al hecho.

Para cuando la prevención fracasa -esto es si el evento dañoso se produce a pesar de la prevención-, el daño no se repara simplemente con el pago de una suma única (como en el caso de las leyes anteriores), sino que se apuntó también a la prestación médica integral del accidentado, a la rehabilitación y a su reinserción laboral. (Grisolia, 2011)

- **NUEVOS SUJETOS.** El régimen de seguro obligatorio que marca una de las diferencias fundamentales con el de la ley 24.028/91, dio lugar a la aparición de entidades aseguradoras con fines de lucro, especialmente constituidas para el desarrollo y promoción de las acciones preventivas y en el otorgamiento y pago de las prestaciones en especie y dinerarias establecidas en la LRT, las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART), con supervisión y vigilancia del Estado a cargo de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).
- **VÍA PROCESAL ESPECIAL.** Esta vía procesal administrativa surge tanto para acceder a las prestaciones reparatorias como para dirimir las controversias que pudieran plantearse entre las aseguradoras y los damnificados o sus derechohabientes. Este pasó a ser uno de los aspectos más polémicos de la LRT y que provocó la primera declaración de inconstitucionalidad de una norma de la LRT por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se apoya en la atribución de competencias propias de los tribunales judiciales a las comisiones médicas creadas para el ámbito previsional por la LRT.
- **SISTEMA DE REPARACIÓN DE DAÑOS.** Apartándose de las tendencias prevalecientes en la experiencia comparada y de los criterios seguidos por las normas emanadas de la Organización

Internacional del Trabajo, especialmente los Convenios 102 y 121 y en la Recomendación 121, la ley 24.028 había reproducido y actualizado el sistema de responsabilidad individual del empleador previsto en la ley 9.688, tampoco la ley 24.557 ha logrado, ni pretendido despegarse de la lógica reparadora de aquellas, por lo que no puede considerársela dentro del campo de la seguridad social, ya que en ésta el asegurado es la persona física que padece la contingencia, mientras que en la LRT el asegurado es el empleador, y por otra parte si la LRT hubiera sido diseñada realmente como un subsistema de la seguridad social, no se advierte la razón de limitar la responsabilidad civil del empleador.

Mario E Ackerman (2014), sostiene que enrolada así la LRT dentro de los sistemas de responsabilidad individual del empleador, es importante examinar cuáles son los cambios introducidos tanto en los elementos principales como en los complementarios.

Como presupuestos de responsabilidad, la LRT ha reiterado la reducción de los mismos, no obstante se pueden apreciar como los principales cambios: la definición de accidente de trabajo y la limitación del concepto de enfermedad profesional

Se considera accidente de trabajo 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 el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

El concepto que da el art. 6.1 de la LRT introduce las dos grandes posibilidades: el accidente en circunstancia laboral y el accidente de trayecto.

A esta definición le caben 3 señalamientos, el primero es la falta de toda referencia a la causación de un daño a la persona del trabajador, la segunda es la doble exigencia de súbito y violento, que podría provocar alguna vacilación frente a acontecimientos en los que solo se manifieste uno de tales requisitos o incluso no concurra ninguno de ellos, por último está la omisión de exigir que el acontecimiento además de ser súbito y violento, sea externo a la persona del trabajador.

*(a) Accidente en circunstancia laboral*

Debe haber relación de causalidad, no de actualidad entre el trabajo y el riesgo en el sentido de que sea el trabajo la causa que expone al operario al riesgo, por lo tanto no basta que el episodio haya ocurrido en el trabajo o durante la jornada, como ocurre con las muertes súbitas, los paros cardiorrespiratorios o algunos accidentes cerebrovasculares que, por así decirlo, le acontecen al trabajador en el trabajo sin que medie ningún aporte circunstancial del trabajo en la causación y que igualmente le hubieren ocurrido en su domicilio o en cualquier otra parte.

(b) *Accidente in itinere*

La ley lo establece como aquel que ocurre en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar del trabajo, pero no indica en forma expresa que tal trayecto lo es en el doble sentido, como lo expresaba el art. 3 de la ley 24.028/91.

Como exclusiones están los supuestos en que el trayecto se haya interrumpido o alterado por causas ajenas al trabajo, siempre que esa alteración o interrupción sea relevante y además la LRT, como una innovación, introduce tres supuestos en los que se admite la alteración del trayecto: razones de estudio, concurrencia a otro empleo y atención de familiar directo enfermo y no conviviente.

Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo. Las enfermedades no incluidas en este listado no serán consideradas resarcibles, con la única excepción de aquellas que en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

Las enfermedades de trabajo no se configuran con el aditamento de imprevisto, súbito o violento que, en principio caracteriza precisamente al accidente de trabajo. Por el contrario, aunque se exterioricen en un momento determinado, se incuban en el tiempo en forma lenta y progresiva por el accionar reiterado de las tareas y las condiciones medioambientales del trabajo.

Según la técnica que se adopte para la identificación de las mismas, el resultado puede ser en extremo variado en la amplitud de la cobertura, la que será mayor si se aporta una definición y menor si se opta por una enumeración taxativa, pasando por un punto intermedio, los sistemas mixtos, que combinan la definición con listado, con la consecuente posibilidad de que un órgano independiente admita la cobertura en casos concretos.

Si bien el art. 8 del Convenio 121 de la OIT admite las tres posibilidades, el texto originario de la LRT era en extremo rígido al seguir la técnica de listado cerrado y de triple columna. Rigidez, que sin embargo, intentó ser atenuada con la modificación introducida por el decreto 1.278/2000, al establecer que las enfermedades no incluidas en el listado no serían resarcibles, con la única excepción de lo dispuesto en los incisos siguientes.

Esta norma establece que serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

Con estas modificaciones, el modelo de identificación y cobertura de las enfermedades profesionales de la LRT dejó de ser de lista cerrada y no obstante sus limitaciones, puede ser calificado como mixto o de lista abierta.

Como eximentes de responsabilidad mantiene la fuerza mayor extraña al trabajo y el dolo del trabajador.

Mientras que como reparación del daño, dos novedades importantes marcan una clara mejora cualitativa con relación al tratamiento que se les daba en la ley anterior.

La primera consiste en la desvinculación de las prestaciones en especie de las dinerarias, de manera que aquellas no son un mero complemento de éstas. La segunda es la mayor extensión, material y temporal, de las prestaciones, que incluyen la rehabilitación y la recalificación profesional y la primera junto a la asistencia médica y farmacéutica y la provisión de prótesis y ortopedia deben ser otorgadas hasta la curación completa del damnificado o mientras subsistan los síntomas incapacitantes.

### *(c) Prestaciones*

Las prestaciones están contempladas en los caps. IV y V de la ley 24.557 (art. 11 a 20). La ley cubre dos tipos de prestaciones: en especie y dinerarias.

Las prestaciones en especie (art. 20) son servicios y beneficios para asistir al trabajador. La ley establece los siguientes:

- Asistencia médica y farmacéutica.
- Prótesis y ortopedia.
- Rehabilitación.
- Recalificación profesional y servicio funerario.

Las prestaciones dinerarias (art. 11 a 19) apuntan a cubrir la pérdida de los ingresos del trabajador por no poder concurrir a prestar tareas en virtud de su incapacidad.

Para determinar su cuantía es necesario determinar la incapacidad, el ingreso base diario y mensual, la edad del trabajador y las cargas de familia. La percepción de las prestaciones dinerarias es compatible con el desempeño de actividades remuneradas.

El ingreso base diario (IBD) surge de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones con destino al SIPA, devengadas en los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante o al tiempo de prestación de servicio (si fuera menor de un año), por el número de días corridos comprendidos en el periodo considerado (art. 12, LRT, texto según dec. 1.278/2000).

El Valor Mensual del Ingreso Base (VMIB) consiste en multiplicar la cantidad obtenida (IBD) por 30,4, que es el promedio de días corridos que tiene cada mes en un año (art. 12, LRT, texto según dec. 1.278/2000).

Las prestaciones dinerarias varían según el grado de incapacidad del trabajador (parcial - leve o grave- y total) y su carácter (temporaria, provisorio o permanente). Pueden presentarse las

situaciones de incapacidad laboral temporaria, incapacidad laboral permanente, la gran invalidez y el fallecimiento.

(i) Incapacidad laboral temporaria (art.. 7 y 13)

Corresponde al tiempo en que el trabajador se encuentra impedido de prestar servicios. Se trata de un impedimento transitorio que tiene una duración máxima de doce meses contados desde la producción del accidente o desde la primera manifestación invalidante de la enfermedad.

En este período el trabajador percibe una prestación de pago mensual equivalente al salario por enfermedad -art. 208, LCT- (dec. 1.694/2009) que tiene carácter remuneratorio, e incluye la totalidad de los conceptos que debió percibir el damnificado al momento de la primera manifestación invalidante, sin tener en cuenta el tope máximo de remuneraciones sujetas a aportes que estipula la ley previsional. Si el salario estuviere integrado por remuneraciones variables, se liquidará según el promedio de lo percibido en el último semestre de prestación de servicios.

Durante los diez primeros días el pago está a cargo del empleador, en cambio a partir del día undécimo está a cargo de la ART, tanto la prestación dineraria -totalidad de su salario base- como las prestaciones en especie.

La incapacidad laboral temporaria se extiende hasta la presencia de cualquiera de las siguientes circunstancias que producen su cese:

- Alta médica del trabajador producida antes de transcurrido el año,
- Declaración del estado de incapacidad permanente,
- Transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante,
- Muerte del damnificado.

(ii) Incapacidad laboral permanente (arts. 8, 9, 14,15 y 16)

Comienza con la finalización de la incapacidad temporaria. Puede ser provisoria o definitiva.

A) incapacidad laboral permanente provisoria: se extiende hasta los treinta y seis meses, lapso que se puede ampliar por un máximo de veinticuatro meses más. Vencidos los plazos indicados, si no hubiera recuperación del trabajador afectado, la incapacidad laboral permanente se considera definitiva.

B) Mientras dura la provisionalidad, las ART abonan al trabajador las siguientes prestaciones mensuales:

- si la incapacidad es parcial, es decir, menor que el 66%, debe pagar una suma mensual equivalente al valor mensual del salario (art. 208, LCT) multiplicado por el porcentaje de incapacidad, más el salario familiar (salario x % incapacidad + salario familiar).

- si la incapacidad es total, es decir, superior al 66%, se debe pagar una suma equivalente al 70% del valor mensual del salario, más las asignaciones familiares (70% x salario + salario familiar).

Cabe aclarar que el art. 2, inc. 1 del decreto 472/2014 que reglamenta a la ley 26.773 establece que para las contingencias posteriores a la misma la incapacidad laboral permanente no tendrá situación de provisionalidad.

C) Incapacidad laboral permanente definitiva: puede ser parcial o total. La percepción de las prestaciones dinerarias es compatible con el desempeño de actividades remuneradas.

- Incapacidad laboral permanente definitiva parcial: puede ser leve o grave.
  - Leve: es aquella en que el grado de incapacidad es inferior o igual al 50%. En estos supuestos, se abona como pago único al cesar la incapacidad temporaria, a cargo de la ART, una suma equivalente al valor resultante de multiplicar 53 veces el VMIB (Valor Mensual de Ingreso Base) por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente de edad (que surge de dividir 65 por la edad del trabajador damnificado a la fecha de la invalidez), (VMIB x 53 x % incapacidad x [65/edad]). Para este pago único rige un piso de \$180.000 (actualizado semestralmente por RIPTE - Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables-) multiplicado por el porcentaje de incapacidad. El valor RIPTE vigente a partir del 01/09/2015 es de \$841.856 (resolución SSS N° 28/15). Es decir, la indemnización no podrá ser inferior al monto que resulte de multiplicar pesos ochocientos cuarenta y un mil ochocientos cincuenta y seis (\$ 841.856) por el porcentaje de incapacidad.
  - Grave: es la de grado mayor del 50% y menor que el 66%. En este caso la ART debe pagar al trabajador una renta periódica hasta su fallecimiento, cuyo monto es igual al VMIB multiplicado por el porcentaje de incapacidad (VMIB x % incapacidad). Con el artículo 17 de la ley 26.773 las prestaciones indemnizatorias dinerarias de renta periódica, previstas en la ley 24.557 quedan transformadas en prestaciones indemnizatorias dinerarias de pago único, con excepción de las prestaciones en ejecución, por lo tanto esta renta periódica se transforma en renta de pago único. Pero la nueva ley no dice cómo se calculará el capital que la ART debe pagar a la víctima.

El valor esperado del capital no puede ser menor de \$841.856 (resolución 28/15).

En forma complementaria, también cobrará una Compensación Adicional de pago único de \$80.000, actualizada semestralmente por RIPTE al momento de la primera manifestación invalidante.<sup>1</sup>

Además, cuando el daño se produzca en el lugar de trabajo o lo sufra el dependiente mientras se encuentre a disposición del empleador, el damnificado (trabajador víctima o sus derechohabientes), junto a las indemnizaciones dinerarias de pago único previstas en el Sistema de Riesgos del Trabajo, percibirá una indemnización adicional de las mismas características en compensación por cualquier otro daño no reparado por las fórmulas allí previstas, equivalente al veinte por ciento (20%) de las prestaciones dinerarias antes citadas (artículo 3° de la Ley N°26773).

▪ Incapacidad laboral permanente definitiva total.

Es la que resulta de la pérdida del 66% o más de la capacidad laborativa del trabajador. El damnificado percibirá una prestación dineraria de pago único que se calcula de la siguiente manera:  $53 \times \text{VMIB} \times \text{coeficiente de edad}$ , el mismo tiene un piso mínimo: \$180.000 (actualizado semestralmente por RIPTE). A partir de 01/09/2015 el monto es de \$841.856 – Resolución SSS N°28/2015).

Además, recibirá las prestaciones que por retiro definitivo por invalidez establezca el régimen previsional al que estuviera afiliado.

En forma complementaria, también cobrará una Compensación Adicional de pago único de \$100.000, actualizada semestralmente por RIPTE (vigente desde 01/09/2015 – 29/02/2016: \$467.698 – Resolución SSS N°28/2015).

También cuando el daño se produzca en el lugar de trabajo o lo sufra el dependiente mientras se encuentre a disposición del empleador, cobrará la Indemnización adicional de pago único establecida en el artículo 3° de la Ley N°26.773/12. En este caso la indemnización nunca será inferior a \$70.000 (actualizado semestralmente por RIPTE), actualmente se encuentra en \$159.430 (resolución SSS N° 28/15).

(iii) Gran incapacidad

Se trata de la situación en la que el trabajador además de quedar en la situación prevista en el punto anterior, necesita de la asistencia continua de otra persona para la realización de los actos elementales de su vida. En esta situación además de las prestaciones que le corresponden a su incapacidad permanente total, la ART le abonarán en forma mensual la suma de \$2.000 (Decreto N°1.694/09), actualizada en la misma proporción en que lo sean las prestaciones del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley

---

<sup>1</sup> Vigente desde 01/09/2015 – 29/02/2016: \$374.158 – Resolución SSS N°28/2015.

N°24.241, modificado por su similar N°26.417 (vigente desde 1° Septiembre/2014: \$ 7.813,08 – Resolución ANSES 449/2014)

También en este supuesto el dec 1.278/2000 adicionó a las demás prestaciones un pago único de \$40.000 (art. 11, ap. 4, LRT), elevado por el dec. 1.694/2009 a \$100.000 y que actualmente se encuentra en \$467.698 (resolución SSS N° 28/2015)

(iv) Muerte

Los derechohabientes del trabajador, además de acceder a la pensión por fallecimiento que provee el régimen de jubilaciones y pensiones, tienen derecho a una prestación equivalente a la prevista para el supuesto de incapacidad permanente total ( $53 \times \text{IBM} \times \text{coeficiente de edad}$ ). El piso mínimo es de \$180.000 (actualizado semestralmente por RIPTE), (vigente desde 01/09/2015 - 29/02/2016: \$ 841.856 - Resolución SSS N°28/2015)

En forma complementaria, también cobrará una Compensación Adicional de pago único de \$120.000, actualizada semestralmente por RIPTE (vigente desde 01/09/2015 - 31 29/02/2016: \$561.238 - Resolución SSS N°28/2015)

También cuando el daño se produzca en el lugar de trabajo o lo sufra el dependiente mientras se encuentre a disposición del empleador, cobrará la Indemnización adicional de pago único establecida en el artículo 3° de la Ley N°26773. En este caso la indemnización nunca será inferior a \$70.000 (actualizado semestralmente por RIPTE), actualmente se encuentra en \$159.430 (resolución SSS N° 28/15).

Como elementos complementarios establece un seguro obligatorio a contratar con una ART, que según el art. 1 del decreto 334/1996 libera al empleador de responsabilidad frente a sus trabajadores y sus derechohabientes por los daños provocados por los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales que aquellos sufran.

En cuanto a la protección del crédito del trabajador no se han reproducido las reglas de irrenunciabilidad, inembargabilidad, prohibición de cesión ni veda del pacto de cuota litis respecto de las prestaciones en especie por lo que abre la posibilidad de abusos incontrolables frente al estado de necesidad del trabajador.

Por último, el autor establece respecto de la responsabilidad civil del empleador, la LRT con un evidente propósito de reducir la litigiosidad y principalmente los costos que esta implica, exime al empleador de responsabilidad civil frente a sus trabajadores y los derechohabientes de estos, excepto en el supuesto de daño causado por aquél a sabiendas y con la intención de dañar, cuya prueba, de más está aclararlo, es virtualmente imposible.

### **3.3.3. Normas complementarias y modificatorias**

(1) DECRETO 1.278/2000

El Poder Ejecutivo Nacional, mediante el dec. 1.278/2000 -de necesidad y urgencia- modificó algunos institutos de la ley 24.557: el listado taxativo de enfermedades profesionales y el procedimiento establecido para su modificación, la cuantía de las prestaciones dinerarias y su modalidad de pago y los derechohabientes del trabajador.

De todos modos, a decir de Horacio Schick (2013), se mantiene la imposibilidad del trabajador de acceder a una reparación por la vía civil y subsisten las facultades de las comisiones médicas para decidir cuestiones no médicas y la competencia de la justicia federal para entender en estos casos, resultando incompatible con un Estado de Derecho el sistema procesal del dec. 717/1996 como la asignación de competencia las comisiones médicas.

A continuación analizaremos los principales cambios según el autor contiene la norma:

(a) *Prestaciones dinerarias: modifica la cuantía y modalidad de pago de las mismas*

Esto se debe a que uno de los propósitos de la ley fue evaluar periódicamente la posibilidad de mejorar, en cantidad y calidad, las prestaciones que recibe el trabajador damnificado y los derechohabientes y que tomando en consideración los reclamos surge la necesidad de mejorar dicho régimen de inmediato, a fin de dotar a todos los actores involucrados de la debida seguridad jurídica.

Aumenta la base de cálculo del salario para determinar las indemnizaciones para las incapacidades de hasta el 50% (se toma el 100% del salario). El coeficiente que determina esas indemnizaciones se eleva de 43 a 53.

Para las incapacidades superiores al 50 y hasta el 65%, la renta mensual se calcula sobre el 100% del salario (en lugar del 70%) multiplicado por el porcentaje de incapacidad. Asimismo, se le debe pagar al trabajador al contado una suma de \$30.000.

Para las incapacidades superiores al 65%, el pago al contado es de \$40.000 y el coeficiente que determina la renta mensual se eleva de 43 a 53.

En caso de muerte, el pago al contado para los derechohabientes es de \$50.000 y también se modifica el coeficiente de la renta mensual.

Por estos cambios, las ART pueden aprobar un nuevo régimen de tarifas, modificando las alícuotas vigentes, previa autorización de la Superintendencia. Una vez aprobado dicho régimen, se aplica a los contratos en vigencia.

El empleador afiliado no puede exigir a la ART el mantenimiento de las alícuotas establecida en el contrato, pero tiene derecho a rescindir el contrato y traspasarse a otra ART. Esto

provocó un aumento de las tarifas, las cuales se elevaron del 1.43% promedio de la masa salarial al 2%, aproximadamente.

(b) *Procedimiento establecido para la modificación del listado taxativo de enfermedades profesionales*

El artículo 2 del decreto 1.278/2000 sustitúyese el apartado 2 del artículo 6° de la Ley N° 24.557 y su modificatoria, el que quedará redactado de la siguiente manera:

*"2 a) Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.*

*"Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con la única excepción de lo dispuesto en los incisos siguientes:*

*"2 b) Serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.*

*"Las modificaciones introducidas por el decreto, en términos generales, fueron acertadas y han corregido varias de las falencias que formularon, desde la sanción de la LRT, la doctrina y la jurisprudencia, especialmente en lo atinente a las prestaciones dinerarias y de los derechohabientes y parcialmente ha recogido las críticas al listado de enfermedades profesionales.*

*"Sin embargo, otra de las objeciones al esquema de la ley 24.557 -por ejemplo, la opción por la vía civil, las facultades de las comisiones médicas- no han sido recogidas, por lo cual el sistema sigue siendo cuestionable.*

*"Esto sin perjuicio de destacar que la vía del decreto de necesidad y urgencia para introducir las reformas resulta de dudosa procedencia, principalmente si se toma en consideración que se trata de una ley que entró en vigencia el 1 de julio de 1996 y que han sido presentados una gran cantidad de proyectos de reforma en el Congreso Nacional".*

(2) DECRETO 1.694/2009

Transcurridos casi una década de la anterior reforma por decreto y después de cinco años de dictados los fallos que hicieron colapsar los pilares sustantivos y procesales del inconstitucional régimen proyectado en 1995, el 5 de noviembre de 2009 el PEN dictó el decreto 1.694 con el que introdujo limitadas correcciones al régimen de la LRT, sin perjuicio de mantener su esquema antijurídico de la ley vigente.

Como considerandos de este decreto podemos remarcar el acto de sinceramiento a través del cual se calificó al régimen como un sistema de seguro obligatorio por accidentes de trabajo y

enfermedades profesionales a cargo de gestoras privadas con o sin fines de lucro, a diferencia del decreto 334/1996 el cual confirmaba que el de la LRT era un régimen que formaba parte del Sistema de Seguridad Social. Por otro lado reconocía su imperfección estructural como instrumento de protección social, no obstante alegó la subsistencia de importantes diferencias que impedían aún lograr una normativa que resulte superadora de los regímenes de Riesgos del Trabajo (ley 24.557) y de Higiene y Seguridad en el Trabajo (ley 19.587). Por último desactivó de hecho la prohibición del apartado 1 del art. 39 de la LRT, en cuanto preveía que las prestaciones de esta ley eximen a los empleadores de toda responsabilidad civil frente a sus trabajadores y a los derechohabientes de estos, la cual había generado todo tipo de debates y polémicas y que con las distintas sentencias dictadas por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, especialmente a partir del caso Aquino, se debatía sobre su inconstitucionalidad absoluta o relativa. (Schick, 2013)

Así este decreto incrementó el monto de las prestaciones dinerarias, eliminó los topes y fijó montos mínimos, lo hizo el PE tomando como fundamento normativo el inc. 3 del art. 11 de la LRT, el cual habilitaba tal corrección cuando las condiciones financieras generales del sistema así lo permitieran.

El decreto elevó los adicionales de pago único previstos solo para las altas incapacidades y la muerte que estaban extremadamente desactualizados, de modo que su ajuste era inevitable. En efecto, los valores modificados habían sido fijados por el decreto 1.278/2000 (en diciembre de 2000, cuando regía la ley 23.928 de convertibilidad).

El aumento dispuesto a estos adicionales ni siquiera contemplaba para su nuevo cómputo la variación de los salarios privados en blanco que, desde enero de 2001 a la fecha, asciende al orden del 362% según informa el INDEC. En este sentido, si se hubiera respetado esta pauta elemental, los adicionales de pago único que se fijaron para los diferentes supuestos en \$30.000, \$40.000 y \$50.000, de acuerdo con el aumento de los salarios del sector formal de la economía, a la fecha del decreto se proyectarían en las sumas de \$138.714, \$184.952 y \$231.190, respectivamente. En cambio, las sumas fijadas por estos conceptos en el decreto 1.694/2.009 ascienden solo a \$80.000, \$100.000 y \$120.000.

Los nuevos importes establecidos por el decreto 1.694/2.009 significan sólo un progreso nominal de las prestaciones, pero no en cuanto a su valor real, si las comparamos con la determinación inicial.

Es positiva la sustitución de los topes por un piso indemnizatorio, sin embargo el monto del mismo -\$180.000- es casi irrelevante en relación con los salarios de la actividad vigentes y sólo tendría un efecto protectorio para salarios inferiores a \$1.800 (muy próximos al Salario Mínimo Vital y Móvil vigente a la sanción del decreto que ascendía a \$1.440) y para trabajadores de elevada edad, de modo que el piso fijado se ha establecido tomando en cuenta los márgenes mínimos del sistema.

Esta eliminación de topes, como las actualizaciones, no corrigieron el congelamiento al que fueron sometidos los trabajadores durante nueve años con una inflación real acumulada de más del 250%. Se tomó una medida que debió adoptarse cuanto menos hace seis años, para mantener intacto el valor original de las prestaciones.

Esta recomposición de las sumas que estaban totalmente desactualizadas -desde diciembre de 2000- fue insuficiente, debido a que no recuperó el nivel original del instituto, además no ha dispuesto una lógica de ajuste que tendiera a preservar los valores hacia el futuro como se estableció en otros institutos reformados por el decreto. Por lo tanto la ausencia de un sistema de actualización en las prestaciones de la LRT presenta indudablemente una cuestión constitucional, en la medida que el objetivo de las indemnizaciones sea compensar los ingresos económicos perdidos o disminuidos como consecuencia de una incapacidad laboral o muerte del trabajador y ningún parámetro previsto para esta compensación puede desvincularse de la movilidad salarial, ya que se afecta el derecho de propiedad y de un salario digno (art 17 y 14 bis, Constitución Nacional).

El decreto dispone también para el pago de las prestaciones dinerarias por incapacidad laboral temporaria o por incapacidad permanente provisoria se calculará y liquidará conforme al artículo 208 de la LCT. Esta decisión positiva recoge las unánimes críticas de la doctrina y declaraciones de inconstitucionalidad que había aparejado el sistema vigente. Sin embargo, este criterio protectorio inexplicablemente no se traslada al cálculo del VMIB para las indemnizaciones permanentes definitivas, sino que continúa el criterio previsional limitado del artículo 12 de la ley vigente.

Cabe señalar que según el artículo 16 del Decreto 1.694/2009, las disposiciones contenidas en el mismo se aplicarán a las contingencias previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha. Es decir que todos los trabajadores que no han visto cancelados sus créditos emergentes de la LRT, seguirán percibiéndolos con valores y topes desactualizados.

Referido a las prestaciones en especie, este decreto establece la creación -en el ámbito y bajo la administración de la SRT- de un Registro de Prestadores Médico Asistenciales con el propósito de lograr un mayor control de la calidad y cantidad de prestaciones médicas que otorgan las ART.

En este registro deben inscribirse los prestadores y profesionales médicos asistenciales, incluyendo a las obras sociales a que hace referencia el artículo 26, inciso 7, de la ley 24.557 y sus modificatorias.

Evidentemente, esta era una grave omisión del sistema, no solo no había un control de la calidad del otorgamiento de las prestaciones en especie del artículo 20 de la ley, sino ni siquiera un registro de los prestadores a los que recurren las ART.

En respuesta a la inconstitucionalidad del apartado 1 del art. 39 de la LRT, se instruye a la Superintendencia de Seguros de la Nación SSN para que adopte las medidas tendientes a la aprobación de líneas de seguro por responsabilidad civil por accidentes de trabajo y enfermedades laborales que fueran presentadas por los distintos operadores de la actividad.

(3) LEY 26.773 DE 2012

El 24 de octubre de 2012 el Congreso Nacional sancionó la ley 26.773, la cual se limita a la derogación del art. 39 incisos 1°, 2° y 3° de la ley 24.557.

La nueva ley se la presenta como un régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y en sus diecisiete artículos normativos, a los que se suma el 18, de forma, aborda las siguientes materias: caracterización, marco normativo y objetivos del régimen y de las prestaciones; forma de pago, modificación e incremento de las prestaciones dinerarias; responsabilidad civil del empleador; aplicación universal del listado de enfermedades profesionales y de la tabla de evaluación de incapacidades laborativas y modificación de las reglas de financiamiento del sistema.

(a) *Caracterización, objetivos y marco normativo del régimen y de las prestaciones*

La primera diferencia en cuanto a los objetivos respecto a la ley 24.557, es que mientras aquella tuvo como objetivo abordar integral e integradamente el tratamiento de las cuestiones relacionadas con los riesgos del trabajo, poniendo un primer acento en la reducción de la siniestralidad por la vía de la prevención, la ley 26.773 pretende producir un ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

En cuanto al marco normativo de este ordenamiento, el segundo párrafo del art. 1 dice "*se entiende por régimen de reparación al conjunto integrado por esta ley, por la LRT 24.557 y sus modificatorias, por el decreto 1.694/2009, sus normas complementarias y reglamentarias y por las que en el futuro las modifiquen o sustituyan*".

La definición de los objetivos se encuentra en el primer párrafo del art. 1 de la ley, el cual indica que "*la cobertura de los daños derivados de los riesgos del trabajo con criterios de suficiencia, accesibilidad y automaticidad de las prestaciones dinerarias y en especie establecidas para resarcir tales contingencias*".

Pareciera entonces que el texto legal abriría un sencillo sendero a los damnificados para que en forma prácticamente autosuficiente accedieran a prestaciones ampliadas superlativamente con celeridad y sencillez - según sus autores y defensores- callando, en los hechos, sobre la negación al acceso a la reparación integral del daño, como veremos más adelante.

A su vez el art. 2 le otorga como objetivo a la reparación dineraria, el cual establece que ella "*se destinará a cubrir la disminución parcial o total producida en la aptitud del trabajador*

*damnificado para realizar actividades productivas o económicamente valorables, así como su necesidad de asistencia continua en caso de gran invalidez o el impacto generado en el entorno familiar a causa de su fallecimiento".*

En verdad, el objetivo de la ley 26.773 -sin que el camuflaje de la retórica oficialista alcance para esconder lo que el texto legal expresa diáfananamente- fue el allanamiento al Poder Ejecutivo y la mayoría del legislativo que la voto, a los insistentes pedidos de los obligados al sistema, quienes venían reclamando la reinstalación del régimen de opción excluyente y la jurisdicción civil.

La ley 26.773 no ordena, sino que se ocupa de contradecir la profusa doctrina constitucional de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en materia de daños laborales, en especial en los casos Aquino y Llosco, modificando regresivamente el escenario vigente -antes de la sanción de esta ley- que admitía el cúmulo amplio derivado de la declaración de inconstitucionalidad del art. 39 apartado 1 de la ley 24.557.

*(b) Forma de pago, modificación e incremento de las prestaciones dinerarias*

El núcleo de la reforma introducida por la de 26.773, junto con la cuestión de la responsabilidad civil del empleador, son las modificaciones introducidas en el régimen de prestaciones dinerarias, en particular para las hipótesis de incapacidad laboral permanente y muerte del trabajador.

En el tercer párrafo del art. 2 se reafirma que el derecho a la reparación dineraria se computará, más allá del momento en que se determine su procedencia y alcance, desde que acaeció el evento dañoso o se determinó la relación causal adecuada de la enfermedad profesional.

Establece también el art. 2 que el principio general indemnizatorio es de pago único, derogándose hacia el futuro el pago en forma de renta de las indemnizaciones de las incapacidades superiores al 50% de la total obrera y en caso de muerte. Este criterio ya estaba impuesto por la jurisprudencia y se había convertido en voluntario para los trabajadores, porque al damnificado que lo reclamaba le era concedido pacíficamente por los tribunales.

El art. 17.1 derogó las normas que consagraban el pago fragmentado de las prestaciones, al señalar:

*"Deróganse los artículos 19, 24 y los incisos 1, 2 y 3 del artículo 39 de la ley 24.557 y sus modificatorias. Las prestaciones indemnizatorias dinerarias de renta periódica, previstas en la citada norma, quedan transformadas en prestaciones indemnizatorias dinerarias de pago único, con excepción de las prestaciones en ejecución."*

Como fórmula de ajuste de la Incapacidad Permanente Definitiva (IPD), se adopta el coeficiente RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), con reajuste semestral (art. 8), que si bien representa un avance respecto al congelamiento,

reiteradamente señalado del régimen general, implica un perjuicio para las víctimas que no percibirán como base indemnizatoria el mismo ingreso actualizado con los aumentos, adicionales, beneficios e incrementos del puesto de trabajo en el que sufrieron el accidente, sino un índice general que sólo contempla las remuneraciones sujetas a aportes previsionales. También implica una discriminación respecto de lo dispuesto por el decreto 1.694/2009 que, como fórmula de ajuste para la Incapacidad Laboral Temporal (ILT) y la Incapacidad Permanente Provisoria (IPP), había remitido a lo establecido por el art. 208 de la ley 20.744.

También se determinó el reajuste bajo el mismo índice y desde enero de 2010 de los adicionales de pago único incorporados por primera vez, por el DNU 1.278/2000, para las incapacidades superiores al 50% y la muerte, que fueron elevados por el decreto 1.694/2009 pero sin fórmula de ajuste, de modo que la inflación ocurrida desde noviembre de 2009 venía licuando su contenido reparatorio.

Así, mediante resolución 28/2015 de la Subsecretaría de Seguridad Social se establece que para el periodo comprendido entre el 01/09/2015 y el 29/02/2016 inclusive el nuevo valor del piso indemnizatorio en caso de muerte o incapacidad absoluta es de pesos ochocientos cuarenta y un mil ochocientos cincuenta y seis (\$ 841.856) y las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en el artículo 11, inciso 4, apartados A), B) Y C), de la ley N° 24.557 y sus modificatorias y complementarias, se elevan a pesos trescientos setenta y cuatro mil ciento cincuenta y ocho (\$374.158); pesos cuatrocientos sesenta y siete mil seiscientos noventa y ocho (\$467.698); pesos quinientos sesenta y un mil doscientos treinta y ocho (\$561.238) respectivamente.

La ley 26.773 incorpora a la fórmula básica de la LRT una indemnización adicional de pago único por un valor de un 20% de logaritmo inicial, que se considera como una compensación por cualquier otro daño que no hubiera sido reparado por aquellas.

*"En caso de muerte o incapacidad total, esta indemnización adicional nunca será inferior a pesos setenta mil (\$ 70.000)."*

Como puede observarse, a través de este artículo se pretende dar una idea de integridad con el régimen especial, cuando la incorporación de ese 20% incrementado a la tarifa básica lejos está de satisfacer tal integridad a la luz de la jurisprudencia de nuestros tribunales de trabajo y la doctrina fijada en la causa Arostegui por el Máximo Tribunal de la Nación.

El importe de \$70.000 ha sido actualizado sucesivamente por resoluciones de la Secretaría de Seguridad Social (SSS) quedando en \$159.430 según art. 4° de la Resolución N° 28/2.015 SSS para el periodo comprendido entre el 01/09/2015 y el 29/02/2016 inclusive.

Cabe aclarar que el art. 2, inc. 1 del decreto reglamentario N° 472/2014 establece: considérase que a partir de la entrada en vigencia de la ley 26.773, para las contingencias posteriores a la misma, la Incapacidad Laboral Permanente no tendrá situación de provisionalidad.

(c) *Responsabilidad civil del empleador*

La nueva ley en su artículo 4 reinstala la opción excluyente similar a la diseñada en el años 1915 por la ley 9.688/1915, aunque con requisitos más restrictivos que los trazados en aquel precedente. A su vez reproduce el art. 16 de la ley 24.028 dictada en el año 1991.

Dice el artículo 4, segundo párrafo: Los damnificados podrán optar de modo excluyente entre las indemnizaciones previstas en este régimen de reparación o las que les pudieran corresponder con fundamento en otros sistemas de responsabilidad. Los distintos sistemas de responsabilidad no serán acumulables.

El principio de cobro de sumas de dinero o la iniciación de una acción judicial en uno u otro sistema implicará que se ha ejercido la opción con plenos efectos sobre el evento dañoso.

Esta opción excluyente con renuncia implica que si el trabajador percibe las indemnizaciones por incapacidad permanente definitiva del régimen tarifado, se ve privado de accionar por los mayores daños que le corresponderían por el derecho civil.

Se trata de un retroceso altamente gravoso respecto del escenario pretoriano vigente hasta entonces que beneficiaba a las víctimas en virtud de la jurisprudencia de la CSJN, puesto que el nuevo régimen impide al trabajador percibir la reparación tarifada y aspirar a una sentencia que reconozca el mayor daño también sufrido, es decir, le frustra el acceso a la reparación plena y justa que, por otra parte, si se le reconoce a los demás damnificados del ordenamiento jurídico (v. gr. accidentes de tránsito, de transporte, daños ambientales, mala praxis médica, entre otros).

El art. 7 de la ley 26.773 establece: El empleador podrá contratar un seguro aplicable a otros sistemas de responsabilidad que puedan ser invocados por los trabajadores damnificados por daños derivados de los riesgos del trabajo, en las condiciones que fije la reglamentación que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

La misma, a través de la Resolución N° 35.550/2011 reguló un seguro voluntario para los empleadores, a los fines de dar cobertura a las condenas correspondientes a la responsabilidad civil del empleador, motivadas por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que excedan las prestaciones dinerarias que perciba o deba percibir el trabajador en el marco de la ley 24.557.

(d) *Aplicación universal del listado de enfermedades profesionales y de la tabla de evaluación de incapacidades laborativas*

El art 9 de la ley 26.773 establece: Para garantizar el trato igual a los damnificados cubiertos por el presente régimen, los organismos administrativos y los tribunales competentes deberán ajustar sus informes, dictámenes y pronunciamientos al Listado de Enfermedades Profesionales previsto como Anexo I del Decreto 658/96 y a la Tabla de Evaluación de Incapacidades prevista como Anexo I del Decreto 659/96 y sus modificatorios, o los que los sustituyan en el futuro.

Esta reducción constituye una abierta afectación de la capacidad autónoma de los jueces de determinar las incapacidades, exclusivamente sobre la base de las pautas rígidas establecidas por el listado cerrado de enfermedades confeccionado por el PEN.

Más allá de la intencion abarcadora, esta directiva del art. 9 de la ley 26.773 no podría aplicarse cuando se trata de enfermedades no reconocidas por la LRT y los órganos del sistema y por lo tanto, se podrán incorporar otros sistemas, criterios o evaluaciones porque se trataría de circunstancias diferentes.

Más que un intento de garantizar un trato igual a los damnificados, como expresa la norma, subyace la pretenciosa intención de someter a todo el Poder Judicial -cualquiera sea el régimen de reparación que exista- a los criterios de la cuestionada lista cerrada de enfermedades del régimen especial y su restringido nexo de causalidad que determina la responsabilidad del dañante, solo por las consecuencias inmediatas del daño inferido, excluyendo las mediatas previsibles.

La ley 26.773 al no modificar el art. 6 de la ley 24.557, al ratificar expresamente el decreto de necesidad y urgencia 1.278/2000, así como al insistir en el art. 9 de la ley 26.773 en la aplicación de los listados de enfermedades confeccionados de acuerdo a esta ley, lleva la necesidad de contextualizar esta nueva normativa en el amplio escenario de las enfermedades laborales de conformidad con la regulación legal vigente, incluyendo las incorporaciones al listado aprobado por el Comité Consultivo Permanente de la LRT a fines del año 2012.

Así, luego de sancionada esta ley, por resolución 915/12 del Ministerio de Trabajo, se convocó al Comité Consultivo Permanente de la LRT en la que asistieron representantes y técnicos de CGT, CTA, UIA, CAME, CGERA y las cámaras de Comercio y de la Construcción y acordaron incorporar a la cobertura de las ART tres enfermedades. Definitivamente, el 13 de noviembre de 2012 se incorporaron las hernias inguinales, varices y hernias discales que pasan a integrar el listado de enfermedades profesionales, aprobadas por la SRT.

Los obligados al sistema han querido subsanar los errores de la ley inicial al no incluir estas enfermedades, tan comunes en el mundo laboral, pretendiendo evitar a su vez la fuga hacia el derecho civil.

Sin embargo, como veremos más adelante, el criterio es restrictivo en la medida que el resarcimiento está vinculado en forma restringida a la identificación del agente de riesgo, los cuadros clínicos y actividades, con capacidad para determinar por sí misma la enfermedad profesional.

*(e) Modificación de las reglas de financiamiento del sistema*

El artículo 10 establece que la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) establecerán los indicadores que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) habrán de tener en cuenta para establecer su régimen

de alícuotas, entre los cuales se considerarán el nivel de riesgo y la siniestralidad presunta y efectiva; con más una suma fija que, por cada trabajador, corresponda integrar al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales.

(4) CUESTIONAMIENTOS A LA LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

La reforma de 1995 debía tener como objetivo el diseño de un régimen que garantizara una cobertura suficiente y oportuna de la contingencia, a un costo económicamente sustentable, sin embargo la LRT no tuvo ese cometido sino que se logró un régimen altamente restrictivo y de aseguramiento obligatorio en entidades privadas con fines de lucro que lograron una inadecuada cobertura y una alta incertidumbre que culminaron con la declaración de inconstitucionalidad de algunas de sus normas básicas, muy en especial la que inhibe las acciones de derecho común. (Schick 2013).

Adrian Goldin (2008) señala que *“El régimen de cobertura de los riesgos del trabajo carece hoy de aptitud para satisfacer tanto las expectativas de los empleadores en términos de flexibilidad, cuanto las de seguridad a las que aspiran los trabajadores. La inconstitucionalidad de algunas de sus normas implica que los empleadores deben afrontar los reclamos que los trabajadores efectúan en los términos del derecho común, que se encuentran al margen de la cobertura de los seguros contratados con una ART y los trabajadores a su vez, se agravan de la insuficiencia de las tarifas indemnizatorias del régimen especial y se ven una vez más en la necesidad de ocurrir ante los estrados de la justicia, lo que dilata también de modo imprevisible la cobertura integral de los daños sufridos”*.

(a) *Prevención. Estadísticas*

Sin dudas los cuatro objetivos que fijó la LRT son compartidos por todos. Sin embargo, habiendo pasado veinte años de vigencia, la ley 24.557 estuvo lejos de cumplirlos, principalmente el de reducir la siniestralidad laboral por medio de la prevención de los riesgos del trabajo. (Schick, 2013)

El diagnóstico sobre la eficiencia de la prevención de los riesgos del trabajo, sólo puede evaluarse a través de la relación del índice de siniestralidad con el funcionamiento del sistema.

Esto puede verificarse en los niveles de siniestralidad de los trabajadores registrados que informa la SRT en su estadística (<http://srt.gov.ar>).

Al contrario, en una primera etapa se incrementaron los índices de siniestralidad como consecuencia de la desprotección: mientras en 1997 se verificaron alrededor de 365.000 accidentes, en 1998 la cifra ascendió a 462.000 casos, ello con el agravante para los trabajadores de que se limitaron las contingencias cubiertas y se eliminó la opción por la reparación del derecho civil.

En el año 2000 sobre más de 430.000 empresas aseguradas, alrededor del 80% no cumplía totalmente las normas sobre higiene y seguridad industrial (350.000). Hubo 4 muertos por día (995 por año) y 434.000 accidentes.

En el año 2002 se registraron un total de 344.045 siniestros, mientras que en el año 2007, último periodo publicado, se verificaron 680.871, esto significó un incremento del 97% de los casos, en el periodo indicado. Sin embargo, el total de trabajadores asegurado para el mismo periodo ascendió a sólo el 62%, ya que en el año 2002 existían 4.472.059, mientras que en el 2007 llegaban a 7.248.484. Por lo que se verifica un incremento de los infortunios laborales por encima del aumento de los trabajadores incorporados al seguro.

En cuanto a la situación de los accidentes laborales en la Argentina en los últimos años, actualmente el sistema está brindando cobertura a aproximadamente 7.500.000 trabajadores.

Según informa la SRT (Informe Anual de Accidentabilidad Laboral - 2008), el Sistema de Riesgos del Trabajo durante el año 2008 ha registrado 694.077 accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, notificados por las ART, con una cobertura promedio de 7.742.004 de trabajadores, lo que representa un aumento promedio anual de 19% y 6.8%, respectivamente.

El 81.5% de los casos corresponden a accidentes en el ámbito del trabajo, 14.4% fueron accidentes in itinere, 4% reingresos (casos dados de alta y que reingresan al sistema) y 2.7% la proporción de enfermedades profesionales.

El 40% de los accidentes laborales están concentrados en alrededor del 2% de los empleadores y en el sector informal.

El alto grado de concentración del mercado asegurador, conspira también respecto a la eficiencia del sistema preventivo.

Según datos de la SRT (diciembre 2008), existían 7.724.153 trabajadores asegurados a través de la afiliación de 761.831 empleadores, distribuidos en veinticuatro ART.

De ese total, el 80% de los empleadores (más de 600.000) están asegurados en las primeras diez ART quienes, a su vez, agrupan al 80% de los trabajadores (alrededor de 6.000.000).

Este fenómeno de concentración y guerra de tarifas estuvo orientado a captar la mayor cantidad posible de clientes. Esta conducta mostró como altamente improbable que las medidas de prevención haya tenido un rol significativo.

En materia de litigiosidad la UART denunció que el número de juicios iniciados durante abril de 2009 llegaron a los 3.339 casos (47% de incremento respecto de igual periodo de 2008 y del 194% respecto de abril de 2007).

A su vez, la Superintendencia de Seguros de la Nación informa que la cartera de juicios y mediaciones pendientes del sector asegurador al 31 de diciembre de 2011 superó los 300.000 expedientes, de los cuales corresponden a Riesgos del Trabajo 128.400 juicios acumulados que incluyen los casos de responsabilidad civil y acciones sistémicas.

Durante el año 2014 se registraron en promedio, un total de 580.112 empleadores asegurados que declararon trabajadores, un 8,5% más que en 2013. Por su parte, el número de trabajadores en relación de dependencia formal cubiertos por el Sistema de Riesgos del Trabajo creció un 2,7%, alcanzando los 9.003.968 trabajadores. Cabe remarcar que una parte del incremento se debió a que en el mes de Noviembre de 2014 fueron incorporados al sistema los trabajadores de casas particulares. Asimismo se aprecia una reducción del 2,1% en el total de casos notificados por las ARTs, ubicándose en 2014 en 660.954 accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Cuando se desagrega el total de notificaciones según el tipo de evento, el 67,1% eran accidentes de o en ocasión de trabajo, el 20,9% fueron accidentes in itinere, el 3,7% enfermedades profesionales y el 8,4% constituían reingresos. A su vez, entre 2013 y 2014 se produjo un descenso de los accidentes en ocasión de trabajo (-4,1%) y en menor grado de los accidentes in itinere (-0,8%) (SRT - Informe Anual de Accidentabilidad Laboral - 2014) ANEXO IV.

El costo laboral era uno de los más bajos del mundo, solo era menor en Chile (1.7%). Era similar a EEUU (2.1%) y Francia (2.2%) y menor a España (2.7%), Suiza (2.8%), Alemania (2.9%), Italia (3%) y Bélgica (3.3%).

Bajar el costo laboral trajo como consecuencia trasladarlo a los trabajadores y produjo el aumento del costo social, tanto por los accidentes y enfermedades del trabajo no prevenidos ni indemnizados por la LRT como por aquellos reparados con prestaciones dinerarias reducidas y en cuotas.

De allí que se pueda afirmar que, a pesar de los objetivos formales referidos, el objetivo real de la LRT en su redacción original fue suprimir los juicios por accidentes y enfermedades del trabajo.

La concepción moderna del mundo del trabajo en el plano internacional es más preventiva que indemnizatoria: pone especial atención en las condiciones y medio ambiente de trabajo para proteger adecuadamente la salud (la vida) del trabajador, que es el bien jurídicamente tutelado. De allí que se deje de lado la postura tradicional indemnizatoria (ex post), que se ocupaba del accidente o de la enfermedad después de acaecidos. La concepción moderna apunta a evitar el daño, esto es a la inteligencia de que los bienes afectados -la salud, la vida- no son reparables, aunque sean indemnizables mediante prestaciones en especie o dinerarias.

Entender que la LRT, en su diseño original, era una ley de avanzada -preventiva- que ponía el acento en la mecánica y ambiente laborativo para evitar daños en la salud de los trabajadores sólo podía ser una declamación, porque a poco que se leyera su articulado en su redacción original y luego se observen los magros resultados obtenidos, se advierte que no era una ley preventiva de riesgos de la salud y de la vida del trabajador, ya que no operaba respecto de las condiciones de trabajo, que son los aspectos que influyen sobre la salud física, mental y social del trabajador.

A pesar de sus objetivos, se trataba -en su redacción original- más de una ley reparatoria e indemnizatoria que de una ley preventiva, lo cual enfrentaba a la mejor legislación internacional.

La prevención es una responsabilidad ineludible del empleador y de la ART, pero es el Estado el que debe hacer cumplir las normas a los organismos y empresas, exigiendo niveles mínimos de prevención y realizando controles efectivos. Las empresas deben mejorar el cumplimiento de las medidas de seguridad y brindar formación sus trabajadores (no se cumplió con los planes de mejoramiento), la autoridad administrativa debe controlar el cumplimiento de esas normas.

Los creadores de la LRT suponían que el interés de las ART en reducir los gastos de prestación, incentivaría un contralor mayor, que el de la gestión estatal. Así se disolvieron la Dirección de Higiene y Seguridad del Ministerio de Trabajo y la SRT paso a la supervisión de las ART, mientras que estas quedaron a cargo de la política preventiva en cada una de las empleadoras afiliadas.

El nuevo régimen colocó como gestor relevante de la actividad preventiva a entes orientados por la actividad lucrativa, a los que se les otorgaban facultades para controlar y denunciar incumplimientos de las normas de higiene y seguridad industrial, todo ello con independencia de su condición de aseguradora.

Las ART deben cubrir el accidente o la enfermedad en tiempo y forma, mejorando la labor de rehabilitación y de recalificación y denunciar a las empresas incumplidoras (pocas lo hicieron para evitar perderlas como clientes), ya que una de las contradicciones intrasistémicas de la ley, era que el empleador tenía frente a la ART la doble condición de cliente y controlado.

La experiencia demostró que la SRT no controló ni fiscalizó eficazmente, tal vez por la falta de medios materiales y humanos para hacerlo.

En la Argentina hay pocos inspectores del trabajo. Mientras en los países europeos con menor siniestralidad hay 1 inspector cada 5.000 trabajadores (la media en Europa es 1 cada 11.000), en la provincia de Buenos Aires había 1 cada 200.000 trabajadores. En España, que tiene una de las tasas de siniestralidad más alta de la Unión Europea y la mayor precariedad laboral (31% de los trabajadores no tiene contrato fijo contra el 11% del promedio de Europa), había 1 cada 27.000.

El panorama indica que el mercado de seguros de riesgos del trabajo, ha sido eficiente desde el punto de vista de la minimización de los costos para los empleadores y también ha ampliado la cobertura de infortunios beneficiando a las ART, pero no cabe duda de que se ha ejercido muy escasa presión para prevenir la siniestralidad. En otras palabras la eficiencia se ejerció a costa de la integridad psicofísica de los trabajadores.

(b) *Cuestiones constitucionales*

Diversos tribunales de todo el país declararon la inconstitucionalidad de distintas normas de la LRT.

La jurisprudencia -coincidiendo con la doctrina mayoritaria- se pronunció declarando en casos puntuales la inconstitucionalidad, particularmente de los siguientes aspectos: las prestaciones dinerarias (art. 11), el listado de enfermedades profesionales (arts. 6, ap. 2 y 40 ap. 2.b), las comisiones médicas (arts. 21 y 22, dec. 717/1.996) y la responsabilidad civil (art. 39, ap. 1).

Las consecuencias de los aspectos declarados inconstitucionales -medios de los cuales se valió la LRT para lograr sus objetivos reales- son las afecciones incapacitantes que directamente no eran indemnizadas o que eran reparadas con prestaciones dinerarias escasas y pagadas en cuotas, en un sistema cerrado que prácticamente veda la posibilidad de petitionar una reparación con fundamento en el derecho civil.

(i) *Prestaciones dinerarias (art. 11)*

Las críticas a la ley 24.557 en su redacción original estaban referidas, por un lado, al exiguuo monto que le correspondía al trabajador en los casos de indemnización de pago único y, en segundo término, al pago de los demás resarcimientos exclusivamente mediante una renta, que se cuestionaba por lo bajo de las prestaciones.

El cómputo de todas las prestaciones dinerarias de la LRT, se efectúa sobre la base del llamado salario previsional, que como dice el art. 12, es el que resulta de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a aporte y contribuciones con destino al sistema jubilatorio, devengados en los 12 meses anteriores a la primera manifestación invalidante, por el número de días corridos comprendidos en el periodo considerado. Por lo tanto, las prestaciones dinerarias se determinan sobre la base de sumas inferiores a la real remuneración del trabajador.

Además, al calcularse el valor mensual del ingreso sobre las remuneraciones de los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante, no se computan los importantes aumentos salariales que se hayan producido en ese lapso. (Schick, 2013)

Los coeficientes que utilizaba la LRT tornaban insuficiente e irrazonable la cuantificación de las prestaciones, lo cual se verificaba tanto con el coeficiente multiplicador de 43 salarios (art. 14, ap. 2.a) como con el coeficiente reducido de 70% del valor mensual del ingreso base para la incapacidad laboral permanente (arts. 14 y 15).

El otro aspecto cuestionable era el pago del resarcimiento exclusivamente mediante una renta y no con la entrega del capital. Esa forma de pago resultaba violatoria de diversos preceptos constitucionales al crear una nueva categoría de incapaces de hecho, porque consideraba que los trabajadores no podían administrar un capital. Este temperamento era discriminatorio, viola el art. 16, CN, que dispone la igualdad ante la ley, ya que en el derecho común la reparación (que pretende

volver las cosas al estado anterior y compensar las pérdidas padecidas por el perjudicado) se paga en forma de capital.

La LRT, al imponer a los trabajadores y derechohabientes un sistema de protección que les impedía la posibilidad de invertir los resarcimientos según su conveniencia -en el entendimiento de que no son plenamente capaces para administrar las sumas de dinero que reciben-, conculcaba la libertad de contratar.

El monto de la renta en la práctica resultaba intrínsecamente reprochable y violatorio de las garantías constitucionales consagradas en los arts. 14, 14 bis, 16 y 17, CN, ya que los montos, de por sí insuficientes, configuraban una desnaturalización del derecho a asegurar.

Esta forma de pago, sin otra prestación de pago único y al contado, traía aparejado diversos perjuicios para el trabajador. A saber:

- i. Lo privaba de la posibilidad de administrar libremente su patrimonio.
- ii. El riesgo de la devaluación o deterioro del signo monetario, ya que se trata de pagos que deben ser realizados durante muchos años.
- iii. Se extinguía con la muerte del trabajador incapacitado o de la viuda (en caso de resarcirse el fallecimiento del trabajador).
- iv. El dinero que dejaban de percibir los beneficiarios lo ganaban las intermediarias del sistema, es decir, las entidades autorizadas a administrar las sumas aportadas por las ART.

Aquí se imponía elevar el coeficiente multiplicador de salarios y el tope e imponer un piso, como lo proponían los proyectos de reforma en trámite parlamentario y la propuesta de la Comisión de Actividades Académicas y Publicaciones de la Sociedad Argentina de Derecho Laboral, entre otras entidades.

El tema de las prestaciones dinerarias fue modificado por los dec. 1.278/2.000, 1.694/2.009 y por la ley 26.773. El dec. 1.278/2.000 elevó el tope indemnizatorio de los pagos periódicos de las incapacidades parciales, totales y muerte, de \$110.000 a \$180.000 e incremento de 43 a 53 el coeficiente multiplicador de salarios y tomó en consideración la totalidad del salario del trabajador en lugar del 70% como disponía la LRT.

Asimismo, el decreto incorporó pagos adicionales al contado -complementarios al pago periódico vigente instrumentado como renta vitalicia- según la gravedad de la incapacidad. En caso de incapacidad parcial superior al 50% e inferior al 66% la suma era de \$30.000, si la incapacidad es total (66% o más) o en caso de gran invalidez el monto era de \$40.000 y en caso de muerte la suma era de \$50.000.

El dec. 1.694/2009 eliminó el tope de \$180.000, convirtiéndolo en el piso de las indemnizaciones, elevó los pagos adicionales a \$80.000, \$100.000 y \$120.000, respectivamente y además modificó el criterio del VMIB solo para la Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) e

Incapacidad Permanente Provisoria (IPP), estableciendo que las prestaciones por estos conceptos se calcularán, liquidarán y ajustarán de acuerdo al art. 208 de la ley 20.744, para los hechos ocurridos con posterioridad al 6 de noviembre de 2009, manteniendo el VMIB para la Incapacidad Permanente Definitiva (IPD) y la muerte.

La ley 26.773 convirtió todas las prestaciones indemnizatorias dinerarias de renta periódica en prestaciones indemnizatorias dinerarias de pago único, además de establecer que el piso indemnizatorio de \$180.000 y las compensaciones dinerarias de pago único se ajustasen semestralmente según la variación del índice RIPTE.

En la ley 26.773 se dispuso reajustar -conforme al índice RIPTE desde enero de 2010- los exiguos pisos indemnizatorios y adicionales de pago único fijados en el decreto 1.694/2009, congelados en ambos casos a noviembre de 2009 y que, en el supuesto de las prestaciones adicionales, solo corresponde con las altas incapacidades -superiores al 50%- las cuales benefician, aproximadamente, a solo el 2% de los damnificados.

Sin embargo, la indemnización por Incapacidad Permanente Definitiva continúa en la nueva ley, fundándose en el VMIB congelado en los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante (art. 12, LRT) diseñado originalmente por la ley 24.557, si bien en el art. 10 de la ley 26.773 se permite tomar conceptos no remunerativos para el cálculo de la base imponible.

El reajuste semestral por el índice RIPTE de las prestaciones dinerarias no supe esta falencia en el cálculo del ingreso base, que deberá ser corregido por vía pretoriana a partir de los planteos judiciales que se formulen.

Además este reajuste semestral genera una diferenciación peyorativa respecto de lo dispuesto por el decreto 1.694/2009, que como fórmula de ajuste para la ILT y la IPP se remite a lo establecido por el art. 208 de la 20.744 que se ajustan mensualmente y conforme a todos los ingresos del trabajador, de la misma manera como si prosiguiera trabajando.

No se modificaron las fórmulas aritméticas que sirven de base para el cálculo de las indemnizaciones permanentes, como proponían diversos proyectos legislativos, elevando el índice de 53 a 70 y el coeficiente de edad a 75, sin ponderar que el valor de edad de 65 se corresponde con el módulo previsional no aplicable a la reparación de los daños laborales.

El único aumento generalizado de la tarifa es el 20% de la base de las indemnizaciones dinerarias previstas en este régimen en compensación por cualquier otro daño que sufriese el damnificado.

La ley hace referencia a "otros daños" que no identifica, aunque se podría suponer una alusión al daño moral, conforme expresaron en diversos debates los defensores de la ley, lo que además de constituir una vaguedad no contempla la verdadera entidad del agravio moral que han pacíficamente elaborado la jurisprudencia y la doctrina a lo largo de los años.

La suma imputada por la ley 26.773 a reparar otros daños será casi en todos los casos exiguo, tanto porque el daño moral es independiente del daño material, como que se trata de un porcentaje que se apoya sobre una fórmula que tasa otro daño de naturaleza diferente -el lucro cesante-. Esta situación indudablemente constituye un límite arbitrario, porque no se ha fundamentado la limitación de ese adicional del 20%.

Más aún, si tenemos en cuenta que dicha incorporación ha sido esgrimida como una compensación por la reinstalación de la opción civil excluyente con renuncia.

(ii) Listado de enfermedades profesionales (art. 6, ap. 2 y 40, ap. 2.b):

Según Horacio Schick (2013) ,el artículo 6 de la LRT -aplicando un criterio hermetico, rigido y autosuficiente- estableció que solo son enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elabora y revisa el PEN, anualmente conforme al procedimiento del artículo 40, apartado 3.

El listado fue aprobado por el decreto 658/96 y solo fue modificado en una oportunidad por el decreto 1.167/03, que incluyo los Hantavirus y el Mal de Chagas y recientemente, fue ampliado - como se analizará más adelante-.

La nómina identifica agente de riesgo, los cuadros clínicos y actividades con capacidad para determinar por si la enfermedad profesional. Las afecciones no incluidas en el listado, no serán consideradas resarcibles.

Así, la LRT estableció un listado de enfermedades profesionales cerrado confeccionado por el Poder Ejecutivo, esto significaba que aun demostrando acabadamente la vinculación causal entre la mecánica laborativa o el ambiente de trabajo y una afección incapacitante, si esa dolencia no estaba enumerada taxativamente en dicho listado, no era resarcible.

Para la LRT una dolencia tenía carácter laboral, era incapacitante y resarcible sólo si estaba en el listado.

Siguiendo al autor, este listado taxativo y cerrado colisiona con el art. 19, CN, al violar el principio de no dañar, además de que resultaba menoscabando el art 14 bis, CN, ya que la pretensión de que se cubra el daño causado al trabajador por una enfermedad vinculada causalmente con el trabajo pero excluida del listado únicamente mediante los beneficios de obra social y seguridad social, como si se tratara de padecimientos ajenos al ámbito laboral, configuraba una deficiente comprensión del texto constitucional.

Violaba además los arts. 16 y 18, CN, que consagran el principio de igualdad jurídica y el de igualdad ante la justicia y los principios (similares) consagrados en las dispersiones de los tratados internacionales incorporados con jerarquía constitucional por el art. 75, inc. 22, CN.

Mientras la legislación comparada es flexible para considerar nuevas patologías laborales no incluidas en los listados -lista mixta o abierta- (por ejemplo Brasil, Colombia, España, Chile,

México y Uruguay), la LRT limitaba las enfermedades resarcibles a las enumeradas en el listado -lista taxativa o cerrada-, cercenando el resarcimiento de los daños provocados por las demás enfermedades laborales.

Lo cierto es que en realidad quedaron fuera del listado muchas enfermedades de origen laboral que desde siempre tuvieron cobertura legal y jurisprudencial. Una importante proporción de las patologías reclamadas por los trabajadores y que se vinculan causalmente con el trabajo desarrollado no están consideradas en el listado cerrado de triple columna. Más de la mitad de las enfermedades laborales (que tuvieron desde siempre cobertura legal y jurisprudencial) no están cubiertas por la ley 24.557, no tienen ninguna prevención y, obviamente, no son indemnizables.

Los proyectos de reforma a la LRT corregían esta postura permitiendo distintos grados de apertura. Las soluciones apuntaron a que se amplíe la lista incluyendo enfermedades excluidas que son producidas por el trabajo y, por otro lado, se permita que una enfermedad no prevista pueda ser incluida.

Lo que se pretendía es que existiera la posibilidad de incorporar aquellas enfermedades cuando se acreditara una causa laboral en la atribución del daño.

Estos fuertes cuestionamientos al régimen de la LRT llevaron a que se corrija parcialmente por las modificaciones al art. 6, LRT, introducidas por el dec. 1.278/2000.

El decreto agrega una vía administrativa para reconocer en forma individual el carácter laboral de enfermedades no incluidas en el listado original.

De este modo, el nuevo art. 6 de la LRT -redactado por dicho decreto- estableció que puede ser considerada enfermedad profesional la afección no incluida en el listado confeccionado por el PEN pero que la Comisión Médica Central declare, por excepción, como consecuencia directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores constitucionales atribuidos al trabajador o que estén originados por causas ajenas al empleo.

En otras palabras, se excluye de cobertura los casos en que la circunstancia laboral haya operado como factor concausal en la producción de la enfermedad -es decir, se excluye la doctrina de la indiferencia de la concausa-.

Este reconocimiento es limitado al caso individual en que fue dictada la resolución y no altera la nómina cerrada. Por lo tanto, a pesar del decreto, subsiste el listado de enfermedades de triple columna y sigue siendo cerrado.

En cuanto a la ley 26.773, como vimos al analizarla, no modifica el art. 6 de la LRT, ratifica el DNU 1.278/2000 y en su art. 9 insiste en la aplicación del listado cerrado de triple columna.

Con esta reglamentación se desconoce la nueva lista de enfermedades profesionales aprobada por la OIT y ratificada por las leyes 26.693 y 26.694, sancionadas por el Congreso Nacional en el año 2011.

No solo la ley 26.773 en su art. 9 contradice las leyes precedentes, sino que el Comité Consultivo ha ampliado el listado con tres nuevas categorías de enfermedades pero insistiendo con el criterio de causalidad restrictivo e inmediato de la ley original, desconociendo los criterios amplios contemplados en los nuevos Convenios de la OIT, ratificados por los mismos legisladores que sancionaron el nuevo texto legal.

Por otra parte, la Corte Suprema en el fallo Silva sentó la doctrina -hoy pacífica- según la cual aunque una enfermedad laboral no esté incluida en el listado de enfermedades de la LRT, confeccionado por el PEN, pero se demuestra que dicha está vinculada causalmente a la actividad laborativa, corresponde la indemnización sobre la base de las disposiciones del derecho civil.

Esta doctrina sigue plenamente vigente y es clara en el sentido de que las enfermedades no incluidas en el listado cerrado del art. 6 de la LRT o no admitidas por los órganos del sistema por no cubrir los exigentes requisitos de causalidad que exige el segundo párrafo de dicho artículo, igualmente debían ser reparadas, ya no sobre la base de las disposiciones de la LRT, sino con fundamento en las normas del derecho civil, en la medida que se compruebe que existe un nexo de causalidad adecuado entre el daño sufrido y la actividad laboral desempeñada a favor de la empleadora.

(iii) Comisiones médicas (art. 21 y 22, dec. 717/1996) Fallo Castillo

Desde el punto de vista constitucional resultan cuestionables dos aspectos, por un lado, la sustracción de facultades no delegadas al Estado nacional por las provincias y en segundo término, la violación del derecho a la jurisdicción (acceso a la justicia y debido proceso).(Schick, 2013)

El primer aspecto, es que no hay fundamento para establecer la competencia de la justicia federal para resolver las cuestiones litigiosas emergentes de la LRT, ya que constitucionalmente los temas vinculados con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no competen a esa justicia, salvo que se reclame contra el Estado nacional.

La CSJN en el célebre caso Castillo declaró la inconstitucionalidad del art. 46 apartado primero de la LRT, señalando que la citada norma impide, sin fundamento constitucional, que la Justicia provincial del Trabajo cumpla la función que le es propia, transfiriéndola indebidamente al juez federal.

La declaración de incompetencia de la justicia federal para dirimir los conflictos de accidentes de trabajo, ocurridos en el ámbito provincial, determinaba el accionar pleno de la justicia local conforme los códigos de procedimiento de cada jurisdicción.

El otro aspecto cuestionado doctrinariamente y en distintos pronunciamientos son las facultades jurisdiccionales administrativas otorgadas por la LRT a las comisiones médicas, transformándolas prácticamente en tribunales (arts. 5, ap. 2, 21, ap. 2 y 46). Esto, además de conculcar el art. 109, CN, al darles potestades jurisdiccionales a órganos administrativos

excluyendo a los jueces naturales, viola la garantía del debido proceso y el principio de acceso a la justicia (arts. 18 y 14, CN).

Resulta arbitrario reemplazar la competencia de los órganos judiciales para entender sobre la reparación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por tribunales administrativos investidos de una función jurisdiccional (las comisiones médicas), que no constituyen una simple instancia administrativa obligatoria previa, ya que sus resoluciones son sólo revisables judicialmente por vía de recurso, lo cual restringe notablemente el acceso a la justicia.

Resultan ajenas a la competencia profesional de los médicos que integran las comisiones las atribuciones legales dirigidas a determinar la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad y a resolver las discrepancias que pudieran surgir entre las ART y el trabajador o sus derechohabientes con incumbencia jurisdiccional-judicial.

El dec. 1.278/2000 no acogió los cuestionamientos que la doctrina y la jurisprudencia formularon en este aspecto. Por el contrario, exagera las facultades de estos órganos, a los cuales califica como jurisdiccionales, erigiendo a la Comisión Médica Central como máximo órgano jurisdiccional administrativo.

Por un lado, el decreto mantiene el sistema anterior vedándoles a las provincias su potestad de dirimir los conflictos del derecho común y, por otro, en el nuevo sistema implementado para indemnizar aquellas enfermedades no incluidas en el listado -provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo- se soslaya la intervención del juez federal, ya que será la Comisión Médica Central la que entenderá en esos supuestos.

Aun cuando el decreto sostenga que garantiza el debido proceso (dando intervención a cada una de las partes interesadas y produciendo las medidas de pruebas necesarias), este principio sigue siendo lesionado, porque la decisión fundada no sólo implica que esté sustentada en peritaje de rigor científico, sino también que los integrantes del órgano encargado de resolver, cuenten con la especialización necesaria para expedirse sobre esa materia.

Obviamente, este extremo no se verifica, ya que el nexo causal entre el daño y las tareas continúa siendo determinado por médicos, cuando se trata de una actividad intelectual de indagación, prueba y raciocinio estrictamente vinculada al saber de la ciencia del derecho.

Si bien el art 11, dec. 1.278/2000 agrega el ap. 5 al art 21, LRT, por el cual en los casos en que se controvertiera la naturaleza laboral del accidente la comisión actuante deberá requerir un dictamen jurídico previo para expedirse sobre dicha cuestión, cabe consignar que ese dictamen está específicamente reservado a los supuestos de accidente y no es vinculante para la resolución final, convirtiéndose en una simple opinión técnica que puede ser desoída por el órgano médico jurisdiccional.

Resulta llamativo cómo ha cambiado la legislación en materia de accidentes a partir de la sanción de la ley 24.557 -lo cual se acentúa en este aspecto con el dec. 1.278/2000-, toda vez que el

juez ya no tiene la facultad de establecer la naturaleza laboral del infortunio con el auxilio del perito médico, sino que son los médicos quienes -previo dictamen jurídico- determinan la naturaleza laboral del accidente.

Como puede observarse, la ley 26.773 en su art. 4 en su primer párrafo ratifica el procedimiento administrativo especial de la ley 24.557.

Evidentemente para Horacio Schick (2013), el legislador no ha considerado la triada de sentencias dictadas por la CSJN en los casos Castillo, Venialgo y Marchetti, que constituyen un conjunto armónico de fallos que determinaron la inconstitucionalidad de los arts. 21, 22 y 46 inciso 1 de la LRT y de las normas correspondientes del decreto PEN 717/96, en fin invalidaron por inconstitucional el procedimiento especial diseñado por la ley 24.557.

Por lo tanto el autor sostiene que este pronunciamiento del Supremo Tribunal de la Nación determinaba que las víctimas laborales podrían recurrir directamente ante el Juez del Trabajo de cada provincia, a través de un procedimiento similar al de un despido o al de un cobro de salarios, accionando directamente ante la ART, para percibir las indemnizaciones tarifadas de la LRT y en su caso, acumulativamente a aquellas provenientes del derecho civil. El trabajador gozará en este ámbito de las garantías del debido proceso, la defensa en juicio y el acceso inmediato ante la justicia, para que con el patrocinio de su abogado, el juez del trabajo determine, con el asesoramiento de un perito médico oficial, la reparación que le corresponde.

A pesar de estas conclusiones aceptadas pacíficamente por la jurisprudencia de todo el país, la ley 26.773 hace oídos sordos a la misma e insiste en transformar en obligatorio, lo que por vía pretoriana se había convertido en voluntario, obligando a los damnificados a someterse al procedimiento de la ley y la determinación de su incapacidad por ese cuestionado sistema, previo a la facultad de accionar en reclamo de sus legítimos derechos.

En consecuencia, en la convicción de que la jurisprudencia del Máximo Tribunal de la Nación que se ha citado sigue vigente y continuará siendo aplicable por todos los tribunales del país, en el sentido de que las comisiones médicas, al constituir organismos de carácter federal, son inconstitucionales y los trabajadores o los derechohabientes, pueden concurrir directamente ante los tribunales del Trabajo, para reclamar las prestaciones dinerarias o en especie de la LRT, sin tener que atravesar el laberíntico procedimiento de estos órganos administrativos, establecido el primer párrafo del art. 4 al imponer esa vía procedimental arbitraria.

(iv) Responsabilidad civil (art 39, inc. 1 y 2) Fallos Gorosito y Aquino

Según Horacio Schick (2013), un aspecto severamente cuestionado de la LRT es la limitación al trabajador de accionar por la vía civil (art. 39, aps. 1 y 2, LRT), que crea un territorio de exclusión de los trabajadores por su propia condición.

Así, el apartado primero del art. 39 de la ley, dice: las prestaciones de esta ley eximen a los empleadores de toda responsabilidad civil, frente a los trabajadores y los derechohabientes de estos, con la sola excepción de la derivada del art. 1.072 del Código Civil.

No obstante, la ley 24.557 no establece la opción con renuncia, como establecían los sistemas legales precedentes de nuestro país (Grisolía, 2011), en realidad el impedimento del acceso al Código Civil para las víctimas laborales era absoluto. En efecto, el tipo contemplado en el art. 1.072 C.Civ. -hecho a sabiendas y con intención de dañar- al que refería, como excepción, del art. 39, párrafo primero, no existía en la realidad ni en los antecedentes de la jurisprudencia de los últimos cincuenta años.

Para entender esto nos remitimos a dos fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, los fallos Gorosito y Aquino.

*Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación: Caso Gorosito (01/02/2002)*

El 1º de febrero de 2002, en los autos Gorosito v. Riva SA y otros/daños y perjuicios, la Corte Suprema de Justicia de la Nación -en su anterior composición, con la disidencia del Procurador General y del voto de la minoría que coincidió con su dictamen- convalidó la constitucionalidad del art 39, LRT, al revocar un fallo del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Neuquén que declaró improcedente el recurso de casación interpuesto por la ART La Construcción SA Cía. Argentina de Seguros que había hecho lugar a la acción de inconstitucionalidad del art. 39, ley 24.557.

El Tribunal Superior de Neuquén consigna que implicaba una dispensa de la culpa, poniendo límites inadmisibles a la responsabilidad del empleador, dado que ello violenta la garantía constitucional de igualdad ante la ley. También sostuvo que la reducción de los supuestos de la resarcibilidad integral de los daños a supuestos aislados e infrecuentes (caso del art. 1.072 C.Civ.) configuraba discriminación, al instaurar una desigualdad en el trato respecto del ciudadano trabajador, todo ello avalado por la doctrina mayoritaria a la que se hiciera referencia.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación, con voto dividido, se inclinó por la postura de la doctrina minoritaria en el tema, considerando que el legislador pudo crear válidamente un sistema específico para la reparación de los daños del trabajo y separarlo del régimen general de responsabilidad por daños establecido en el Código Civil y decidió que no se encontraba acreditado en los autos que tales normas violentaran las garantías de igualdad ante la ley y de propiedad, como denunciara el trabajador.

Asimismo, sostuvo que el demandante solo tenía la expectativa de invocar la opción establecida por el art. 17 de la derogada ley 24.028 que, a su vez, le generaba la expectativa de obtener, eventualmente, alguna reparación con sustento en las normas del Código Civil mediante el proceso judicial respectivo y que esa expectativa caducó al derogarse dicha norma y entrar en

vigencia la LRT, reiterando que la impugnación de inconstitucionalidad no es pertinente cuando el fin con que se la persigue no es la inaplicabilidad del texto objetado, sino el restablecimiento de un régimen normativo derogado, lo cual es de incumbencia exclusiva del legislador.

Consideró también que la aplicación de la ley 24.557 no comportaba postergación o frustración alguna del derecho al resarcimiento por daños a la integridad psicofísica o a la rehabilitación y que la limitación del acceso a la vía civil que establece el art. 39 no puede ser considerada de suyo discriminatoria, dado que atiende a situaciones y riesgos producidos en un ámbito específico y diferenciado de los restantes de la vida contemporánea -el del trabajo-, lo cual permite la previsión y el resarcimiento de las consecuencias dañosas derivadas específicamente de la situación laboral conforme a parámetros preestablecidos.

Desde el dictado del fallo "Gorosito" lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación no cierra el debate, ya que el fallo recogía la opinión de la doctrina minoritaria y no rebatía los contundentes argumentos esgrimidos por la doctrina y la jurisprudencia mayoritarias del país.

*Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación: Caso Aquino (21/09/2004)*

La doctrina mayoritaria se había manifestado cuestionando la validez constitucional del art. 39.1 de la ley 24.557 porque conculcaba el derecho de los damnificados a una reparación integral del daño y vulneraba garantías constitucionales y tratados con garantía supralegal, lo que también se observó en la jurisprudencia, por lo cual su supervivencia al control judicial difícilmente pudiera garantizarse, asimismo, sostuvo que un subsistema de responsabilidad, por el solo hecho de serlo, no resultaba siempre constitucional.

Diversos autores, señalaron que la *".....arbitrariedad de la ley 24.557 incorpora además una discriminación violatoria de todos los principios y normas de los art 14 bis, 75, inc. 19 y 75 inc. 23 -entre otros, sin omitir la igualdad del art 16-, porque precisamente sustrae al trabajador de la posibilidad de acudir a la aplicación de las normas generales sobre responsabilidad por daño e indemnización plena del que se ha sufrido"*.

Cabe recordar que el caso Gorosito, dejó sentada la posibilidad de cuestionar la adecuación del régimen especial al texto constitucional en casos de comprobada existencia y realidad de un menoscabo sustancial a la garantía que invoca el interesado.

En el fallo Aquino se confirma un pronunciamiento de la sala 6° de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo y sienta una nueva postura, declarando -con diferencias en la fundamentación según los votos- la inconstitucionalidad del art. 39.1, LRT. En el caso se hizo lugar a un reclamo indemnizatorio de un trabajador de 29 años que sufrió un accidente de trabajo al caer de un techo de chapa desde 10 metros de altura cuando colocaba una membrana sin ningún tipo de mecanismo protectorio, lo que le produjo una incapacidad absoluta.

En la sentencia se manifestaron dos puntos de vista diferentes, más allá de la coincidencia en la resolución de los casos, resueltos en cuanto a la descalificación constitucional de la norma en cuestión.

El voto del ministro Boggiano, que se mantiene en la postura que asumiera en oportunidad de fallar en Gorosito, aplica la doctrina allí sentada, que establecía que para efectuar una consideración respecto de la constitucionalidad o no del texto del art. 39, debía demostrarse la falta de proporción entre el daño y lo exiguo de la compensación de la ART o que la aplicación de la ley 24.557 comportara alguna postergación o la frustración del derecho al resarcimiento por daños a la integridad psicofísica o a la rehabilitación, comprobándose la existencia y realidad de un menoscabo sustancial a la garantía que invoca el interesado.

En similar sentido, el voto conjunto de los Dres. Maqueda y Belluscio, sin perjuicio de resaltar las inequidades y ventajas de subsistema, también se aboca a determinar si se produjo en el caso un menoscabo sustancial de las garantías invocadas por el interesado.

Es decir, que estos tres ministros, sin perjuicio de reconocer el derecho a la reparación integral que tiene toda víctima, incluida la laboral, la inconstitucionalidad tiene carácter relativo, ya que interpretaron que debía verificarse en cada caso concreto si existía lesión del art. 19, CN.

En contraposición a estos fundamentos, los restantes votos resultan más categóricos, decidiéndose por la inconstitucionalidad absoluta de la veda legal de reclamar los daños y perjuicios conforme a las disposiciones del derecho común, aunque con algunos matices entre los fundamentos de la mayoría antes analizado y el de la ministro Highton de Nolasco, que es más contundente respecto de la declaración de inconstitucionalidad absoluta o en abstracto del texto del art. 39.1, LRT, al reafirmar la idea del llamado derecho a opción.

Entonces, el voto mayoritario decide la inconstitucionalidad en abstracto de la norma mencionada. Lo hace al entender que la LRT, al excluir, sin reemplazarla con análogos alcances, la tutela de los art. 1.109 y 1.113 C.Civ., no se adecua a los lineamientos constitucionales, pese a haber proclamado que tiene entre sus objetivos *"reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (art. 1, inc. 2b), negando el principio alterum non laedere, al no considerar en forma plena a la persona humana y los imperativos de justicia de la reparación, seguidos por nuestra Constitución Nacional y, de consiguiente, por esta Corte, que no deben cubrirse sólo en su apariencia"*.

La corte sostiene que indemnizar es eximir de todo daño y perjuicio mediante un cabal resarcimiento, lo cual no se logra si el daño o el perjuicio subsisten en cualquier medida.

Considera un retroceso legislativo la exclusión de la vía reparadora del Código Civil para los accidentes y enfermedades laborales, ya que entiende al art. 39, LRT, como contrario a la dignidad humana, al reificar al trabajador, por vía de considerarlo no más que un factor de producción, un objeto del mercado de trabajo, al establecer que los menoscabos a la integridad

psíquica, física y moral del trabajador prohibidos por el principio *alterum non laedere* deban ser indemnizados sólo en los términos de la ley.

Así entendida, la eximición de la responsabilidad civil del empleador frente al daño sufrido por el trabajador, la LRT no se encuentra en armonía con el fundamento definitivo de los derechos humanos enunciado desde hace más de medio siglo por la Declaración Universal de Derechos Humanos: la dignidad del ser humano.

Resulta fuera de toda duda que el propósito perseguido por el legislador, mediante el art. 39, inc. 1, LRT, no fue otro que consagrar un marco reparatorio de alcances menores que los del Código Civil.

El sistema de la LRT se aparta de la concepción reparatoria integral, porque no admite indemnización por ningún otro daño que no sea la pérdida de la capacidad de ganancias del trabajador, la cual, a su vez, resulta conmensurable de manera restringida.

La LRT, mediante la prestación del art. 15, inc. 2, párrafo 2 y la consiguiente eximición de responsabilidad del empleador de su art. 39, inc. 1, sólo indemniza daños materiales y, dentro de estos, únicamente el lucro cesante: pérdida de ganancias, que, asimismo, evalúa menguadamente.

Así, resalta que el art. 14 bis, CN ha hecho del trabajador, un sujeto de preferente tutela constitucional, al prescribir lo que dio a llamarse principio protectorio. Es un hecho notorio que la Ley de Riesgos del Trabajo, al haber excluido la vía reparatoria del Código Civil -con la excepción de la derivada del art 1.072 -eliminó, para los accidentes y enfermedades laborales, un instituto tan antiguo como este último, que los cuerpos legales específicos no habían hecho más que mantener, como fue el caso de la ley 9.688/1915, sancionada en 1915. Tal exclusión resulta censurable en la medida en que traduce el abandono de los preceptos constitucionales de protección del trabajador, que se ve privado por su sola condición de tal, de acceder a la justicia en procura del amparo de sus derechos que, paradójicamente, tienen expreso y especial reconocimiento en la Ley Fundamental y en los pactos de igual jerarquía que le acceden.

La Corte considera que el llamado derecho a opción efectivamente tiene rango constitucional, como sostuviera parte de la doctrina, donde se expresara que la directiva plasmada en el art. 39.1.2, LRT, al crear un territorio de exclusión de los trabajadores por su condición de tales, colisiona el texto de la Carta Magna, vulnerando toda una serie de principios tales como los de los arts. 16, 17, 18, 19, CN, los articulados en los tratados con rango constitucional incorporados al texto de la Constitución Nacional en su art. 75, inc. 22 y el del art. 14 bis, CN (tutela del trabajador), que garantiza a los tutelados en forma objetiva, que no se encontraran en inferioridad de condiciones respecto del común de los ciudadanos a la hora de hacer valer sus derechos.

Sin perjuicio de las leyes especiales que debe dictar el legislador para discriminar inversamente a los trabajadores, habrá de asegurarles también que su situación no es, bajo ninguna

otra óptica o circunstancia, inferior a la del resto de los habitantes y asegurar de esta forma la base que garantice a los trabajadores, que estarán siempre en igual o mejor condición que el resto.

El fallo de la Corte resulta de una enorme trascendencia, al poner fin a un debate de larga data y habrá de repercutir en la resolución de las causas judiciales en trámite, ya que sin perjuicio de reiterar que la doctrina de los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación no resultan obligatorios para los tribunales inferiores, ya que no se trata de un Tribunal de Casación, la denominada obligación moral de acatamiento ha sido la regla, más aún en casos como este, donde está en juego la oportuna y justa reparación de las enfermedades y accidentes del trabajo.

La expresa mención que efectúa el voto mayoritario al llamado principio de irregresividad, debe entenderse como una obligación para el legislador en cuanto a no retroceder en materia de derechos sociales e incluso, de marchar gradual y decididamente en el sentido de una mayor protección. Este argumento resulta decisivo cuando se comparan los derechos que el trabajador tenía antes y después de la entrada en vigencia de la LRT.

Con posterioridad a los fallos precedentemente señalados, se modificó la composición de la Corte y en un nuevo pronunciamiento en la causa Avila Juchami, resultó una nueva alineación de posiciones de los jueces de la Corte Suprema.

Los ministros Petrachi, Zaffaroni, Highton de Nolasco y Argibay se alinearon con la postura inicial de inconstitucionalidad absoluta del art. 39, párrafo primero de la LRT.

Los ministros Lorenzetti y Maqueda adhirieron al criterio comparativo del voto de los Dres. Belluschio y Maqueda en la causa Aquino.

El pronunciamiento no implicaba el fin del sistema, ya que las ART debían seguir otorgando las prestaciones que dispone el sistema especial y continuar con sus tareas de prevención y denuncia, tal cual quedase determinado por la CSJN en el caso Llosco, sino el restablecimiento de dos tipos de cobertura: la tarifada a cargo de la ART o el empleador autoasegurado y la integral a cargo del empleador, cuando correspondiese. En suma, se recurre a la figura del cúmulo, quedando obligada la ART a otorgar la cobertura contratada por la empresa, pero agregando además un adicional a cargo del empleador, consistente en la diferencia según la reparación calculada por aplicación de las normas del Código Civil.

En el caso LLosco, la CSJN emitió un nuevo pronunciamiento que determinó que la víctima de un accidente de trabajo puede percibir de la ART las indemnizaciones tarifadas del sistema de la LRT, sin que ello implique la renuncia a reclamar al empleador la reparación civil, no contemplada en la tarifa, planteando la inconstitucionalidad del art. 39.1 de la LRT.

A diferencia de los regímenes legales preexistentes, el de la ley 24.557 no establece, respecto de la responsabilidad civil, el criterio de opción con renuncia, sino el de cúmulo, el cual significa que las prestaciones dinerarias se consideran a cuenta de las que emerjan de la reparación

civil que pudiera corresponder al trabajador, por el hecho de su empleador o un tercero, es decir que se acumulan ambas indemnizaciones.

### *Ley 26.773*

El motivo central de esta apresurada reforma legal radica en la reinstalación de la llamada opción civil excluyente con renuncia a la indemnización tarifada, con el agravante de derivar las acciones fundadas en el derecho civil a la Justicia Civil de la Ciudad de Buenos Aires, invitando a las provincias a adherirse a esta disposición.

Este aspecto medular de la norma está calcado de la ley 24.028 dictada en 1991.

La redacción del proyecto del PEN en este tema medular se hacía eco incondicional de los reclamos de los obligados del sistema escuchados desde el dictado del fallo Aquino, que afirmaban reiteradamente la conveniencia de un sistema que permita la opción civil pero de manera excluyente, para superar la situación creada a partir de las decisiones judiciales en la materia.

Por ese motivo el nuevo ordenamiento, tuvo una cálida acogida por parte de los obligados del sistema.

No así por parte de los especialistas en la materia, dirigentes sindicales y legisladores opositores, quienes han criticado seriamente el proyecto convertido en ley, así como la falta de consulta oportuna.

Algunos autores encuentran mérito, como también lo hace el PE en sus fundamentos, en que la nueva ley supera el art. 39, párrafo 1 de la ley original. Pero esa valla ya estaba superada pretorianamente y era aceptada pacíficamente por todos los tribunales del país. El nuevo régimen de opción civil excluyente con renuncia, es regresivo respecto de ese escenario construido pretorianamente por la jurisprudencia del Máximo Tribunal de la Nación y quienes reivindicaban la ley en relación a ese escenario original, omitiendo el desarrollo de la jurisprudencia de la Corte, están incurriendo en un análisis que no se corresponde con la realidad jurisprudencial previa a la ley 24.557.

Sorprende el tratamiento express que se le dio en el Congreso al proyecto enviado por el PEN, a pesar de la trascendencia de la materia, que afecta a más de 11.000.000 de trabajadores bajo relación de dependencia, como a 650.000 accidentados al año.

Siguiendo a Schick (2013) se trata de un viraje regresivo que contradice abiertamente la jurisprudencia del más alto Tribunal de la Nación en el fallo Aquino, en el que se consagró de forma definitiva el carácter constitucional del derecho a la reparación plena y el otorgamiento de igual rango al principio *alterum non laedere* que prohíbe a los hombres dañar los derechos de un tercero, interpretando así el art. 19 de la Constitución Nacional, al mismo tiempo que declaraba inconstitucional al art. 39, párrafo primero de la ley 24.557.

De lo dicho en Aquino, se deriva claramente que el trabajador que hubiera sufrido daños no resarcidos por la ART (no contemplados en el referido régimen tarifado), tiene el derecho a demandar al empleador esos plurisperjuicios, si se acreditasen los presupuestos de la responsabilidad civil, sin perjuicio de conservar el derecho a percibir, a cuenta de aquellos, la indemnización especial por incapacidad permanente, la cual es irrenunciable para el damnificado (art. 11 LRT). En el escenario jurisprudencial anterior a la sanción de la ley 26.773/12, aceptada únicamente la inconstitucionalidad de la veda al acceso a la reparación civil prevista en el art. 39 párrafo 1° de la ley 24.557, nada impedía a la víctima accionar directamente contra el dañador en procura de la reparación integral, e intentar -previa o conjuntamente- el cobro de la tarifa contra la aseguradora.

La opción por el régimen tarifado puede efectuarse de forma tácita con el simple hecho de cobrar las prestaciones por incapacidad Permanente definitiva o de forma expresa, si el trabajador dañado exterioriza su voluntad o promueve la demanda judicial.

A su vez, si inicia la acción civil, el reclamante estará impedido de percibir la indemnización del régimen especial y debe someterse al largo proceso judicial sin ningún ingreso que lo sostenga, quizá con imposibilidad de trabajar -por su incapacidad- y presumiblemente por la derogación de la incapacidad permanente provisoria.

Como puede deducirse del diseño legal, se abusa del estado de necesidad de la víctima forzándolo a cobrar rápido y sin cabal conocimiento de que esa percepción -que repara parcialmente el daño infringido- le impide, precisamente, el acceso a un resarcimiento mayor si es que existen plurisperjuicios no contemplados en la tarifa y se acreditan los presupuestos de la responsabilidad civil y laboral.

No sólo se postula obligar al damnificado o a sus derechohabientes a hacer una elección inconstitucional, sino que también se insta a efectuar dicha opción mediando un estado de necesidad de la víctima que pueda llevarla, en el contexto del infortunio, a tomar decisiones apresuradas en contra de sus intereses, con el agravante de la falta de patrocinio jurídico obligatorio que existe en el procedimiento de la LRT, criterio anacrónico y sobradamente cuestionado, pero que continúa sin modificación en la nueva ley, vulnerándose otra vez el principio de defensa en juicio.

### **3.4. Sistema de obras sociales**

Este subsistema trae consigo una problemática especial que no será tratado en este trabajo, porque consideramos que la salud no puede analizarse como un subsistema sino como una estructura funcional integral de uno de los principios fundamentales de nuestra Constitución Nacional, sólo diremos que la ley 23660 instaura un régimen de obras sociales financiados a través

de aportes de empleados y contribuciones de los empleadores, posteriormente en la década del '90 se instrumenta un régimen de libre elección por parte de los afiliados.

### **3.5. Fondo Nacional de Empleo**

La protección de los desempleados tuvo varios antecedentes antes de llegar a la legislación vigente, en el que se lo toma estructuralmente y de manera continua.

Regulado por ley de empleo 24.013, establece el Fondo Nacional de Empleo el cual le da un marco jurídico a la solución de esta contingencia, adquiriendo un carácter complementario de las políticas de Seguridad Social.

Son acreedores de esta prestación todos los trabajadores cuyo contrato se rige por la Ley de Contrato de Trabajo, exceptuando a los trabajadores domésticos y los empleados públicos y teniendo regímenes especiales los trabajadores rurales y operarios de la construcción.

La principal fuente de recursos es la contribución patronal del 1,5% sobre la masa salarial del sector privado.

## Conclusiones

El sistema de seguridad social argentino, tal como se analizó, registró significativas modificaciones a lo largo de su historia, tendientes a reducir la inequidad y ampliar la cobertura del sistema. No obstante, según lo analizado a lo largo de la investigación, observamos que tal objetivo no se ha cumplido. El punto culmine de este proceso fue, sin lugar a dudas, las reformas liberales de la década de 1990 que marcaron un antes y un después al privatizar el sistema.

En este sentido, la reforma del régimen en los años noventa no fue ajena a lo que aconteció en el conjunto de la economía argentina, en donde las políticas de corte neoliberal terminaron de consolidar las políticas aplicadas por la dictadura militar a mediados de los años setenta.

Los principales argumentos en favor de la reforma planteaban que la reforma del sistema, al dinamizar el mercado doméstico de capitales, impulsaría el crecimiento económico, impactando positivamente en las condiciones de vida de la población en su conjunto.

Sin embargo, como se mostró, sucedió todo lo contrario: se observó una reducción en el nivel de cobertura, una alta concentración del mercado de capitales, un incremento en los costos del sistema, una profundización del déficit del sistema estatal por el enorme giro de fondos hacia el sector privado.

Asimismo, la combinación de la reforma previsional con la regresiva reconfiguración económica y social impulsada en los noventa determinó la exclusión de amplias franjas de población de la cobertura, proceso que profundizó la brecha entre trabajadores formales e informales, limitando la universalización de derechos y reforzando las desigualdades en la distribución de beneficios. En síntesis, la instauración del Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) en 1991 ha implicado, sin dudas, un excelente negocio para el sector financiero local; no así para el Estado ni para el conjunto de la clase trabajadora.

Sumado a esto, con el colapso del régimen de convertibilidad se puso en escena la debilidad del sistema para enfrentar un escenario de crisis y, a la vez, resultó patente la importancia de la intervención del Estado para mitigar los efectos negativos de la misma. Durante los últimos años, se puso en evidencia la necesidad de contar con mecanismos capaces de paliar los elementos regresivos latentes en el elemento contribucionista del sistema cuyos efectos implicaron, en el marco de la crisis del mercado formal de trabajo, para amplias capas de la población caer en un estado de desprotección total.

Luego de este resumen no es necesario aclarar por qué los fallos de la CSJN a partir de 2004, la creación del SIPA en 2008 y la ampliación del régimen de asignaciones familiares en 2009 a través de la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH), han significado unas medidas progresivas para el conjunto de los trabajadores de nuestro país. En esta línea, no se puede dejar de resaltar a estas reformas del sistema como una de las medidas más significativas tendientes a revertir

las denominadas "reformas estructurales" llevadas adelante en la década de 1990 por el gobierno neoliberal.

La reforma del sistema ha dado lugar a nuevos debates. Estos han girado, en especial, en torno al modo en que deben ser utilizados los fondos que administraban las ex AFJP y a la forma de aplicación de la movilidad jubilatoria para garantizar un incremento persistente y sustentable en el valor actual y futuro de los haberes jubilatorios. En este sentido, a lo largo de este trabajo se remarca que los fondos que actualmente componen el FGS no podrían ser utilizados para realizar un aumento significativo y sustentable en los haberes jubilatorios, ya que esto determinaría la descapitalización del mismo y la imposibilidad de sostener dichos aumentos en el largo plazo. Esto significa que es necesario implementar otros mecanismos para garantizar dicho incremento sin volver al sistema deficitario. Por otro lado, se discute el elevado nivel de heterogeneidad y complejidad que presenta el sistema de asignaciones familiares en Argentina, que se expresa en una desigual situación para los hijos menores de edad, de acuerdo con el tipo de ocupación de sus padres y su lugar de residencia. Por último, se debate acerca de la reforma regresiva de la ley 26.773/12 que restablece la opción con renuncia, contradiciendo la jurisprudencia del más alto Tribunal de la Nación en el fallo Aquino, en el que se consagró de forma definitiva el carácter constitucional del derecho a la reparación plena.

## Bibliografía

- Ackerman, Mario E. (2014). *Ley de Riesgos del Trabajo, comentada y concordada*. 3° ed. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.
- Administración Nacional de la Seguridad Social (2.011). *Aportes para la construcción de un Piso de Protección Social en Argentina: El caso de las Asignaciones Familiares*. Buenos Aires: OIT.
- Administración Nacional de la Seguridad Social (2.011). *Fondo de Garantía de Sustentabilidad. Informe Bimestral. 5° bimestre de 2015*. Disponible en <http://fgs.anses.gob.ar> [Jul/15].
- Administración Nacional de la Seguridad Social (2.011). *La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en perspectiva. La política pública como restauradora de derechos*. Observatorio de la Seguridad Social. Disponible en <http://fgs.anses.gob.ar> [Jul/15].
- Administración Nacional de la Seguridad Social (2.011). *La inclusión social como transformación: políticas públicas para todos*. Observatorio de la Seguridad Social. Disponible en <http://fgs.anses.gob.ar> [Jul/15].
- Arceo, N. (2008). *Estimación del impacto del proyecto de ley sobre movilidad jubilatoria*. Informe 5. Observatorio Social. Disponible en <http://www.observatoriosocial.com.ar/> [Jul/15].
- Argentina (B.O. 01/10/2010). *Decreto 1.388. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 02/10/2008). *Decreto 1.591. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 04/10/2007). *Decreto 1.345. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 12/09/2012). *Decreto 1.667. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 16/10/2006). *Ley 24.714. Régimen de Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 17/06/2015). *Decreto 1.141. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 17/07/2015). *Ley 27.160. Regímenes de Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 17/12/1991). *Ley 24.028. Accidentes de Trabajo*.
- Argentina (B.O. 21/10/1915). *Ley 9.688. Accidentes de Trabajo*.
- Argentina (B.O. 23/01/2007). *Decreto 33. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 23/09/2011). *Decreto 1.482. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 25/10/2012). *Ley 26.773. Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*.
- Argentina (B.O. 28/12/2000). *Decreto 1.278. De Necesidad y Urgencia sobre Riesgos del Trabajo*.
- Argentina (B.O. 29/08/2013). *Decreto 1.282. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 29/10/2009). *Decreto 1.602. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 29/10/2009). *Decreto 1.729. Asignaciones Familiares*.
- Argentina (B.O. 30/05/2013). *Decreto 614. Asignaciones Familiares*.
- Canclini, M. (2004). *Seguridad Social y Previsión Social en Argentina*. Universidad Abierta Interamericana. Disponible en <http://www.uai.edu.ar/> [Jul/15].

- Castillo, J. (2010). *La historia del 82% móvil*. El Socialista N° 177. Disponible en <http://izquierdasocialista.org.ar/> [Jul/15].
- Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino (2008). *La re-estatización del sistema previsional en la Argentina*. Notas de la Economía Argentina. Dossier N° 1.
- Centro de Investigación y Formación de la República Argentina (2009). *La Evolución del Sistema Previsional Argentino*. Documento de Trabajo N° 2. Buenos Aires: CIFRA.
- Centro de Investigación y Formación de la República Argentina (2010). *La asignación universal por hijo. A un año de su implementación*. Documento de Trabajo N° 7. Buenos Aires: CIFRA.
- Centro de Investigación y Formación de la República Argentina (2012). *Información sobre asignaciones familiares e impuesto a las ganancias, como afectan a los trabajadores*. Documento de Trabajo N° 12. Buenos Aires: CIFRA.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación ((21/09/2.004). *Aquino, Isacio C. Cargo Servicios Industriales S. A.*
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (01/02/2002). *Gorosito v. Riva SA y otros/daños y perjuicios*.
- Cruces, G. Ringold. D y Rofman R. (2008). *Los programas sociales en Argentina hacia Bicentenario. Visiones y perspectivas*. Buenos Aires: World Bank.
- Decreto 1.134. Asignaciones Familiares*.
- Etala, Carlos A. (2002). *Derecho de la Seguridad Social*. 2° ed actualizada y ampliada. Buenos Aires: Astrea.
- Fernández, A., Gallo, M., González, M. y Scavini, M. (2010). *La Asignación Universal por Hijo. El régimen de asignaciones familiares frente a la fragmentación del mercado de trabajo*. Documento de Trabajo N° 12. Buenos Aires: CENDA.
- Funes, M. (2013). *Análisis de los regímenes jubilatorios aplicables al personal de la Universidad Nacional de Cuyo*. Serie Cuadernos N° 157. Mendoza: UNC-FCE.
- Gallo, M. y Lanari, M. E. (2007). *Políticas sociales, políticas de empleo, políticas de sostenimiento. Los supuestos teóricos que orientaron las acciones de focalización en los noventa*. En 8° Congreso de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo -ASET-. Buenos Aires.
- Goldin, Adrián (2008). *Seguridad social y políticas de mercado de trabajo en Argentina: una aproximación desde el esquema de la flexiguridad*. Serie Macroeconomía del Desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL.
- Grisolia, Julio A. (2011). *Derecho del trabajo y de la seguridad social*. 14ª ed. T. III. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Hintze, S. y Costa, M. I. (2011). *La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección*. 1ª ed.
- Keifman, S. (2009). *Reflexiones y propuestas para mejorar la distribución del ingreso en Argentina*. Buenos Aires: OIT.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2.012). *Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Cuarto Trimestre 2011-Primer Trimestre 2012*. Buenos Aires: Secretaria de la Seguridad Social.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Subsecretaria de Programación Técnica y Estudios Laborales. Disponible en <http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/bel/index.asp> [Jul/15].
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Piso de Protección Social en Argentina. Iniciativa del piso de Protección Social*. Buenos Aires: OIT.
- Schick, Horacio (2013). *Riesgos del Trabajo. Ley 26.773. Una interpretación protectoria frente a un viraje regresivo en materia de daños laborales*. Buenos Aires: David Grimberg Libros Jurídicos.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2008). *Informe Anual de Accidentabilidad Laboral*. Disponible en <http://srt.gov.ar> [Jul/15].

Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2014). *Informe Anual de Accidentabilidad Laboral*. Disponible en <http://srt.gov.ar> [Jul/15].

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. *Unidad de Estudios Estadísticos de la Gerencia de Planificación, Información Estratégica y Calidad de Gestión de la SRT*. Disponible en <http://www.srt.gob.ar/> [Jul/15].

## **Anexos**

## Anexo I

### El Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)

El Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) brinda prestaciones que cubren las contingencias de vejez, incapacidad y muerte

Para poder acceder a estos beneficios, se exige el cumplimiento de ciertos requisitos según sea la prestación:

#### 1. Prestación por vejez

- Jubilación ordinaria: quien pretende acceder a dicha prestación, debe:
- Mujer 60 (sesenta) años de edad, al momento de adhesión al régimen de regulación de deudas o que cumplan la edad jubilatoria dentro de los 2 (dos) años posteriores a la vigencia de la presente.
- Hombre 65 (sesenta y cinco) años de edad, al momento de adhesión al régimen de regulación de deudas o que cumplan la edad jubilatoria dentro de los 2 (dos) años posteriores a la vigencia de la presente
- 30 (treinta) años de servicios con aportes computables en uno o más regímenes comprendidos en el sistema de reciprocidad jubilatoria. Adjuntando de corresponder los reconocimientos de servicios en otras cajas no adheridas al Sistema Integrado de Jubilaciones.
- Si al momento de acceder a la prestación excede la edad de 60 años para la mujer y 65 para el hombre, puede compensar 1 (un) año de servicios por cada 2 (dos) años de edad excedentes.
- Si su cese de servicios o presentación se produjo con anterioridad al 31/12/2.007 para reunir los 30 (treinta) años de servicios podrá hacer uso de Declaración Jurada por tareas en relación de dependencia o autónomas con anterioridad al 01/01/1.969.
- Se encuentre inscripto ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS con Clave Única de Identificación Tributaria (CUIT).
- Cuento con Clave Fiscal otorgada por la AFIP o, en su defecto, con la Clave de la Seguridad Social, obtenida a través de la página Web de la ANSES.

Además de la prestación antes mencionada (jubilación ordinaria), la ANSES considera algunas alternativas a la misma, cada una a su vez con requisitos adicionales:

Jubilación automática por internet: La jubilación automática está dirigida únicamente a trabajadores en relación de dependencia que cumplan con los requisitos de edad para jubilarse (65 años los hombres y 60 años las mujeres) y de aportes (30 años de servicios).

Dos meses antes de cumplir la edad podrán solicitarla en forma rápida y sin necesidad de presentarse en ninguna oficina de la ANSES. Así, obtendrán su jubilación en 60 días, a partir de la solicitud de la prestación.

**Prestación por edad avanzada:** La finalidad de esta prestación es brindar cobertura a aquellos trabajadores que tengan 70 años cumplidos o más y que no puedan acreditar los años de servicios y aportes exigidos para obtener una Jubilación Ordinaria o Prestación por Vejez

El requisito de la edad es igual cualquiera fuera su sexo y deben reunir 10 (diez) años de servicios con aportes, ya sea bajo relación de dependencia o como autónomo, o entre ambos regímenes. De los 10 (diez) años de aportes por lo menos 5 (cinco) deben haber sido trabajados durante los últimos 8 (ocho) años anteriores al cese de la actividad. Los trabajadores autónomos deberán acreditar, además, una antigüedad en la afiliación no inferior a los 5 (cinco) años.

## 2. Prestaciones por invalidez

**Retiro por invalidez:** Es una prestación que se abona a todo trabajador, aportante al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), cualquiera fuere su edad o antigüedad en el servicio, que se incapacite física o intelectualmente en forma total para el desempeño de cualquier actividad compatible con sus aptitudes profesionales y que además cumpla con la condición de aportante regular o irregular con derecho. La percepción de esta prestación es incompatible con el desempeño de cualquier actividad en relación de dependencia.

Tener una incapacidad física o intelectual total del 66% o más, porcentaje de discapacidad que lo define una junta médica luego de evaluar al paciente.

No haber alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria.

Si inició su actividad como trabajador autónomo después del 15/07/94, debe haber cumplido con la obligatoriedad del Examen Médico para Trabajadores Autónomos y haber resultado "apto" en el mismo.

Se recuerda que percibir esta prestación es incompatible con el desempeño de cualquier actividad en relación de dependencia. Cumplir con la condición de "aportante regular" o "aportante irregular con derecho", de conformidad con las disposiciones de los Decretos 1.120/94, 136/97 y 460/99:

◀ **APORTANTE REGULAR:** Puede acreditar la regularidad a través de las siguientes opciones:

- Haber aportado como mínimo 30 (treinta) meses dentro de los 36 (treinta y seis) meses anteriores a la solicitud de la prestación (desde 23/02/97).
- Acreditar el mínimo de años de servicio exigidos en el régimen común o diferencial, en el que se encuentre incluido para acceder a las prestaciones PBU-PC-PAP.

◀ **APORTANTE IRREGULAR:** Puede acreditar la irregularidad con derecho a través de las siguientes opciones:

- Haber aportado como mínimo 18 (dieciocho) meses dentro de los 36 (treinta y seis) meses anteriores a la solicitud de la prestación (desde 23/02/97).
- Haber aportado 12 (doce) meses dentro de los últimos 60 (sesenta) meses anteriores a la solicitud de la prestación y poseer la mitad del total de años exigidos por el régimen común (30

años) o diferencial. En este caso el solicitante puede alcanzar el requisito de aportes, computando servicios por Declaración Jurada.

Para acreditar la condición de aportante regular o irregular con derecho, los aportes del trabajador autónomo se deben haber realizado dentro del mes del vencimiento y para los trabajadores en relación de dependencia el empleador debió haber efectuado su correspondiente aporte.

### 3. Prestaciones por muerte

#### Pensión derivada por fallecimiento de un jubilado

Para solicitar la pensión debe ser:

- ◀ Viuda/o del jubilado fallecido.
- ◀ Conviviente del jubilado fallecido: deberá acreditar haber convivido públicamente, en aparente matrimonio, durante por lo menos 5 (cinco) años inmediatamente anteriores al fallecimiento. Dicho plazo se reduce a 2 (dos) años cuando existan hijos reconocidos por ambos convivientes.
- ◀ Hijo/a soltero hasta 18 (dieciocho) años y que no perciba otra prestación.
- ◀ Hija viuda hasta 18 (dieciocho) años y que no perciba otra prestación.
- ◀ Hijo/a incapacitado sin límite de edad, si al momento del fallecimiento del causante se encontraba incapacitado para el trabajo y a cargo del causante o incapacitado a la fecha en que cumpliera dieciocho (18) años de edad.

Si el trámite es realizado durante el primer año de ocurrido el fallecimiento, se reconocerá el retroactivo correspondiente desde el día posterior al deceso del beneficiario. De otra forma, el beneficiario podrá iniciar el trámite, pero se le reconocerá el retroactivo por el año anterior a la fecha de iniciación de la prestación.

El trámite podrá realizarlo íntegramente a través de la web desde MI ANSES con la Clave de la Seguridad Social, siempre que estén actualizados los datos en las bases del organismo.

En el caso que no estén actualizados los datos y para saber qué documentación debe presentar, puede consultar más abajo en el pdf cartilla. Una vez reunidos los comprobantes, deberá solicitar un turno para iniciar el trámite en las oficinas de la ANSES desde aquí o bien comunicándose de forma gratuita con el 130.

Pensión por fallecimiento de un trabajador: Familiares pueden tramitar la Pensión en caso de fallecimiento de un afiliado en actividad, siempre que el causante cumpla con la condición de aportante regular o irregular con derecho

Si realiza el trámite durante el primer año de ocurrido el fallecimiento, se le reconocerá el retroactivo correspondiente desde el día posterior al deceso del beneficiario. Pasado este plazo, podrá iniciar el trámite, pero se le reconocerá el retroactivo por el año anterior a la fecha de iniciación de la prestación.

Pensión derivada automática por internet: Es importante tener en cuenta que se debe solicitar dentro de los cuatro meses desde la fecha de fallecimiento del titular. Transcurrido este tiempo, tiene que pedir un turno a través de Mi ANSES o deberá comunicarse al 130, opción 2, para iniciar el trámite en una delegación de ANSES.

NO pueden tramitarse por Internet las siguientes pensiones:

1. Las que pertenecían al Régimen de Capitalización
2. Las de fallecidos con anterioridad al mes de julio de 1994.
3. Las de ex - cajas transferidas con marca de retiro de Policía o Penitenciaría.
4. Las derivadas de una pensión Honorífica de veterano de Guerra del Atlántico Sur.
5. Las de separado/a judicialmente o divorciado/a.
6. Las de solicitante/s que hayan extraviado su Documento Nacional de Identidad.
7. Aquellas en las que deba darse intervención a las Comisiones Médicas (Hijos mayores de 18 años incapacitados).
8. Aquellas en las que los hijos solicitantes tengan cumplidos los 18 años a la fecha de petición.
9. Aquellas, cuyos solicitantes, tratándose de hijos menores de 18 años, se encuentren representados por un tutor.
10. Aquellas, cuyos solicitantes, tratándose de hijos menores de 18 años, se encuentren representados por un tutor.

## Anexo II

Al quinto bimestre de 2015 se puede destacar lo siguiente (ANSES, 2015):

Las colocaciones del Fondo se dividieron de la siguiente forma: Títulos y Obligaciones Negociables, 63,6%; Acciones, 13,5%; Proyectos Productivos o de Infraestructura, 11,5%; Disponibilidades y Otros, 8,6%, y Depósitos a Plazo Fijo, 2,8%.

*Tabla 1*  
*Indicadores clave al último día hábil de cada bimestre*

<b>Valor del FGS en millones de pesos</b>	<b>5-14</b>	<b>6-14</b>	<b>1-15</b>	<b>2-15</b>	<b>3-15</b>	<b>4-15</b>	<b>5-15</b>
Acciones	62.362	52.128	65.182	68.591	61.915	61.411	<b>82.710</b>
Títulos y Obligaciones Negociables	310.652	318.665	338.476	350.993	350.217	373.378	<b>389.545</b>
Depósitos a Plazo Fijo	14.514	11.213	11.444	10.442	8.072	9.213	<b>16.840</b>
Proyectos Productivos o de Infraestructura	55.004	59.088	62.416	62.527	66.333	67.319	<b>70.586</b>
Disponibilidades y otros	40.128	31.171	34.143	38.228	46.300	51.243	<b>52.566</b>
<b>Total FGS</b>	<b>482.660</b>	<b>472.265</b>	<b>511.661</b>	<b>530.782</b>	<b>532.838</b>	<b>562.564</b>	<b>612.247</b>
Ingreso de capital nuevo *	0	0	0	0	0	0	<b>2.873</b>
Rendimiento del FGS	39.250	-10.395	39.396	19.121	2.057	29.725	<b>46.810</b>
Rendimiento bimestral neto (%)	8,9%	-2,2%	8,3%	3,7%	0,4%	5,6%	<b>8,3%</b>
Cambio total en el Fondo	39.250	-10.395	39.396	19.121	2.057	29.725	<b>49.683</b>
<b>Cambios de valor desde el primer ingreso de capital al FGS (dic 2008)</b>	<b>5-14</b>	<b>6-14</b>	<b>1-15</b>	<b>2-15</b>	<b>3-15</b>	<b>4-15</b>	<b>5-15</b>
Ingreso bruto de capital nuevo	115.835	115.835	115.835	115.835	115.835	115.835	<b>118.708</b>
Rendimiento del FGS	366.825	356.429	395.825	414.946	417.003	446.728	<b>493.538</b>
<b>Valor del FGS</b>	<b>482.660</b>	<b>472.265</b>	<b>511.661</b>	<b>530.782</b>	<b>532.838</b>	<b>562.564</b>	<b>612.247</b>

Como ha venido sucediendo en bimestres previos, Títulos y Obligaciones Negociables fue el rubro con mayor peso relativo dentro de la cartera del Fondo (63,6%), ubicándose en \$389.549 millones y registrando una tasa de crecimiento interanual de 25,4%. Los \$16.167 millones de variación nominal en esta cartera de los últimos dos meses explican el 32,5% del cambio total en el valor del FGS.

Las cinco principales inversiones del FGS en instrumentos de Renta Fija se dividieron de la siguiente forma: Bonos de la República Argentina Cuasi Par en pesos (\$83.990 millones); Bonos de la República Argentina con Descuento en dólares 8,28% 2033 Ley Argentina (\$57.608 millones); Bono de la Nación Argentina en dólares 9% 2018 (\$43.283 millones); Bonos de la República Argentina en pesos 2020 (\$17.898 millones), y Bono de la Nación Argentina en dólares 9% 2019 (\$17.751 millones).

Estas cinco inversiones totalizaron conjuntamente \$220.531 millones, equivalentes al 58,3% de los \$378.469 millones totales de Títulos Públicos en cartera.

*Tabla 2*  
*Principales inversiones en Renta Fija del FGS (octubre 2015)*

Emisor	País	Renta Fija en millones de \$
Bonos de la República Argentina Cuasi Par en Pesos 3,31% 2045	Arg	83.990
Bonos de la R.A. con Descuento en U\$S 8,28% 2033 Ley Argentina	Arg	57.608
Bono de la Nación Argentina en Dólares Estadounidenses 9 % 2018	Arg	43.283
Bonos de la República Argentina en Pesos 2020	Arg	17.898
Bono de la Nación Argentina en Dólares Estadounidenses 9% 2019	Arg	17.751

El valor de las Acciones en poder del FGS registró una tasa de crecimiento inter bimestral de 34,7%, la más alta de toda su historia, constituyéndose como el portafolio de inversión que más aumentó de valor en términos absolutos (\$ 21.299 millones).

El dinamismo registrado por las Acciones impulsó el desempeño general del Fondo, que concluyó el periodo de informe con un rendimiento neto de 8,3%, equivalente a \$ 46.810 millones. La cartera total del FGS ascendió a \$ 612.247 millones, lo que representó una variación interanual de 26,8% (\$ 129.586 millones).

Es importante mencionar que de acuerdo con los Decretos 1.722/12 y 1.723/12, en septiembre de ese año el FGS recibió un aporte de capital por \$ 2.873 millones en Acciones (Nuevos Aires del Sur S.A. –Decreto 1.722/12 y Playas Ferroviarias de Buenos Aires S.A. –Decreto 1.723/12). La combinación de la tendencia alcista en el Merval y el nuevo flujo de capital aplicado al rubro se tradujeron en un aumento considerable en el stock de las Acciones del Fondo como porcentaje de la capitalización del mercado, creciendo 1,2 puntos porcentuales (p.p.) en el período de informe para ubicarse en 11,5%. Al cierre de octubre, el valor de las Acciones administradas por el FGS representó el 13,5% del total de la cartera.

Las compañías privadas donde mayor inversión en Acciones tiene el FGS son: Banco Macro S.A. (\$15.573 millones); Telecom Argentina S.A. (\$12.907 millones); Grupo Financiero Galicia S.A. (\$9.680 millones); Siderar S.A. (\$9.161 millones), y BBVA Banco Francés S.A. (\$4.465 millones).

Estas empresas engloban el 62,6% de los \$82.710 millones de la cartera del FGS en Acciones y durante el último par de meses acumularon una ganancia combinada de \$12.922 millones (33,2%).

*Tabla 3*  
*Cartera del Fondo de Garantía de Sustentabilidad al 30 de Octubre de 2015*

Descripción	\$
<b>Acciones de Sociedades Anónimas</b>	<b>81.553.462.497</b>
Banco Macro S.A. Clase B 1 Voto	15.572.979.813
Telecom Argentina S.A. Clase B 1 Voto	12.907.427.592
Grupo Financiero Galicia S.A. Clase B 1 Voto	9.679.941.769
Siderar S.A. Clase A 1 Voto	9.161.414.245
BBVA Banco Francés S.A. 1 Voto	4.464.961.553
Edenor S.A. Clase B 1 Voto	3.127.720.147
Transportadora de Gas del Sur S.A. Clase B 1 Voto	2.983.802.770
Grupo Clarín S.A. Clase B 1 Voto	2.845.003.400
Banco Patagonia S.A. Clase B 1 Voto	2.782.393.357
Molinos Río de La Plata S.A. Clase B 1 Voto	2.725.525.379
Aluar Aluminio Argentino S.A.I.C. 1 Voto	2.568.968.186
Consultatio S.A. 1 voto	2.230.842.995
Petrobrás Argentina S.A. Clase B 1 Voto	2.016.435.168
Imp. y Exp. de La Patagonia S.A. Clase B 1 Voto	1.285.211.298
S.A. San Miguel Agríc., Ganad., Ind., Com., Inm. y Fin. Clase B 1 Voto	781.698.254
Inversiones y Representaciones S.A. 1 Voto	634.913.433
Mirgor S.A. Clase C 1 Voto	479.960.591
Endesa Costanera S.A. Clase B 1 Voto	436.646.421
Gas Natural BAN S.A. Clase B 1 Voto	407.448.551
Holcim (Argentina) S.A. 1 Voto	398.041.760
Cresud S.A.C.I.F y A. 1 Voto	313.009.294
Central Puerto S.A. Clase B 1 Voto	247.657.184
IRSA Propiedades Comerciales S.A.	208.720.152
Distribuidora de Gas Cuyana S.A. Clase B 1 Voto	158.557.248
Grupo Concesionario del Oeste S.A. Clase B 1 Voto	129.345.848
Solvay Indupa S.A. 1 Voto	107.277.506
Quickfood S.A. 1 Voto	20.066.880
Euromayor S.A. Clase B 1 Voto	2.541.910
Metrovías S.A. Clase B 1 Voto	1.827.345
Molinos Río de La Plata S.A. Clase A 5 Votos	322.450
<b>Acciones Decreto 1722/12 y 1723/12</b>	<b>2.872.800.000</b>
Playas Ferroviarias de Buenos Aires S.A. - Decreto 1723/12	2.314.800.000
Nuevos Aires del Sur S.A. - Decreto 1722/12	558.000.000
<b>Acciones de Empresas Privatizadas</b>	<b>1.156.080.558</b>
Transener Cía. de Transp. de Energía Elec. en Alta Tensión S.A. Clase B 1 Voto	601.870.086
Banco Hipotecario Nacional S.A. Clase D 3 Votos	458.616.434
Camuzzi Gas Pampeana S.A. Clase B 1 Voto	78.827.984
Y.P.F. S.A. Clase D 1 Voto	16.766.054
<b>TOTAL DE ACCIONES DEL FONDO DE GARANTÍA DE SUSTENTABILIDAD</b>	<b>82.709.543.055</b>

Pese a haber registrado una tasa de crecimiento interanual de 28,3%, los Proyectos Productivos o de Infraestructura fueron desplazados por Acciones como el segundo instrumento financiero más importante del Fondo, posicionándose actualmente en \$ 70.586 millones.

Consecuentemente, al cierre de octubre de 2015 ascendieron a \$70.586 millones, lo que representó un incremento de 4,9% respecto al bimestre previo y de 28,3% respecto a octubre de 2014. Durante el último año, el monto destinado a esta cartera aumentó \$15.582 millones, equivalente a 22,1% de su valor actual. Actualmente constituyen el 11,5% de la cartera del FGS, siendo la tercera inversión más importante del Fondo.

Por quinto bimestre consecutivo, el Programa de Crédito Argentino del Bicentenario para la Vivienda Única Familiar (PRO.CRE.AR.) siguió siendo el principal Proyecto Productivo o de Infraestructura del FGS, con una inversión realizada de \$31.637 millones que representa 44,8% del total del rubro.

Al igual que en bimestre previo, el segundo proyecto más importante fue la Central Nuclear Néstor Kirchner, cuyo monto de financiamiento totaliza \$14.303 millones, seguido por las centrales térmicas Barragán y Brigadier López con un total de \$7.822 millones. Los cinco proyectos más importantes de la cartera ascendieron a \$63.286 millones, equivalentes al 89,7% del total del rubro.

*Tabla 4*  
*Principales inversiones en Proyectos Productivos y de Infraestructura del FGS (octubre 2015)*

Emisor	País	Inciso q) en millones de \$
PRO.CRE.AR.	Arg	31.637
Nasa - Central Nuclear Néstor Kirchner	Arg	14.303
Enarsa - Cent. Barragán y Brigadier López	Arg	7.822
F.F. para Obras Públicas (SISVIAL)	Arg	5.770
EPEC	Arg	3.754

Los Depósitos a Plazo Fijo crecieron 82,8% durante el quinto Bimestre del año (\$7.627 millones), posicionándose en \$16.840 millones. Durante los últimos 12 meses, estos instrumentos financieros crecieron 16,0% (\$2.326 millones) y actualmente explican 15,4% del cambio bimestral en el valor total del Fondo.

*Tabla 5*  
*Principales inversiones en Plazo Fijo del FGS (octubre 2015)*

Emisor	País	Plazo Fijo en %
Banco de la Nación Argentina S.A.	Arg	78,2%
Otras Instituciones Bancarias	Arg	21,8%

## Anexo III

*Tabla 6*  
*Montos vigentes desde el 01/03/2016 hasta 08/2016 inclusive - Ley 27160*

ASIGNACIONES FAMILIARES	VALOR GENERAL
<b>Maternidad</b>	
Sin tope de Ingreso Grupo Familiar (IGF)	Remuneración bruta
<b>Nacimiento</b>	
IGF entre \$ 200.- y \$ 60.000,00.-	\$ 975
<b>Adopción</b>	
IGF entre \$ 200.- y \$ 60.000,00.-	\$ 5.850
<b>Matrimonio</b>	
IGF entre \$ 200.- y \$ 60.000,00.-	\$ 1.462
<b>Prenatal</b>	
IGF entre \$ 200.- y \$ 15.000,00.-	\$ 966
IGF entre \$ 15.000,01.- y \$ 22.000,00.-	\$ 649
IGF entre \$ 22.000,01.- y \$ 25.400,00.-	\$ 390
IGF entre \$ 25.400,01.- y \$ 60.000.-	\$ 199
<b>Hijo</b>	
IGF entre \$ 200.- y \$ 15.000,00.-	\$ 966
IGF entre \$ 15.000,01.- y \$ 22.000,00.-	\$ 649
IGF entre \$ 22.000,01.- y \$ 25.400,00.-	\$ 390
IGF entre \$ 25.400,01.- y \$ 60.000.-	\$ 199
<b>Hijo con discapacidad</b>	
IGF hasta \$ 15.000,00.-	\$ 3.150
IGF entre \$ 15.000,01.- y \$ 22.000,00.-	\$ 2.227
IGF superior a \$ 22.000,00.-	\$ 1.404
<b>Ayuda Escolar</b>	
IGF entre \$ 200.- y \$ 60.000,00.-	\$ 808
<b>Ayuda Escolar por Hijo con discapacidad</b>	
Sin tope de IGF	\$ 808

## Anexo IV Accidentalidad Laboral 2014

*Cuadro 1  
Trabajadores cubiertos, empleadores asegurados, casos notificados y casos con días de baja  
laboral. Año 2014*

Indicadores seleccionados	2013	2014	Variación interanual
Trabajadores cubiertos promedio	8.770.932	9.003.968	2,7%
Empleadores asegurados promedio	534.530	580.112	8,5%
Total de casos notificados	674.963	660.954	-2,1%
Total de casos notificados con días con baja laboral	612.720	595.768	-2,8%

Fuente: Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. *Unidad de Estudios Estadísticos de la Gerencia de Planificación, Información Estratégica y Calidad de Gestión de la SRT*. Subsecretaría de Economía Laboral y Social del Ministerio de Economía y de la Secretaría de Empleo y Formación Profesional del Ministerio de Trabajo.

*Cuadro 2  
Casos notificados según tipo de evento y mes de ocurrencia.  
Año 2014*

Mes del siniestro	Tipo de evento				Total
	Acc.de trabajo	Acc. in Itinere	Enfermedad Profesional	Reingreso	
Enero	35.461	9.970	1.174	4.062	50.667
Febrero	33.865	10.188	2.031	4.176	50.260
Marzo	35.460	11.225	1.953	4.074	52.712
Abril	34.851	11.486	2.238	4.438	53.013
Mayo	38.359	12.603	2.540	4.895	58.397
Junio	37.695	12.051	2.639	4.933	57.318
Julio	37.079	11.577	1.974	5.213	55.843
Agosto	38.102	11.769	2.246	4.809	56.926
Setiembre	40.597	12.417	2.509	5.184	60.707
Octubre	42.146	12.604	2.276	5.116	62.142
Noviembre	37.713	11.624	1.614	4.685	55.636
Diciembre	31.885	10.384	1.382	3.682	47.333
<b>Total</b>	<b>443.213</b>	<b>137.898</b>	<b>24.576</b>	<b>55.267</b>	<b>660.954</b>

Fuente: **Ibíd.**

**Declaración Jurada Resolución 212/99 – CD**

“Los autores de este trabajo declaran que fue elaborado sin utilizar ningún otro material que no hayan dado a conocer en las referencias, que nunca fue presentado para su evaluación en carreras universitarias y que no transgrede o afecta derechos de terceros”.

Mendoza, agosto de 2016

Flavia Andrea Ibáñez

Reg. 26199

Juan Manuel Quiroga

Reg. 23336

Nazareno Cerquetti

Reg. 26095

