

Reflexiones sobre el **Sistema de Riesgos del Trabajo**

Compendio sistematizado
de colaboraciones autorales
sobre sus aspectos
más significativos

Reflexiones sobre el **sistema de riesgos del trabajo**

Compendio sistematizado
de colaboraciones autorales
sobre sus aspectos más significativos

Director de obra | **Dr. Pedro Taddei**

Taddei, Pedro

Reflexiones sobre el Sistema de Riesgos del Trabajo : compendio sistematizado de colaboraciones autorales sobre sus aspectos más significativos / Pedro Taddei. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2019.

276 p. ; 24 x 17 cm.

ISBN 978-987-4067-23-4

1. Ley Sobre Riesgos del Trabajo. 2. Argentina. I. Título.
CDD 344.01

Impreso por Multi Group SRL
Av. Belgrano 520 - CABA - Argentina - CUIT 30-70872839-6

ISBN: 978-987-4067-23-4
Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Reflexiones sobre el **sistema de riesgos del trabajo**

Compendio sistematizado
de colaboraciones autorales
sobre sus aspectos más significativos

Director de obra | **Dr. Pedro Taddei**

AUTORIDADES

Ing. MAURICIO MACRI
Presidente de la Nación

Lic. DANTE SICA
Ministro de Producción y Trabajo

Cdor. GUSTAVO DARÍO MORÓN
Superintendente de Riesgos del Trabajo

ÍNDICE

13	PRÓLOGO	Lic. Dante Sica
15	PRÓLOGO	Cdor. Gustavo Morón
17	PRÓLOGO	Dr. Pedro Taddei
19	CAPÍTULO 1	
	El Sistema de Riesgos del Trabajo Integrado a la Seguridad Social	
20	1.1.	La Ley sobre Riesgos del Trabajo en la actualidad.
21	1.2.	La Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo y su inclusión en el Derecho de la Seguridad Social. Caracterización y referencias a los preceptos constitucionales y a la normativa internacional vinculante.
24	1.3.	Principios esenciales de la seguridad social.
26	1.4.	Conclusiones.
27	CAPÍTULO 2	
	De los antecedentes normativos y la perspectiva del trabajo seguro y de calidad	
27	2.1.	Desarrollo histórico.
36	2.2.	La Ley N° 9.688.
39	2.3.	Modificaciones introducidas a la Ley N° 9.688.
42	2.4.	La Ley N° 24.557. El sistema de riesgos del trabajo integrado a la Seguridad Social.
47	2.5.	La Ley N° 26.773. Responsabilidad civil del empleador. Opción excluyente.
49	2.6.	La Ley N° 27.348, complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo.
58	2.7.	Texto Ordenado de la Ley sobre Riesgos del Trabajo. Metodología. Trascendencia.

63 | CAPÍTULO 3
De los objetivos y el ámbito de aplicación del sistema de riesgos del trabajo argentino

- 63 |** 3.1. Finalidad del Sistema. Objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo.
- 65 |** 3.2. Sujetos alcanzados.
- 67 |** 3.3. Seguro obligatorio y autoseguro.
- 69 |** 3.4. El Contrato de Afiliación.
- 75 |** 3.5. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.
- 76 |** 3.6. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo Mutuales.
- 78 |** 3.7. Derechos y obligaciones. De las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, de los Empleadores y de los Trabajadores.

85 | CAPÍTULO 4
De la prevención de contingencias laborales

- 85 |** 4.1. Prevención y reparación en el contexto histórico y normativo argentino. Las leyes N° 19.587 y N° 24.557.
- 90 |** 4.2. Normativa internacional ratificada por el Estado argentino.
- 93 |** 4.3. Anteproyecto de Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

97 | CAPÍTULO 5
De la cobertura de riesgos del trabajo

- 97 |** 5.1. Contingencias alcanzadas por la cobertura.
- 98 |** 5.2. Accidente de trabajo.
- 100 |** 5.3. Enfermedad profesional.
- 107 |** 5.4. Accidente *in itinere*.
- 109 |** 5.5. Responsabilidad objetiva del empleador.
- 111 |** 5.6. Causalidad.

115 | CAPÍTULO 6
Del régimen prestacional de reparación

- 115 |** 6.1. Consideraciones preliminares. Prevención y reparación.

- 116** | 6.2. El principio de reparación plena e integral.
- 117** | 6.3. Prestaciones dinerarias e indemnizaciones motivadas en incapacidades laborales o fallecimiento.
- 122** | 6.4. Cálculo y cuantía según cada supuesto.
- 134** | 6.5. Prestaciones en especie.
- 142** | 6.6. Tratamiento y rehabilitación.
- 155** | 6.7. Procedimiento de reintegro de gastos

157 | **CAPÍTULO 7** **De las Comisiones Médicas**

- 157** | 7.1. Las Comisiones Médicas. Su creación. Competencia.
- 168** | 7.2. La tabla de evaluación de incapacidades laborales (Baremo).
- 169** | 7.3. Evolución histórica.
- 171** | 7.4. Situación actual. Distribución territorial.

177 | **CAPÍTULO 8** **Del procedimiento ante las Comisiones Médicas y Servicio de Homologación**

- 177** | 8.1. Las Comisiones Médicas. Objeto y Funciones.
- 178** | 8.2. Conformación de las Comisiones Médicas en las provincias adheridas a la Ley N° 27.348. Servicio de homologación. Secretario técnico letrado.
- 180** | 8.3. Procedimiento de actuación ante las Comisiones Médicas como etapa prejudicial. Instancia administrativa previa y obligatoria. Casos previstos en la Ley N° 27.348. Resolución SRT N° 298/2017: el servicio de homologación en el ámbito de las Comisiones Médicas Jurisdiccionales.
- 185** | 8.4. Novedades en el procedimiento. Patrocinio letrado obligatorio. Garantía del debido proceso. Cosa juzgada administrativa.
- 191** | 8.5. Breves menciones a las normas provinciales de adhesión.
- 193** | 8.6. Pronunciamientos judiciales trascendentes sobre la cuestión.

203 | CAPÍTULO 9
Del Régimen Financiero

- 204 |** 9.1. Régimen de alícuotas: aspectos legales.
- 209 |** 9.2. Régimen de alícuotas: aspectos impositivos.
- 210 |** 9.3. Régimen de alícuotas: aspectos económicos.
- 221 |** 9.4. Análisis sobre la evolución de la accidentabilidad.
- 226 |** 9.5. Análisis sobre los costos prestacionales.

229 | CAPÍTULO 10
Del Autoseguro Público Provincial

- 231 |** 10.1. Las administraciones públicas provinciales y municipales en el marco del sistema de riesgos del trabajo: 1996-2016.
- 242 |** 10.2. Hacia una integración completa del sector público provincial y municipal.

243 | CAPÍTULO 11
De los Entes de Supervisión y Control del Sistema de Riesgos del Trabajo

- 243 |** Comentario Preliminar.
- 244 |** 11.1. Autoridades de aplicación y regulación. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Competencia. Funciones. Superintendencia de Seguros de la Nación.
- 249 |** 11.2. Entidades de control en Jurisdicciones Provinciales. La federalización del Sistema de Riesgos del Trabajo. Administraciones de Trabajo Local.
- 250 |** 11.3. Régimen sancionatorio.
- 255 |** 11.4. El financiamiento de los entes de supervisión.

255 | CAPÍTULO 12
De la Protección de los Créditos

- 260 |** 12.1. Fondo de Garantía de la Ley sobre Riesgos del Trabajo. Creación y recursos. Cuota omitida. Multas. Administración. Excedentes.
- 265 |** 12.2. Fondo de Reserva.

269 | CAPÍTULO 13
Del Comité Consultivo Permanente

- 269 |** 13.1. Concepto. Naturaleza. Funciones.
 - 271 |** 13.2. Antecedentes.
 - 272 |** 13.3. El Comité en la actualidad.
-

PRÓLOGO

Lic. Dante Sica

Ministro de Producción y Trabajo de la Nación Argentina

A veintitrés años de la vigencia de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y luego de la sanción de la Ley Complementaria N° 27.348, avanzamos hacia un sistema que esté al servicio del trabajador, proteja sus derechos, priorice la prevención de los riesgos y cuyos costos sean compatibles con el trabajo decente y de calidad. Estamos construyendo un sistema que garantiza agilidad en las soluciones ante un litigio, con comisiones médicas que dan respuestas rápidas y eficaces. Un sistema equitativo y justo y con sentido federal, en el cual los ciudadanos que sufran un accidente tengan un servicio de atención lo más cercano y eficiente posible.

Las provincias están adhiriendo a la reforma introducida por la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y en cada distrito que adhiere se ha evidenciado un marcado descenso de la litigiosidad lo que se traduce en una reducción en el costo de las alícuotas del sistema.

Debemos destacar la tarea desarrollada por el Comité Consultivo Permanente, convocado por el Ministerio para cumplir con el mandato legal de elaborar un anteproyecto de Ley de Prevención de Riesgos Laborales, cuyo texto se encuentra en condiciones de ser remitido por el Poder Ejecutivo Nacional al Honorable Congreso de la Nación.

El diálogo entre todas las partes es la herramienta fundamental, por eso el anteproyecto gozó del consenso pleno de sus integrantes.

Este acuerdo es vital porque permite colocar a la prevención como un aspecto prioritario en el sistema de riesgos del trabajo, junto con el contenido de la reparación donde no predomine la litigiosidad sino la celeridad en la obtención

de las prestaciones asistenciales debidas a los trabajadores y la indemnización que les corresponda por el daño sufrido. Más prevención son menos accidentes para los trabajadores, un sistema con menos litigios es más eficiente para todo el sistema productivo.

En este marco, la Superintendencia de Riesgos de Trabajo ha elaborado un compendio de reflexiones sobre el sistema de riesgos de trabajo, donde se enfatiza su pertenencia a la Seguridad Social y se describen los Institutos normativos más relevantes.

Estado, trabajadores y empresarios tenemos que seguir avanzando en consensos que prioricen la prevención, den rápida y eficiente respuesta y mejoren la competitividad de la economía para favorecer la generación de más y mejores trabajos de calidad.

PRÓLOGO

CPN Gustavo Morón
Superintendente de Riesgos del Trabajo

Desde su creación, hace 23 años, el sistema de riesgos del trabajo ha tenido como horizonte la construcción de una política laboral basada en la prevención y en la protección de la salud y la vida de los trabajadores. Ha sido útil para modificar conductas en favor de la prevención y también para constituir la cobertura de los accidentes laborales como un Derecho del trabajador. Permitió incorporar criterios de organización más modernos y pasar, definitivamente, de un esquema basado en la responsabilidad individual a un subsistema de seguridad social.

Este libro, editado especialmente, no sólo resume el ordenamiento jurídico por el que transitó el sistema, sino que también reúne las fortalezas, debilidades y plantea los nuevos desafíos al que se enfrenta ante los cambios que experimenta el mundo del trabajo, de manera que sea posible crear más empleos con mejores condiciones de trabajo.

En Argentina, la cuestión de la salud y la seguridad en el trabajo comenzó a tener su correlato normativo a partir de 1915, con la sanción de la Ley Nº 9.688. Esta ley creó un régimen especial de cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales erigido sobre la responsabilidad individual y objetiva del empleador, basado exclusivamente en la reparación.

Con varias modificaciones respecto a su contenido original, adaptándose a los cambios del contexto político, económico, jurídico y social por los que pasó nuestro país durante el siglo XX y lo que va del XXI (y conviviendo con la Ley Nº 19.587, de 1972), la Ley Nº 9.688 -reformada por la Ley Nº 23.643, en 1988, y por la Ley Nº 24.028, en 1991- estuvo vigente hasta el año 1995, cuando fue reemplazada por la Ley Nº 24.557, sobre riesgos del trabajo.

Fue a partir de allí que comenzó a regir en Argentina un sistema de riesgos del trabajo enmarcado en la Seguridad Social, similar al existente en países como

Estados Unidos, España, Francia, Chile y Colombia, entre otros. A diferencia de lo precedente, los nuevos mecanismos incluyeron una autoridad de aplicación bien definida (la SRT), con objetivos, procedimientos e instrumentos estables y armonizados. Se legisló sobre riesgos de trabajo, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, prestaciones otorgadas, administración, financiamiento, prevención y rehabilitación.

Los resultados obtenidos por este nuevo sistema fueron positivos, garantizando una cobertura eficiente a los trabajadores y certidumbre para los empleadores.

Sin embargo, entre 2004 y 2007, una serie de fallos judiciales que consideraban inconstitucionales algunos de sus artículos minaron la solidez de la Ley N° 24.557, y la litigiosidad laboral creció hasta niveles insospechados, poniendo en riesgo al sistema de riesgos del trabajo como tal. Era necesario volver a dotar a este último de previsibilidad y certezas.

Fruto de un debate maduro y necesario entre los actores del mundo del trabajo, en 2017 se sancionó la Ley N° 27.348, complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo. La nueva ley puso foco en las comisiones médicas jurisdiccionales como la instancia administrativa previa, obligatoria y excluyente a la cual debe acudir un trabajador accidentado o enfermo como consecuencia de su trabajo.

De esta manera, las comisiones médicas de la SRT cobraron vital importancia como instrumento para reducir la litigiosidad. Dentro de ellas, los servicios de homologación juegan un papel clave: tras la sanción de la ley, en 2017, validaron 9 de cada 10 casos en un plazo promedio de 25 días.

Pero creemos que el camino no finaliza allí. Y es por eso que, fruto del diálogo social, se elaboró un anteproyecto de Ley de Prevención Laboral, que será discutido en el ámbito del Congreso de la Nación en el transcurso de este año. Estamos convencidos de que, tras casi 35 años de democracia, la prevención de los accidentes laborales y enfermedades profesionales como eje de las políticas de salud y seguridad en el trabajo es el mejor camino para la preservación del sistema en particular y de la sociedad argentina en general.

De eso habla este libro. De lo mucho que se hizo en materia laboral y de lo que aún resta hacer para mejorar la calidad de vida de los trabajadores argentinos. De las nuevas expectativas que en relación al empleo están transformando los mercados laborales y del paso que está dando el sistema de riesgos del trabajo para garantizar que esos cambios aporten resultados positivos y alcancen a todas las personas.

PRÓLOGO

Dr. Pedro Taddei

Director de "Reflexiones sobre el sistema de riesgos del trabajo"

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo, con el auspicio del Ministerio de Producción y Trabajo, propició la elaboración de un compendio sistematizado de colaboraciones sobre los aspectos más salientes del sistema de riesgos del trabajo hasta la actualidad. Cuenta con la especial contribución del Dr. Bernabé Chirinos, que pretende conceptualizar la pertenencia del sistema a la Seguridad Social.

Esta obra trata en su integralidad los institutos principales y el procedimiento del sistema de riesgos del trabajo, sin perjuicio de la visión que aportan los autores con sus respectivas reflexiones.

En particular, se aborda el régimen prestacional asistencial y dinerario del sistema, los organismos de control, el régimen de financiamiento, la prevención y la reparación de infortunios laborales, como así también, entre otros, el Comité Consultivo Permanente.

El formato de la obra procura ser didáctico y asequible al lector profesional y especialista tanto como para cualquier interesado en conocer los alcances y tutelas del sistema.

Se agradece la contribución del Dr. Bernabé Chirinos, la colaboración del Dr. Alejandro Speroni en las tareas de edición y al personal profesional de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo por su aporte en la redacción de las reflexiones que componen este trabajo.

CAPÍTULO 1

El sistema de riesgos del trabajo integrado a la seguridad social

La problemática de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales debe, necesariamente, ser tratada desde la perspectiva y en el marco de los derechos humanos, pues el derecho a la vida es, por antonomasia, el principal de todos ellos.

Asimismo, la salud es uno de los pilares del derecho a la vida, razón por la cual debe ser considerada en toda su importancia y trascendencia, entendiendo que cualquier riesgo que la amenace, es por definición, un menoscabo a la dignidad del ser humano.

El derecho humano a la vida y al pleno goce de la salud fue objeto de tratamiento en la Carta Fundamental y también en la normativa emanada de los organismos internacionales que se preocuparon en forma específica de ellos.

En tal sentido, es oportuno tener presente la definición que del concepto "salud" establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la conceptualiza como ***"un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo de la ausencia de la enfermedad o dolencia"***.

Es evidente que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales afectan el completo bienestar de la persona y de allí la importancia que tiene el tratamiento cabal de esta contingencia.

Al ser el trabajador una "persona", esto es, la criatura más excelsa de la creación, todo aquello que implique un menoscabo a su dignidad debe ser rechazado y todo riesgo que pudiese afectarla debe ser conjurado, motivo por el que la legislación relativa a la prevención y reparación de los riesgos del trabajo debe ser el resultado de la cosmovisión humanista propia del derecho social.

De esta forma no solo se tutela la dignidad de los trabajadores sino y fundamentalmente se propende al bien común, haciendo aplicación concreta de los principios de justicia conmutativa y distributiva y afianzando el desarrollo sustentable de toda la sociedad.

1.1. La Ley sobre Riesgos del Trabajo en la actualidad

Analizaremos a continuación el actual sistema jurídico en materia de accidentes de trabajo, señalando -a priori- que su concepción doctrinaria se fundamenta en la denominada "teoría del riesgo social".

La misma se aparta del concepto netamente privatista que regía esta materia y nos introduce en el ámbito del derecho social, donde se pone especial énfasis en la persona del trabajador y en la proyección social que este tiene. Al ser afectado por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional se lacera un derecho humano esencial cual es el de la salud y la vida, lo cual no sólo tiene una trascendencia personal sino también eminentemente social.

En este orden de ideas cabe recordar que la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT) implicó un avance trascendente, al privilegiar la prevención y en su caso reparar "el daño" no solamente desde el punto de vista económico, sino y principalmente en el aspecto humano implícito en la restitución de la salud en el mayor grado posible.

Lo veremos más adelante cuando expliquemos las razones propias de por qué el sistema de riesgos del trabajo ha pasado a integrar el ámbito de la seguridad social, pero se puede anticipar que el trabajo ha dejado de ser considerado -como antaño- una "cosa" ponderable económicamente, pasando a ser una expresión vital del ser humano, el trabajador.

De esta forma, en ese contexto protectorio, uno de los objetivos de la ley, a nuestro juicio muy importante, es la obligación que tienen todos los empleadores de reducir la siniestralidad laboral a través de la eliminación y prevención del riesgo entendido éste como el factor productor de la noxa en la persona del trabajador.

Otro aspecto importante, que también señalaremos en detalle, es la reparación *ad integrum* del perjuicio que sufrió el trabajador en cuanto que no sólo se tiene en cuenta "reparar el daño con dinero" sino más bien la salud del trabajador, en cuanto a que se le reconocen derechos de rehabilitación incluso de capacitación para la reinserción al mundo del trabajo.

Bien sabemos que la seguridad social tiene por objeto fundamental proteger la dignidad de la persona, y esa protección no solamente contempla ribetes económicos sino sustancialmente humanos porque se parte de la certeza que el trabajador es una persona cuyo ser no es solamente para sí mismo sino para la sociedad en su conjunto.

Y en este orden de ideas, advertimos que la lesión en la salud del trabajador también compromete el pleno ejercicio del otro derecho humano que es el de “trabajar”, con la afectación personal y social que ello implica.

1.2. La LRT y su inclusión en el derecho de la seguridad social. Caracterización y referencias a los preceptos constitucionales y a la normativa internacional vinculante

Ponemos en relieve que la legislación que estamos analizando ha dado un gran salto, en tanto dejó definitivamente atrás la identificación del accidente de trabajo con un “daño” que debe ser reparado económicamente y, como lo señalamos, puso hincapié en la persona que trabaja y sufre una contingencia que lo afecta debe ser cubierta por la seguridad social.

La LRT da un paso muy importante en cuanto a que al determinar cuál es su objetivo va más allá del propio hecho del accidente: también legisla sobre las condiciones de trabajo, que deben contribuir a reducir la siniestralidad laboral y eliminar los riesgos que producen daño.

Respecto a la extensión del universo de trabajadores cubiertos, la ley no sólo incluye a todos los dependientes, sean privados o públicos, sino también a los empleados del servicio doméstico, dejando abierta la posibilidad de incorporar a los trabajadores autónomos.

Otro de los objetivos, que habla de la amplitud que tuvo la visión del legislador, fue no acotar las prestaciones a la mera reparación de los daños derivados del accidente de trabajo, sino que -al ser una persona la afectada- crea obligaciones para su rehabilitación.

Y también debemos señalar como un avance importante la obligación de promover la recalificación del trabajador lesionado que eventualmente no pueda seguir haciendo la tarea que venía realizando, en la búsqueda de asignar a ese accidentado nuevas tareas acordes a su estado de salud, garantizando al trabajador el derecho humano de trabajar.

Resulta también interesante la participación que la LRT otorga a los gremios para que, mediante convenciones colectivas, puedan promover medidas de prevención y de reparación específicas para cada colectivo laboral.

En ese aspecto, no podemos olvidar que esta disposición legislativa le otorga funciones propias de la seguridad social a los sindicatos en una materia específica como es la de la salud y el trabajo, donde pueden prestar servicios más allá de los propios determinados por la ley, siempre mejorándolos y nunca empeorándolos: *"in melius, non impeius"*.

De la lectura de la ley también podemos resaltar la incorporación de institutos y conceptos que son propios del derecho de la seguridad social, algunos de los cuales mencionamos a continuación.

La "solidaridad", connatural del derecho de la seguridad social, está plasmada en la creación, financiamiento y destino de los "fondos de garantía" y de "reserva", que tienden a asegurar las prestaciones y coberturas ante situaciones de incumplimiento o insolvencia de los obligados principales (empleadores y Aseguradoras de Riesgos del Trabajo -ART-).

El contralor del estado se advierte palmariamente con la creación de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) -art. 35 y siguiente- y es expresión del acabado cumplimiento del artículo 14 bis de la Constitución Nacional que dispone "el estado otorgara los beneficios de la seguridad social".

Otro aspecto propio del derecho de la seguridad social y que surge precisamente del art. 14 bis de la Constitución Nacional es la creación del Comité Consultivo Permanente (CCP) -art. 40-, que está constituido, siguiendo la pauta del mencionado art. 14 bis, por los propios interesados.

Cabe puntualizar asimismo que la terminología que utiliza la legislación de riesgos del trabajo es la usual en el ámbito de la seguridad social.

Para corroborar esta afirmación, nótese la denominación que se le da al capítulo III, donde se utiliza el concepto de "contingencias", la del capítulo IV, que se refiere a "prestaciones dinerarias", el capítulo V, "prestaciones en especie", y luego el capítulo VIII, que se refiere a "gestión de las prestaciones".

El concepto de prestación, como es bien sabido, tiene su origen en el derecho de la seguridad social y puede ser connotado como "los medios utilizados para sustituir aquello que se pierde con motivo del acaecimiento de la contingencia".

Vemos que la consecuencia de los accidentes, en primer lugar, es la pérdida de la salud del trabajador, que si se halla empleado en relación de dependencia se ve impedido de concurrir a trabajar. No obstante ello mantiene el derecho a percibir la contraprestación dineraria, que sustituye la carencia del cobro de su remuneración.

Este aspecto se ve perfectamente delineado cuando la ley se refiere a las prestaciones dinerarias, que se deben pagar en el período de incapacidad laboral temporaria o en toda aquella otra que prive a la persona de trabajar en el período de rehabilitación.

También el alcance de la contingencia en materia de accidentes de trabajo puede ser de diversa índole y magnitud, ya sea que impida al trabajador desempeñar sus tareas por un tiempo determinado o que le produzca una incapacidad parcial definitiva o total definitiva o Gran Invalidez (GI).

En todos estos casos, la ley prevé la forma de otorgar el *quantum* respectivo o aquello que necesite para retornar al *status quo* de antes del accidente.

Para seguir argumentando que la LRT es parte del derecho de la seguridad social también debemos mencionar con carácter fundamental lo regulado en la Constitución Nacional y, en forma específica en los tratados incluidos en la misma como normas supraconstitucionales.

En este aspecto, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre -convención que evidentemente tiene un alto sentido social- establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica.

Este concepto de crear condiciones de trabajo dignas está también repetido en la convención "Sobre la Eliminación de Todas Formas de Discriminación Contra la Mujer" cuando le asegura "seguridad en las condiciones de trabajo."

En esta misma línea de ideas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el art. 22, otorga a toda persona -por el hecho de pertenecer a la sociedad- la protección de su salud, con la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos constituye también uno de los supuestos en la LRT, en cuanto ésta última prevé la protección de la salud del trabajador mediante sistemas asistenciales médicos y servicios sociales necesarios.

El "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" establece, en su art. 12, que se "reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

También impone, justamente para proteger la salud, *"el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene, del trabajo y del medioambiente... la prevención y tratamiento de... enfermedades profesionales... y la creación de condiciones que aseguran a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad"*.

A esto también lo vemos plasmado en la LRT, cuando ésta prevé la posibilidad de acceso a las prestaciones médicas, asistenciales y sociales y ordena la implementación de medidas preventivas para que no ocurran accidentes. Todo ello en cumplimiento del art. 14 de la Constitución que establece "condiciones dignas y equitativas de labor".

Todo confluye en el resguardo de la vida y la salud del trabajador, como reconocimiento a la dignidad que le es debida.

1.3. Principios esenciales de la seguridad social

Cabe preguntarse si a partir de esta forma de introducirse en el campo de la seguridad social, el sistema de riesgos del trabajo en Argentina cumple con los principios esenciales propios de aquella.

Analicemos sus conceptos básicos, a saber:

El principio de "universalidad" está cumplido en la LRT y si bien en la faz práctica aún no se incorporaron los trabajadores autónomos, es total la cobertura de los trabajadores dependientes, incluyendo los que realizan labores del servicio doméstico.

Respecto al principio de "integralidad", es adecuado el grado de cumplimiento, teniendo en especial consideración que el trabajador accidentado, al recibir prestaciones en especie, de alguna manera completa la sustitución del numerario de la remuneración. Bien es sabido que en el régimen de contrato de trabajo, una de las formas de remuneración es la prestación en especie.

Por otra parte, el criterio indicado en el art. 12 para determinar el valor del ingreso base también permite una razonable sustitución de lo que se dejó de percibir dado que, como leemos en el apartado 2 del artículo mencionando, "el ingreso

base devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa... del BNA". Además, a nuestro juicio, el concepto de integralidad está también plasmado en el art. 20, cuando alude a la prestación de todos aquellos servicios que son necesarios para restituir la salud del trabajador y a reparar los daños que pudiera sufrir, al privársele del ejercicio del derecho humano de trabajar. Este artículo estipula no sólo rehabilitación física del trabajador, sino también la posibilidad de recalificar su capacidad profesional para nuevas formas de trabajo.

Por otra parte, este principio está suficientemente reconocido cuando se define al accidente de trabajo como aquello que "padece el trabajador por el hecho o en ocasión de trabajo" y cuando se incluye el accidente *in itinere*.

Todo ello en virtud de la reafirmación de la responsabilidad *in capite* del empleador a partir del momento en que el trabajador se pone a su disposición, la que se materializa en concreto desde el momento en que empieza a trasladarse al trabajo o hasta que retorne a su hogar.

El principio de "orden público" entendemos que está perfectamente cubierto por cuanto esta ley es de obligatorio cumplimiento y los derechos que otorga no pueden ser renunciados, pues tales son las dos caras del concepto "orden público".

Al principio de "solidaridad" lo vemos también plasmado en su doble aspecto: uno, el de la responsabilidad individual; el otro, el de la responsabilidad social. Todo ello conforme lo hemos apuntado más arriba, donde analizamos la responsabilidad patronal y subsidiariamente la responsabilidad social a través del ejercicio del poder del Estado.

En cuanto a la responsabilidad individual, podemos acotar que la toma de conciencia del propio valor individual que pudiera realizar el trabajador, le hace merecedor al ejercicio de derecho humano y el reclamo que ellos se hagan efectivo.

El principio de "autogestión" lo vemos cumplido en cuanto que son los propios interesados los que integran el CCP, al cual se le debe asignar una gran importancia, atento las facultades que le otorga el propio art. 40.

Queremos destacar el concepto mencionado en el inciso "h" de ese artículo de "mejoramiento", lo cual indudablemente está indicando que también se tiene en cuenta el principio de "progresividad" propio de la seguridad social y el carácter evolutivo que tiene el propio derecho de ésta, que está atento a todas las variaciones técnicas, científicas, económicas y culturales que hacen a que el otorgamiento de la prestación responda al momento en que se otorga.

También este concepto lo vemos incorporado en el artículo 21, inciso 1 "c", donde se le otorga facultades a las Comisiones Médicas (CCMM), que serán las encargadas de "determinar el contenido y alcance de las prestaciones en especie".

Al mismo tiempo, cuando se le asigna a los gremios la facultad de "mejorar las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras", ello también es un concepto integrador de responsabilidad de los propios interesados.

El principio de "autonomía financiera y económica" está adecuadamente previsto, a nuestro juicio, en cuanto a que se crean formas típicas de financiación de este subsistema de conformidad con lo regulado en el capítulo VII.

En síntesis, sencillamente debemos reconocer que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales tienen hoy una protección que va mucho más allá de lo que otrora fuera la regulación sobre la materia, dado que apunta fundamentalmente al pleno ejercicio del derecho humano de la salud, en el marco del ejercicio del derecho a trabajar.

Advertimos también en la ley que analizamos que, al protegerse al trabajador que padece un accidente de trabajo o una enfermedad profesional en virtud de la concepción que la propia ley efectúa de estas contingencias (art. 6), se ingresa ya en campo del derecho social y se abandona la concepción privatista que se tuviera cuando se comenzó a legislar sobre esta materia.

1.4. Conclusiones

Podemos concluir que el actual régimen sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ha abandonado definitivamente el campo del derecho privado de daños para integrarse como parte inescindible del sistema de la seguridad social.

Aun así, y siguiendo los preceptos de la Constitución Nacional, es necesario, en orden a la correcta sistematización del derecho positivo y a la clara redefinición de los conceptos de las diversas ramas del derecho, incluir específicamente en el derecho de la seguridad social la cuestión de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Ello deberá ser materia del Código de Seguridad Social, en cumplimiento de la manda expresa de la Constitución Nacional que impone su dictado.

CAPÍTULO 2

De los antecedentes normativos y la perspectiva del trabajo seguro y de calidad

2.1. Desarrollo histórico

La salud, conceptualizada dentro del derecho a la vida, fue objeto de tratamiento en la Carta Fundamental y también en los organismos internacionales que se ocuparon en forma específica de ello.

La OMS la define como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo de la ausencia de la enfermedad o dolencia”*¹.

En el ámbito laboral, la salud del trabajador ha sido objeto de regulaciones que han ido poniendo el acento en lograr que cada puesto de trabajo sea sano y seguro para quien allí se desempeña, pues tal es el verdadero objetivo que debe guiar las normas de prevención de los riesgos del trabajo de toda sociedad moderna y si bien es cierto que mucho se ha avanzado, también lo es que aún resta distancia por recorrer.

Entonces, cuando pese a tales esfuerzos un trabajador, en el ámbito que ocupa ha sufrido un accidente o ha contraído una enfermedad, ingresamos en el marco del sistema de riesgos del trabajo, que atiende esos infortunios.

Veamos pues, en una muy breve síntesis, en qué consistió ese camino que se debió recorrer hasta hoy.

1. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 al 22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigencia el 7 de abril de 1948.

Aún con la indignidad infinita que significó la esclavitud en la antigüedad como primera fuente de trabajo organizado y productivo realizado por cuenta ajena, pasando luego por la etapa intermedia que conformaron los siervos de la gleba, llegando después a la más absoluta precariedad que significaron los talleres corporativos que comenzaron a existir desde el medioevo temprano, debe aceptarse que en materia de accidentes y enfermedades producidos como consecuencia del trabajo, lo peor aún no había llegado y la mayoría de las muertes no naturales eran debidas a guerras, hambrunas y epidemias.

Efectivamente, en una economía basada fundamentalmente en el trabajo agrícola o en los talleres medievales, donde las tareas desarrolladas eran de carácter artesanal, los siniestros eran infrecuentes y en general, menores.

Aun así, se desarrollaron ciertas cajas mutuales que trataban de proteger al trabajador accidentado o a sus deudos, si aquél moría como consecuencia del infortunio. Abundan los ejemplos en la antigüedad de prácticas mutualistas en las que sus miembros se protegían recíprocamente contra ciertos riesgos².

Así, montepíos, cofradías, hospitales y otras entidades de tipo recíproco de socorro a enfermos, viudas y huérfanos proliferaron en la Europa Medieval.

Pero algo sucedió entonces, que cambió el curso de la humanidad.

Fue la aparición de la máquina, en la segunda mitad del siglo XVIII, el factor que provocó lo que luego fue bautizado por Arnold Toynbee como **“La revolución industrial”**³.

El extraordinario fenómeno de esa época tuvo lugar en Inglaterra a partir de 1768 y se produjo con la introducción a gran escala de las máquinas a vapor, provocando enormes cambios en todos los aspectos y en el estilo de vida de la humanidad, posibilitando que los principales países industrializados incrementaran el grado del rendimiento del trabajo y redujeran sustancialmente el costo de producción, con el enorme beneficio económico consiguiente que reportó.

En realidad, el primer capítulo de esa revolución había sido escrito muy poco tiempo antes y también en Inglaterra, con la aparición de la primera máquina:

2. Ejemplo de ellos es el Tratado talmúdico de Bava Kama, que en Palestina preveía asociaciones de mercaderes mutuamente coaligados para brindarse protección recíproca.

3. Conferencias sobre la revolución industrial en Inglaterra (1884).

una hiladora a la que bautizaron "*Spinning Jenny*"⁴ que, aunque funcionaba en forma manual, multiplicó de tal manera la productividad de la mano de obra que provocó manifestaciones en las calles por miedo a que todos los que trabajaban con lanas se quedaran sin ocupación a causa de esas máquinas.

Lo que nadie imaginaba entonces era que el verdadero resultado de la Revolución Industrial iba a ser la multiplicación de la mano de obra necesaria para operar máquinas cuyo número también comenzaba a crecer sin freno, expandiendo la economía a niveles jamás concebidos antes.

Puede decirse entonces que fue un período histórico comprendido entre la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX, en el que Inglaterra, en primer lugar, y el resto de la Europa continental, después, vivieron el mayor conjunto de transformaciones socioeconómicas, tecnológicas y culturales de la historia de esa parte de la humanidad, pues desde el Neolítico no sucedía algo de tal envergadura.

La economía basada en el trabajo manual fue reemplazada por otra dominada por la industria, mecanizando las plantas y vinculando en una escala nunca antes vista y mucho menos soñada procesos tales como la producción, el comercio y el transporte y, además, aumentando el desarrollo de nuevos modelos de maquinarias que generaban a su vez nuevos productos que también debían ser comercializados y transportados en escala creciente.

Esa revolución, entonces, trajo aparejados cambios en la organización económica y el trabajo pasó de los talleres artesanales a los enormes establecimientos fabriles.

También gran parte de la población rural pasó a establecerse en las ciudades, convirtiéndose en la mano de obra necesaria para el proceso de industrialización que seguía creciendo sin cesar, pues esa era para aquella, precisamente, la llave de la única esperanza para un cambio positivo.

El sistema de fábricas resultó en una mejora del nivel de vida, una caída drástica en la tasa de mortalidad urbana e infantil y también produjo una explosión sin precedentes de la población pues provocó el aumento de los alimentos disponibles disminuyendo las muertes por hambruna.

4. La hiladora Jenny fue una máquina multibobina, inventada en 1764 por James Hargreaves en Stanhill, cerca de Blackburn, Lancashire, Inglaterra.

Una realista explicación de este proceso la brinda Ludwig Von Mises cuando afirma: *“Los dueños de las fábricas no tenían el poder de obligarle a nadie a aceptar un trabajo en la fábrica. Sólo podían contratar a gente dispuesta a trabajar por los salarios que ofrecían. Por bajos que estos salarios fuesen, eran en cualquier caso mucho más que lo que estos pobres podían ganar en cualquier otra actividad. No es distorsionar los hechos el decir que las fábricas apartaron a las amas de casa de sus niños y sus cocinas, y a los niños de sus juegos. Pero esas mujeres no tenían nada para cocinar y alimentar a sus hijos, y esos niños eran indigentes y estaban muriéndose de hambre. Su única salvación fue la fábrica. Los salvó, en el estricto sentido de la palabra, de una muerte por inanición”*⁵.

En este aspecto, el historiador de economía y negocios americanos, Robert Hessen, afirmaba que *“Uno estaría siendo injusto a la vez que ignorante de la historia, si le echara la culpa al Capitalismo por las condiciones de los niños durante la Revolución Industrial, puesto que, de hecho, el Capitalismo trajo enormes mejoras en comparación con las condiciones de la época anterior. La fuente de esa injusticia fueron novelistas y poetas emocionales y mal informados, como Dickens y Mrs. Browning, medievalistas imaginativos como Southey, simples escritores de política arrogándose el papel de economistas históricos, como Engels y Marx. Todos ellos pintaron un cuadro de color rosa sobre la *edad de oro* de las clases trabajadoras a la que supuestamente había destruido la Revolución Industrial”*⁶.

Pero toda esta gigantesca transformación que constituyó la Revolución Industrial trajo también aparejado que se multiplicaran casi hasta el infinito el número de mutilaciones, de muertes y de afecciones que cayeron sobre quienes se desempeñaban en las fábricas, en agotadoras jornadas laborales realizadas por obreros (incluyendo mujeres y niños) en lugares que carecían de las mínimas condiciones de higiene y de seguridad. Los trabajadores, además, muy lejos se hallaban de todo derecho a reclamar y mucho menos aún de ser oídos.

No es que el trabajo infantil no existiera con anterioridad a la Revolución Industrial, pues era un elemento cultural aceptado. Teniendo en cuenta las formas de pensar, sentir y producir de las sociedades agrarias de aquellos tiempos, que guardaba relación con las costumbres ancestrales de las comunidades agrícolas y con las estructuras de propiedad y de la familia y en la práctica, este tipo de trabajo infantil subsistió un largo tiempo. En el caso español, vemos que allí duró hasta la época de la última transición democrática, ya avanzada la segunda mitad del siglo XX.

5. Ludwig von Mises, *Human Action*, New Haven, Connecticut; Yale University Press, 1949, p. 615.

6. Robert Hessen, *Effects of the Industrial Revolution on Women and Children*, publicado en The Objectivist Newsletter, 1962.

En la propia Gran Bretaña, donde la Revolución Industrial había comenzado, una ley de 1819 ⁷ prohibió el trabajo de niños menores de 9 años en fábricas y campos ⁸ y otras -de 1833- prohibieron emplear a menores de 9 años para todo trabajo asalariado, fijando la jornada laboral en 8 horas para los niños con edades comprendidas entre los 9 y los 13 años y en 12 horas para aquellos ubicados entre los 13 y los 16, disponiendo además que debían ir 2 horas a la escuela ⁹.

Los efectos de estas leyes en la práctica fueron mínimos, según se comprueba en los distintos testimonios escritos de la época. Y si esto era lo que ocurría en la industria, hay que pensar que el medio rural era muchas veces ajeno al respeto de toda normativa.

Cuando de jornadas laborales agotadoras se trata, hay que tener en cuenta que en la Europa del siglo XIX habían sido abolidas prácticamente todas las leyes que desde Constantino I^o -El Grande- ordenaban que el "*día del sol*", actual domingo, sería de reposo civil obligatorio ¹⁰. Recién en marzo de 1904 España aprobó, con muchos partidarios y no pocos detractores, la Ley de Descanso Dominical Obligatorio, sobre un proyecto que había permanecido trece años sin ser tratado.

Casi ciento diez años después (en 2013) ese mismo país levantó la prohibición de trabajar los domingos.

Quizás un claro ejemplo de ello fueron los incidentes ocurridos en Chicago, Estados Unidos, que luego motivaron la celebración del Día Internacional del Trabajador.

Allí el primer día de mayo de 1886 se iniciaron las protestas en reclamo por una jornada laboral de 8 horas ¹¹ y duraron tres días más, finalizando de la forma más trágica ¹².

7. La denominada "*Factory Act*".

8. En realidad, la primera ley referida al trabajo de niños en Inglaterra databa de 1788 y regulaba las horas y las condiciones de trabajo de los niños que trabajaban como limpiadores de chimeneas, un trabajo sucio y peligroso que existía mucho antes de la Revolución Industrial y que no estaba relacionado con las fábricas.

9. Pese a estas leyes, Jane Humphries, profesor en Oxford, calcula que a mediados del siglo XIX había en Inglaterra más de un millón de niños trabajadores, de los que unos 350.000 debían tener de 7 a 10 años, lo que representaba el 15% de la fuerza laboral.

10. (*Codex Iustinianus*, lib. 3, título 12, 3).

11. "El lema, que se repitió también en otros países, era: "Ocho horas para el trabajo, ocho para el sueño y ocho para la casa". Por ese entonces, era habitual que los empleados tuvieran que cumplir con jornadas de 12, 16 y hasta 18 horas diarias" (Diario La Nación, 29/4/2018).

12. "La revuelta se extendió hasta el 4 de mayo cuando se produjo la llamada "Masacre de Haymarket" cuyo saldo fueron varios muertos, entre las fuerzas de seguridad y los manifestantes y la detención de decenas trabajadores. El 21 de junio de 1886, comenzó el juicio a 31 obreros acusados de haber sido los responsables del conflicto, de los que luego quedaron ocho. Todos

Es cierto que en 1868 Andrew Johnson, presidente de Estados Unidos, había promulgado una ley¹³ que establecía en ocho horas la jornada de trabajo diario. Sin embargo, esta misma norma contenía cláusulas que permitían aumentarlas y aun así, muy pocos estados de la Unión la respetaron.

El marco imperante durante este revolucionario proceso comenzado a finales del siglo XVIII fue el liberalismo. Primero político, luego económico y posteriormente jurídico. En esta primera concepción, el liberalismo tuvo efectos contradictorios, pues se fundaba en la garantía de la libertad de contratación cuyo único límite reconocido era la denominada "noción de orden público" (no confundir con "norma de orden público", pues ésta consiste en una categoría que si bien es abstracta resulta de carácter inderogable), pero que se trataba de un significado ciertamente impreciso que había sido introducido en Inglaterra, en donde la Corte del Rey ya venía haciendo uso del concepto de "*public policy*" como único presupuesto para la declaración de nulidad de un contrato¹⁴, luego reflejado en el Código Civil Francés (1804) y más tarde en los Estados Unidos¹⁵, para convalidar regulaciones estatales sobre actividades privadas.

Para tal escenario se ha señalado que *"La aplicación rígida de los principios de un liberalismo político que consagraba la ficción de la igualdad ante la ley, pero no la igualdad de oportunidades, impedía una legislación tuitiva que consagrara derechos elementales a una clase realmente desprotegida. Era la época del Estado Gendarme y de la consagración a ultranza de los principios del liberalismo económico y jurídico, cuya expresión máxima fue el Código de Napoleón, que pasó a todas las comunidades europeas, consagrando el principio de la autonomía contractual como la panacea"*¹⁶.

condenados: dos a cadena perpetua, uno a 15 años de trabajos forzados y cinco a la muerte en la horca. Ellos se conocieron como Los Mártires de Chicago. En 1887, el nuevo gobernador de Illinois, criticó el juicio y perdonó a los sindicalistas que se encontraban en prisión... Paradójicamente, en Canadá y Estados Unidos, el Día del Trabajador no se conmemora el 1ro de mayo. Si bien ambos países fueron determinantes en el reclamo que derivó en la popular fecha, allí tienen el *Labor Day*, que se celebra el primer lunes de septiembre. En rigor, se eligió el 5 de septiembre de 1882 a propósito de un desfile en Nueva York, organizado por el sindicato Central Labor Union. Y no fue modificado luego porque si bien el presidente Grover Cleveland firmó en 1894 la propuesta del Congreso que instauraba un festivo para celebrar el Día del Trabajo, no quiso que fuera el 1ro de mayo ya que temía que se asociara a los acontecimientos de Haymarket y se convocaran manifestaciones similares" (Diario La Nación, 29/4/2018).

13. La Ley Ingersoll.

14. Julio Betancourt, Libertad de Contratación, pág. 8, Centre for Construction Law and Dispute Resolution, King's College, London.

15. (Ver el caso "Munn vs. Illinois", 94 U.S. 113 (1876), entre muchos otros).

16. Se recomienda la lectura del excelente artículo escrito por el Dr. José María Baños en Revista *Verba Justitiae*, Facultad de Derecho, Universidad de Morón, N°5, pág.73.

Esto reflejaba el empleo a ultranza del principio rector del liberalismo, o sea, la igualdad ante la ley a los efectos de contratar. La relación normada entre empleador y obrero era definida a la perfección por William Blake (1757-1827) cuando escribió que *“Una misma ley para el león y para el buey es opresión”*¹⁷.

La necesidad de terminar con esta situación claramente inequitativa por su ausencia de tutela hacia una de las partes fue lo que impulsó la introducción, en la legislación europea, de normas que contemplaran los siniestros acaecidos en el trabajo, si bien siguió rigiendo el principio de origen romanista, instalado en el Código Francés, por el cual no existía responsabilidad sin mediar culpa demostrada o, como ese cuerpo legal señalaba, *“pas de responsabilité sans faute”*¹⁸.

Sin embargo, volvió a ser Gran Bretaña el lugar donde nació una legislación en materia de accidentes laborales¹⁹. Inspirada en el principio de responsabilidad objetiva instalado por Josserand, abandonó el fundamento de la culpa acreditada para pasar a tener en cuenta el riesgo creado por la industria al responsabilizar al dueño del taller, imponiéndole una reparación tarifada en caso de accidente.

Así, el fundamento de esta responsabilidad se encuentra en el poder de dirección, de control, de dominio existente que ejerce la autoridad sobre el subordinado, entre quien es civilmente responsable y la persona por quien aquel responde.

Bajo este novedoso fundamento comenzaron los países europeos a reformular su legislación y así, la Alemania unificada por Bismark introdujo las leyes de seguros contra enfermedades laborales (1883), accidentes de trabajo (1884) e invalidez y vejez (1889).

La primera ley que reguló en España el trabajo de menores en fábricas, talleres, y minas fue promulgada por el primer gobierno republicano en 1873. En su texto obligaba al empleador, entre otras cosas, a contar con asistencia médica destinada a socorrer a los trabajadores accidentados como consecuencia de su labor²⁰.

17. “El matrimonio entre el Cielo y el Infierno” (1790).

18. Así la codificación francesa sostenía el paradigma de la culpa en su célebre artículo 1382.

19. Una ley de 1802 estableció el conjunto de medidas higiénicas y sanitarias que debían reunir las fábricas y talleres. Posteriormente, en 1874 se creó por ley la Inspección del Trabajo como organismo de contralor del cumplimiento de las normas de higiene y seguridad.

20. Entonces conocida como “Ley Benot”, en su artículo 6° obligaba al empleador “a tener un botiquín y a celebrar contratos de asistencia con un médico-cirujano, cuyo punto de residencia no exceda de diez kilómetros, para atender a los accidentes desgraciados que por efecto del trabajo puedan ocurrir”.

Inspirados en el reciente modelo alemán y los restantes países europeos que se incorporaron a esa corriente, en nuestro país fueron varios los proyectos propuestos pocos años después para regular los accidentes de trabajo.

La siguiente lista de anteproyectos legislativos fueron antecedentes de la Ley N° 9.688, sancionada en 1915:

- **Proyectos del diputado Belisario Roldán y Marco M. Avellaneda, fundados en los principios de la ley española de 1900.**

Proyecto del Código Nacional del Trabajo, presentado por el Poder Ejecutivo al Congreso (1904) en el cual estaba incluida la materia referente a los accidentes de trabajo y del seguro correspondiente. En dicho proyecto se especifican las características del accidente de trabajo y se impone la obligación de indemnizar a todo aquel que explote una industria valiéndose de obreros, jornaleros, peones y empleados y se deja a salvo la responsabilidad del Código Civil para aquellos casos que resultare aplicable. Asimismo, se excluyen de la indemnización los accidentes causados por culpa o intencionalmente por la víctima, por fuerza mayor extraña al trabajo. Se prevé la sustitución de la responsabilidad del empresario por la contratación facultativa de un seguro, individual o colectivo.

Proyecto de ley de Accidentes de trabajo de la Unión Industrial Argentina, entidad que agrupaba a los patronos (1906). En el mismo se establece que el patrón es responsable por los accidentes que ocurran a sus operarios con motivo y en el ejercicio de la profesión o trabajo que realicen, a menos que el accidente sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo. El empresario es responsable por la suma fijada en la ley, la cual sólo podrá ser aumentada cuando el accidente se hubiere producido por su culpa. Los trabajadores incluidos son los de las industrias peligrosas e insalubres como molinos, ingenios azucareros, cervecerías, fábricas de aguas gaseosas y también en los obrajes, actividades agrícolas, ganaderas y forestales, donde se utilicen el motor o fuerza distinta a la del hombre. La indemnización se fijaba en un máximo de 1000 salarios medios, para el caso de incapacidad absoluta o muerte del trabajador, los que además, no podían superar los seis mil pesos. Además establecía que el empresario debía asegurar su personal en una compañía de seguros reconocida, a condición de que la suma a pagar no sea inferior a la pagada en la ley.

Proyecto del diputado Alfredo Palacios presentado en la Cámara de Diputados (1907), por el cual se apoyaba el sistema germánico del seguro obligatorio. Tal proyecto incluyó como objeto de indemnización toda lesión corporal producida en el obrero por el hecho o en ocasión de trabajo, y del daño que causare la

explotación de la industria, por su propia naturaleza. Por otra parte, excluye las lesiones causadas intencionalmente por el obrero o por fuerza mayor ajena al trabajo y los sufridos por los asalariados que perciban más de \$3500 pesos anuales. Se estableció un seguro obligatorio bajo la fiscalización del Estado, que resultaba garante del pago de la indemnización.

Proyecto del Poder Ejecutivo enviado al Congreso (1907), cuyo autor fue el entonces presidente del Departamento Nacional del Trabajo, José Nicolás Matienzo.

Proyecto del diputado Adrián Escobar (1910). En él se señalaba que cabía la responsabilidad patronal por todo infortunio que produzca la lesión corporal o intelectual, mediata o inmediata, parcial o total, por el hecho o en ocasión de trabajo. A su vez se debía responder por las enfermedades que causara la explotación de la industria y derivadas de la naturaleza de la misma. Se estableció un seguro facultativo a costa del patrón y a favor de los obreros o empleados, que podría ser un seguro individual o colectivo y que ante la insolvencia de las compañías, renacía la responsabilidad patronal.

Proyecto del Poder Ejecutivo (1910), por el cual se incorporan los nuevos principios al Código Civil. En el Título 6, sección 3, libro 2 se establece el seguro facultativo para los empleadores y que todo patrón o locatario es responsable de los accidentes ocurridos al obrero o locador y de las enfermedades que este hubiera contraído, con motivo y en ejercicio de los trabajos que ejecutare.

Se preveía la responsabilidad patronal, pero el empresario podía hacer recaer la misma sobre una compañía, mediante un seguro contratado a su contra en beneficio del obrero, renaciendo dicha responsabilidad en el empleador, en caso de quiebra de la compañía.

Proyecto de los diputados Palacios, Justo y Laurencena (1912), que reproducía el presentado en 1907.

Proyecto del diputado Escobar, que reproduce el presentado en 1910, también de su autoría.

Anteproyecto de una subcomisión especial compuesta por los diputados Escobar, Bas y en septiembre de 1912 por la Comisión de Legislación, que no ha sido tratado en Cámara. Sobre la base del seguro obligatorio por el Estado (1912), dicho proyecto servirá luego de base para la discusión de la Ley N° 9.688. En él se hace responsable a todo patrón en las industrias o empresas peligrosas e insalubres, de los accidentes ocurridos durante el tiempo de prestación de

servicios, sea con un motivo y en ejercicio de la ocupación, o por caso fortuito o fuerza mayor inherente al trabajo. Cubría a los obreros y empleados con remuneraciones inferiores a tres mil pesos anuales, y previa la sustitución facultativa de responsabilidad con la contratación de un seguro. Además se creaba una caja de garantía en la que se depositarían las indemnizaciones.

Anteproyecto de una subcomisión especial compuesta por los diputados Escobar, Bas y por la Comisión de Legislación en septiembre de 1912, sin tratamiento en la Cámara.

En 1914 resurgen proyectos anteriores sobre accidentes laborales originados en la comisión de la legislación y los proyectos de los diputados Bas y Palacios.

Se presenta un proyecto de Ley de Contrato de Trabajo, elaborado por el Poder Ejecutivo, a cargo de Victorino de La Plaza, que sería complementario del Libro Segundo, Sección Segunda, Título quinto del Código Civil, en el que dispone, entre otras cosas, que el patrón es responsable de los accidentes de trabajo ocurridos a sus obreros, salvo caso de culpa de la víctima o fuerza mayor.

El Dr. Arturo Bas reprodujo el proyecto anterior (1914), que sirvió de base para la discusión y sanción de la Ley N° 9.688.

2.2. La Ley N° 9.688

En septiembre de 1915 se sancionó la Ley N° 9.688, cuyo origen fue una suma de proyectos elaborados entre 1904 y 1914 por los diputados Bas, Palacios, Justo y Laurencena, entre otros.

Leyes anteriores, como la de Descanso Dominical (N° 4661)²¹, en 1904 -a instancias de Alfredo Palacios; y la ley del Trabajo de Mujeres y Niños (N° 5291), en 1907, entre otras, precedieron a la sanción de la Ley N° 9.688 de Accidentes de Trabajo, pero no implicaron modificaciones sustanciales al concepto legal vigente.

El proyecto de la Ley de Accidentes de Trabajo fue debatido en la Cámara Baja el 25, 26 y 27 de septiembre de 1915. El Senado lo votó a libro cerrado el 29 de septiembre y Victorino de la Plaza, entonces vicepresidente de la Nación a cargo del Poder Ejecutivo Nacional por fallecimiento del presidente Roque Sáenz Peña,

21. En rigor, fue su primer proyecto, conocido entonces como "Descanso Hebdomanario" y le demandó un año de duras batallas verbales.

lo convirtió en ley el 11 de octubre de ese mismo año, siendo reglamentada por el Decreto N° 11.400, de 1916.

La nueva ley estableció un sistema que revolucionó el criterio vigente de atribución de responsabilidad, apartándose del Código Civil de 1869 -inspirado en el Código Napoleón- y generó un marco legal de regulación de la responsabilidad de tipo objetivo para los accidentes laborales pues, aunque no lo decía expresamente, se basaba en el principio del riesgo profesional para establecer la responsabilidad del patrón en los accidentes ocurridos a los obreros en el trabajo.

Ello surgía del mismo articulado de la ley y de los conceptos del miembro informante de la Comisión de Legislación, el doctor Marcó. Al respecto, el diputado Bas, que reprodujo el proyecto en la Cámara, dijo al discutirse la ley: ***“El despacho de la comisión significa modificar el concepto de la responsabilidad y la culpa, establecido por la legislación civil vigente, substituyéndolo por el de riesgo profesional, en que se inspira esta legislación de accidentes de trabajo”.***

De este modo, y por primera vez, al invertir la carga de la prueba, el empleador era considerado responsable en tanto y en cuanto no pudiese probar su inocencia. Efectivamente esta ley, que marcó definitivamente el límite a la posibilidad de considerar a las leyes laborales como subsidiarias de la tradición civil, implicó que el empleador debía demostrar fehacientemente que el accidente era atribuible a la negligencia o intención del obrero y no a deficiencias de las condiciones de trabajo imperantes en su establecimiento o las naturales de ciertas actividades, lo que venía a invertir la carga de la prueba.

Además, dejó librado al criterio del dueño de una industria considerada peligrosa asegurar el riesgo por intermedio de una compañía aseguradora y creó la Caja de Accidentes, la cual era un ente que debía cubrir el riesgo en los supuestos de insolvencia patronal.

La ley se limitaba a señalar las condiciones exigibles en el accidente de trabajo, pero no lo definía. Dejó, por consiguiente, a la doctrina y a la aplicación jurisprudencial la tarea de señalar su concepto.

Ciertas enfermedades profesionales fueron equiparadas a los accidentes de trabajo.

Por otro lado, la nueva normativa tarifaba la reparación del daño en base al salario y el grado de incapacidad resultante, no abarcando de esa forma la totalidad del riesgo a cubrir y ponía de tal forma un tope a la reparación, la cual, en caso de invalidez, se abonaría mediante renta.

Asimismo, permitió al trabajador optar entre demandar por la acción especial que la ley consagraba y obtener así una indemnización tarifada, o bien perseguir una reparación integral del daño si bien, en este supuesto, para que la acción prospere debía acreditar la culpa del empleador, estableciéndose que la elección de una de las dos acciones excluía a la otra²².

La responsabilidad del empleador fue definida alcanzando también a responsables de la tercerización de las tareas.

Al mismo tiempo, la norma establecía que el empleador podría asegurar los riesgos que enfrentaba y, en un concepto avanzado para su época, creó la Caja de Garantía para el caso de insolvencia patronal, pues contaba con fondos propios provenientes de las indemnizaciones correspondientes a los obreros fallecidos sin herederos o por diversos conceptos establecidos en su artículo 10.

El plazo de prescripción de las acciones, cualquiera fuera la vía elegida, era de un año, contado desde la ocurrencia del hecho generador del infortunio.

El procedimiento judicial de la acción de la ley era sumario y el obrero estaba exento de los impuestos fiscales de sellado.

Se garantizaba la efectividad de la indemnización pues la ley estableció que no podía ser materia de renuncia, embargo, cesión o transacción y la equiparaba al crédito por alimentos en cuanto a los privilegios que gozaba.

Como se observa, esta norma legal fue un verdadero hito. Puso al país al nivel de las regulaciones europeas más avanzadas, pero sin embargo, inicialmente sólo resultaba aplicable exclusivamente a los trabajadores industriales cuyos ingresos no superaban los \$3.000 de aquella época.

Pero si un mérito absolutamente especial había tenido la Ley N° 9688, que fue introducida en el Código Civil como norma de carácter simplemente complementario, consistió en que ella fue lo que impulsó los debates que condujeron, en la mitad del siglo XX, a la creación de la Justicia del Trabajo, para convertirse en la institución específica con poder de policía llamada a intervenir

22. Definió las contingencias a cubrir de la siguiente forma: "A los efectos de la Ley N° 9.688, se considera accidente del trabajo todo hecho que, en la ejecución del trabajo o en ocasión y por consecuencia del mismo, produzca lesiones corporales, mediatas o inmediatas, aparentes o no aparentes, superficiales o profundas. Se considera igualmente accidente del trabajo los hechos constituidos por caso fortuito o por fuerza mayor inherente al trabajo que produzcan las mismas lesiones."

en conflictos entre empleador y trabajador, siendo éste un fuero que garantizaría el cumplimiento de la ley y castigaría a quienes no respetasen sus preceptos.

Todo esto era absolutamente impensable hasta entonces, ya que la justicia civil ordinaria, cuya guía legal estaba conformada por un código basado en normas estrictamente romanistas que hacían basar la responsabilidad exclusivamente en la culpa acreditada, no resultaba la vía más adecuada para escuchar los reclamos de quienes no se hallaban dentro los cánones tradicionales de la igualdad entre contratantes, sin perder de vista las dificultades que planteaba a los trabajadores sostener un pleito con sus patrones.

Por ello, bien se ha señalado: *“La inclusión en una ley, de la inversión de la carga de la prueba, fue un duro examen para las posibilidades del fuero civil de responder a las problemáticas devenidas de la relación entre el trabajador y su patrón y abrió las puertas para un debate sobre la posibilidad de constituir un nuevo fuero dedicado a los conflictos emergentes de la relación laboral... la incorporación del riesgo profesional y, fundamentalmente, la sanción de una ley bajo esos presupuestos, puso en juicio la capacidad de la justicia civil de responder a esos mismos cambios... El modelo que finalmente se impuso a mediados de la década del cuarenta dependió de las características que al proceso imprimió la necesidad de legislar para regular los accidentes del trabajo ya que fue en la aplicación de dicha ley donde se pudo visualizar la unidad del derecho laboral y su definitiva separación del ámbito civil”*²³.

2.3. Modificaciones introducidas a la Ley N° 9.688

Sucesivas leyes fueron incluyendo a las actividades que resultaban excluidas del texto primitivo de la norma sancionada.

Así, mediante la Ley N° 12.713 se dispuso que la Ley N° 9.688 también alcanzara a los trabajadores a domicilio; la Ley N° 12.867, al personal conductor de

motores móviles al servicio de particulares; la Ley N° 12.908, a los periodistas profesionales, siendo ampliada luego por la Ley N° 12.921, que abarcó también a los empleados administrativos de las empresas periodísticas; la Ley N° 12.921, a los alumnos de escuelas técnicas; la Ley N° 12.981 hizo lo propio para el personal de casas de renta y la Ley N° 14.546, para los viajantes de comercio.

23. Andrés Stagnaro, en *Estudios Sociales*, revista universitaria semestral, año XXVI, n° 50, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, enero-junio, 2016, p. 111-143.

Por su parte, la Ley N° 12.631 -sancionada cuando en 1940 Argentina adhirió al Convenio 12 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)- incluyó a quienes por el "*riesgo profesional*" no estaban entre las industrias alcanzadas por la Ley N° 9.688, esto es, a los trabajadores agrícolas, forestales, de la ganadería y de la pesca; hizo aplicable la ley a todo empleado mayor de 12 años, cualquiera fuera la naturaleza del trabajo; incluyó al servicio doméstico, cuando no resulte hallarse al servicio personal del empleador y consideró accidente de trabajo al ocurrido "*por el hecho o en ocasión del trabajo*".

Con la Ley N° 12.647 se dispuso que la indemnización de la ley fuera compatible con la percepción de la jubilación.

La Ley N° 13.649 suprimió el tope de \$3.000 que excluía a los trabajadores jerárquicos de los beneficios de la ley de riesgos.

Con el Decreto N° 7.604/1957 se incorporaron entre las obligaciones patronales la de suministrar los aparatos de ortopedia y de prótesis que fueren necesarios y proveer a su renovación, lo cual fue la derivación del Convenio 17 de la OIT.

A su turno, el Decreto N° 8.064/1957 dispuso un aporte del 1,5% de las indemnizaciones para que se depositen en el Fondo de Garantía.

Con el Decreto N° 4.038/1958 se modificó la forma de pago de las indemnizaciones, estableciendo como opción que el beneficiario pueda optar cobrar en forma íntegra o de renta.

La Ley N° 15.448 (1960), recogiendo la doctrina del Fallo plenario N° 21 de la Cámara de Apelaciones del Trabajo *in re* "Guardia, Rogelio c/ La Inmobiliaria Seguros" (9/11/1953), introdujo un segundo párrafo al artículo 1 referido al accidente *in itinere*.

También agregó en el artículo 26 la obligación de que el alta médica debía ser conformada por la autoridad administrativa, elevó los montos de las indemnizaciones y llevó de uno a dos años el plazo de prescripción de la acción judicial, el cual debe ser contado desde la fecha de conocimiento del infortunio, a diferencia del cómputo que hacía la Ley N° 9.688, que lo preveía desde la ocurrencia del hecho. También agregó en el art. 26 la obligación de que el alta médica debía ser determinada por la autoridad administrativa.

La Ley N° 18.913 (1970) incorporó importantes reformas al texto originario. La más significativa fue la conceptualización de "enfermedad profesional" en el último

párrafo del art. 22: ***“Se considerará enfermedad profesional a toda aquella que sea motivada por la ocupación en que se emplee al obrero o empleado”***. Además, en el tercer párrafo del art. 1º dispuso la inclusión del Estado nacional, en su carácter de empleador, como sujeto a las responsabilidades y obligaciones determinadas por la ley y previó la posibilidad de la acción directa del damnificado contra la aseguradora (art. 7).

Asimismo, se amplió el ámbito de aplicación de la ley, comprendiendo a todos los empleados u obreros en relación de dependencia, cualquiera fuera la índole de las tareas desempeñadas por el trabajador o la clase de actividad del empleador; reformuló el concepto de enfermedad profesional del último apartado del art. 22.

En 1971, la Ley N° 19.018 creó un suplemento destinado a casos de GI y redujo el período de carencia.

En el año 1972 se sancionó, bajo el número 19.587, la ley que fue denominada de Higiene y Seguridad en el Trabajo, reglamentada en 1979 mediante el Decreto N° 351, de acuerdo a las conclusiones a las que arribó la Comisión de Revisión designada por el Ministerio de Trabajo, integrada por representantes de trece organismos gubernamentales y diez particulares, que redactó en forma integral el Anexo del Decreto N° 4.160/1973, unificando en un solo texto lo normado en la materia.

En 1991 se sancionó la Ley N° 24.028, que introdujo modificaciones de trascendencia a la Ley N° 9.688, entre las que debemos mencionar la eliminación de la expresión “concausa” y la consiguiente limitación de responsabilidad del empleador a la reparación de los daños sufridos por el trabajador exclusivamente ***“por factores causales atribuibles al trabajo”***; un nuevo criterio para determinar los montos indemnizatorios y la fijación de un tope de 55.000 dólares estadounidenses como máximo del monto total de la indemnización; abrió la posibilidad de celebrar acuerdos entre el trabajador y el empleador; utiliza el concepto de ***“consolidación del daño”*** a efectos de determinar cuál es el salario diario y de comenzar los tiempos de la prescripción y finalmente, introdujo la responsabilidad del Estado nacional, las provincias y las municipalidades frente a los daños sufridos por las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

Así, con numerosas reformas, el original ordenamiento jurídico en materia de siniestros laborales que significó la Ley N° 9.688 sobrevivió 76 años, hasta que fue reemplazado en diciembre de 1991 por la Ley N° 24.028 que, como se ha señalado con total acierto, funcionó como una suerte de puente entre la ley original y la Ley N° 24.557, denominada “sobre Riesgos del Trabajo”, sancionada en 1995.

La Ley N° 24.028 derogó la N° 9.688 -que en rigor ya lo había hecho 3 años antes la Ley N° 23.643- y estableció presupuestos de responsabilidad, inclusive en caso de subcontratación e intermediación, redefinió el accidente *in itinere* y contempló la acción contra terceros, permitiendo además que los empleadores sustituyan, total o parcialmente, las obligaciones emergentes de la ley por un seguro constituido a favor del trabajador y sus causahabientes ante entes aseguradores habilitados por la autoridad competente.

También se definieron los eximentes de responsabilidad del empleador y del asegurador y se establecieron las modalidades de las indemnizaciones, de la asistencia médica y farmacéutica y su forma de pago.

Se fijaron los plazos de prescripción para las acciones derivadas de la ley y se contempló la protección de los derechos adquiridos por los trabajadores en función de la misma, además de un fondo de garantía para el pago de las prestaciones por accidentes de trabajo.

Así concluyó el período forjado con la Ley N° 9.688, que había establecido un sistema de índole exclusivamente reparadora, pues en la práctica carecía de verdaderas regulaciones preventivas. Tampoco contaba con una autoridad especializada que ejerciera un real contralor en la materia y los pocos mecanismos que poseía eran ineficaces o directamente no tenían existencia cierta, de modo que las reglamentaciones y en gran parte la jurisprudencia buscaban llenar esos vacíos.

2.4. La Ley N° 24.557. El sistema de riesgos del trabajo integrado a la Seguridad Social

En línea con la amplia transformación económica operada a partir de mediados de 1989, la Argentina puso en marcha, con la aplicación de la Ley N° 24.557, una reforma integral del sistema de cobertura de los riesgos del trabajo.

Como veremos a continuación, la nueva norma legal, inspirada desde el Poder Ejecutivo Nacional, contuvo verdaderos aciertos, que resultaban imperiosos. También generó algunas incertidumbres, que debieron ser subsanadas en años posteriores.

Cuando se sancionó la LRT, el 13 de septiembre de 1995 -y promulgada el 4 de octubre del mismo año- se produjo un vuelco sustancial en materia de prevención y reparación, consagrando un verdadero subsistema específico de la seguridad social, denominado sistema de riesgos del trabajo. *El*

objetivo central fue la prevención de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.

El concepto moderno de prevención comprende dos aspectos complementarios. Estos son la llamada Prevención Primaria, que consiste en la eliminación o control de los factores de riesgo en los ambientes laborales, y la denominada Prevención Secundaria, que se orienta a la oportuna detección de los riesgos.

Esto facilita revertir las alteraciones en la salud que provoca la ocurrencia de tales contingencias en un ambiente de trabajo, permitiendo la rehabilitación, recalificación o recolocación del trabajador afectado.

La nueva normativa también creó las aseguradoras específicas con el cometido de brindar las prestaciones correspondientes y de establecer acciones de prevención. Pueden estar constituidas por asociaciones de trabajadores o por empresarios.

Del mismo modo, esta regulación legal promovió, también, la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

La LRT resultó de aplicación obligatoria para todos los trabajadores en relación de dependencia, sin distinciones entre los del sector público y los privados.

También permitió el auto aseguramiento a empresas que acrediten solvencia económica y financiera y también a la administración pública, donde tales empleadores asumen la responsabilidad de cumplir *per se* las obligaciones de las compañías aseguradoras.

Los empleadores se vieron obligados a declarar las altas y bajas producidas en sus planteles de trabajadores.

Las aseguradoras de riesgos de trabajo no pueden rechazar la afiliación de ningún empleador y se hallan obligados a renovar los contratos de protección en forma automática, del mismo modo que la rescisión contractual queda supeditada a la suscripción de un nuevo contrato por parte del empleador con otra aseguradora o bien, por la opción del autoseguro.

La ley establece fondos específicos de protección para asegurar el pago de las prestaciones y regula su funcionamiento.

Al mismo tiempo, la norma creó un órgano de control a nivel nacional, denominado Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), instalado en la órbita del entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Su misión es asegurar el funcionamiento del sistema en condiciones óptimas, dotándolo de amplias facultades fiscalizadoras y sancionatorias para verificar el cumplimiento de las obligaciones creadas dentro del referido subsistema de la seguridad social.

De esa forma, la norma diseña un sistema específico como parte integrante de la seguridad social.

El financiamiento del sistema se estableció mediante la contribución del empleador, en forma mensual, de una suma equivalente a un porcentaje de las remuneraciones imponibles, que se fija en función de la siniestralidad presunta, la siniestralidad efectiva y su permanencia en una misma ART, siendo todos estos indicadores establecidos por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), en conjunto con la SRT.

Estableció un procedimiento simple que debía permitir una rápida reparación al interesado y, con igual rapidez, efectivas prestaciones médicas y asistenciales, dándole intervención a las CCMM creadas por la Ley N° 24.241, relativa al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP).

En el mecanismo previsto en la Ley N° 24.557, estas CCMM tendrían competencia para determinar el carácter laboral o profesional de la contingencia y las prestaciones a cargo de la aseguradora.

Para entender acabadamente la legalidad del sometimiento a órganos administrativos, tal como son las CCMM, para resolver conflictos en materia de accidentes y enfermedades laborales, en forma obligatoria y previa a dar intervención revisora a la Justicia, resulta sumamente ilustrativa la doctrina que fue sentada en su dictamen por el Procurador General de la Nación en Fallos 247:646 (del 15 de julio de 1960) donde sostuvo: *"...es preciso advertir que el reconocimiento de facultades jurisdiccionales a órganos administrativos es uno de los aspectos que, en mayor grado, atribuyen fisonomía relativamente nueva al principio atinente a la división de poderes. Esta típica modalidad del derecho público actual, desde luego, no ha surgido como consecuencia de especulaciones de orden teórico. Tampoco expresa ni encubre una determinada concepción del Estado. Muy por el contrario, constituye uno de los modos universales de responder, pragmáticamente, al premioso reclamo de los hechos que componen la realidad de este tiempo, mucho más vasta y compleja que la que pudieron imaginar los constituyentes del siglo pasado y se asienta en la idea de que una administración ágil, eficaz y dotada*

de competencia amplia es instrumento apto para resguardar, en determinados aspectos, fundamentales intereses colectivos de contenido económico y social..., los que de otra manera sólo podrían ser tardía o insuficientemente satisfechos (Landis, James M., "The Administrative Process", ed. 1950, ps. 1, 6 y siguientes)... Que... (en) los Estados Unidos... la proliferación de organismos administrativos con potestades "cuasi judiciales", representa "uno de los más dramáticos desenvolvimientos legales de los últimos 50 años", según lo puso de relieve el juez Jackson, en el caso "Wong Yang Sung v. McGrath", al fundar la opinión de la mayoría del tribunal (Suprema Corte de los Estados Unidos, 339 US 33, 36)".

Cabe señalar que el fallo que el Procurador General cita en último término, dictado en el año 1950, tampoco había sido el primero de los pronunciamientos en los que la Corte Suprema de los Estados Unidos había reconocido la legitimidad de las facultades jurisdiccionales de órganos administrativos especializados, pues desde mucho antes y con los mismos recaudos y alcances ese tribunal lo había hecho en otros fallos ²⁴.

En todos los casos, la Corte Suprema de Estados Unidos sostuvo que el organismo especializado posee competencia para decidir con finalidad administrativa, sujeto a la revisión judicial, razonamiento que fue rezeptado por nuestro Alto Tribunal.

Con posterioridad, en el fallo "Ángel Estrada y Cía. SA c/ Resolución 71/96 Sec. de Energía y Puertos", del 5 de abril de 2005, la Corte Suprema volvió a afirmar la legitimidad de órganos administrativos como instancias previas, en tanto se trate de entes especializados y se asegure un control judicial suficiente.

La LRT fue objeto de varias reglamentaciones mediante los Decretos N° 84/1996, N° 170/1996, N° 334/1996 y N° 585/1996 y su resultado es el que expuso la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo de la Capital Federal, Sala VII, en los autos "Méndez, Mario Oscar c/ Tarsa Construcciones SA s/ daños y perjuicios", cuando señaló que **"la Ley 24.557 no establece un subsistema de responsabilidad civil, sino un fragmentario esbozo de seguridad social, e impuesto a los empleadores**

24. En efecto, nuestra Corte Suprema recuerda en ese fallo que el Tribunal Superior norteamericano ya antes lo había hecho en 1907 en "Texas & Pacific Railway Co. v. Abilene Cotton Oil Co." (juez Fuller, que remitía a la Interstate Commerce Commission) y luego lo reiteró en 1952 en "Far East Conference v. United States" (juez Vinson, vinculado a la Federal Maritime Board, por una ley de 1916) y, en 1973, en "Weinberger v. Bentex Pharmaceuticals Inc." (juez Burger, relacionado con la Food and Drug Administration -FDA-, por una ley de 1938).

***públicos o privados, la carga de asegurarse, trasladando a las agencias privadas gestoras del sistema la de hacerse cargo de las prestaciones"* (Fallos: 329:4592).**

La descripción de los propósitos del legislador fue expuesta por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la sentencia dictada en la causa "Gorosito, Juan Ramón c/ Riva SA", cuando manifestó que ***"el legislador, en uso de prerrogativas que le han sido otorgadas por la Carta Magna, decidió la sustitución de un régimen que en años anteriores y ante circunstancias diferentes había resultado razonable, por otro que consideró adecuado a la realidad del momento incluyéndolo -conforme con los avances de la doctrina especializada y de la legislación comparada- más en el terreno de la seguridad social que en el del derecho del trabajo"***²⁵.

De tal forma, la Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Honorable Cámara de Senadores, en oportunidad de debatir la LRT, tuvo la visión de dar un gran paso hacia el futuro, con una apuesta por un sistema de seguridad social con fundamento en el reconocimiento del trabajo como fuente de dignidad personal de los trabajadores, en línea con el criterio del derecho internacional, y que fuera receptado en nuestro derecho constitucional mediante el reconocimiento de la salud y la seguridad de los trabajadores, contenido en el artículo 14 bis de la Constitución Nacional Argentina, que constituyen el sistema de la seguridad social.

Principios fundamentales como la universalidad, la integralidad y la igualdad, que reflejan la vocación que posee la seguridad social por la inclusión de la mayor cantidad de contingencias y de sujetos tutelados, ha evolucionado hasta constituirse en un derecho humano universal como respuesta de la sociedad para hacer frente a las contingencias que pueden afectar la vida del trabajador.

Desde este punto de vista, el derecho a la seguridad social ha sido reconocido como tal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales disponen la obligatoriedad, para todos los estados signatarios, de reconocer el derecho de toda persona a trabajar y a ser sujeto alcanzado por los beneficios de la seguridad social.

La OIT, mediante el Convenio N° 102, ratificado en nuestro país por la Ley N° 26.678, relativo a las "Normas Mínimas de la Seguridad Social", estableció que la composición de dichos derechos incluye los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

25. Fallos 331:472

Por ello, es precepto supraconstitucional la inclusión de la reparación de las contingencias que sean producto de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo.

Nuestro desarrollo normativo ha constituido el sustento que proveyó al logro obtenido y conformó las aristas que se extendieron a fin de alcanzar todos los aspectos posibles del sistema, plasmándose en la normativa local las pautas y lineamientos establecidos a nivel internacional en que se basan la seguridad social y el sistema de riesgos del trabajo.

Se avanzó así hacia la inclusión, en un marco de atención de las contingencias propias de ámbito del empleo, como lo son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Este estándar alcanzado no es susceptible de merma alguna, so pena de violentar el criterio de progresividad de los derechos sociales ²⁶ establecidos en nuestra Carta Magna y reconocido en numerosos fallos de nuestros más altos tribunales.

Entendemos que el principio de "orden público" se halla plasmado, por cuanto esta ley es de obligatorio cumplimiento y los derechos que otorga no pueden ser renunciados ²⁷.

2.5. Ley N° 26.773. Responsabilidad civil del empleador. Opción excluyente

Como ya lo adelantamos, el acierto en la cosmovisión de la LRT, y fundamentalmente en su posicionamiento en el campo de la seguridad social, no impide el debido reconocimiento de varias falencias conceptuales en su diseño que motivaron que, desde su sanción, de los 59 artículos que contiene, once fueran tachados de inconstitucionales a lo largo de un gran número de pronunciamientos judiciales.

Ese fue el motivo por el que, con diversas normas, se intentó corregir aquellos reproches jurisprudenciales para salvaguardar el sistema.

Siguiendo ese criterio, la LRT fue objeto de tres importantes modificaciones; la primera de ellas a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU)

26. *"In melius, non impeius"*

27. Es que "obligatoriedad" e "irrenunciabilidad" son las dos caras del concepto denominado "orden público".

N° 1278/2000, la siguiente con el Decreto Reglamentario N° 1694/2009 y la última, mediante la sanción de la Ley N° 26.773.

El DNU N° 1278 fue dictado en el año 2000 con el propósito de ajustar el monto de las prestaciones dinerarias, ya que las que habían sido establecidas en la Ley N° 24.557 resultaban claramente insuficientes, y por ende habían sido cuestionadas desde la óptica constitucional.

Nueve años después, y habiendo mediado siete fallos de la Corte Suprema nacional decretando la inconstitucionalidad de varios artículos de la Ley N° 24.557, fue dictado el Decreto N° 1694/2009 que, además de modificar y ajustar el importe de las prestaciones dinerarias, dejó sin efecto los toques máximos de responsabilidad establecidos en los artículos 14, 15 y 18, que pasaron a transformarse en toques mínimos.

Ese decreto fue cuestionado en su rango normativo ya que, so pretexto de reglamentar la Ley N° 24.557, vino a modificarla. Así fue entonces sancionada la Ley N° 26.773, denominada "Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales". En el segundo párrafo del artículo 1 se otorgó nivel legislativo al referido Decreto N° 1694/2009.

La nueva ley mejoró el monto de las prestaciones, estableciendo parámetros objetivos de aumento y progresión en función de la gravedad de la contingencia y fijó la obligación de otorgar ciertas prestaciones en especie de forma continua, prohibiendo su sustitución por prestaciones en dinero.

Asimismo, siguiendo pacífica doctrina, tanto judicial como de los autores especializados, la Ley N° 26.773 fijó como punto de partida del devengamiento de las prestaciones la fecha del hecho o evento dañoso, para los accidentes súbitos, y la fecha en que se determina la relación causal adecuada en el caso de la enfermedad profesional, lo que se halla relacionado con la actualización de la prestación por la aplicación del Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPE) y a los intereses.

En otros aspectos, la nueva ley establece un presupuesto límite para gastos de administración y otros, no prestacionales, por parte de las aseguradoras, disponiendo, además, que las prestaciones indemnizatorias dinerarias de renta periódica previstas en la Ley N° 24.557 queden transformadas en prestaciones indemnizatorias dinerarias de pago único.

- **Responsabilidad civil del empleador. Opción excluyente**

La Ley N° 26.773 derogó también los cuestionados incisos 1, 2 y 3 del artículo 39 de la LRT y consagró para el afectado la opción excluyente mediante la cual, con expresa renuncia a percibir las prestaciones tarifadas de la aseguradora, el damnificado puede entablar la acción civil.

Dicha acción civil cae en la órbita del derecho común de daños, ya que se trata de un juicio en el que se persigue la reparación integral del daño sufrido, siendo aplicable la normativa para los presupuestos de responsabilidad civil extracontractual, con los que será posible obtener una indemnización que repare el daño sufrido en un infortunio laboral en forma integral, es decir, plena.

Siguiendo tal lineamiento, la norma permite al empleador la contratación de un seguro aplicable a otros sistemas de responsabilidad que puedan ser invocados por los trabajadores damnificados por daños derivados de los riesgos del trabajo.

De esta manera, con la introducción de esta normativa se pretendió superar las tachas de inconstitucionalidad de diversas regulaciones contempladas en la Ley N° 24.557 y, como bien se ha sostenido: *“Gracias a la Ley 26.773 y al Decreto 1694/2009, las prestaciones económicas del régimen son sustanciosas y apetecibles, de manera que, en verdad, son muy excepcionales los casos en los que se justifica un reclamo de reparación integral, con sus riesgos procesales y materiales y la segura duración del pleito por años”*²⁸.

2.6. La Ley N° 27.348, Complementaria de la LRT

Sin embargo, también fue el Alto Tribunal el que desnudó dos graves falencias que exhibía la nueva ley y que socavaban los cimientos en los que se apoyaba todo el sistema y que ninguna de estas nuevas regulaciones había podido salvar.

Al dictar el fallo “Castillo, Ángel S. c. Cerámica Alberdi SA”, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) declaró la inconstitucionalidad del artículo 46, inciso 1, de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo. Y lo hizo por considerar inaceptable que el legislador hubiera atribuido jurisdicción federal a cuestiones de derecho común, sin justificar la necesidad real y los fines federales.

28. Miguel Angel Mazza, “La reforma sobre el régimen procesal en materia de riesgos del trabajo: Razones que podrían justificar la inaplicabilidad de la doctrina del caso ‘Castillo vs. Cerámica Alberdi SA’ de la CSJN”; RC D 728/2017.

Así, el Alto Tribunal indicó que la norma legal no contiene disposición alguna que asigne carácter federal al régimen de reparaciones y que tal federalización, para resultar admisible, debería ser clara, razonable y fundada.

Ello, con remisión a propia doctrina previa que, frente a similar situación el Tribunal había sostenido: *“Que, desde luego, el Congreso está facultado también para sancionar leyes de naturaleza local... y leyes de orden federal, con fundamento en los demás incisos del mismo artículo 67. Y, según se halla uniformemente resuelto, ello crea la posibilidad de que el Congreso, al reglamentar determinadas materias correspondientes -en principio- a la legislación común, ejerza una potestad distinta de la señalada en el considerando 1º y, de este modo, las sustraiga al ámbito propio de aquella legislación (véase, por ejemplo, Fallos: 147:239; 187:491; 193:115; 199:401; 243:276; 246:132). Esta alteración del régimen jurídico atinente a dichas materias puede ser dispuesta por el Congreso y sus efectos han de ser tenidos por válidos, siempre que la intención de producirla sea inequívoca y no se apoye en el mero arbitrio del legislador, sino en necesidades reales y fines federales legítimos, impuestos por circunstancias de notoria seriedad.”* (CSJN, autos “Oberti, Pedro c. Panziraghi, Santiago”, C.S., 22/12/1960, Fallos 248:272).

El Alto Tribunal describió que *“razones de policía, de fomento, de prosperidad, de paz social, de defensa o, en general, de bien común” constituyen aquellos “fines federales legítimos”*.

En el plano sustantivo y procesal, la regulación legal en materia de riesgos del trabajo viene a configurar un esquema cerrado que constituye un subsistema de la seguridad social.

Pero en el fallo “Castillo...” y anteriores pronunciamientos, la Corte había sostenido que la competencia de los tribunales federales es, por su naturaleza, restrictiva y de excepción y sus atribuciones se hallan limitadas a los casos que menciona el art. 100 -actual art. 116- C.N. (Fallos: 1: 170; 190:170; 283:429 y 302:1209, entre muchos otros), afirmando que la Ley N° 24.557 *“...no contiene disposición expresa alguna que declare federal el régimen de reparaciones sub lite (doctrina de Fallos: 248:781, 783)...(y)...Que toda pretensión tendiente a conferir naturaleza federal a normas que regularmente pertenecen al orden común, debe ser escrutada con el mayor rigor, sobre todo por cuanto es deber indeclinable del Tribunal impedir que, a través de esos medios, se restrinjan indebidamente las facultades jurisdiccionales de las provincias, que son inherentes al concepto jurídico de autonomía (Fallos: 248:781, 783, considerando 2º, y otros). Es menester no olvidar que la reserva de la jurisdicción provincial de la que daban cuenta los ya citados arts. 67, inc. 11, y 100 de la Constitución Nacional (actuales arts. 75, inc. 12, y 116), era ajena al texto de 1853 y fue introducida*

por la Convención de 1860, con el deliberado propósito de impedir que las provincias carecieran de jurisdicción en las materias a que dicha norma hace referencia”.

El Alto Tribunal expone otra falencia de la Ley N° 24.557, esto es, el trámite ante las CCMM previsto en el artículo 46, cuando afirma: ***“La Ley de Riesgos del Trabajo, de tal manera, ha producido dos consecuencias incompatibles con la Constitución Nacional: impedir que la justicia provincial cumpla la misión que le es propia, y desnaturalizar la del juez federal al convertirlo en magistrado “de fuero común” (Fallos: 113:263, 269)”.***

En síntesis, en el caso “Castillo c. Cerámica Alberdi”, en orden a la competencia de la justicia federal en materia de la LRT, la CSJN desarticuló el régimen recursivo de la ley, pues se contrariaba el diseño constitucional plasmado en los artículos 75, inciso 12 y 116 de la Ley Fundamental, que reservan a las provincias la competencia para sentenciar en materia de derecho común en la medida que las cosas o las personas caigan bajo sus respectivas jurisdicciones.

Siguiendo a John Marshall, en “Mc Culloch vs Maryland” (1819), cuando sostuvo ***“El gobierno nacional es supremo dentro de su esfera de acción... es un gobierno sólo de poderes enunciados”***, desde antaño se ha interpretado que las provincias, en tanto son los Estados asociados que han resuelto crear a la Nación, le han transferido a ésta las atribuciones que expresa y detalladamente enunciaron en tal acto, con el objeto de que la Nación cumpla los fines para los cuales fue creada, conservando las provincias para sí todas las potestades de las que no se han desprendido.

De modo tal que el Congreso de la Nación, que constituye uno de los tres poderes que componen el Estado Nacional, no suplanta a las provincias ni posee la competencia de éstas, en el cometido de “federalizar” cuestiones que fueron reservadas por ellas.

El resultado del caso “Castillo...” fue la judicialización de reclamos absolutamente apartados del procedimiento legal establecido y esa proliferación de litigios individuales ha puesto en riesgo la finalidad de la ley para asegurar reparaciones suficientes, homogéneas y oportunas, en el marco de los principios esenciales de la seguridad social.

Para peor, debe tenerse en cuenta que el Decreto N° 1278/2000 y la Ley N° 26.773 fueron un cambio positivo pero que, paradójicamente, provocaron un inesperado resultado adverso a la viabilidad del sistema.

Es que, desde 1915 con la Ley N° 9.688, hasta la entrada en vigencia de la Ley N° 26.773, en 2012, las indemnizaciones por accidentes de trabajo o enfermedades laborales no siempre tuvieron la debida significancia económica, y en muchos períodos históricos resultaron un insuficiente subsidio a la incapacidad y un pobre paliativo para quienes no podían demandar una reparación completa o integral de acuerdo al Código Civil.

Por su lado, el Decreto N° 1694/2009, que instauró topes indemnizatorios mínimos y derogó los máximos, también implicó un avance.

La Ley N° 26.773, sancionada en 2012, estableció un mecanismo de reajuste semestral automático de tales valores mínimos según la variación del índice RIPE, provocando una sustantiva mejora en la cuantía de las reparaciones.

El resultado de estas dos regulaciones, sumado a la declaración de inconstitucionalidad de la Ley N° 24.557 decretada por el caso "Castillo...", provocó que el número de acciones deducidas al amparo de las normas civiles que buscaban una indemnización completa o integral se redujo, a la par que se incrementó de un modo exorbitante el número de juicios entablados contra las ART.

"Evidentemente, estas circunstancias generaron un fuerte incentivo a iniciar demandas y a elevar las costas de los juicios solicitando peritajes adicionales, dado que el empleador era quien por lo general corría con tales gastos –e independientemente del resultado del litigio–, se introducía de esta forma un fuerte elemento de presión sobre la empresa para llegar a un rápido acuerdo extrajudicial" ²⁹.

Al mismo tiempo, sabido es que la cuestión de la fraudulenta litigiosidad en materia de accidentes y enfermedades laborales creció exponencialmente.

Se advierte fácilmente así que el colapso del sistema resultaba visible, inexorable e inminente y que por tal motivo debía rápidamente establecerse una estrategia que permitiera salvaguardarlo, en beneficio de los trabajadores afectados.

En tal estado se entendió que el objetivo a alcanzar consistía en elaborar una modificación a la norma que no pudiera ser cuestionada desde los fundamentos del fallo "Castillo..." y la mejor y más segura forma de lograrlo sería, precisamente,

29. La Ley de Riesgos del Trabajo y el contexto macroeconómico, pág. 51, Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas.

cumplir con esos mismos argumentos que fundaron el fallo, de forma tal que ambos fueran enteramente satisfechos.

De esa manera se concluyó que organismos administrativos especializados dependientes del Estado Nacional sean quienes, a requerimiento expreso de cada provincia que resuelva adherir, intervengan como instancia inicial e inexcusable para determinar el carácter laboral de la contingencia y su alcance y quede reservado a la justicia ordinaria de cada jurisdicción la revisión de lo actuado.

En efecto, el federalismo más cabal se hallará así cumplido por las provincias que resuelvan adherir al sistema y mediante una ley local encomienden a la Nación que las CCMM, creadas por la Ley N° 24.241, sean las que determinen el carácter profesional de la contingencia y el alcance de los beneficios que corresponden al afectado para que, cumplido ello y en caso de discrepancia, sean los órganos judiciales locales los que revisen lo actuado, garantizándose así el debido proceso que exige nuestra Carta Magna.

Entonces, si tales extremos se cumplen, ello autoriza a sostener que el fundamento de aquella doctrina judicial habrá quedado debidamente cumplido y la crítica que ella contiene no resultará aplicable al nuevo marco legal, una vez que cada Estado provincial haya formulado su expresa adhesión al sistema.

En tal caso, el legislador local habrá formulado, en palabras de la Corte Suprema, **en forma clara, razonable y fundada**, la declaración del carácter federal del régimen de reparaciones, basando esa decisión en **fines federales legítimos** y habrá conferido la revisión de lo actuado a la justicia ordinaria de su jurisdicción.

Queda claro así que resultaba imprescindible la sanción de una ley que ratificara la pertenencia del sistema de la LRT al régimen de la seguridad social, de indiscutible contenido federal, y que, cumpliendo con todos los requisitos definidos por la doctrina de la CSJN, dispusiera por consiguiente que la jurisdicción federal será la competente para juzgar las controversias vinculadas a la reparación de las contingencias que deben ser cubiertas en el ámbito de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, en tanto el trabajador afectado no disponga practicar su reclamo en el marco previsto en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 26.773.

Con estos fundamentos, a principios del año 2017 se promulgó la Ley N° 27.348, cuyo Capítulo I establece para el trabajador registrado:

- (I) que son las comisiones médicas la única instancia administrativa válida previa a un juicio; y

- (II) que la revisión de lo actuado, en caso de discrepancia, corresponderá a la justicia ordinaria de cada jurisdicción que haya adherido al régimen legal descrito.

Es claro que, de tratarse de un trabajador no registrado, el mismo se encuentra plenamente habilitado para concurrir directamente ante la justicia ordinaria local, pues la competencia de las comisiones abarca exclusivamente a las cuestiones médicas que la ley les asigna, careciendo de toda competencia para expedirse sobre la relación de empleo.

De tal forma, será la justicia ordinaria local la que consagre el reconocimiento del vínculo entre empleador y trabajador y las consecuencias que de ello deriven en relación con la contingencia sufrida.

Precisamente, para dar correcto y completo cumplimiento al presupuesto de federalización que tan críticamente había sido expuesto por la Corte Suprema cuando analizó la Ley N° 24.557 en el caso "Castillo...", el artículo 4 de la nueva norma legal estableció que es facultad de cada una de las provincias (y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) decidir si adhiere al nuevo régimen legal y, de hacerlo, asumirá el deber de adecuar sus normas procedimentales locales a los presupuestos normativos que aquella contiene³⁰.

Sin dejar de reconocer varios cuestionamientos iniciales, la tendencia jurisprudencial mayoritaria se inclina por la constitucionalidad de la ley, tal como bien lo sostuvo el Fiscal General del Trabajo³¹ en su dictamen, luego seguido por el fallo de Alzada que confirmó la sentencia de grado, dejando en claro que **"No es trasladable al tema que nos reúne la tesis sentada por el Alto Tribunal en las sentencias dictadas el 7 de septiembre del 2004 en "Castillo, Angel c. Cerámica**

30. La Ley N° 27.348 contiene otras disposiciones que resultan ajenas a la cuestión desarrollada en el caso "Castillo", pero que corresponden al subsistema de riesgos del trabajo y que configuran un verdadero resguardo a los trabajadores, en todo el territorio nacional.

En efecto, en su Título II crea la figura del Autoseguro Público Provincial, para que las provincias y sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puedan asegurar, con sus recursos, a sus empleados públicos.

Para obtener la autorización, cada jurisdicción deberá garantizar la existencia de una estructura suficiente para el adecuado otorgamiento de las prestaciones en especie y, en cuanto a las dinerarias, éstas deberán ser administradas mediante un régimen de gestión económica y financiera separado del que corresponda a la contabilidad general provincial, para asegurar su preservación.

La Ley N° 27.348 también contiene otras disposiciones modificatorias y complementarias de la regulación legal vigente hasta entonces, las que se verán a lo largo del presente Libro.

31. Dr. Eduardo O. Alvarez, Dictamen N° 72.879.

Alberdi”, el 13 de marzo de 2007 en “Venialgo, Inocencio c. Mapfre Aconcagua” y el 17 de marzo de 2012 en “Obregón, Francisco c. Liberty”, porque en dichos pronunciamientos se invalida el sistema desde la perspectiva de la centralización federal de los reclamos en defensa de la jurisdicción local y no se analizó la legitimidad de una instancia previa”.

Por su parte, el fallo dictado por la Sala II de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, sostuvo: *“Desde dicha perspectiva de análisis, cabe precisar que la normativa procesal cuestionada cumplimenta adecuadamente los presupuestos considerados. Ello así por cuanto la reforma introducida por la ley 27.348 tuvo en miras precisamente que los reclamos fundados en la Ley de Riesgos del Trabajo requieran la necesaria intervención de los organismos médicos creados a fin de determinar la existencia de una minusvalía resarcible en el marco de dicho régimen, lo que resulta razonable, pues se advierte incuestionable en este tipo de reclamos la necesidad de requerir la intervención de expertos en medicina para que informen en relación a la existencia de la incapacidad de que se trate, y demás información que, de resultar necesaria, permita esclarecer la existencia de un nexo causal con el trabajo, a fin de posibilitar un adecuado juzgamiento al respecto. Por otra parte, considero que las comisiones médicas jurisdiccionales creadas por el artículo 51 de la ley 24.241 reúnen los requisitos de independencia e imparcialidad requeridos. Cabe valorar así también que el procedimiento administrativo asegura que el trabajador cuente con asistencia letrada y en lo esencial otorga la posibilidad de requerir la revisión judicial de lo que decidan tanto la comisión médica local, como la Comisión Médica Central”*³².

El argumento precedentemente transcripto sirve también para desnudar que en los cuestionamientos que contra la Ley N° 27.348 han efectuado diversos actores mediante acciones judiciales individuales y colectivas, se reitera una y otra vez que la admisión de la intervención de las CCMM viene a contradecir los precedentes “Castillo”, “Venialgo” y “Obregón”, cuando en realidad esos críticos omiten que el fallo “Castillo”, tal como se señaló más arriba, puntualizó las dos falencias que justamente la nueva ley complementaria vino a cumplir; esto es (i) que sean las provincias las que encomiendan a la Nación la intervención de organismos técnicos especializados y (ii) que las provincias conserven la competencia de su propia justicia ordinaria para la ulterior revisión judicial.

32. Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, sala II, autos “Burghi, Florencia Victoria c/Swiss Medical ART SA s/Accidente - Ley especial”(fallo del 3/8/2017)

Por otra parte, no es un dato menor que los detractores del régimen legal contenido en la Ley N° 27.348 señalan insistentemente que en el fallo "Castillo..." la Corte Suprema se expidió sobre las comisiones médicas cuando, en realidad, es algo de completa falsedad pues en ninguno de los considerandos de esa sentencia se alude a ellas y, mucho menos, para descalificarlas.

La eficacia y las condiciones de legalidad de órganos estatales especializados ya estaban definidas desde mucho tiempo antes en el precedente "Fernández Arias, Elena y otros c/ Poggio, José (Suc.)" (Fallos 247:646), donde el Procurador General de la Nación sostuvo "(E)sta Corte, en numerosos fallos, resolvió que es compatible con la Ley Fundamental la creación de órganos, procedimientos y jurisdicciones especiales de índole administrativa destinados a hacer más efectiva y expedita la tutela de los intereses públicos, habida cuenta de la creciente complejidad de las funciones asignadas a la Administración (Fallos, t. 193, p. 408; t. 240, p. 235; t. 244, p. 548; t. 245, p. 351, entre otros [Rev. LA LEY, t. 27, p. 868, fallo 14.131; t. 96, p. 98, fallo 43.992 y Rev. LA LEY, t. 99, p. 292, fallo 45.024]).

Asimismo, debe tenerse en cuenta que la CSJN sostuvo reiteradamente que el Congreso de la Nación se halla facultado para dictar normas de procedimiento en relación con el derecho común, aplicables por los tribunales locales, sin perjuicio de la atribución reservada a las provincias según el artículo 121 de la Constitución Nacional, cuando fuesen "razonablemente estimadas necesarias para el mejor ejercicio de los derechos" consagrados por las normas de fondo³³.

En síntesis, puede decirse que la Ley N° 27.348 por fin brinda acabada solución a los dos cuestionamientos señalados por el Alto Tribunal en el caso "Castillo" ya que, por

un lado, condiciona la aplicación de las nuevas reglas legales a la expresa decisión legislativa de cada Estado provincial, con lo que no habría intromisión del legislador nacional en las facultades procesales propias de las autonomías estadales y, para ello, requiere la expresa delegación, en esas leyes locales de adhesión a la Ley N° 27.348, para que la primera autoridad interviniente sean las CCMM locales.

33. Ver, en ese sentido, los fallos "Bernabé Correa", de 1923 (Fallos 138:157); "Real de Maciel", de 1928 (Fallos 151:315); "Arzobispado de Buenos Aires", de 1931 (Fallos 162:376); "Nelly Ward de Smyth", de 1949 (Fallos 214:533); "Miranda", de 1951 (Fallos 219:400); "Livi", de 1953 (Fallos 227:387); "Perelló", de 1960 (Fallos 247:524); "Santander", de 1962 (Fallos 254:282); "Vega", de 1966 (Fallos 265:30); "Spinetto", de 1968 (Fallos 271:36); "Turia", de 1977 (Fallos 297:458) y "Feito García", de 1977 (Fallos 299:45), citados en la excelente defensa efectuada por la Asesoría General de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires en la causa "Central de Trabajadores de la Argentina (CTA) y otros c. Provincia de Buenos Aires s/inconstitucionalidad de la Ley 14.997" (Expte. N° I-75.125)

Por el otro lado, con lo dispuesto en la nueva ley el sistema preserva la intervención posterior de la justicia ordinaria local, competente según las leyes procesales de la respectiva jurisdicción, debiendo dicha provincia adecuar su normativa procesal para compatibilizarla con la que rige el funcionamiento de las comisiones³⁴.

De tal forma, las provincias que adhieran en la forma prevista en el capítulo I de la Ley N° 27.348 contarán con la instancia previa obligatoria de las CCMM correspondientes a la jurisdicción del lugar de efectiva prestación de servicio por parte del trabajador o, en su defecto, el del domicilio donde habitualmente aquel se reporta.

Una vez agotada la intervención de esa instancia preliminar, las partes podrán solicitar la revisión de la resolución allí producida ante la Comisión Médica central, quedando así expedito el recurso directo ante la instancia superior de los fueros laborales provinciales o, a elección del afectado, dar intervención a los tribunales ordinarios de primera instancia, que correspondan a la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Adicionalmente, las normas operativas del procedimiento ante las CCMM garantizan la asistencia profesional letrada para el trabajador a fin de garantizar, también en esa instancia previa, el debido proceso a su favor y los plazos impuestos para el agotamiento de esa instancia es razonable.

Es por todo ello que se advierte que el nuevo sistema concebido con la Ley N° 27.348 garantizará que el trabajador afectado reciba las prestaciones que correspondan a su infortunio en un plazo sustancialmente inferior al que se hallaba condenado en el contexto de litigiosidad imperante hasta la reforma.

Como corolario de la aceptación de las modificaciones introducidas por la Ley N° 27.347 corresponde señalar que, al mes de marzo de 2018, formalizaron su adhesión las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, Mendoza, Río Negro, San Juan y Tierra del Fuego. Sumadas a la Ciudad de Buenos Aires, la cual adhirió de manera automática, implica que la enorme mayoría de los sujetos alcanzados por la LRT se encuentran sujetos al nuevo procedimiento de intervención obligatoria y previa ante las CCMM.

34. El art. 4 de la Ley N° 27.348 dice: *“La adhesión precedentemente referida, importará la delegación expresa a la jurisdicción administrativa nacional de la totalidad de las competencias necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 1°, 2° y 3° del presente y en el apartado 1 del artículo 46 de la ley 24.557 y sus modificatorias, así como la debida adecuación, por parte de los Estados provinciales adherentes, de la normativa local que resulte necesaria”.*

Ello llevó a una reducción drástica de la litigiosidad promedio y, lo que es aún mucho más trascendente, aseguró a los trabajadores siniestrados el acceso a las indemnizaciones de la LRT en el término de 60 días de iniciado su reclamo debidamente fundado.

Para asegurar este objetivo, la SRT se halla abocada a la instalación de comisiones médicas y comisiones médicas móviles en cada uno de los departamentos judiciales de cada provincia adherente, a fin de brindar ese servicio más rápidamente.

Lejos estamos, entonces, del tiempo, los costos y los honorarios que conllevaba el procedimiento contencioso judicial para la obtención del derecho que otorga el sistema.

2.7. Texto ordenado de la Ley N° 24.557. Metodología. Trascendencia

Los jueces romanos podían decir "*non liquet*"³⁵ para justificar su negativa a resolver un asunto que les era sometido a su jurisdicción, pero no es ese el caso de los magistrados argentinos, que están obligados a hacerlo por mandato expreso del Código Civil y Comercial³⁶.

Aclarado este punto, es clara la conveniencia de que el conjunto normativo de un subsistema se halle reunido en una obra que contenga la totalidad de las reglas que deben ser tenidas en cuenta para resolver una situación concreta.

Esto bien podría ser concretado en el Digesto Jurídico Argentino, creado por la Ley N° 26.939 para que constituyera la colección de leyes nacionales vigentes, sistematizadas y ordenadas al 31 de marzo de 2013 y a la que se le sumarán las que la Comisión

Bicameral Permanente del Congreso de la Nación resuelva incorporar luego, previa intervención de la Dirección de Información Parlamentaria, la cual deberá expedirse "al menos una vez por período parlamentario", esto es, una vez por año.

Sin embargo, razones que los legisladores estimen válidas también pueden hacer que el Poder Legislativo encomiende al Poder Ejecutivo el dictado del acto

35. "No está claro" es una expresión latina originada en las prácticas legales romanas para expresar duda ante una decisión. Tal afirmación equivalía a inhibirse de sentenciar, por considerarse que faltaban elementos de juicio.

36. Artículo 3°.

administrativo necesario para que toda la normativa aplicable a la materia de riesgos del trabajo, originalmente contenida en la Ley N° 24.557 y luego objeto de múltiples y sucesivas reformas, complementaciones y reglamentaciones, se encuentre reunida en un único cuerpo que la contenga en forma completa y evite cualquier dispersión.

Lo expuesto no contradice la teoría de separación de poderes que ha sido fundamental en el desarrollo de nuestro sistema constitucional, pues bien se ha señalado que ***“Como Jano, la teoría tiene dos caras: la separación va acompañada de la cooperación o necesaria armonía entre los poderes... cada uno de ellos tiene su propia esfera de acción pero no están enteramente separados, porque combinan y se complementan entre sí... Los tres representan la soberanía de la Nación para sus objetos principales... pero en el cumplimiento de sus funciones necesitan en muchos casos, unos y otros, ejercitar poderes de naturaleza distinta de los que le son exclusivos: la línea divisoria no se halla precisamente demarcada”***³⁷.

Separación y cooperación, como dos conceptos hermanados para permitir el funcionamiento armónico del sistema en el que las comisiones médicas, interviniendo en carácter preliminar a la justicia ordinaria en materia de riesgos del trabajo, terminan siendo un claro ejemplo de ello.

Como se advierte, la importancia de contar con un texto ordenado es que con él, por fin, se pueda lograr un marco legal completo, coherente y sin fisuras, pues ***“uno de los mayores atractivos del derecho como orden regulativo para asegurar un mínimo de coordinación, paz y seguridad en una sociedad humana radica sin dudas en su promesa de previsibilidad. Si el sistema jurídico no es capaz de asegurar un grado ínfimo de predecibilidad de sus soluciones, pues bien, su pretensión superior de justicia quedará en ascuas. Sin seguridad jurídica no hay derecho, ni bueno ni malo, ni de ninguna clase”***³⁸ y se caería en lo que Max Weber captó brillantemente

37. Bernardo Saravia Frías, en “Los decretos de necesidad y urgencia”, Ed. La Ley, Año LXXXII N°71. El autor cita al propio creador de la teoría cuando este afirma: “Estos tres poderes deberían originar el reposo o la inacción; pero como el movimiento necesario de las cosas les obligará a moverse, tendrán que marchar de acuerdo” (Charles Louis de Secondat, barón de la Brède y Montesquieu, El Espíritu de las Leyes, vertido al castellano con notas y observaciones por Siro García del Mazo, Librería General de Victoriano Suarez, Madrid, 1906, p. 238).

38. Roberto Moreno Rodríguez Alcalá, en “¿Adhocracia?: El riesgo de la responsabilidad por riesgo en nuestro derecho”, Ed. La Ley, Asunción, 2009.

*con su construcción teórica de “la justicia del Cadí”*³⁹, lo que puede considerarse como la antípoda conceptual de un derecho racional y predecible.

En definitiva, la intención que debe presidir a la elaboración de un texto ordenado es asegurar una fácil accesibilidad y comprensión de los alcances de la normativa en su conjunto proporcionándole al juez, además, los elementos que realmente lo ayuden a actuar con la *sindéresis*⁴⁰ que le es exigible.

- **El nuevo desafío**

Para finalizar, una reflexión.

Hoy nos asombramos frente a una nueva revolución con capacidad para variar completamente las oportunidades y las condiciones de empleo, a escala global.

Si el mundo no fue el mismo después de la revolución industrial, seguramente tampoco lo sea una vez instaurada la nueva revolución tecnológica, sin dudas, el más importante desafío del siglo XXI.

La revolución tecnológica e informática está ahora en el punto donde estaba la revolución industrial en la década de 1820 y como ella, sin posibilidad de retroceso.

“El mundo del trabajo cambió y continúa transformándose aceleradamente. La nueva revolución tecnológica aplicada al proceso productivo, como la automatización y la inteligencia artificial, ya no son argumentos de ciencia ficción, sino que están presentes y son protagonistas en el mundo actual. En ese contexto, los niveles de capacitación de los trabajadores requeridos por las empresas, en todos sus formatos, son cada vez más exigentes. La revolución

tecnológica actual abre numerosas oportunidades para los trabajadores. Pero estas nuevas oportunidades por sí solas no garantizan la inserción en un mundo

39. El juez cadí, desde el punto de vista histórico, era el juez musulmán que decidía los procesos en la plaza del mercado, siguiendo sus propias valoraciones emocionales y personales referidas al caso concreto, fuera de cualquier referencia a norma alguna; Max Weber, *La Sociología del Derecho*, traducción castellana, pág. 219. En el mismo sentido: Sergio López Ayllón, en *El juez en la sociología de Max Weber*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, pág. 453.

40. El Diccionario de la Real Academia Española la define como “capacidad natural para juzgar rectamente”. El CLAVE, diccionario de uso del idioma español actual, señala que “la *sindéresis* debe ser esencial en cualquier juez”. Lo opuesto es la insensatez.

laboral cada vez más complejo. Para afrontar los nuevos desafíos y poder estar a la altura de los tiempos que corren es fundamental adquirir las habilidades que requiere esta nueva revolución tecnológica”⁴¹.

Con la revolución tecnológica que se expande en el mundo, “la sociedad está inmersa en un cambio de paradigma tecnológico que afectará profundamente al mercado laboral, a la estructura sectorial de la economía y al modo de operar de las empresas... y se prevé que en los próximos años se produzca un cambio notable en los tipos de trabajos demandados, ya que están ganando peso aquellas ocupaciones en las que hay una complementariedad entre el trabajo de las máquinas y lo que aporta el trabajador. Los trabajos mecánicos y replicables serán más susceptibles de ser sustituidos por máquinas, mientras que los que requieren de habilidades sociales, de servicios y analíticas no rutinarias, ganarán peso”⁴².

A diferencia de la tradicional división internacional del trabajo, esta nueva sociedad se caracteriza por depender cada vez más de los avances tecnológicos en el campo de la informática, la electrónica y las comunicaciones y así, la tecnología avanza a pasos tan vertiginosos que nadie puede predecir sus límites.

Más allá de todos los gigantescos desafíos y las enormes incertidumbres que esta flamante revolución seguramente implica, quizás una de sus mejores consecuencias pueda ser que por su propia naturaleza, los nuevos puestos de trabajo resulten más seguros y saludables para el trabajador.

Eso habrá sido un gran avance.

41. Laura Jure, diario La Voz, 30/4/2018.

42. Informe “Cambio tecnológico y productividad”, presentado por CaixaBank Research (Diario El País, España, 13/2/2018)

CAPÍTULO 3

De los objetivos y el ámbito de aplicación del sistema de riesgos del trabajo argentino

3.1 Finalidad del sistema. Objetivos de la LRT

La LRT, sancionada el día 13 de septiembre de 1995, entró en vigencia el 1 de julio de 1996. Junto con las numerosas normas que la reglamentan, es la base de un régimen legal especial sobre las contingencias laborales.

En su artículo primero declara que su objetivo primordial es reducir la siniestralidad laboral mediante la prevención de los riesgos derivados del trabajo, y en su caso, la reparación de los daños originados por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La LRT reguló un seguro de riesgos del trabajo obligatorio, que impone a aquellos empleadores que contraten trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación, la obligación de afiliarse a una ART, o bien autoasegurar sus riesgos, acreditando para ello el cumplimiento de ciertos recaudos de solvencia económico-financiera para afrontar las prestaciones y que garanticen los servicios necesarios para otorgar las prestaciones de asistencia médica previstos en la ley.

La LRT estableció un ámbito de aplicación personal amplio al comprender, conforme establece el artículo 2, a:

- Los funcionarios y empleados del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- Los trabajadores en relación de dependencia del sector privado;
- Las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

A su vez, el Poder Legislativo habilitó al Poder Ejecutivo Nacional a incluir a los trabajadores domésticos, a los trabajadores autónomos, a los trabajadores vinculados por relaciones no laborales y a los bomberos voluntarios.

En efecto, la LRT modificó la estructura de la legislación vigente anteriormente sobre accidentes y enfermedades derivados del trabajo.

Los legisladores previeron un régimen basado en la prevención de los daños laborales, instaurando, asimismo, frente a las contingencias ocurridas causantes de incapacidad laboral a los trabajadores, un sistema de reparación sustentado en las prestaciones asistenciales y dinerarias a cargo de las ART y/o los EA.

En tal sentido, el artículo 4 de la LRT definió como deber fundamental de los empleadores y los trabajadores comprendidos en su ámbito de aplicación, así como de las ART, el de adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, aspirando a dar una respuesta integral a los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

De este modo asume como objetivos principales la reducción de la siniestralidad laboral a partir de la prevención de los riesgos derivados del trabajo y a las prestaciones médicas le suma la rehabilitación, recalificación y recolocación del damnificado.

El trabajador es el destinatario de las acciones de prevención tendientes a evitar el evento dañoso y, ante la ocurrencia de un siniestro laboral, de las prestaciones asistenciales y el resarcimiento.

Por otra parte, el empleador, salvo en el supuesto de autoaseguramiento, resulta obligado a contratar un seguro de riesgos del trabajo. De este modo, contribuye al financiamiento del sistema, mediante el pago de una cuota mensual a la ART. En otras palabras, con el propósito fundamental de proteger la salud de los trabajadores, se buscó primero prevenir y luego reparar. La reparación de los daños derivados de los siniestros laborales mediante la indemnización se aprecia como una instancia ulterior, no como la finalidad principal que se persigue en la ley, siempre que el trabajador accidentado o enfermo como consecuencia de su trabajo, no pueda recuperar totalmente su salud y capacidad laboral, siendo tal el objetivo de la ley.

Por tanto, los propósitos fundamentales del sistema de riesgos del trabajo son: prevenir con eficacia y eficiencia los accidentes laborales y las enfermedades profesionales y, para el supuesto que acontezca la contingencia, lograr su más

oportuna y justa reparación mediante la rehabilitación del trabajador; o en su caso, el otorgamiento de una indemnización suficiente e integral.

3.2 Sujetos alcanzados

Como se adelantara en el apartado precedente, se encuentran obligatoriamente incluidos en el ámbito de aplicación de la LRT los funcionarios y empleados del sector público (nacional, provincial, municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública, es decir, las tareas impuestas legalmente para satisfacer una necesidad de interés público.

Por otra parte, el Poder Ejecutivo Nacional puede incluir en el ámbito de la ley a:

- a. Trabajadores domésticos
- b. Trabajadores autónomos
- c. Trabajadores vinculados por relaciones no laborales
- d. Bomberos voluntarios.

El Decreto Reglamentario N° 491/1997 estableció la incorporación en forma obligatoria a los trabajadores domésticos, que prestan servicios en relación de dependencia, dentro del ámbito de aplicación de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo. Fijó, a su vez, que dicha obligación no entrará en vigencia hasta tanto la SRT haya dictado la normativa necesaria para adecuar el sistema establecido en la ley citada a las características de la actividad que se incorpora.

Por otra parte, la incorporación de los trabajadores autónomos, de modo progresivo y acorde a las distintas características y modalidades de cada actividad, quedando la SRT facultada para dictar la normativa necesaria para adecuar el sistema establecido en la LRT a cada actividad autónoma y resolver las condiciones y la fecha de incorporación efectiva de los autónomos al sistema.

Y, finalmente, decidió la incorporación en forma obligatoria en el ámbito de aplicación de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, de los trabajadores vinculados por relaciones no laborales.

En particular aquellos que desempeñen las siguientes actividades:

- I. Las reguladas por el Sistema de Pasantías Educativas creado por la Ley N° 26.427, por el Programa Nacional de Pasantías para la Reconversión (PRONAPAS) aprobado por Decreto N° 1547 del 31 de agosto de 1994 y

por el Régimen General de Pasantías que rige en todo el ámbito del Nivel de Educación Secundaria del Sistema Educativo Nacional establecido por Decreto N° 1374 del 7 de septiembre de 2011, y sus respectivas normas reglamentarias.

- II. Las realizadas por los trabajadores con discapacidad que se desempeñen en los Talleres Protegidos Especiales para el Empleo (TPEE) a los que se refiere el artículo 3° de la Ley N° 26.816.
- III. Las realizadas en virtud del cumplimiento de una beca.
 - a. En los casos allí indicados, las obligaciones que la Ley N° 24.557 impone al empleador, en la medida que sean compatibles con la naturaleza no laboral de la vinculación, serán responsabilidad del empresario o dador de tareas.
 - b. Mediante la inclusión de todos los trabajadores vinculados por relaciones no laborales, se considerará cumplida la obligación derivada del artículo 17, inciso "d", de la Ley N° 26.816, conforme al alcance dado a la misma, así como las demás obligaciones de aseguramiento que se exigen en los programas especiales de capacitación y/o empleo, y en los sistemas de pasantías.
 - c. En todos los casos previstos el monto sobre el cual se efectuará la cotización será la compensación percibida.

Respecto de los trabajadores domésticos, la Ley N° 26.844 fija el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, y establece que se considerará trabajo en casas particulares a ***"toda prestación de servicios o ejecución de tareas de limpieza, de mantenimiento u otras actividades típicas del hogar"***, entendiéndose como tales, también, ***"a la asistencia personal y acompañamiento prestados a los miembros de la familia o a quienes convivan en el mismo domicilio con el empleador, así como el cuidado no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad"***.

Además, son considerados aquellos trabajadores que trabajen sin retiro y con retiro para un mismo empleador, y con retiro para distintos empleadores. La denominación "trabajo por hora" deja de tener vigencia, y empiezan a regir los términos "empleo a tiempo parcial" y "empleo a tiempo completo".

En lo que respecta al rol de la SRT, el organismo dictó la Resolución N° 2224/2014, que establece que todos los empleadores del servicio doméstico deberán contar obligatoriamente con una ART.

La nueva ley amplía los derechos de los trabajadores de casas particulares y los pone en situación de igualdad con el resto de los trabajadores.

3.3. Seguro obligatorio y autoseguro

A este respecto, la LRT establece:

“ARTÍCULO 3°:

- 1) *Esta LRT rige para todos aquellos que contraten a trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación*
- 2) *Los empleadores podrán autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley, siempre y cuando acrediten con la periodicidad que fije la reglamentación:*
 - a) *Solvencia económica-financiera para afrontar las prestaciones de la ley.*
 - b) *Garanticen los servicios necesarios para otorgar las demás previstas en el artículo 20 de la presente ley.*
- 3) *Quienes no acrediten ambos extremos deberán asegurarse obligatoriamente en una ART de su libre elección.*
- 4) *El Estado Nacional, las provincias y sus municipios y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires podrán igualmente autoasegurarse.”*

En este orden de ideas, se prevé la obligatoriedad de que los empleadores públicos y privados que contraten a los trabajadores incluidos en el artículo 2 apartado 1°, de la LRT cuenten con una cobertura de riesgos del trabajo, ya sea mediante la contratación de una ART o bien mediante la modalidad del autoseguro.

En caso de omisión, será el empleador quien responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones establecidas en la LRT, conforme surge de su texto:

“Artículo 28. - Responsabilidad por omisiones.

1. *Si el empleador no incluido en el régimen de autoseguro omitiera afiliarse a una ART, responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en esta ley.*
2. *Si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, la ART otorgará las prestaciones, y podrá repetir del empleador el costo de éstas.*
3. *En el caso de los apartados anteriores el empleador deberá depositar las cuotas omitidas en la cuenta del Fondo de Garantía de la ART.*

4. Si el empleador omitiera -total o parcialmente- el pago de las cuotas a su cargo, la ART otorgará las prestaciones, y podrá ejecutar contra el empleador las cotizaciones adeudadas."

Por otro lado, cabe destacar que el Decreto N° 719/1996 previó, en su artículo 1, que el Estado nacional, las provincias y sus municipios y la entonces municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires que no se afilien en el marco de la ley que se reglamenta, se presumen autoasegurados.

En el artículo 2 dispuso: **"A partir del 1 de enero de 1997 la Administración Pública Nacional centralizada y descentralizada, entidades autárquicas, empresas del Estado, sociedades del Estado, sociedades anónimas con participación estatal mayoritaria, sociedades de economía mixta, servicios de cuentas especiales, obras sociales del sector público, bancos y entidades financieras oficiales nacionales o municipales y todo otro ente en que el ESTADO NACIONAL o sus entes descentralizados tengan participación total o mayoritaria de capital o en la formación de las decisiones societarias, deberán afiliarse a una Aseguradora."**

Finalmente, en su artículo 3°, el Decreto N° 719/1996 prescribió que a partir del 1 de enero de 1997 las provincias, sus municipios y la entonces municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires debían adecuarse a fin de acceder al régimen de autoseguro, cumpliendo los requisitos estipulados para los empleadores privados que optaren por el autoseguro, establecidos en el Decreto N° 585/1996.

El artículo 1 del Decreto N° 334/1996, reglamentario del artículo 3 de la LRT, establece que el empleador que omitiese afiliarse a una ART o autoasegurarse responderá frente a los trabajadores y sus derechohabientes, con los alcances previstos en la ley, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 13, apartado 1° de la normativa, relativo a las prestaciones por Incapacidad Laboral Temporal, y en el artículo 1.072 del entonces vigente Código Civil de la Nación.

La falta de afiliación del empleador que se encuentre fuera del régimen de autoseguro, así como la falta de otorgamiento de las prestaciones en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedó considerada como infracción de especial gravedad a los fines de la Ley N° 18.694.

El Decreto N° 585/1996 regula el Régimen de Autoseguro para las empresas privadas y ha sido concebido como una solución alternativa a la afiliación a una ART.

Allí se establecen los criterios para el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 3°, apartado 2°, de la LRT y se determina, además, que el control de

los requisitos que corresponde a cada uno de los organismos de control quedan a cargo de la SSN y de la SRT, en tanto que por resolución conjunta, ambos organismos otorgarían las respectivas autorizaciones para actuar bajo tal régimen.

Tanto la Resolución SSN N° 24.659/1996 (B.O. 20/06/96) y la Resolución SRT N° 39/1997 (B.O. 29/06/97) y la Resolución SRT N° 3528/2015 complementaron en aspectos formales al Decreto N° 585/1996.

- **Autoseguro Público Provincial**

Cabe mencionar que la Ley N° 27.348, en su Título II, innova en la creación del instituto denominado "Autoseguro Público Provincial", el cual está concebido como una herramienta destinada a que los estados provinciales, sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en su faz de empleadores, puedan autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en la Ley N° 24.557 y sus modificatorias.

La implementación de este régimen permitirá, a quienes opten por constituirlo, otorgar cobertura de riesgos del trabajo a todos los trabajadores del sector público provincial y municipal, presentando una alternativa a los institutos de protección de los riesgos del trabajo que hoy ofrece el sistema de la Ley N° 24.557, que resulte más adecuada a las características propias de los empleadores públicos. Este tema es objeto de particular tratamiento en el Capítulo VIII.

3.4. El contrato de afiliación

- **Financiamiento de las prestaciones**

Previamente a analizar las particularidades del contrato de afiliación corresponde puntualizar que las prestaciones del sistema de riesgos del trabajo se financian con una cuota mensual a cargo del empleador.

Dicha cuota es declarada y abonada conjuntamente con los aportes y contribuciones que integran la Contribución Unificada de la Seguridad Social. El pago se realiza por adelantado en función de la declaración jurada del mes anterior. (CUSS) -Art. 23 Ley N° 24.557-.

- **Afiliación en el régimen general**

Los empleadores no incluidos en el régimen de autoaseguro se encuentran obligados a afiliarse a la ART que libremente elijan y declarar las altas y bajas que se produzcan en su plantel de trabajadores.

En principio las ART no podrán rechazar la afiliación de ningún empleador incluido en el ámbito de su actuación (art. 27 de la Ley N° 24.557), excepto cuando al empleador se le haya rescindido el contrato por falta de pago. En este caso las aseguradoras pueden negarse a afiliarlo durante el término de un año a partir de la fecha de rescisión del contrato, siempre que no haya cancelado su deuda. En caso de haberla cancelado, las ART no podrán oponerse a la afiliación.

La afiliación se efectivizará mediante la suscripción de una Póliza Digital, la cual se encuentra reglamentada por la Resolución SRT N° 46/18.

La cobertura tendrá una vigencia mínima de un año y será renovada automáticamente por igual período, salvo que el empleador manifieste su decisión en contrario. En dicho caso, deberá solicitar su afiliación a otra ART o el ingreso al régimen de autoaseguro.

- **Alícuota**

La cuota a pagar por el empleador se compone de una alícuota de suma fija por cada trabajador declarado, una alícuota variable (porcentaje calculado sobre la masa salarial) y un importe fijo con destino al financiamiento del Fondo Fiduciario para Enfermedades Profesionales (FFEP). En este último aspecto, La Ley N° 24.557 estableció que los gastos de los entes de supervisión y control serán financiados por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, los empleadores autoasegurados públicos provinciales y los empleadores autoasegurados. Dicha contribución no podrá superar:

a) En el caso de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, el uno coma cuatro por ciento (1,4 %) del total de los importes percibidos por cuotas de contratos de afiliación.

b) En el caso de los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados, el cero coma cinco por mil (0,5‰) de su masa salarial promedio de los últimos seis (6) meses.

El Decreto N° 72 de fecha 23 de enero de 2019, fijó la referida contribución en UNO COMA CUATRO POR CIENTO (1,4%) para las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y en CERO COMA CINCO POR MIL (0,5‰) para los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados.

La Resolución Conjunta de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO 2 de fecha 25 de marzo de 2019

estableció un cronograma progresivo que concluya con la aplicación plena de los porcentajes fijados en el Decreto N° 72/2019.

El sistema de alícuotas deberá estar sujeto a lo normado por el art. 26 de la Ley N° 20.091, es decir, deberán resultar suficientes para el cumplimiento de las obligaciones de las ART. Asimismo y según lo dispuesto por la Res. Conjunta SRT N° 3/96 y SSN N° 24.445, dicho sistema deberá ser aprobado por la SSN.

Adicionalmente, a partir del 1 de marzo de 2014, fecha de entrada en vigencia de la Res. SSN N° 38.064, las tarifas aplicadas por las ART también deberán respetar los límites máximos y mínimos para cada actividad en función al primer dígito del CIU revisión 2.

Las ART podrán modificar la tarifa una vez transcurrido un año desde la incorporación de la alícuota al contrato del empleador notificándolo en forma fehaciente con una anticipación de sesenta días. En este caso, el empleador podrá optar por continuar con la afiliación y la nueva alícuota o cambiar de ART (art. 11 de la Ley N° 26.773).

- **Base Imponible**

La base imponible a la que se aplicará la cuota variable, estará conformada por el monto total de las remuneraciones y conceptos no remunerativos que declare mensualmente el empleador mediante el Formulario de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) 931 (art. 10 de la Ley N° 26.773).

Se deberán excluir de la base de cálculo los conceptos enunciados en el art. 7 de la Ley N° 24.241 que se citan a continuación:

- *Asignaciones familiares.*
- *Indemnizaciones derivadas de la extinción del contrato de trabajo, por vacaciones no gozadas y por incapacidad permanente provocada por accidente del trabajo o enfermedad profesional.*
- *Prestaciones económicas por desempleo.*
- *Asignaciones pagadas en concepto de becas.*
- *Sumas que se abonen en concepto de gratificaciones vinculadas con el cese de la relación laboral en el importe que exceda el promedio anual de las percibidas anteriormente en forma habitual y regular.*

Esta metodología de cálculo entró en vigencia a partir del 1 de octubre de 2014

(DDJJ 09/2014) para los nuevos contratos y para las renovaciones a partir del vencimiento del año de vigencia de la tarifa.

- **Extinción del contrato de afiliación**

A) Por parte de la ART

Cuando el empleador adeude un monto equivalente a dos (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos doce (12) meses, siempre que ésta no incluya las sumas correspondientes al Sueldo Anual Complementario (SAC). En el estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del empleador y, en caso de haberse suscripto la Cláusula Decima adicional de la Póliza Digital, se deberán computar, a modo de compensación, los montos que la ART adeude al empleador en concepto de reintegros por I.L.T. presentados al cobro con la documentación completa. Asimismo, a los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ART deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el artículo 44 de la Resolución SRT N° 298/17.

Lo dispuesto precedentemente es de aplicación tanto para empleadores del Régimen General, como así también para los del Régimen Especial de Casas Particulares.

Adicionalmente, en los casos del Régimen Especial de Casas Particulares, previo a emitir una Intimación de Pago, la Aseguradora deberá verificar si el empleador mantiene personal activo en el Registro Especial del Personal de Casas Particulares, en los períodos que no registre pagos.

Por otra parte, el artículo 20 de la Res. SRT N° 46/18, establece la potestad que tienen las ART de rescindir los contratos cuyos empleadores hayan cesado su actividad.

B) Por parte del Empleador

El empleador podrá rescindir el contrato de afiliación en los siguientes casos:

- Por cambio de aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde la primera afiliación a una ASEGURADORA. En lo sucesivo, este derecho podrá ser ejercido con una periodicidad mínima anual.
- Por el cese de actividad del empleador.

- Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia.

Para los últimos dos casos mencionados se deberá constatar que el empleador haya realizado el trámite correspondiente ante la AFIP.

- **Traspaso**

El empleador se encuentra facultado a extinguir la afiliación con una ART, por cambio de Aseguradora. La fecha de finalización de los contratos motivada en una rescisión por traspaso, deberá coincidir con el último día del mes calendario.

Cuando se trate de la primera afiliación al sistema, el empleador deberá esperar 6 meses para realizar un traspaso. En el resto de los casos, un año.

Previamente a ejercer esta facultad, el empleador deberá haber tramitado el Certificado de No Objeción (CNO). Al respecto, la Aseguradora sólo podrá rechazar la emisión del Certificado mencionado, cuando el empleador solicitante presente saldo deudor, todo ello conforme lo establecido en el Anexo II de la Res. SRT 46/18.

- **Régimen permanente de contribuciones a la seguridad social para microempleadores**

Atento lo dispuesto en el Título II, Capítulo I de la Ley N° 26.940 -y su Decreto Reglamentario N° 1714/2014-son considerados microempleadores las personas de existencia visible, las sociedades de hecho, las sociedades de responsabilidad limitada y las asociaciones civiles sin fines de lucro que empleen hasta cinco trabajadores, siempre que su facturación anual no supere la suma de \$2.400.000,00.

Esa nómina máxima se elevará a siete trabajadores cuando el empleador que se encuadre en el párrafo anterior produzca un incremento en el plantel existente a la fecha de su inclusión en el presente régimen.

Asimismo, quedarán comprendidos dentro de este régimen, otros tipos societarios requeridos para desarrollar actividades específicas en los ámbitos provinciales incluidos por decisión del Comité de Seguimiento instituido por el art. 40 de la Ley N° 26.940.

El art. 20 de la Ley N° 26.940 dispuso que el monto máximo de la cuota correspondiente al régimen de riesgos del trabajo aplicable a toda la nómina de

los microempleadores deberá ser inferior al valor promedio de las cotizaciones totales a dicho régimen en los distintos sectores de actividad.

1. La ley mencionada fue reglamentada por el Decreto N°1714/2014, por lo que a partir del 01/11/2014 se tornaron vigentes para los microempleadores (ya sea que se trate de nuevos contrato o renovaciones automáticas de los contratos vigentes) los montos máximos de cuota por trabajador en función a la actividad, según el siguiente detalle:
 - a. Agricultura, caza, silvicultura y pesca; minería: 11%
 - b. Construcción; actividades no clasificadas en otra parte: 12%);
 - c. Industria manufacturera; electricidad, gas y agua; transporte, almacenaje y comunicación: 5%;
 - d. Comercio; establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios técnicos y profesionales; servicios comunales, sociales y personales: 3%.

A fin de acceder al beneficio mencionado, los empleadores encuadrados en este régimen deberán declarar en el Formulario AFIP 931, los siguientes códigos de modalidades de contratación:

301	Artículo 19 de la Ley N° 26.940. Tiempo indeterminado
302	Artículo 19 de la Ley N° 26.940. Trabajador discapacitado art. 34 L 24147. Tiempo indeterminado
303	Artículo 19 de la Ley N° 26.940. Trabajador discapacitado art. 87 L 24013. Tiempo indeterminado
304	Artículo 19 de la Ley N° 26.940. Tiempo parcial. Art. 92 ter LCT
305	Artículo 19 de la Ley N°26.940. Trabajador discapacitado art. 34 L 24147. Tiempo parcial. Art. 92 ter LCT
306	Artículo 19 de la Ley N° 26.940. Trabajador discapacitado art. 87 L 24013. Tiempo parcial. Art. 92 ter LCT

- **Régimen Especial de Casas Particulares**

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución AFIP N° 3693/2014, los empleadores del personal de casas particulares deberán ingresar mensualmente, por cada uno de los empleados, los importes que, de acuerdo con las horas semanales trabajadas y la condición de los trabajadores -activo o jubilado-, seguidamente se indican:

Por cada trabajador activo mayor de 18 años:

HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE	IMPORTE A PAGAR	IMPORTE DE CADA CONCEPTO QUE SE PAGA		CUOTA RIESGOS DEL TRABAJO
		APORTES	CONTRIBUCIONES	
Menos de 12	\$ 188,88	\$ 43,52	\$ 15,36	\$ 130
Desde 12 a menos de 16	\$ 276,36	\$ 80,64	\$ 30,72	\$ 165
16 o más	\$ 811,15	\$ 536,35	\$ 44,80	\$ 230

3.5. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART)

El sistema de riesgos del trabajo legislado por la LRT estableció un sistema de seguro colectivo, de carácter obligatorio, encomendando el otorgamiento de las prestaciones que dicho régimen determina cuando el empleador no opta por el autoseguro, a cargo de entidades de derecho privado, llamadas ART.

Las ART son entidades de derecho privado con fines de lucro, previamente autorizadas para funcionar por la SRT y por la SSN, cuyo único objeto es el otorgamiento de las prestaciones que establece la LRT, -cfr. artículo 26 LRT-.

- **Requisitos para funcionar**

El artículo 26 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo establece:

- Para funcionar como tales, las ART deben solicitar previamente al inicio de sus actividades la autorización para funcionar a la SRT y a la SSN.
- Ambas Superintendencias, actuando cada una en el ámbito específico de sus competencias, deben determinar el cumplimiento de las condiciones necesarias para autorizar el funcionamiento de las ART. Esto es, los requisitos de solvencia (que analiza la SSN) y la capacidad de gestión (que analiza la SRT).
- Las ART tendrán como único objeto el otorgamiento de las prestaciones establecidas por la LRT, en el ámbito que ellas mismas determinen (artículo 26, apartado 3, de la Ley N° 24.557).

Es decir, las propias ART deben determinar al pedir la autorización para funcionar cual será el ámbito geográfico en el que desarrollaran su actividad.

Sin perjuicio de lo establecido en la norma citada precedentemente, el apartado 4 del mismo artículo establece que las ART podrán contratar con los empleadores afiliados:

- a. El otorgamiento de las prestaciones dinerarias previstas en la legislación laboral para los casos de accidentes y enfermedades inculpables.
- b. La cobertura de las exigencias financieras derivadas de los juicios por accidentes y enfermedades del trabajo con fundamento en leyes anteriores a la LRT.
3. Cuando la ART lleve a cabo estas posibles operatorias deberá contar con una gestión económica y financiera separada de la relativa a la LRT.
 - El capital mínimo necesario para la constitución de una ART será de tres millones de pesos (\$3.000.000) que deberá integrarse al momento de la constitución.
 - Los bienes destinados a respaldar las reservas de la ART no podrán ser afectados a obligaciones distintas a las derivadas de esta ley, ni aun en caso de liquidación de la entidad. En este último caso, los bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT.
 - Las ART deberán disponer, con carácter de servicio propio o contratado de la infraestructura necesaria para proveer adecuadamente las prestaciones en especie previstas en esta ley. La contratación de estas prestaciones podrá realizarse con las obras sociales.

3.6. Las ART Mutuales

El Decreto N° 1.694/2009, en su artículo 13, instruyó al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS), a la SRT y a la SSN a adoptar las medidas necesarias, en los ámbitos de sus respectivas competencias, para impulsar la creación de entidades sin fines de lucro, de seguros mutuos, que tengan a su cargo la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT, en los términos del artículo 2 y concordantes de la Ley de Entidades de Seguros y su Control N° 20.091 y sus modificatorias y el artículo 42, inciso "a", de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, situación que a la fecha no se ha concretado.

A través del Decreto N° 1.720/2012 se reguló de manera operativa la creación, inscripción, autorización y funcionamiento de las ART Mutuales, articulando su naturaleza constitutiva y su ausencia de lucro con los necesarios recaudos que deben contemplarse para garantizar la capacidad económica y prestacional exigida a todo agente gestor de este sistema de cobertura.

Comprende a las entidades sin fines de lucro, de seguros mutuos, surgidas de la negociación colectiva, y de manera complementaria a aquellas que, por razones de solidaridad sectorial, sean promovidas de manera independiente por asociaciones profesionales de empleadores o de trabajadores con personería gremial, atendiendo al carácter que en general poseen las ART como entidades de derecho privado, sin distinción legal alguna.

En su artículo 1 el decreto estableció: ***“Las asociaciones profesionales de empleadores o grupos de empleadores y las asociaciones sindicales de trabajadores con personería gremial que celebren negociaciones colectivas al amparo de las Leyes Nros. 14.250 (t.o. 2004), 23.929 y 24.185, podrán constituir entidades Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) sin fines de lucro, en los términos del artículo 2° y concordantes de la Ley N° 20.091 y sus modificatorias, la Ley N° 20.321, el artículo 42, inciso a), de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, de conformidad con las condiciones que se establecen en el presente decreto”.***

Por otra parte, cabe resaltar que se especificó que la constitución de las ART Mutual, como entidades asociativas de seguros mutuos, tendrá como objeto exclusivo la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas según la Ley N° 20.091 y sus modificaciones y por la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, normas reglamentarias y complementarias, en los ámbitos territoriales y personales correspondientes a la negociación colectiva que les dio origen. Ello sin perjuicio de garantizar el ámbito de otorgamiento de las prestaciones en los términos del artículo 11 del Decreto N° 334/1996 y normas complementarias.

Asimismo, indicó que los representantes sectoriales podrán adherirse a la ART Mutual creada en la negociación colectiva de la actividad económica, agropecuaria, industrial o de servicios que revista carácter principal. El órgano directivo de la ART Mutual decidirá, con carácter previo, si presta su conformidad para tal incorporación. -cfr. artículo 3-.

Actualmente, se encuentra autorizada para operar en el sistema de riesgos del trabajo la ART Mutual de Petroleros, mediante la Resolución Conjunta N° 40.351/2017 y N° 376/2017, de la SSN y la SRT se autorizó a operar a la primera ART Mutual de Argentina.

3.7. Derechos y obligaciones. De las ART, de los Empleadores y de los Trabajadores

Antes de adentrarse en su descripción puntual, cabe recordar que tanto derechos como obligaciones de los empleadores de trabajadores surgen no sólo de la LRT, sino también de la Ley N° 19.587.

Para una mejor sistematización y aun cuando resulte en algún supuesto repetitivo, es recomendable segmentar la temática según quien sea el titular de los derechos y obligaciones.

- **De las ART**

La principal obligación establecida respecto de las ART es la de otorgar las prestaciones en dinero y en especie -asistencia médica integral- a los trabajadores damnificados, ante el acontecimiento de las contingencias laborales -accidentes de trabajo y enfermedades profesionales -artículos 6 a 10 de la LRT-.

Deben, además, denunciar ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo; promover la prevención, informando a esa Superintendencia acerca de los planes y programas exigidos a las empresas y mantener un registro de siniestralidad por establecimiento.

Por su parte, como correlato, los empleadores, entre otras obligaciones, deben recibir información de la ART respecto del régimen de alcúotas y de las prestaciones, así como asesoramiento en materia de prevención de riesgos. Esto incluye la denuncia a la ART y a la SRT los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos; cumplir con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento y mantener un registro de siniestralidad por establecimiento.

En cuanto a los trabajadores, deberán recibir de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas; cumplir con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento, así como con las medidas de recalificación profesional; informar al empleador los hechos que conozcan relacionados con los riesgos del trabajo; someterse a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación y denunciar ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran.

El sistema de riesgos del trabajo cuenta con la supervisión del Estado, a través de la SRT, órgano de contralor autárquico creado por la Ley N° 24.557 en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación -artículo 35.

Las obligaciones a cargo de las ART están definidas en el artículo 31 de la LRT, que reza:

1. Las ART:

- a. Denunciarán ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, incluido el Plan de Mejoramiento;
- b. Tendrán acceso a la información necesaria para cumplir con las prestaciones de la LRT;
- c. Promoverán la prevención, informando a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo acerca de los planes y programas exigidos a las empresas;
- d. Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento;
- e. Informarán a los interesados acerca de la composición de la entidad, de sus balances, de su régimen de alícuotas, y demás elementos que determine la reglamentación;
- f. No podrán fijar cuotas en violación a las normas de la LRT, ni destinar recursos a objetos distintos de los previstos por esta ley;
- g. No podrán realizar exámenes psicofísicos a los trabajadores, con carácter previo a la celebración de un contrato de afiliación).

El Decreto N° 170/1996 (B.O. 26/02/96) reglamentario del artículo 31, apartado 1 de la LRT, establece las siguientes obligaciones a cargo de las ART:

Art. 18. Las aseguradoras deberán brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica a los empleadores afiliados, en las siguientes materias:

- a. Determinación de la existencia de riesgos y sus potenciales efectos sobre la salud de los trabajadores en el o los establecimientos del ámbito del contrato.
- b. Normativa vigente en materia de higiene y seguridad en el trabajo.
- c. Selección de elementos de protección personal.
- d. Suministro de información relacionada a la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.

Art. 19. Las aseguradoras deberán realizar actividades permanentes de prevención de riesgos y control de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

A tal fin deberán:

- a. Vigilar la marcha del Plan de Mejoramiento en los lugares de trabajo, dejando

constancia de sus visitas y de las observaciones efectuadas en el formulario que a tal fin disponga la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

- b. Verificar el mantenimiento de los niveles de cumplimiento alcanzados con el Plan de Mejoramiento.
- c. Brindar capacitación a los trabajadores en técnicas de prevención de riesgos.
- d. Promover la integración de comisiones paritarias de riesgos del trabajo y colaborar en su capacitación.
- e. Informar al empleador y a los trabajadores sobre el sistema de prevención establecido en la Ley sobre Riesgos del Trabajo y el presente decreto, en particular sobre los derechos y deberes de cada una de las partes.
- f. Instruir, a los trabajadores designados por el empleador, en los sistemas de evaluación a aplicar para verificar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.
- g. Colaborar en las investigaciones y acciones de promoción de la prevención que desarrolle la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- h. Cumplir toda obligación que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

• **De los Empleadores**

El empleador -a tenor de lo establecido en la Ley N° 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo- es el responsable primario en materia del cuidado de la salud y seguridad de sus trabajadores, esto quiere decir que debe adoptar y poner en práctica las medidas adecuadas de higiene y seguridad para proteger la vida y la integridad de los trabajadores, especialmente en lo que se vincula con:

- a. la construcción, adaptación, instalación y equipamiento de los edificios y lugares de trabajo en condiciones ambientales y sanitarias adecuadas
- b. a la colocación y mantenimiento de resguardos y protectores de maquinarias y de todo género de instalaciones, con los dispositivos de higiene y seguridad que la mejor técnica aconseje;
- c. al suministro y mantenimiento de los equipos de protección personal;
- d. las operaciones y procesos de trabajo.

Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, (a los Decretos N° 351/1979, 911/1996, 617/1997 o 249/2007) son también obligaciones del empleador:

- a. disponer el examen pre- ocupacional y revisión periódica del personal, registrando sus resultados en el respectivo legajo de salud;
- b. mantener en buen estado de conservación, utilización y funcionamiento, las maquinarias, instalaciones y útiles de trabajo;
- c. instalar los equipos necesarios para la renovación del aire y eliminación de gases, vapores y demás impurezas producidas en el curso del trabajo;

- d. mantener en buen estado de conservación, uso y funcionamiento las instalaciones eléctricas y servicios de aguas potables;
- e. evitar la acumulación de desechos y residuos que constituyan un riesgo para la salud, efectuando la limpieza y desinfecciones periódicas pertinentes;
- f. eliminar, aislar o reducir los ruidos y/o vibraciones perjudiciales para la salud de los trabajadores;
- g. instalar los equipos necesarios para afrontar los riesgos en caso de incendio o cualquier otro siniestro;
- h. depositar con el resguardo consiguiente y en condiciones de seguridad las sustancias peligrosas;
- i. disponer de medios adecuados para la inmediata prestación de primeros auxilios;
- j. colocar y mantener en lugares visibles avisos o carteles que indiquen medidas de higiene y seguridad o adviertan peligrosidad en las maquinarias e instalaciones;
- k. promover la capacitación del personal en materia de higiene y seguridad en el trabajo, particularmente en lo relativo a la prevención de los riesgos específicos de las tareas asignadas;
- l. denunciar accidentes y enfermedades del trabajo.

Por otra parte, la LRT también legisla sobre las obligaciones y derechos del empleador.

Según lo establecido en su artículo 27, apartado 1, el empleador tiene la obligación de contratar una ART o autoasegurarse. Es decir, el seguro de riesgos del trabajo es un seguro de carácter obligatorio para el empleador, en la medida en que no se haya autoasegurado.

Asimismo, el artículo 31, apartado 2, de la LRT establece:

“2. Los empleadores:

- a. Recibirán información de la ART respecto del régimen de alícuotas y de las prestaciones, así como asesoramiento en materia de prevención de riesgos;
- b. Notificarán a los trabajadores acerca de la identidad de la ART a la que se encuentren afiliados;
- c. Denunciarán a la ART y a la SRT los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos;
- d. Cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento;
- e. Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento.”

Esta última norma está reglamentada en el artículo 28 del Decreto N° 170/96 de la siguiente manera:

“Art. 28.- Los empleadores estarán obligados a:

- a. Permitir el ingreso a su establecimiento, dentro de los horarios de trabajo y sin necesidad de previa notificación, del personal destacado por las aseguradoras, cuando concurra en cumplimiento de las funciones previstas en la Ley sobre Riesgos del Trabajo y en el contrato de afiliación suscripto.
- b. Suministrar a las aseguradoras la información necesaria para evaluar, desarrollar y controlar el Plan de Mejoramiento.
- c. Cumplir el programa de capacitación acordado con la aseguradora.
- d. Poner en conocimiento de los trabajadores el Plan de Mejoramiento.
- e. Brindar adecuada capacitación a los trabajadores respecto de los riesgos inherentes a sus puestos de trabajo.
- f. Cumplir con los planes acordados con las aseguradoras y con las actividades programadas para prevenir los riesgos del trabajo.
- g. Proveer a la aseguradora toda la información que requiera a los fines de la determinación de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional.
- h. Cumplir toda otra obligación que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.”

En su artículo 29, el aludido decreto establece el derecho del empleador a denunciar los incumplimientos en que incurra la ART en los siguientes términos:

En caso de omisión o incumplimiento de la aseguradora de las obligaciones previstas en la LRT, el empleador deberá intimarla fehacientemente dentro de los treinta días corridos de haberse producido el hecho. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera regularizado la situación, el empleador deberá notificar el hecho a la SRT.

• **De los trabajadores**

La Ley de Higiene y Seguridad N° 19.587 establece, en su artículo 10, las obligaciones de los trabajadores, indicándolas de manera genérica y la reglamentación se ha encargado de detallarlas según la actividad en la que desarrollen las tareas, esto es, en los Decretos N° 351/1979, 911/1996, 617/1997 y 249/2007, a saber:

- a. cumplir con las normas de higiene y seguridad y con las recomendaciones que se le formulen referentes a las obligaciones de uso, conservación y cuidado

- del equipo de protección personal y de los propios de las maquinarias, operaciones procesos de trabajo;
- b. someterse a los exámenes médicos preventivos o periódicos y cumplir con las prescripciones e indicaciones que a tal efecto se le formulen; c) cuidar los avisos y carteles que indiquen medidas de higiene y seguridad y observar sus prescripciones;
 - c. colaborar en la organización de programas de formación y educación en materia de higiene y seguridad y asistir a los cursos que se dictaren durante las horas de labor.

Por su parte, la LRT y su Decreto reglamentario N° 170/1996 regulan lo relativo a los derechos y obligaciones de los trabajadores en el artículo 31, apartado 3, estableciendo que los trabajadores:

- a. recibirán de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas;
- b. cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento, así como con las medidas de recalcificación profesional;
- c. Informaran al empleador los hechos que conozcan relacionados con los riesgos del trabajo;
- d. Se someterán a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación;
- e. Denunciarán ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran.

El Decreto N° 170/1996 reglamentario del artículo 31, apartado 3 de la LRT, establece (en su artículo 30) las siguientes obligaciones a cargo de los trabajadores:

- a. Cumplir con las normas de prevención establecidas legalmente y en los planes y programas de prevención.
- b. Asistir a los cursos de capacitación que se dicten durante las horas de trabajo.
- c. Utilizar los equipos de protección personal o colectiva y observar las medidas de protección impartidas en los cursos de capacitación.
- d. Utilizar o manipular en forma correcta y segura las sustancias, máquinas, herramientas, dispositivos y cualquier otro medio con que desarrollen su actividad laboral.
- e. Observar las indicaciones de los carteles y avisos que indiquen medidas de protección y colaborar con el empleador en el cuidado de los mismos.
- f. Colaborar en la organización de programas de formación y educación en materia de salud y seguridad.

- g. Informar al empleador de todo hecho o circunstancia riesgosa inherente a sus puestos de trabajo y al establecimiento en general.

A su vez, dicho decreto reglamentario determina en su artículo 31 la facultad de los trabajadores -o de sus representantes- para denunciar ante la ART, o ante la SRT, los incumplimientos al Plan de Mejoramiento (hoy reemplazados por los denominados "Planes de Focalización") y las violaciones a las normas de higiene y seguridad en las que incurra el empleador.

El decreto dispone que esta facultad no podrá ser ejercida mientras el empleador afiliado a una aseguradora se encuentre cumpliendo las obligaciones asumidas en el Plan de Mejoramiento, con excepción de las denuncias relativas a la existencia de riesgos graves e inminentes.

CAPÍTULO 4

De la prevención de las contingencias laborales

4.1. Prevención y reparación en el contexto histórico y normativo argentino. Las Leyes N° 19.587 y N° 24.557

- **La Ley N° 19.587**

Con anterioridad a la vigencia de la LRT, la prevención de los riesgos laborales y enfermedades profesionales estuvo siempre desvinculada de la seguridad social y su regulación normativa pasó exclusivamente por las obligaciones de los empleadores en materia de seguridad e higiene.

En este orden de ideas, el Decreto Ley N° 19.587 y sus profusas reglamentaciones establecieron reglas y procedimientos a ser cumplidos, tanto en lo general como en lo particular, en determinadas actividades específicas, bajo el control estatal a través de los poderes de policía laboral Provincial y Nacional.

En Argentina, la salud y seguridad en el trabajo cuenta, en la actualidad, con dos marcos normativos fundamentales:

- a. El de prevención (establecido en el Decreto Ley N° 19.587/1972 de Higiene y Seguridad en el Trabajo, Boletín Oficial 28/04/1972) y
- b. El de reparación (creado por la LRT, B.O. 13/09/1995). Este último también aborda aspectos de prevención de los riesgos integrando ambos un plexo normativo de compleja homogeneización.

Cabe reconocer que el Decreto Ley N° 19.587/1972 es la primera norma nacional de carácter general dictada en la materia y establece un mínimo inderogable respecto de las condiciones y medio ambiente laborales.

En su artículo 4 establece: ***“La higiene y seguridad en el trabajo comprenderá las normas técnica y medidas sanitarias, precautoria, de tutela o de cualquier otra índoles que tengan por objeto:***

Proteger la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores de los trabajadores.

Prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo.

Estimular y desarrollar una actitud positiva respecto de la prevención de los accidentes o enfermedades que puedan derivarse de la actividad laboral.”

Esta norma sentó los principios y métodos de ejecución para promover la salud y seguridad en el trabajo, a la vez que fijó los principios básicos y las bases sobre las cuales se dictarían las respectivas reglamentaciones por cada rama o actividad laboral, determinando los temas a considerar, por ejemplo: creación de servicios de higiene y seguridad y de medicina del trabajo, instrumentación gradual de un sistema de reglamentaciones generales y particulares, sectorización de los reglamentos en función de ramas de actividad, distinción de las actividades en normales, penosas, riesgosas, entre otras; instalaciones eléctricas, protección de máquinas, equipo de protección individual de los trabajadores, identificación y rotulado de sustancias nocivas, así como también las obligaciones fundamentales de los empleadores y trabajadores.

Esta ley fue reglamentada en primer término por el Decreto N° 4.160/1973, luego sustituido por el Decreto N° 351/1979 (B.O. 22/05/79), el que pese a las derogaciones parciales que ha sufrido se encuentra todavía vigente.

Como ejemplo podemos citar al Decreto N°1.338/1996 (B.O. 28/11/96) que derogó los títulos II y VIII del Anexo I del Decreto N° 351/1979, disponiendo un nuevo régimen respecto de los servicios de higiene y seguridad y de medicina del trabajo para complementar lo establecido en el artículo 5, apartado A, de la Ley N° 19.587.

En atención a las particularidades que presentan las condiciones de higiene y seguridad de algunas actividades, éstas cuentan con sus propios reglamentos, a saber: la industria de la construcción, a través del Decreto N° 911/1996; la actividad agraria, por medio del Decreto N° 617/1997 y la actividad Minera, a través del Decreto N° 249/2007.

- **La Ley N° 24.557**

En 1995, con la sanción de la Ley N° 24.557 -con vigencia a partir del 1 de julio de 1996- se implementó el sistema de riesgos del trabajo, que significó un cambio sustantivo en el ordenamiento jurídico, dado que por primera vez la prevención y cobertura de los riesgos son incorporados como un subsistema de la seguridad social y de las relaciones laborales, en tanto que su legislación antecesora (Ley N° 9.688 y sus modificatorias y la Ley N° 24.028) sólo tenían como eje la compensación económica del daño previamente ocurrido, con prescindencia absoluta de la cuestión preventiva.

Con la vigencia de la LRT, la prevención pasa a tener una mayor preponderancia resultando, el objetivo prioritario conjuntamente con la reparación de los infortunios.

En tal sentido, el artículo 1 de la LRT destaca entre los objetivos de la ley:

1. Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos laborales.
2. Promover mejoras en prevención mediante negociaciones colectivas.

En el capítulo II, dedicado exclusivamente a la "prevención de los riesgos del trabajo", se definen las obligaciones de empleadores, trabajadores y ART y, en cuanto a estas últimas, les impone la exigencia de establecer para los establecimientos o actividades consideradas "críticas" un plan de acción que contempla la evaluación periódica de los riesgos, visitas periódicas de control, definición de medidas correctivas y propuestas de capacitación para empleadores y trabajadores.

Las siguientes mandas de la LRT regulan la temática preventiva y, particularmente, las obligaciones de los actores sociales y gubernamentales involucrados:

- Artículo 4, apartado 1: Los empleadores y los trabajadores comprendidos en el ámbito de la LRT, así como las ART, están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.

Dichas partes deberán asumir compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo. Estos compromisos podrán adoptarse en forma unilateral, formar parte de la negociación colectiva, o incluirse dentro del contrato entre la ART y el empleador.

- El Apartado 2: Las ART deberán establecer exclusivamente para cada una de las empresas o establecimientos considerados críticos, de conformidad a lo que determine la autoridad de aplicación, un plan de acción que contemple el cumplimiento de las siguientes medidas:
- La evaluación periódica de los riesgos existentes y su evolución.
- Visitas periódicas de control de cumplimiento de las normas de prevención de riesgos del trabajo y del plan de acción elaborado en cumplimiento de este artículo.
- Definición de las medidas correctivas que deberán ejecutar las empresas para reducir los riesgos identificados y la siniestralidad registrada.
- Una propuesta de capacitación para el empleador y los trabajadores en materia de prevención de riesgos del trabajo.
- El Apartado 4 del mismo artículo prevé: La ART controlará la ejecución del Plan de Acción y estará obligada a denunciar los incumplimientos a la SRT.
- Artículo 5, Apartado 1: Si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se hubiere producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, éste deberá pagar al Fondo de Garantía, instituido por el artículo 33 de la presente ley, una suma de dinero cuya cuantía se graduará en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo será de \$30.000.
- Artículo 31, Apartado 1, inciso "a" dispone: Las ART denunciarán ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, incluido el Plan de Mejoramiento.

Apartado 1, inciso "c" expresa: Las ART promoverán la prevención, informando a la SRT acerca de los planes y programas exigidos a las empresas.

Apartado 2, inciso "a" del artículo 31 establece: EMPLEADORES:

Los empleadores recibirán información de la ART respecto del régimen de alícuotas y de las prestaciones, así como asesoramiento en materia de prevención de riesgos.

Apartado 3, inciso "a", TRABAJADORES:

Los trabajadores recibirán de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas.

En definitiva, todos los actores del sistema de la LRT cumplen roles fundamentales y poseen obligaciones a cargo en materia de Prevención de Riesgos: Por otra parte, la SRT tiene entre sus funciones asignadas la de controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo (cfr. art. 36 punto 1.a LRT).

Atento la naturaleza federal de nuestro Estado Nacional, las provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) ejercen per se el poder de policía del trabajo en sus jurisdicciones. Esto implica que deben:

- Sancionar a los empleadores por acciones u omisiones que violan las leyes y reglamentos del trabajo, salud, higiene y seguridad en el trabajo, así como de las cláusulas normativas de los convenios colectivos.
- Promover la mejora de la calidad del empleo, de las condiciones de trabajo y de vida de los asalariados, y aumentar la proporción de trabajadores registrados contribuyendo a reducir la exclusión social.
- Diseñar e implementar políticas, planes, programas y acciones destinados a la erradicación del trabajo infantil, a la incorporación de la mujer al trabajo en igualdad de oportunidades y de trato con los varones y la inserción laboral y el mejoramiento del empleo de las personas discapacitadas.

La SRT brinda el apoyo necesario a las administraciones provinciales del trabajo para el adecuado cumplimiento de esas funciones, como se tratará con mayor detalle en el Capítulo IX.

- **La necesidad de una ley nacional de prevención de la siniestralidad laboral**

Como fuera expresado, la LRT, al constituir un sistema propio de la seguridad social, genera un profundo avance, al priorizar la prevención por sobre la reparación de los accidentes y enfermedades profesionales, pero destina casi la totalidad de su articulado a regular cuestiones atinentes a la reparación, asumiendo que con la incorporación de la temática y la vigencia de la ley de seguridad e higiene resultaría suficiente para lograr los objetivos pretendidos.

Si bien ha sido marcado el descenso de la siniestralidad durante las dos décadas de existencia de la LRT, lejos estamos de alcanzar los estándares de salud y seguridad laboral compatibles con las mandas de los tratados internacionales a los que nuestro país ha adherido y que por ende revisten rango supralegal.

Esta es la razón por la cual la Ley N° 27.348, en su artículo 19, impuso a la SRT la obligación de presentar al CCP un anteproyecto de ley de prevención, que tuviese como objetivo principal garantizar la adopción de las mejores prácticas que aseguren el derecho de todo trabajador a contar con condiciones y medio ambiente de labor seguras y saludables, acordes con las mejores experiencias y principios generales recogidos en la normativa nacional e internacional de la materia, ajustándose en forma específica a la que para cada actividad se establezca en los respectivos convenios colectivos de trabajo.

4.2. Normativa Internacional ratificada por el Estado Argentino

Corresponde en esta instancia, indicar unas breves referencias a la normativa internacional en la materia ratificada por nuestro país conforme a la enunciación efectuada por la OIT:

A) Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (N°155) y su Protocolo de 2002

Este convenio prevé la adopción de una política nacional coherente sobre seguridad y salud en el trabajo, y acciones de los gobiernos y dentro de las empresas, para promover la seguridad y la salud en el trabajo, y mejorar las condiciones de trabajo. Esta política deberá ser desarrollada tomando en consideración las condiciones y las prácticas nacionales. El Protocolo exige el establecimiento y la revisión periódica de los requisitos y procedimientos para el registro y la notificación de los accidentes y las enfermedades en el trabajo, así como la publicación de las estadísticas anuales conexas.

B) Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (N° 187)

Este convenio tiene por objeto promover una cultura de prevención en materia de seguridad y salud con vistas al logro progresivo de un medio de trabajo seguro y saludable.

Exige que los Estados ratificantes desarrollen, en consulta con las organizaciones de empleadores y trabajadores más representativas, las políticas, los sistemas y los programas nacionales de seguridad y salud en el trabajo.

La política nacional debe elaborarse conforme a los principios establecidos en el artículo 4 del Convenio número 155 sobre la seguridad y salud de los trabajadores, 1951.

A su vez, los sistemas y programas nacionales deben ser concebidos teniendo en cuenta los principios contemplados en los instrumentos pertinentes de la OIT, cuya lista figura en el anexo de la Recomendación número 197 sobre el marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo, 2006.

Los sistemas nacionales deben suministrar la infraestructura necesaria para la implementación de políticas y programas nacionales de seguridad y salud en el trabajo, lo cual incluye la legislación, las autoridades o los órganos adecuados, los mecanismos de control, tales como sistemas de inspección y acuerdos a nivel de la empresa.

Los programas nacionales deben incluir medidas de promoción de la seguridad y la salud en el trabajo con plazos vinculantes que permitan evaluar los progresos logrados.

- **Aprobación y Ratificación**

La República Argentina aprobó ambos convenios que resultan ser los más relevantes en la materia.

A través de la Ley N° 26.693: el Convenio 155 de la OIT, relativo a la seguridad y salud de los trabajadores y su Protocolo de 2002. (Boletín Oficial 26/08/2011)

Y por la Ley N° 26.694: el Convenio 187 de la OIT, relativo al marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo. (B.O 26/08/2011)

Dichos convenios y el protocolo fueron ratificados el 13 de enero de 2014.

A su vez, ratificó los siguientes Convenios de OIT en materia de salud y seguridad en el trabajo:

- sobre la cerusa (pintura), 1921 (N°13)
- sobre el trabajo subterráneo (mujeres), 1935 (N°45)
- sobre la protección contra las radiaciones, 1960 (N°115)
- sobre el cáncer profesional, 1974 (N°139)
- sobre la seguridad y la salud en la agricultura, 2001 (N°184)
- sobre la seguridad y la salud de los trabajadores, 1981 (N°151)

- sobre el marco promocional de la seguridad y salud en el trabajo, 2007 (N°187)
 - sobre la edad mínima, 1973 (N°138)
 - sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación, 1999 (N°182)
 - sobre el Trabajo Marítimo, 2006
 - sobre el trabajo en el sector pesquero, 2007 (N°188)
 - sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (N°189).
- **La II Estrategia Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo 2015-2019 (II EASST)**

Impulsando estrategias de mejora continua de la salud y seguridad en el trabajo, el 6 de mayo de 2015 se firmó la "II Estrategia Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo 2015 - 2019" y su "Plan de Acción", la cual además de ser suscripta por los titulares de las organizaciones sindicales y empresariales, las autoridades del MTEySS y la SRT, fue rubricada por los secretarios generales de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) -Convenio MTEySS N° 46/2015-.

Son objetivos de la II EASST:

1. Reducir la accidentabilidad laboral a través de la prevención de los riesgos.
2. Continuar potenciando el desarrollo de la cultura preventiva.
3. Incrementar la cobertura del sistema de riesgos del trabajo.
4. Avanzar en las encuestas de condiciones de trabajo y salud.
5. Fortalecer los sistemas de información y registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
6. Favorecer la participación de los agentes sociales.
7. Garantizar estructura suficiente de fiscalización.
8. Regular y controlar los aspectos de salud y seguridad en el trabajo en las relaciones de subcontratación.
9. Desarrollar la vigilancia preventiva de la salud de los trabajadores.
10. Maximizar el uso de herramientas digitales para optimizar el diagnóstico, la planificación y el control.
11. Avanzar en el desarrollo normativo.
12. Promover un enfoque de salud integral de los trabajadores.
13. Mejorar las prestaciones médicas y la gestión ante Comisiones Médicas.
14. Propender a la disminución de la litigiosidad.
15. Progresar en el fortalecimiento institucional.

- **La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el “Programa Argentina 2030: Pensando nuestro Futuro”**

La estrategia expuesta precedentemente se alinearán con las agendas de largo plazo establecidas en los instrumentos siguientes:

- La “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” de Naciones Unidas, suscripta por Argentina, cuyo objetivo de desarrollo sostenible N° 8 es “Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos” y su meta 8.8 es “Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y protegido para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios”.
- El Decreto N° 712/2016, que crea en el ámbito de la Secretaría de Coordinación Interministerial de la Jefatura de Gabinete de Ministros el “Programa Argentina 2030: Pensando nuestro futuro”, cuyo objetivo es delinear una visión de la Argentina a largo plazo, contribuyendo a orientar la estrategia y articular la programación de las políticas públicas.

4.3. Anteproyecto de Ley de Prevención de Riesgos Laborales

En cumplimiento de lo establecido por el artículo 19 de la Ley N° 27.348, Complementaria de la LRT, la SRT presentó a consideración del CCP de la LRT, en mayo de 2017, un anteproyecto de Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Para su elaboración, se tomaron en consideración los principios sentados por la Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo N° 19.587 y la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557 que, con las sucesivas reformas, resultan hoy las herramientas medulares del sistema de prevención de los riesgos del trabajo.

Dicho anteproyecto de ley debe garantizar el derecho de todo trabajador a contar con condiciones y con un medio ambiente de trabajo seguros y saludables, acordes con las mejores prácticas y los principios generales de la normativa nacional e internacional de la materia, ajustándose en forma específica a cada actividad a través de los convenios colectivos de trabajo.

Para lograr ese propósito, el anteproyecto considera la prevención como eje rector, en el que el hombre es el bien superior al que debe tutelarse, preservando

su salud e integridad física frente al avance y desarrollo tecnológico y los riesgos específicos derivados del trabajo.

Por otra parte, recepta las directrices emanadas de los instrumentos internacionales suscriptos por la República Argentina y la normativa internacional vinculada con la seguridad y la salud en el trabajo de la OIT.

En este sentido, se enriquece el contenido del texto legal al incorporar las prescripciones de los Convenios OIT, en particular: el de seguridad y salud de los trabajadores de 1981 (número 155), ratificado el 13 de enero de 2014, y el Convenio OIT sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo de 2006 (número 187), ratificado el 13 de enero de 2014, como así también otros instrumentos de derecho público internacional que revisten trascendencia en términos similares.

A fin de lograr una efectiva disminución de la siniestralidad laboral, se insta la difusión y la capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo en todos los niveles de enseñanza con la intervención conjunta del MTEySS y el Ministerio de Educación de la Nación, como así también, a través de los medios de comunicación masiva, los colegios y asociaciones de profesionales, entre otros. El anteproyecto consta de ocho capítulos.

En el Capítulo I se determina el ámbito de aplicación y los objetivos de la regulación contenida en el texto legal proyectado.

En el Capítulo II obran las normas destinadas a definir los principios básicos, el objeto y la implementación del marco promocional en materia de salud y seguridad laboral y contempla, además, la implementación a través de un sistema y un programa nacional de salud y seguridad en el trabajo.

En el Capítulo III se establecen los derechos y las obligaciones de empleadores, trabajadores, ART, EA, ART mutuales y autoasegurados públicos provinciales.

En los Capítulos IV y V se desarrolla lo concerniente a la gestión de la prevención, se establecen sus responsables y los servicios de salud y seguridad en el trabajo.

El Capítulo VI promueve la difusión y la capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo en todos los niveles de enseñanza con la intervención conjunta del MTEySS y el Ministerio de Educación de la Nación, como así también, a través de los medios de comunicación masiva, los colegios y asociaciones de profesionales, entre otros.

En el Capítulo VII se dispone que el MTEySS tendrá a su cargo el control de las políticas en materia de salud y seguridad en el trabajo y la SRT será la autoridad de aplicación en prevención sobre la salud y seguridad laboral con facultad de dictar o modificar las normas que sean necesarias para asegurar una adecuada prevención de los riesgos del trabajo. Asimismo, se dispone que el CCP de la LRT será el ámbito de debate, consenso y armonización en lo referente a la Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo reglados por la presente ley.

Finalmente, el Capítulo VIII contiene disposiciones referidas a la vigencia de la ley.

A la fecha de redacción de esta obra, el CCP de la LRT ha culminado la tarea de elaboración del anteproyecto de Ley de Prevención de Riesgos Laborales, fruto del consenso tripartito de los representantes de los sectores.

Con posterioridad, la SRT recibió un informe de opinión que había solicitado a la OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO de la OIT en el que el organismo internacional sugirió la conveniencia de que se conozca -con anterioridad a la vigencia de la ley- qué normativa reglamentaria seguirá aplicándose y cuál deberá ser revisada en función de la compatibilidad con la nueva ley de prevención, para evitar cualquier vacío normativo o interpretaciones equívocas. Por tal motivo, el CCP se avocó al estudio de un proyecto de reglamentación de la futura ley, encarado por la SRT, que comprende el relevamiento normativo de las reglamentaciones de la Ley de Higiene y Seguridad N° 19.587 (1972) actualmente vigente.

El CCP aprobó -con consenso pleno de sus integrantes- el proyecto de decreto reglamentario en el que se mantiene la plena vigencia y ultra-actividad de todas las normas reglamentarias de la ley N° 19.587 que resultan compatibles con el texto de la nueva ley de prevención. Ello, a fin de asegurar la inmediata publicación de la ley, la mayor efectividad y operatividad de la norma.

Se estimando que a la mayor brevedad el anteproyecto sea remitido a la consideración del Honorable Congreso de la Nación.

CAPÍTULO 5

De la cobertura de los riesgos del trabajo

5.1. Contingencias alcanzadas por la cobertura

Contingencias

Los modernos procesos tecnológicos aplicados a la producción fueron y son factor principal de prosperidad. En contraposición a los beneficios que trae consigo, el progreso tiene su fase negativa en las consecuencias dañosas que origina, no deseadas por nadie, pero que ocurren con relativa frecuencia.

El sector de los trabajadores ocupados en las actividades económicas es particularmente vulnerable a los riesgos y daños laborales. Hoy nadie pone en tela de juicio que los trabajadores deben ser protegidos de la exposición a los riesgos y las consecuencias dañosas en las actividades que desempeña, no deseadas por ellos ni por sus empleadores.

La LRT, en su Capítulo III, regula las "contingencias y situaciones". En los Capítulos IV y V se hace referencia a las prestaciones que cubren a los trabajadores en caso de concretarse los infortunios.

Los términos "contingencias y situaciones" denotan los hechos dañosos probables y los actuales -accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales-, los que en su caso son cubiertos o amparados por medio de prestaciones dinerarias y en especie. Vale decir: no se trata de la reparación mediante meras indemnizaciones de compensación económica.

En cuanto a la connotación y alcances de cada contingencia, la LRT recepta la normativa supraconstitucional propia de los convenios OIT ratificados por nuestro país.

En este orden de ideas, cabe reseñar que la Conferencia General de la OIT aprobó, en 1952, el Convenio N° 102 "Norma Mínima de la Seguridad Social en el Trabajo", ratificado por la Ley N° 26.678 de 2011, que exige la cobertura de las necesidades y contingencias dañosas de la Invalidez, Vejez y Muerte (o supervivencia), de la Salud (Asistencia Sanitaria y Prestaciones económicas) de la Maternidad, de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, del Desempleo, y de las Prestaciones Familiares.

El convenio establece, para cada uno de los sectores indicados, estándares mínimos de prestaciones y principios del desarrollo sostenible, que los Estados adherentes deben implementar, y que permanecen como meta a alcanzar progresivamente cualquiera sea el sistema de seguridad social que adopten cada uno de los países adherentes.

El citado Protocolo del Convenio de la Organización Internacional del Trabajo N° 155, en su artículo 1 (I DEFINICIONES), delimita los alcances de cada uno de los términos involucrados en el tratamiento que desde el derecho a la seguridad social se otorga a las situaciones y contingencias cubiertas:

- "(a) el término "accidente del trabajo" designa los accidentes ocurridos en el curso del trabajo o en relación con el trabajo que causen lesiones mortales o no mortales;
- "(b) el término "enfermedad profesional" designa toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral;
- "(c) el término "suceso peligroso" designa los sucesos fácilmente reconocibles, según su definición en la legislación nacional, que podrían causar lesiones o enfermedades a las personas en su trabajo o al público en general;
- "(d) el término "accidente de trayecto" designa los accidentes que causen la muerte o produzcan lesiones corporales y ocurran en el recorrido directo entre el lugar de trabajo y:
 - "(i) la residencia principal o secundaria del trabajador;
 - "(ii) el lugar en el que el trabajador suele tomar sus comidas; o
 - "(iii) el lugar en el que el trabajador suele cobrar su remuneración".

5.2. Accidente de trabajo

Antecedentes

En el Congreso Nacional, a principios del siglo XX, se registraron sustanciales debates sobre los infortunios laborales y la necesidad de compensar al trabajador damnificado.

La tradición legislativa argentina en materia de accidentes laborales dio preeminencia a un concepto amplio apto para la extensión jurisprudencial de la relación causal del agente con el hecho dañoso.

La definición del concepto de accidente de trabajo fue debatida desde principios del siglo XX con motivo del tratamiento de los anteproyectos de ley en la Cámara de Diputados de la Nación, años antes de la sanción de la Ley de Accidentes de Trabajo N° 9.688, en octubre de 1915.

El criterio amplio de Nicolás Repetto propugnó definir el accidente con los rasgos esenciales del acontecer dañoso *“con motivo o en el ejercicio del trabajo”*, mientras Arturo Bas representó la postura restrictiva situando el siniestro *“... en el lugar del trabajo y durante la duración de las horas de trabajo”*.

Si bien el anteproyecto adoptó la formulación conceptual restringida, unos años más tarde, con la Ley N° 9.688 prevaleció el criterio amplio, según surge de su artículo 2°:

“A los efectos de la ley 9.688, se considera accidente del trabajo todo hecho que, en la ejecución del trabajo o en ocasión y por consecuencia del mismo, produzca lesiones corporales, mediatas o inmediatas, aparentes o no aparentes, superficiales o profundas. Se considera igualmente accidente del trabajo los hechos constituidos por caso fortuito o por fuerza mayor inherente al trabajo que produzcan las mismas lesiones.”

El Decreto s/n del 14 de enero de 1916, reglamentó la aplicación de la Ley N° 9.688 en Capital Federal y territorios nacionales, reiterando el accidente referido al hecho dañoso ocurrido *“en la ejecución del trabajo o en ocasión y por consecuencia del mismo”* o *“por caso fortuito o por fuerza mayor inherente al trabajo”*.

El accidente de trabajo en la LRT

La LRT, en el inciso 1 del artículo 6° indica las notas esenciales de la contingencia (en la transcripción se resaltan en negrita):

*“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 (...)**”*

En la categoría *“accidente de trabajo”*, la relación causal permite distinguir dos tipos de accidentes, definidos según el modo cómo la contingencia se

relaciones causalmente que el trabajo, según el accidente ocurra “*por el hecho o en ocasión del trabajo*” o según ocurra “*en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo*”.

5.3. Enfermedad profesional

Antecedentes

El anterior régimen indemnizatorio de los infortunios laborales se basaba en un listado cuyo contenido fue abierto por la jurisprudencia receptada por la reglamentación y arreciaron desde los años 30 los reclamos por daños laborales al abrigo de la doctrina de las “enfermedades accidentes”.

Esta posición doctrinaria, a semejanza de lo que ocurre en materia de accidentes *in itinere*, propugna la responsabilidad objetiva del empleador más allá de una causalidad inmediata o directa del hecho dañoso con la actividad productiva, mediante una extensión interpretativa que ha ampliado el espectro de las contingencias cubiertas.

Como infortunio laboral debían cubrirse las enfermedades existentes no relacionadas inmediatamente con el trabajo, pero como proceso patológico subyacente el trabajo la exterioriza o agrava en tanto concausal mediata concurrente al daño.

La doctrina fue denominada “indiferencia de la concausa” pues consideró irrelevante el grado en que el trabajo acelera o despierta la enfermedad congénito o adquirido preexistente a la relación laboral.

Estas “enfermedades accidentes” fueron admitidas ampliamente por la jurisprudencia y motivaron, durante la vigencia de la Ley N° 9.688 y modificatorias, un notable incremento de litigios ante la justicia laboral, alegando enfermedades no incluidas en los listados legales, con un alto costo para los empleadores que en su mayoría no optaban por contratar un seguro de responsabilidad y un incremento en las alícuotas para quienes habían ejercido dicha opción.

Aunque los efectos antedichos fueran semejantes a los de la admisión de los accidentes *in itinere* de creación pretoriana, a diferencia de éstos las “enfermedades accidentes” no tuvieron nunca recepción legal, antes al contrario se trató de aventar la posibilidad de su alegación por resultar extrañas al sistema especial de responsabilidad.

La Ley N° 24.028, derogatoria de la Ley N° 9.688, al modificar el criterio del listado para delimitar las enfermedades profesionales, en su artículo 2, tercer párrafo, intentó excluir la viabilidad de reclamar por "enfermedad accidente", al disponer que:

"...en caso de concurrencia de factores causales atribuibles al trabajador y factores causales atribuibles al trabajo, sólo se indemnizará la incidencia de estos últimos".

Lo transcripto resalta la causalidad directa con la actividad de que se trata, problemática que plantean los accidentes laborales, y que ante la ausencia de remisión a un listado preestablecido resulta necesaria para admitir una enfermedad profesional.

La enfermedad profesional en la LRT

Caracterización

De acuerdo con el Protocolo de 2002 del Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981, de la OIT, la expresión «enfermedad profesional» designa toda dolencia contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral.

El reconocimiento de una enfermedad como profesional es un ejemplo concreto de toma de decisión en materia de medicina clínica o de epidemiología clínica aplicada. Decidir sobre el origen de una enfermedad no es una «ciencia exacta», sino una cuestión de criterio basada en un examen crítico de todas las evidencias disponibles.

Entre los factores que determinan las enfermedades profesionales tenemos:

- **Variabilidad biológica:** en relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral no todos enferman, y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad. La variabilidad biológica es un factor de gran importancia en la génesis de las enfermedades profesionales y aunque algunos de los mecanismos que explican las diferencias de susceptibilidad están siendo dilucidados, estas diferencias son significativas en situaciones de exposición de baja o mediana intensidad, ya que en casos de sobreexposición, todos enferman.
- **Multicausalidad:** una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extra laborales que actúan al mismo tiempo y que

contribuyen a su desencadenamiento. Discriminarlos exige la identificación precisa de cada uno de ellos.

- **Inespecificidad clínica:** la mayoría de las enfermedades profesionales no tienen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado. Ej.: un cáncer pulmonar causado por cromo no se diferencia de un cáncer pulmonar por tabaquismo.
- **Condiciones de exposición:** un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vía de ingresos al organismo.

Por estas razones, el reconocimiento del carácter profesional de una enfermedad es un proceso de varias etapas. Una corresponde al conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo; otra, al conocimiento clínico-biológico y una más al marco legislativo y médico-legal, que permite establecer las diferencias entre las enfermedades profesionales y comunes.

Para atribuir el carácter profesional a una enfermedad es necesario tomar en cuenta algunos elementos básicos que permiten diferenciarlas de las enfermedades comunes:

- **Agente:** debe existir un agente en el ambiente de trabajo que, por sus propiedades, puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo.
- **Exposición:** hay que demostrar que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz provocar un daño a la salud. Cuantos mayores sean los efectos de la exposición en la frecuencia o el desarrollo de una enfermedad, mayores serán las probabilidades de que exista una relación causal entre la exposición y ese desarrollo o frecuencia.
- **Enfermedad:** debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos, anatómo-patológicos y terapéuticos, o un daño al organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes. Por regla general, los síntomas no son lo suficientemente característicos para permitir el diagnóstico de una enfermedad profesional si no se conocen los cambios patológicos provocados por los factores físicos, químicos, biológicos o de otro tipo a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio de una ocupación.

Por lo tanto, es normal que cuanto mejor se conozcan los mecanismos de acción de los factores mencionados, el aumento constante del número de sustancias utilizadas, y las características y variedad de los agentes de los que se sospecha, más fácil resultará hacer un diagnóstico preciso y ampliar la lista reconocida de enfermedades de origen profesional.

No obstante, la exposición a un factor de riesgo específico se traduce en un patrón claramente definido de la enfermedad o las enfermedades, volviendo al ejemplo dado anteriormente, el cromo producirá cáncer de pulmón y no de otro órgano.

- **Relación de Causalidad:** deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una asociación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas más arriba.

La relación causal se establece sobre la base de: datos clínicos y patológicos; información básica sobre la ocupación y un análisis del empleo; identificación y evaluación de los factores de riesgo de la ocupación considerada.

La conjunción de estos cuatro elementos permite distinguir cuando una enfermedad es o no profesional y establecer las listas de las que serán reconocidas como tales y las condiciones de su reconocimiento. Al considerar estos elementos se puede poner en claro cuáles son las condiciones de generación de las enfermedades profesionales y en consecuencia cómo se pueden evitar.

El otorgamiento de beneficios especiales a los trabajadores portadores de una enfermedad profesional, precede, en la historia de la seguridad social, a cualquier otro beneficio por enfermedad.

En la visión actual hay un cambio significativo y trascendente del enfoque médico-legal de la enfermedad profesional. Hoy en día el derecho que hay que resguardar es el de la preservación de la salud de cada uno y todos los ciudadanos, incluyendo específicamente a los trabajadores en relación a las condiciones y medio ambiente de trabajo.

En el concepto clásico, el bien protegido es la capacidad de ganancia, que incluso en algunos casos se asocia a la capacidad física de trabajo, y por ello las leyes que tradicionalmente ordenan el reconocimiento de las enfermedades profesionales son esencialmente compensatorias.

Sin embargo con el tiempo el reconocimiento de las enfermedades profesionales se convirtió en un indicador de condiciones de trabajo que debían ser modificadas para evitarlas, es decir además de generar derechos a compensación se convirtió en una herramienta de la prevención.

Al convertirse también en un indicador de condiciones nocivas, que deben ser modificadas, se genera la necesidad de asociar la prevención con el diagnóstico precoz de la enfermedad profesional, es decir con la capacidad de identificar los estados pre-clínicos de la enfermedad o aquellas alteraciones del organismo que van a llevar a ella.

Nace con ello el concepto de daño a la salud, lo que implica la existencia de modificaciones bioquímicas, fisiológicas o anatómicas que constituyen fases previas a la enfermedad y que pueden ser reversibles, con tratamientos adecuados o el cese de la exposición al agente causal del daño detectado o cuya progresión puede ser detenida con el cese de la exposición.

En general estas modificaciones no son percibidas por quienes las experimentan y no constituyen síntomas, sino que deben ser buscadas con métodos diagnósticos orientados a su pesquisa.

El concepto moderno de enfermedad profesional es integral porque incluye el daño a la salud que, sin constituir una enfermedad establecida y percibida por el que lo sufre, es condición suficiente para otorgar cobertura al bien protegido, que es la salud del trabajador. Es decir, no sólo la compensación a posteriori, cuando se trata de la pérdida de capacidad física o de ganancia por una enfermedad constituida y en fase irreversible.

La introducción, en la legislación sobre enfermedades profesionales, de la noción de daño previo a la enfermedad estimula la prevención, porque implica una acción que la mayoría de las veces corresponde a la empresa directamente implicada y no sólo al organismo asegurador, que en la práctica sólo puede actuar post declaración de la enfermedad.

Ello obliga a implementar programas de vigilancia de la salud, identificando los agentes y factores de riesgo, la población expuesta a ellos, la intensidad de la exposición y los indicadores que se utilizarán para la pesquisa precoz del daño, en los cuales concurren diferentes disciplinas como la higiene y seguridad del trabajo, la medicina del trabajo, la ingeniería industrial, la psicología y psiquiatría, entre otras, insertas en un marco institucional que posibilite el desarrollo de los mismos.

Enfermedades listadas y excluidas

La LRT establecía originalmente, en el artículo 6 del CAPÍTULO III, CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS, que *“...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.*

Años más tarde, en virtud de lo dispuesto en el art. 2º del Decreto N° 1278/2000, B.O. 03/01/2001, se modificó el artículo 6 original, incorporando el siguiente agregado:

“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. En ningún caso se reconocerá el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata o mediata previsible de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador tales como la predisposición o labilidad a contraer determinada dolencia”.

El art. 40 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, también establece que las modificaciones del listado de Enfermedades Profesionales deben ser efectuadas con intervención del CCP, previo dictamen de la Comisión Médica central.

Por su parte, el Decreto N° 1167/2003, introduce la primera modificación al listado de enfermedades profesionales, incluyendo los agentes **Hantavirus** y **Trypanosoma Cruzi** (protozoo que causa la enfermedad de Chagas).

Posteriormente, en el año 2012, el CCP, integrado por representantes de las organizaciones de trabajadores y empleadores, se pronunció de forma unánime respecto de la inclusión de los siguientes agentes al listado de enfermedades profesionales: **aumento de la presión intraabdominal; aumento de la presión venosa en miembros inferiores; carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral lumbosacra.**

Esto dio lugar a la sanción del Decreto N° 49/2014, que modificó por segunda vez el listado de enfermedades profesionales incluyendo los mencionados riesgos.

A esta altura, corresponde afirmar que el sistema de riesgos del trabajo adopta un modelo mixto en relación a las enfermedades profesionales: si bien establece una

lista de enfermedades específicas, habilita alternativas para la incorporación de otras. A la vez, faculta a la Comisión Médica Central a definir, en casos concretos, la naturaleza profesional de la patología, con las condiciones y limitaciones que la misma ley impone.

Procedimiento a instancia de parte

La normativa dispone que cuando se invoque la existencia de una enfermedad profesional y la aseguradora considere que la misma no se encuentra prevista en el listado de enfermedades profesionales, deberá sustanciarse un procedimiento donde el trabajador presentará una petición fundada, ante la comisión médica jurisdiccional, orientada a demostrar la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades con eficiencia causal directa respecto de su dolencia.

La petición fundada, a los efectos de establecer la relación causal, deberá contener datos clínicos y patológicos; información básica sobre la ocupación y un análisis del empleo; identificación y evaluación de los factores de riesgo de la ocupación considerada, y el papel que desempeñan otros factores de riesgo.

Si la comisión médica jurisdiccional entendiese que la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos en la normativa lo comunicará a la ART, la que, desde esa oportunidad y hasta tanto se resuelva en definitiva la situación del trabajador, estará obligada a brindar todas las prestaciones contempladas en la presente ley.

En tal caso, la comisión médica jurisdiccional deberá requerir de inmediato la intervención de la Comisión Médica Central para que convalide o rectifique dicha opinión.

Si el pronunciamiento de la Comisión Médica Central no convalidase la opinión de la comisión médica jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo.

Si la Comisión Médica Central convalidara el pronunciamiento deberá, en su caso, establecer simultáneamente el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado, a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondieren.

La decisión de la Comisión Médica Central es de alcance circunscripto al caso individual resuelto y no importará la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente.

Los dictámenes de la comisión médica Jurisdiccional que no reconozca el carácter profesional de una enfermedad no listada, son recurribles únicamente ante la Comisión Médica Central ⁴³.

5.4. Accidente *in itinere*

La responsabilidad del empleador objetivamente fundada en la teoría del "riesgo creado" pronto se extendió a tipos distintos de accidente laboral.

El texto original de la Ley N° 9.688, que refería a los accidentes ocurridos "con motivo y en ejercicio de la ocupación", fue reformado por la Ley N° 12.631 por accidentes que ocurriesen "por el hecho o en ocasión del trabajo", lo cual ensanchó la vía hacia una interpretación extensiva al accidente fuera del establecimiento laboral.

La Cámara del Trabajo, con fundamento en la nueva fórmula, pudo consagrar el hasta entonces controvertido "accidente *in itinere*". Así, el Acuerdo Plenario N° 21 dictado en el caso "Guardia, Rogelio c. La Inmobiliaria Cía. de seguros" del 09 11 53 (LL, 72-507), declaró:

"Constituyen accidentes del trabajo indemnizables, conforme con el art. 1º de la ley 9688, los denominados 'in itinere', o sea los que puede sufrir el obrero en el trayecto del lugar de prestación de sus tareas hasta su domicilio o viceversa".

Para unificar la jurisprudencia en todo el país concorde con el referido Plenario, durante el régimen indemnizatorio anterior Ley N° 15.488 incluyó al accidente *in itinere* dentro del amparo del régimen indemnizatorio especial de la Ley N° 9.688.

El accidente *in itinere* en la LRT

El artículo 6 de la LRT, en su inciso 1, define el accidente de trabajo:

"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 (...)"

El artículo 6 confiere relevancia al trayecto:

43. Bibliografía: Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Am Fam Physician. *Recognizing occupational disease-taking an effective occupational history*. 199; 58 (4): 935-44; MERLOD/2009/4 OIT Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales.

“El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

El trayecto refiere a la ruta usual y habitual hacia y desde el trabajo, según el domicilio de residencia denunciado al empleador y que éste haya comunicado a la ART.

Ello conlleva el análisis de situaciones fácticas de evidente casuismo que deben ser tenidas en consideración al tiempo de reconocer la contingencia.

También debe prestarse especial consideración la necesidad de evitar fraudes y simulaciones dolosas en perjuicio del sistema, sin que este accionar afecte el reconocimiento oportuno de todos los casos donde el trabajador reclama legítimamente su prestación.

Un aspecto sustancial que debe ser tenido en cuenta es que, en razón de la particular naturaleza del accidente *in itinere*, es muy poco lo que puede hacer el sistema de riesgos del trabajo para evitar su ocurrencia.

Ello conlleva a un crecimiento sostenido de esta tipología mientras la siniestralidad en los establecimientos y lugares de trabajo disminuye en función de las acciones preventivas.

Teniendo en cuenta estas particularidades es que la Ley N° 26.773, en su artículo 3°, establece una diferencia entre las compensaciones por accidente de trabajo y el accidente *in itinere*.

“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) percibirá junto a las indemnizaciones dinerarias previstas en este régimen, una indemnización adicional de pago único en compensación por cualquier otro daño no reparado por las fórmulas allí previstas, equivalente al veinte por ciento de esa suma”.

“En caso de muerte o incapacidad total, esta indemnización adicional nunca será inferior a pesos setenta mil”.

Sin perjuicio de algunas alegaciones de inconstitucionalidad invocando supuestas violaciones al principio de igualdad ante la ley, la mayoría de la

doctrina y jurisprudencia se ha inclinado por reconocer la validez de la norma, atento que el legislador brinda tratamiento distinto por tratarse de una situación de características diferentes a la del accidente que acontece en el lugar de trabajo o estando el trabajador a disposición del empleador.

5.5. Responsabilidad objetiva del empleador

La probabilidad de ocurrencia de eventos dañosos debe reducirse mediante acciones y medidas de prevención y cuando aquellos se producen, deben repararse mediante prestaciones oportunas y plenas.

La LRT adjudica una responsabilidad por los riesgos del trabajo a los empleadores, en calidad de responsables de los establecimientos donde los trabajadores desempeñan sus tareas, porque originan el riesgo que produce un daño al trabajador.

Se fue forjando así, desde mediados del siglo XIX en los países europeos industrializados, la convicción de que los accidentes laborales no debían ser soportados por las víctimas.

La cuestión era a quién debía imponerse la obligación de repararlos. Difícil de resolver por jurisprudencias francesas en el plexo normativo del derecho civil entonces vigente, pues la exégesis del cuerpo legal napoleónico no contemplaba un sistema de responsabilidad por acciones y actividades que son lícitas, vale decir, que no merecían el reproche de la ilegalidad que el derecho decimonónico fundaba en la culpabilidad.

Un nuevo enfoque de la responsabilidad fue formulado en Francia a fines del siglo XIX, inspirado en autores alemanes influyentes en las reformas de Bismarck en Alemania. La atención se fijó en el riesgo existente en actividades lícitas a las que se les introdujo un factor objetivo inédito hasta entonces.

El comentado factor de atribución de responsabilidad objetiva al empleador por los riesgos del trabajo, surgió excepcional en un régimen tradicional por cuanto prescinde de la autoría requisito tradicional, imprescindible incluso para el sistema jurídico del *"common law"*, propio del derecho anglosajón.

Dentro de un sistema retributivo centrado en el agente causal del daño por una conducta culpable, siendo la culpabilidad -factor subjetivo- el carácter primordial del reproche, entran a tallar atribuciones de responsabilidad fundadas en factores ajenos a la culpa.

Se ha razonado que quienes exponen a los trabajadores al riesgo, y de esa exposición obtienen provecho con la explotación productiva, bien pueden solventar los costos de la asunción de responsabilidad y ser obligados a reparar las consecuencias dañosas de su actividad.

Argentina fue precursora entre los países de América en atribuir responsabilidad al empleador por infortunios laborales acaecidos en las industrias consideradas peligrosas.

La mayoría de los autores argentinos adhirieron a la concepción de la responsabilidad objetiva por el riesgo creado.

La LRT ha optado por organizar este subsistema de la seguridad social imponiendo responsabilidad al empleador por los riesgos del trabajo, con la obligación de compensar a los trabajadores que resulten damnificados a través de las prestaciones que brindan compañías aseguradoras o mediante un autoseguro.

La LRT continúa la tradición de la responsabilidad objetiva por el riesgo creado que introdujo en materia laboral el régimen indemnizatorio anterior, aunque ya no con carácter de responsabilidad individual y seguro facultativo, instaurando la cobertura de los riesgos suscitados en su empresa con un seguro obligatorio o un autoseguro.

Las razones jurídicas por las cuales continúa la tradición de atribuirle responsabilidad al empleador residieron en la llamada doctrina del "riesgo creado".

Durante la vigencia de la Ley N° 9.688, la reforma en 1968 del Código Civil por la Ley N° 17.711 introduce el instituto de la responsabilidad por riesgo (nuevo artículo 1113, párrafo 2):

"En los supuestos de daños causados con las cosas, el dueño o guardián, para eximirse de responsabilidad, deberá demostrar que de su parte no hubo culpa; pero si el daño hubiere sido causado por el riesgo o vicio de la cosa, sólo se eximirá total o parcialmente de responsabilidad acreditando la culpa de la víctima o de un tercero por quien no debe responder".

De esta manera se establece la responsabilidad objetiva derivada de lo que se denomina el "riesgo de la cosa", aunque ninguna cosa puede tenerse en sí como riesgosa o peligrosa. La imprecisión de la expresión hizo que el proyecto de reformas de 1993 sustituyera "riesgo de la cosa" por "intervención activa de las cosas".

Los regímenes especiales de responsabilidad civil pivotean alrededor del centro de imputaciones del sistema general de responsabilidad por daños del derecho común vigente (Libro III, Título V, Capítulo 1 Responsabilidad Civil, Ley N° 26.994, Código Civil y Comercial de la Nación).

El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, con más precisión atribuye una responsabilidad objetiva por el "hecho de las cosas y actividades riesgosas", a la que concurren "el dueño y el guardián" (artículos 1757 y 1758).

El artículo 1757 establece al respecto:

"Toda persona responde por el daño causado por el riesgo o vicio de las cosas, o de las actividades que sean riesgosas o peligrosas por su naturaleza, por los medios empleados o por las circunstancias de su realización. La responsabilidad es objetiva. No son eximentes la autorización administrativa para el uso de la cosa o la realización de la actividad, ni el cumplimiento de las técnicas de prevención".

5.6. Causalidad

Antecedentes

Teniendo en cuenta la relación de causalidad, básica para la atribución objetiva, por el riesgo creado, entre las lesiones sufridas y el hecho ocurrido en el trabajo en el anterior régimen responsabilidad individual del empleador se prevenían dos formas de culpabilidad que no obstante el daño infringido actuaban como provocando una ruptura, el dolo y la culpa grave (artículo 4, inciso "g", de la Ley N° 9.688).

Por ejemplo, se consideraba un caso de culpa grave que rompía el nexo de causalidad objetiva con el riesgo creado al hecho de que el empleador hubiera provisto de protectores auditivos en industrias ruidosas, o protectores visuales para la soldadura autógena y el trabajador damnificado hubiera prescindido de estos elementos de seguridad, con la salvedad de la concurrencia en la relación causal de culpa "in vigilando" del empleador, lo cual implica violación de su obligación de seguridad objetiva.

Ley N° 24.028, derogatoria de la Ley N° 9.688, aunque sin modificar el régimen de responsabilidad individual quitó relevancia a la consideración de la culpa

grave, quedando sólo el dolo como elemento subjetivo relevante para la relación objetiva de responsabilidad basada en el riesgo creado.

La normativa de la LRT

Con respecto al trabajador, la LRT no establece graduaciones en el cuidado o intencionalidad de la conducta en la producción de su propio daño, que interviniendo como ruptura del nexo causal exoneren al empleador de responsabilidad.

En el sentido antedicho la LRT continúa el carácter objetivo de la responsabilidad del empleador -aunque con características propias de la seguridad social-, en tanto el citado artículo 6°, en su apartado 3, inciso "a", fija una pauta de atribución de responsabilidad al trabajador como factor subjetivo en la relación de causalidad al establecer una hipótesis de exoneración del empleador:

"Están excluidos de esta ley: a) Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo".

De manera que en la LRT encuentra cobertura prestacional todo hecho dañoso en relación causal inmediata o mediata con un "acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo", salvo la excepción del elemento subjetivo en la eventualidad de dolo del trabajador al cual se otorga relevancia como ruptura de la relación causal y por ende de la responsabilidad del empleador asegurador del riesgo.

La otra hipótesis de exoneración del nexo causal que la norma transcripta contiene es la "fuerza mayor extraña el trabajo". En estos casos no se trata de un elemento subjetivo que rompe el nexo de causalidad objetiva, sino de ausencia de relación causal entre el daño y el trabajo.

En el mismo sentido interviene la culpabilidad dolosa en la relación causal, no ya del trabajador, sino del empleador, tal como prescribe a modo de excepción al cierre del sistema de plenitud prestacional conforme la seguridad social pretendido por la LRT en el artículo 39, inciso 1:

"Las prestaciones de esta ley eximen a los empleadores de toda responsabilidad común, frente a sus trabajadores y a los derechohabientes de los mismos, con la sola excepción de la derivada del artículo 1072 del Código Civil".

El dolo, en tanto factor subjetivo de atribución definido en el artículo 1072 del código velezano como ***“...acto ilícito ejecutado a sabiendas y con intención de dañar a la persona o a los derechos del otro”***, ha sido precisado dentro del nuevo régimen de responsabilidad civil de la Ley N° 26.994, artículo 1724:

“...El dolo se configura por la producción de un daño de manera intencional o con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos”.

CAPÍTULO 6

Del régimen prestacional de reparación

6.1. Consideraciones preliminares. Prevención y Reparación

La Ley N° 26.693 ratificó el Convenio de la OIT N° 155, referido a la Seguridad y Salud de los Trabajadores y su Protocolo de 2002, y la Ley N° 26.694 hizo lo propio en relación con el Convenio 187 sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La LRT proclama la función preventiva como objetivo primordial (artículo 1, apartado 2, inciso "a").

Ante todo hay que procurar evitar en lo posible que las contingencias dañosas se encarnen en el trabajador procurando que el trabajo se desenvuelva bajo las condiciones de un ambiente seguro y sano.

Este objetivo abarca a todos los actores del sistema, tanto a los empleadores como a las aseguradoras y a los propios trabajadores, estableciendo al respecto compromisos y medidas concretas, bajo supervisión de la SRT (artículo 4), encargada de constatar y determinar la gravedad de los incumplimientos y aplicar la penalidad pecuniaria en pago al Fondo de Garantía (artículo 5).

Existe el convencimiento de que es factible alcanzar en alto grado la disminución de la siniestralidad en el estado actual del progreso tecnológico aplicando procedimientos y ejecutando acciones que no implican costos insostenibles para las empresas ni para las compañías aseguradoras.

De esta manera es esencial ocupación prevenir que los riesgos del trabajo no se produzcan, disminuir la probabilidad de que los daños ocurran.

Sin perjuicio de ello y aún perfeccionando al máximo la función preventiva, lo aleatorio de las circunstancias impiden tener el control absoluto para que los siniestros no ocurran, aún supuesta la máxima diligencia y prudencia en el empleador y el trabajador.

Cuando el riesgo se encarna, no obstante las medidas adoptadas, aparece en la LRT la función reparadora en el sistema especial de responsabilidad por daños.

El objetivo del artículo 1. 2, "b", de la LRT, ordena que los daños acaecidos deben ser reparados, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado, a lo cual el inciso "c" del apartado 2 añade la promoción de la recalificación y la colocación del trabajador.

6.2. El principio de la reparación plena e integral

Las coberturas de la LRT adquieren su verdadera dimensión a partir del bien jurídico que las fundamentan.

En tanto la LRT consagra un subsistema de la seguridad social, el bien jurídico legalmente protegido -la salud- tiene el alcance que le otorga la Organización Mundial de la Salud, de un estado de bienestar general del que los trabajadores por justicia distributiva tienen derecho a gozar.

Dicho bien es propio del derecho a la seguridad social, proclamado como derecho humano en resguardo de la dignidad de las personas, exigible a los Estados, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

En el sentido antedicho, la salud es la finalidad de la LRT que trasciende y subordina tanto la función preventiva como la reparatoria de la cobertura legal. La salud hace a la dignidad, personificada en el trabajador que sufre la exposición a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional. El concepto de salud social, equivalente al bienestar común, es omnicomprensivo de los objetivos de un ambiente de trabajo sano y seguro y del régimen prestacional pleno.

El régimen prestacional de reparación tarifada se ha visto progresivamente mejorado con una serie de importantes modificaciones referidas al alcance de su cobertura y la cuantía de las prestaciones, en orden a dar acabado cumplimiento a las exigencias constitucionales en la materia.

Las compensaciones frente a situaciones de daños reparables deben ser integrales, suficientes y plenas, sin perjuicio de su modalidad tarifada. Esta exigencia, que surge como lógica consecuencia de la aplicación de derechos y garantías constitucionales, motivó la declaración de inconstitucionalidad y posterior derogación del artículo 31, inc. 1, de la LRT, que en su redacción original rezaba:

“Las prestaciones de esta ley eximen a los empleadores de toda responsabilidad común, frente a sus trabajadores y a los derechohabientes de los mismos (...).”

En el año 2004, la Corte Suprema de la Nación declaró, en el fallo “Aquino” -ratificado posteriormente en “Llosco” y “Aróstegui”- la inconstitucionalidad de la norma transcrita, que había pretendido ser la llave de cierre del sistema de responsabilidad especial en materia de riesgos del trabajo.

El propósito de tutelar al trabajador sentado por la Corte Suprema en “Aquino” resulta loable, como así también su acatamiento y ejecución obligatoria dentro del sistema de la LRT lo que motivó la derogación del cuestionado inciso, al sancionarse la Ley de Ordenamiento del Sistema de Riesgos del Trabajo (N° 26.773).

También es esencial para respetar el principio de integralidad y plenitud en la reparación, asegurar que en el cálculo de prestaciones dinerarias e indemnizaciones se aplican formulas y mecanismos que evitan la degradación del monto a percibir por el trabajador, a consecuencia del fenómeno inflacionario.

Esta exigencia recién se ha visto satisfecha cabalmente con las modificaciones introducidas por las Leyes N° 26.773 y N° 27.348, que evitan cualquier merma en el cálculo del ingreso base, manteniendo incólume la cuantía de la prestación dineraria hasta su efectiva percepción mediante la aplicación de intereses moratorios de probada suficiencia.

6.3. Prestaciones dinerarias e indemnizaciones motivadas en incapacidades laborales o fallecimiento

Referencia preliminar

En el Capítulo IV, la LRT declara a las prestaciones dinerarias un derecho, equiparándolas a las retribuciones salariales.

Son créditos legales de carácter alimentario en cabeza del trabajador damnificado. En el sentido indicado, el artículo 11, apartado 1, prescribe:

“Las prestaciones dinerarias de esta ley gozan de las franquicias y privilegios de los créditos por alimentos. Son, además, irrenunciables y no pueden ser cedidas ni enajenadas.”

Incapacidades resarcibles previstas en la LRT. Conceptualizaciones

(A) Incapacidad laboral temporaria

Cuando un siniestro de naturaleza laboral ocasiona un daño que impide al trabajador la realización de sus tareas habituales, durante el período de baja, la ART debe pagarle una prestación dineraria sustitutiva del salario.

El artículo 11 de la Ley N° 24.557 establecía que dicha prestación debía ajustarse conforme la variación del Aporte Medio Previsional Obligatorio (AMPO), en tanto que el artículo 12 de la misma norma establecía que la cuantía debía determinarse en función del ingreso base (*“... cantidad que resulte de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a cotización correspondientes a los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante o al tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado ...”*).

Lo dispuesto por el artículo 12 de la Ley N° 24.557 originó, con el tiempo, reclamos de trabajadores, basados en el desfasaje entre lo que percibía en actividad y lo que percibía cuando se encontraba en la modalidad de baja laboral.

Esta conflictividad, la cual mostró una tendencia creciente a partir del año 2005, fue ocasionada principalmente por los siguientes hechos:

- a. Incremento de la participación de conceptos no remunerativos dentro del salario del trabajador.
- b. Incremento de la brecha entre la remuneración sujeta a aportes y la remuneración sujeta a contribuciones.
- c. Contexto inflacionario.
- d. Desfasaje entre lo establecido por los acuerdos paritarios y el ajuste que determinaba el AMPO (MOPRE).

Con el fin de atender la demanda de cambios en la normativa regulatoria al respecto, en el año 2009 -a través del artículo 6° del Decreto N° 1694- se estableció que la prestación dineraria por incapacidad laboral temporaria debía calcularse, liquidarse y ajustarse de conformidad con lo establecido por el artículo 208 de la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias.

La modificación citada, vino a atender la mayoría de los reclamos surgidos a la luz de la redacción original de la Ley N° 24.557.

(B) Incapacidad laboral permanente

Existe incapacidad laboral permanente cuando, como consecuencia de una contingencia de naturaleza laboral (accidente de trabajo, *in itinere* o enfermedad profesional), el trabajador presenta una disminución de la capacidad laborativa. El organismo competente para determinar el porcentaje de incapacidad de un trabajador es la SRT, a través de las CCMM.

La reglamentación clasifica a las incapacidades laborales permanentes en tres grupos, a los cuales les da un tratamiento diferencial en cuanto a la indemnización que le corresponde a cada uno:

- a. Incapacidades menores o iguales al 50%
- b. Incapacidades mayores al 50% y menores al 66%
- c. Incapacidades mayores o iguales al 66%

Hasta el año 2009, las indemnizaciones por incapacidades laborales permanentes se encontraban topeadas.

Esto generó reclamos y una significativa conflictividad administrativa y judicial, motivada fundamentalmente en la insuficiencia de las reparaciones dinerarias por la desactualización de los topes en un contexto altamente inflacionario.

Asimismo, el pago en renta establecido originalmente para las incapacidades mayores al 50%, originó diversos planteos de inconstitucionalidad.

Con el fin de contener la conflictividad creciente, el Decreto N° 1694/2009 eliminó los topes prestacionales y estableció pisos mínimos y actualizó las sumas fijas para las incapacidades mayores al 50%, que habían sido establecidas por el Decreto N° 1.278/2000 y no se habían actualizado en todos esos años.

No obstante ello, la modificación citada no atendió el reclamo de actualización automática de las sumas fijas y de los pisos por lo cual, ante la aceleración de la inflación, los nuevos montos establecidos por el Decreto N° 1.694/2009 quedaron rápidamente desactualizados y sus mejoras, licuadas. Adicionalmente, los pagos en renta para las incapacidades mayores al 50% continuaron generando reclamos por la vía judicial.

En el año 2012 se sancionó de la Ley N° 26.773. Dicha norma pretendió corregir los aspectos que no habían sido contemplados en la modificación anterior:

- Ajuste automático de los pisos mínimos y de las sumas fijas.
- Eliminación del pago en renta para las incapacidades laborales permanentes mayores al 50%.

Incapacidad parcial y total

Adicionalmente a la clasificación de las incapacidades permanentes descriptas en el punto anterior, que apunta a determinar beneficios diferentes para cada una de ellas, dichas incapacidades también se clasifican en:

- a. Parciales: menores al 66%
- b. Totales: mayores o iguales al 66%

Las incapacidades parciales, no dan derecho a percibir el beneficio previsional de retiro por invalidez en tanto que las totales permiten al trabajador tramitar dicho beneficio.

Carácter definitivo

El artículo 9° de la Ley N° 24.557 estableció el carácter provisorio y definitivo de la ILT, determinando que la situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una prestación de pago mensual (es decir, un porcentaje superior al 50%) tendrá carácter provisorio durante los 36 meses siguientes a su declaración, y que ese plazo podía ser extendido por las CCMM por un máximo de 24 meses más, cuando no exista certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

Dicho plazo podía ser reducido en caso de tratarse de incapacidades parciales y siempre que existiera certeza de la disminución de la capacidad laborativa.

Lo expuesto dio origen a reclamos y controversias, sobre todo en incapacidades totales, basadas principalmente en la obligatoriedad de aguardar como mínimo tres años para acceder a la indemnización por incapacidad permanente total, cuando en muchos casos la certeza de la disminución laborativa se tenía mucho antes, por ejemplo, en amputados.

Adicionalmente, el diferimiento en la liquidación y pago, licuaba el monto de la indemnización a percibir, sobre todo en un contexto de volatilidad de precios.

En el año 2012 se sancionó la Ley N° 26.773, la cual estableció que el principio general indemnizatorio del sistema de riesgos del trabajo es de pago único, sujeto a los ajustes previstos en el propio régimen.

De esta manera se esperaba dar cierre a las múltiples controversias que, en torno a las prestaciones dinerarias, se multiplicaban.

No obstante, las distorsiones provocadas por una inflación creciente licuaron rápidamente las mejoras introducidas, ya que la fecha de corte considerada a los fines del cálculo de las indemnizaciones, era la fecha de la primera manifestación invalidante.

Entre la fecha de la primera manifestación invalidante y la fecha de determinación del porcentaje de la incapacidad, pueden transcurrir meses o años.

En un contexto de volatilidad de precios relativos, utilizar para el cálculo de las indemnizaciones y de las sumas fijas parámetros anclados en la fecha de primera manifestación invalidante, ocasionó nuevos y crecientes reclamos que sólo podían ser atendidos en sede judicial ya que la reglamentación de riesgos del trabajo no contemplaba ajustes de este tipo.

La Ley N° 27.348, con el fin de dar respuesta a los reclamos existentes, reemplazó el artículo 12 de la Ley N° 24.557, determinando que:

- 1°. A los fines del cálculo del valor del ingreso base se considerará el promedio mensual de todos los salarios devengados por el trabajador durante el año anterior a la primera manifestación invalidante y que a fin de establecer el promedio, se actualizarán mes a mes aplicándose la variación del índice RIPTÉ.
- 2°. Desde la fecha de la primera manifestación invalidante y hasta el momento de la liquidación de la indemnización por determinación de la incapacidad laboral definitiva, deceso del trabajador u homologación, el monto del ingreso base devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta días del Banco de la Nación Argentina.

Gran Invalidez (GI)

El artículo 10 de la Ley N° 24.557 estableció que cuando el trabajador, en condición de incapacidad laboral permanente total, necesite la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de la vida, se encontrará en situación de GI.

En estos casos, estableció que se le debía abonar una *“prestación de pago mensual equivalente a 3 veces el valor del AMPO”*.

Tal como se ha manifestado en los puntos anteriores, la aceleración de la inflación a partir del año 2005, diluyó el monto de la prestación en cuestión, tornándolo insignificante, lo cual trajo aparejados múltiples reclamos.

Con el fin de contener la conflictividad creciente, el Decreto N° 1.694/2009 determinó un nuevo monto para la prestación por GI, el cual que no había sido actualizado desde la sanción de la Ley N° 24.557.

No obstante ello, la modificación citada no atendió el reclamo de actualización automática de la prestación, por lo cual, el nuevo monto establecido por el Decreto N° 1.694/2009 quedó desactualizado.

En el año 2012 se sancionó de la Ley N° 26.773. Dicha norma corrigió la omisión en la que incurrió el Decreto N° 1.694/2009 y estableció la actualización semestral automática por el índice del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) de la prestación por GI.

Fallecimiento del trabajador

La reglamentación de riesgos del trabajo estableció que cuando un trabajador pierda su vida como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, los derechohabientes del mismo tienen derecho a percibir una prestación en dinero.

En sus orígenes, la Ley N° 24.557 estableció que la prestación dineraria por fallecimiento debía pagarse en renta.

Tal como sucedió en el caso de las prestaciones por incapacidades superiores al 50%, el pago en renta, además de los topes y la falta de ajuste de las sumas fijas, trajeron aparejados numerosos reclamos y conflictos, al igual que en el caso de incapacidades permanentes ya desarrollado oportunamente.

En el año 2009, el Decreto N° 1.694 eliminó los topes, estableció pisos y actualizó las sumas fijas.

6.4. Cálculo y cuantía según cada supuesto

A partir de julio de 1996, con la vigencia de la LRT se instaló en la Argentina un régimen de reparación integral de las contingencias laborales y las enfermedades profesionales donde, además del otorgamiento de prestaciones en especie al

damnificado, se establecieron prestaciones dinerarias para resarcir e indemnizar los daños producidos por la contingencia laboral.

Se estipuló que en el supuesto de existir situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT), es decir, a partir de la fecha de la Primera Manifestación Invalidante (PMI) y de encontrarse el damnificado impedido de realizar temporariamente sus tareas habituales en los términos del artículo 7, debía percibir una prestación dineraria mensual sustitutiva del salario, equivalente al Valor Mensual del Ingreso Base (VMIB).

A los efectos del cálculo del VMIB, se debía dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a cotización correspondientes a los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante o al tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado. Luego el importe diario obtenido se debía multiplicar por el factor 30.4.

Asimismo, se incorporaron los siguientes alcances, los cuales se mantienen vigentes en la actualidad:

La prestación dineraria correspondiente a los primeros diez días estará a cargo del empleador. Las prestaciones dinerarias siguientes estarán a cargo de la ART la que, en todo caso, asumirá las prestaciones en especie.

El pago de la prestación dineraria deberá efectuarse en el plazo y en la forma establecida en la Ley N° 20.744 (t.o. 1976) para el pago de las remuneraciones a los trabajadores.

El responsable del pago de la prestación dineraria retendrá los aportes y efectuará las contribuciones correspondientes al sistema de seguridad social, abonando asimismo las asignaciones familiares.

Durante el período de ILT, originada en accidentes de trabajo o en enfermedades profesionales, el trabajador no devengará remuneraciones de su empleador.

Por otro lado, cuando existiera situación de ILP, es decir, cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa, la normativa previó el pago de indemnizaciones de pago único o mensual, conforme el grado (Parcial o Total) y el carácter de la ILP (Provisorio o Definitivo).

Incapacidad Laboral Permanente Parcial (ILPP)

Cuando el porcentaje de incapacidad determinado era inferior al 50%, el damnificado debía percibir una indemnización de pago único cuya cuantía debía ser igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Dicha suma no podía ser superior a la cantidad que resulte de multiplicar \$55.000 por el porcentaje de incapacidad, operando este mecanismo como un tope a las indemnizaciones.

Cuando el porcentaje fuera igual o superior al 50% e inferior al 66%, se podían dar dos situaciones:

- La primera, mientras duraba la situación de provisionalidad, el damnificado percibía una prestación de pago mensual cuya cuantía era igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes.
- La segunda, una vez declarado el carácter definitivo, el trabajador percibía una renta periódica (prestación dineraria de pago mensual), contratada entre el damnificado y una Compañía de Seguros de Retiro, cuyo monto era igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base.

El valor actual esperado de la renta periódica no podía ser superior a \$55.000.

El derecho a la renta periódica se extinguía con la muerte del beneficiario o en la fecha en que se encontraba en condiciones de acceder a la jubilación por cualquier causa.

Incapacidad Laboral Permanente Total (ILPT)

La ley estableció que mientras durase la situación de provisionalidad, el damnificado percibiría una prestación de pago mensual equivalente al 70% del valor mensual del ingreso base, no pudiendo acceder durante este período a las prestaciones previstas en el Sistema Previsional.

Declarado el carácter definitivo, el trabajador recibiría las prestaciones que por Retiro Definitivo por invalidez estableciera el régimen previsional al que estuviere afiliado. Asimismo, percibiría una prestación de pago mensual complementaria

a la correspondiente al régimen previsional, cuyo monto se debía determinar actuarialmente en función del capital integrado por la ART.

Dicho capital equivalía a 43 veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por un coeficiente que resulta de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la PMI, no pudiendo ser superior a los \$55.000.

Cabe agregar que en cualquiera de las citadas etapas, de existir situación de GI, es decir, cuando el damnificado requiriera la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de su vida, la ART le debía abonar una prestación de pago mensual equivalente a tres veces el valor del AMPO definido por la Ley N° 24.241 (artículo 21), que se extinguía a la muerte del mismo. Dicho monto ascendía a \$240.

Fallecimientos

En relación a las contingencias donde se produce la muerte del damnificado, los derechohabientes accederían a la pensión por fallecimiento prevista en el régimen previsional al que estuviera afiliado el damnificado, como así también, a una prestación de pago mensual complementario.

Esta última se calculaba en función del capital integrado por la ART ante una Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) o una compañía de seguros de retiro seleccionada por los beneficiarios, siendo el capital equivalente a 43 veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por un coeficiente que resulta de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la PMI, no pudiendo ser superior a los \$55.000.

Se consideran derechohabientes a las personas enumeradas en el artículo 53 de la Ley N° 24.241, concurriendo en el orden de prelación y condiciones allí señaladas.

- a. La viuda
- b. El viudo
- c. La conviviente
- d. El conviviente
- e. Los hijos solteros, las hijas solteras y las hijas viudas siempre que no gozaran de jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva, todos ellos hasta los dieciocho años de edad.

Independientemente de los decretos reglamentarios y las resoluciones de esta SRT, que ordenaron distintos aspectos del esquema de reparación dineraria antes

descripto, el Poder Ejecutivo Nacional posteriormente incorporó modificaciones sustanciales que conllevaron a una mejora en las prestaciones dinerarias percibidas por los trabajadores y sus derechohabientes.

Sucesivas mejoras en las indemnizaciones

Decreto N° 559/1997

Por medio del Decreto N° 559/1997, se da paso a la segunda etapa del cronograma de entrada en vigencia del régimen de prestaciones dinerarias previsto en la LRT, incorporándose las modificaciones que en el siguiente párrafo se señalan, en el supuesto de ILPP igual o superior al 50%.

Tanto en la etapa de provisionalidad como en la definitiva, se incrementa de 55% a 70% el factor que multiplica el cálculo del VMIB por el porcentaje de incapacidad. Asimismo, se eleva el monto máximo (tope) de la Renta Periódica a \$110.000.

Decreto N° 839/1998

A través del Decreto N°839/1998, se produce un nuevo incremento significativo en el monto máximo para el supuesto de ILPP menores al 50% y de ILP Total y Fallecimientos, elevándose de \$55.000 a \$110.000. De esta forma, las indemnizaciones por ILP con carácter definitivo se encuentran igualadas en materia de montos máximos.

Posteriormente, ante un escenario de creciente judicialización del sistema y en la búsqueda de un marco con mayor seguridad jurídica, y dado que los distintos actores sociales involucrados en el funcionamiento del mismo adhirieron a la necesidad de incrementar el monto de las prestaciones dinerarias, donde asimismo se incluya una suma adicional de pago único e inmediato a favor del damnificado y sus derechohabientes, complementaria a las abonadas en pagos mensuales, el Poder Ejecutivo nuevamente promueve mejoras cuantitativas y cualitativas en las prestaciones que reciben los beneficiarios.

Decreto N° 1.278/2000

Por lo tanto, a través del Decreto N°1.278/2000, vigente para contingencias producidas con posterioridad al 01/03/01, se definió un incremento del monto de las prestaciones dinerarias en concepto de ILP y Fallecimientos, a partir del aumento del multiplicador del VMIB, de la consideración de la totalidad de dicho ingreso para el supuesto de ILPP Provisoria y Definitiva (aumento del

factor multiplicador del 70% al 100%), como así también, del incremento de los topes indemnizatorios para todos los supuestos.

Para el caso de muerte e ILP Definitivas superiores al 50%, se resolvió adicionar a las prestaciones dinerarias respectivas un importe de pago único, complementario a la percepción de la prestación de pago periódico vigente, a fin de dar satisfacción a necesidades impostergables del trabajador o de sus derechohabientes originadas en el infortunio laboral.

Por otro lado, luego de verificarse la conveniencia de modificar el régimen vigente en materia de derechohabientes, se incluyeron expresamente a los padres del trabajador fallecido, en ausencia de los instituidos por el artículo 53 de la Ley N° 24.241.

También se incorporaron a los familiares a cargo del trabajador, en ausencia de aquéllos mencionados en el artículo 53 y de los padres del trabajador fallecido.

A continuación se detallan los cambios introducidos por la referida norma:

- Se modifica el factor multiplicador de la fórmula de cálculo del capital en el supuesto de ILP Definitiva y Fallecimientos, elevándose de 43 a 53.
La nueva fórmula es: **53 x VMIB x % ILP** (sólo en las menores al 66%) **x coeficiente de edad** (65/edad al momento de la PMI)
- En el supuesto de ILPP, se incrementa del 70% al 100% el multiplicador del porcentaje de incapacidad por el VMIB, correspondiendo percibir a un damnificado el 100% del VMIB por el porcentaje de incapacidad.
- Se incrementan los topes indemnizatorios de \$110.000 a \$180.000, registrando un aumento superior al 60%.
- Para el supuesto de incapacidades mayores al 50%, se crean Compensaciones Dinerarias Adicionales de Pago Único, complementarias a las prestaciones dinerarias de Pago Mensual, conforme el siguientes esquema:
ILP Parcial mayor al 50% y menor al 66%: \$30.000
ILP Total mayor al 66%: \$40.000
Fallecimientos: \$50.000
- Respecto a la Renta Periódica por ILPP Definitiva mayor al 50%, se establece que dicha prestación mensual es vitalicia, es decir, sólo se extingue con la muerte del damnificado.

No obstante, durante los años posteriores a la sanción del Decreto N° 1.278/2000, el país sufrió una de las crisis más grandes de la historia argentina en materia económica, política y social, circunstancia que eliminó todo aquello que en algún momento fue considerado como una mejora en la reparación dineraria del sistema.

El sistema también se vio afectado por una decisión de la CSJN, en los autos "Castillo, Ángel Santos c/Cerámica Alberdi SA", con fecha 7 de septiembre de 2004, dando paso a otros fallos de distintas instancias judiciales que declararon la inconstitucionalidad de varias disposiciones de la LRT (Milone, Juan Antonio c/ Asociart SA Aseguradora de Riesgos del Trabajo s/accidente Ley N° 9.688, Aquino, Isacio c/Cargo Servicios Industriales SA s/ accidentes Ley N° 9.688, entre otros).

Esta situación devino en un incremento de la litigiosidad del sistema en todo el país.

Por otro lado, en un contexto inflacionario con alto impacto en los salarios de los trabajadores, el mecanismo de cálculo de la prestación dineraria en concepto de ILT, donde sólo se promediaban remuneraciones sujetas a aportes correspondientes al año anterior a la contingencia, incrementando las inequidades del sistema de riesgos en relación a la reparación por enfermedades inculpables establecidas en la Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744).

Decreto N° 1.694/2009

En un intento de resolver esta problemática, el Poder Ejecutivo dictó el Decreto N° 1.694/2009 con el objeto de incorporar mejoras en los montos indemnizatorios, ya que los mismos se encontraban alcanzados por topes máximos con montos vigentes desde el año 2001, como así también para eliminar uno de los factores más polémicos e inequitativos que padecía el sistema, vinculado al cálculo de la prestación dineraria por ILT.

En el mismo se estipuló que la prestación por ILT y aquellas correspondientes a la provisionalidad de la ILPP o ILPT se debían calcular, liquidar y ajustar de conformidad con lo establecido por el artículo 208 de la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 y sus modificatorias.

Asimismo, en relación a la prestación adicional por GI, cuyo valor era equivalente a la suma de \$240 -vigente desde el inicio del sistema (julio de 1996)- se estableció que la misma ascendería a \$2.000 y luego se actualizaría semestralmente en la misma proporción en que lo sean las prestaciones del SIPA, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley N° 24.241 y su modificatoria. Cabe mencionar que esta mejora sólo alcanzaba a aquéllos casos cuya fecha de PMI fuera posterior al 06/11/09, es decir, a la vigencia del decreto.

Referente a las prestaciones dinerarias de Pago Único, se introdujeron los siguientes cambios:

- Se incrementaron las Compensaciones Adicionales de Pago Único para el supuesto de ILP mayor al 50% y los Fallecimientos, conforme el siguientes esquema:
 - ILP Parcial mayor al 50% y menor al 66%: \$80.000
 - ILP Total mayor al 66%: \$100.000
 - Fallecimientos: \$120.000
- Se suprimieron los Topes Máximos
- Se incorporaron Pisos Mínimos

Ley N° 26.773

Posteriormente, el Poder Ejecutivo Nacional impulsó un nuevo proyecto de ley como respuesta a los factores más controvertidos del sistema presente, que contribuya a instalar un régimen reparatorio que brinde cobertura de los daños derivados de los riesgos del trabajo con criterios de suficiencia, accesibilidad y automaticidad en las prestaciones dinerarias.

El 24 de octubre de 2012 se sancionó la Ley N°26.773, la cual estableció que el principio general indemnizatorio es de pago único. De esta manera, las incapacidades superiores al 50% y los fallecimientos se deben abonar a través de pagos únicos, eliminándose las Rentas Periódicas y Vitalicias de pago mensual. Asimismo, se suprimen las incapacidades de carácter provisorio, es decir, la ILP no tendrá situación de provisionalidad.

Por otra parte, y en virtud de los distintos fallos judiciales que determinaban la procedencia de pago de una indemnización por el daño moral sufrido por el trabajador en oportunidad de la contingencia laboral, se incorporó una nueva indemnización para aquellos casos en donde el daño se produzca en el lugar de trabajo o mientras el trabajador se encuentre a disposición del empleador. En ese caso, el damnificado o sus derechohabientes percibirán una indemnización adicional de pago único equivalente al 20% de las prestaciones dineraria determinada por la normativa en concepto de ILP o Fallecimiento.

Este concepto persigue el fin de compensar cualquier otro daño no reparado por las fórmulas del sistema, de modo tal que el régimen ofrezca una reparación plena del daño. Están exceptuados los accidentes *in itinere*.

Por otra parte, se actualizaron los pisos mínimos garantizados por ley, como así también, las Compensaciones Dinerarias Adicionales de Pago Único, según la variación

del índice RIPTTE hasta la fecha de vigencia de la ley, estableciéndose un mecanismo de ajuste posterior de dichos conceptos de manera general semestralmente.

Este mecanismo permite darle previsibilidad a las reparaciones del sistema frente a una coyuntura económica donde exista pérdida del valor de los salarios de los trabajadores, evitando desactualizaciones de los valores tarifados por la ley y los consecuentes reclamos administrativos y judiciales.

En relación a la prestación dineraria en concepto de GI, independientemente del principio indemnizatorio de pago único establecido, la misma continúa abonándose en forma mensual.

Al respecto, cabe recordar que si bien en el Decreto N°1.694/2009 se había incrementado dicha prestación a \$2.000 y se estableció un mecanismo de actualización semestral de la misma, dichas modificaciones sólo alcanzaba a aquéllos casos cuya fecha de PMI fuera posterior al 6 de noviembre de 2009.

En esta oportunidad, la Ley N°26.773 corrigió dicha inequidad incluyendo en dicho esquema de pago y actualización a las contingencias ocurridas con anterioridad la fecha mencionada en el párrafo anterior, en las cuales los damnificados "gran inválidos" continuaban percibiendo mensualmente una exigua suma de \$240.

A partir de la vigencia de la norma, la prestación adicional por GI se eleva de \$240 (3 MOPRE) a \$4.544,45 (valor vigente desde septiembre de 2012), ajustándose dicho importe de manera semestral, equiparándose el monto de la prestación para todos los casos, independientemente de la fecha de ocurrencia.

En sintonía con las nuevas disposiciones de la ley recientemente analizada, el Poder Ejecutivo Nacional mejoró las prestaciones dinerarias del sistema a través del Decreto N°472/2014, que incorporó una etapa transitoria inmediata a la finalización del período de ILT.

Por lo tanto, en los casos en que la etapa de curación de los damnificados se prolongue más allá de un año desde la fecha de la Primera Manifestación Invalidante, y no haya certeza del grado de disminución de la capacidad laborativa del trabajador damnificado, excepcionalmente, al damnificado se le abría un nuevo período transitorio de hasta un máximo de doce meses.

En el mismo, el obligado al pago debía abonar una prestación dineraria de cuantía y condiciones iguales a las que efectivizaba en concepto de ILT. Durante esta última etapa, el trabajador no devengará remuneraciones de su empleador.

Dicho período podrá ser reducido si con anterioridad se hubiese sustanciado el trámite pertinente para establecer la ILP ante los organismos competentes.

Es de destacar que el 7 de junio de 2016 la CSJN, en autos "Espósito, Dardo Luis c/ Provincia ART SA s/ accidente - ley especial", calificó como arbitraria la conclusión de la Cámara Nacional del Trabajo, ya que las actualizaciones y ajustes aplicados se encontraban regidos por las disposiciones de la Ley N°26.773.

En este sentido, la CSJN expresó que la Ley N°26.773 dispuso el reajuste mediante el índice RIPTE de los "importes" a los que aludían los artículos 1, 3 y 4 del Decreto N°1.694/2009, exclusivamente con el fin de que esas prestaciones de suma fija y pisos mínimos reajustados se aplicaran a las contingencias futuras, más precisamente a los accidentes que ocurrieran y a las enfermedades que se manifestaran con posterioridad a la publicación del nuevo régimen legal.

El texto del artículo 17, punto 5, no dejó margen alguno para otra interpretación, al establecer que las disposiciones relativas a las prestaciones en dinero entrarían en vigencia a partir de la publicación de la ley en el Boletín Oficial.

Por último, en cuanto al esquema de percepción de la reparación, se dispuso un mecanismo de opción por parte del damnificado o sus derechohabientes entre las indemnizaciones previstas en este régimen, o las que les pudieran corresponder por igual concepto con fundamento en otros sistemas de responsabilidad.

De esta forma, recobra vigencia una modalidad similar a la contenida en la Ley N° 9.688 (convalidada por la jurisprudencia), pero dejando la posibilidad al interesado para que elija la vía de reparación que transitará dentro de las que le brinda la legislación, ya que queda sin efecto la restricción impuesta en el artículo 39 de la Ley N° 24.557.

Ley N° 27.348

Finalmente, en un marco donde una gran proporción de las contingencias amparadas por la LRT se reclaman a través de demandas laborales -que evitan la obligatoria intervención previa de las CCMM jurisdiccionales- el Congreso de la Nación sancionó la Ley N° 27.348.

Dicha norma instaló cambios sustanciales y de alto impacto en distintos aspectos del sistema de reparación.

En materia de prestaciones dinerarias, inicialmente, se suprime la etapa transitoria creada por el Decreto N°472/2014 por una extensión por un año más de la situación de ILT.

Esta mejora garantiza a los trabajadores la percepción de una prestación dineraria mensual mientras se encuentra en la etapa de curación.

Por otra parte, y para evitar que los efectos de los procesos inflacionarios afecten desfavorablemente la cuantía del monto base utilizado para el cálculo de las prestaciones dinerarias en concepto de ILP y Fallecimientos, se dispusieron dos modificaciones:

Respecto de los conceptos que integran el mencionado Ingreso Base, hasta el dictado de esta última norma, sólo se consideraban aquéllas remuneraciones sujetas a aportes con destino a la seguridad social.

Actualmente, se establece que se deben considerar todos aquéllos conceptos que integran el salario en los términos del artículo 1 del Convenio N° 95 de la OIT, correspondientes al año anterior a la contingencia.

En relación a este último mecanismo, la normativa también prevé que los salarios mensuales que se consideran a fin de establecerlo se ajusten por aplicación de la variación del índice RIPTÉ, llevando los montos declarados por el empleador al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) a valores equivalentes a la fecha de la PMI.

Asimismo, la norma incorpora otro mecanismo de actualización del valor del ingreso base desde la fecha de PMI hasta la fecha de liquidación de la prestación dineraria por parte del obligado al pago, aplicando a tal efecto un interés equivalente al promedio de la tasa activa que abona el Banco de la Nación Argentina para la Cartera General Nominal Anual vencida a treinta días.

En lo relativo a la faz procedimental, la Ley N° 27.348 dispone que la intervención de las CCMM jurisdiccionales constituye la instancia única, con carácter obligatorio y excluyente de cualquier otra, para que el trabajador afectado, contando con el patrocinio letrado que garantice el debido proceso legal, solicite u homologue la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y el otorgamiento de las prestaciones dinerarias, en forma previa a dar curso a cualquier acción judicial ante los tribunales locales fundada tanto en la Ley N° 24.557 como en la opción por la vía del derecho civil que se encuentra contemplada en el artículo 4°, parte final, de la Ley N° 26.773.

Es importante remarcar que dicha norma dispone que las resoluciones homologatorias y aquellos decisorios de las CCMM que en ese marco se dicten y que no fueren motivo de recurso por las partes pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la Ley de Contrato de Trabajo.

En relación a la competencia del servicio de homologación en el ámbito de las CCMM jurisdiccionales, será el encargado de sustanciar y homologar los acuerdos por ILP y Fallecimientos, mediante las actuaciones y con intervención de funcionarios de la SRT.

Una vez determinada la ILP o reconocido el carácter laboral de una contingencia mortal, dicha instancia cita a las partes a una audiencia, la cual estará presidida por un funcionario letrado de la SRT, siendo obligatoria la concurrencia de la ART, del trabajador o derechohabientes y/o sus representantes legales. En esta oportunidad se informa a las partes el importe de la indemnización que le corresponde percibir al trabajador o a sus derechohabientes según lo dispuesto en la Ley N° 24.557 y sus modificatorias.

Respecto del citado importe indemnizatorio, considerando los salarios declarados por el empleador al SUSS, la fecha de nacimiento del trabajador, la fecha de la PMI, el grado y porcentaje de incapacidad informados, las áreas técnicas competentes calculan el monto de la prestación dineraria tarifada por la LRT, constando dicha liquidación en las actuaciones tramitadas.

Cabe agregar que, para definir los salarios declarados al SUSS que se deben considerar en el cálculo del Valor Ingreso Base, al momento de iniciarse un trámite ante la comisión médica jurisdiccional, ya sea por valoración del daño, determinación de Incapacidad o por Divergencia en la ILP, en el ámbito del área competente en materia de Prestaciones Dinerarias de la SRT, comienza un proceso automático de control y validación de los salarios considerados por el obligado al pago, cuyo resultado determina la información salarial que debe ser considerada, además de las variables mencionadas en el párrafo anterior, a los efectos de practicarse la liquidación de la prestación dineraria tarifada por la LRT.

En consecuencia, para aquéllas jurisdicciones que adhieran a la Ley N°27.348, con el objeto de garantizar el debido proceso para los trabajadores, el área técnica de la SRT interviene con el fin de realizar el control de las prestaciones dinerarias previstas en la LRT, velando por el cumplimiento de los derechos de los trabajadores o sus derechohabientes.

6.5. Prestaciones en especie

Además de las dinerarias, la LRT ofrece al trabajador damnificado, a través de las ART, las prestaciones en especie que enumera el artículo 20:

- a. Asistencia médica y farmacéutica;
- b. Prótesis y ortopedia;
- c. Rehabilitación;
- d. Recalificación profesional y
- e. Servicio funerario.

Entre las prestaciones en especie, la LRT destaca la importancia de la integridad psicofísica de los trabajadores las prestaciones de la cobertura médica que las ART y/o los EA están obligados a cumplimentar a través de sus prestadores de salud.

La cobertura reviste gran trascendencia siendo esencial que las prestaciones sean otorgadas a los damnificados automática y puntualmente. En igual sentido el procedimiento para la fijación de incapacidades y determinación de prestaciones en especie es gratuito, incluyendo los traslados y estudios complementarios (art. 21, inc. 4).

El derecho del trabajador a percibir las prestaciones en especie, es irrenunciable y no puede cambiarlas por una compensación dineraria.

El trabajador damnificado no puede renunciar al otorgamiento de las prestaciones, ni cambiarla por una compensación dineraria.

Consecuentemente, los incisos 2 y 3 del artículo 20 establecen la importancia que la ley otorga a las prestaciones en especie, al privilegiarlas respecto a las dinerarias:

"2.- Las ART podrán suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las CCMM, a percibir las prestaciones en especie de los incisos "a", "c" y "d" (artículo 20, inciso 2).

El régimen prestacional de reparación médica exige la colaboración del trabajador damnificado beneficiario del sistema.

"3.- Las prestaciones a que se hace referencia en el apartado 1, incisos a), b) y c) del presente artículo, se otorgaran a los damnificados hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes, de acuerdo a como lo determine la reglamentación." (artículo 20, inciso 3).

Los prestadores médicos de las ART brindan esta cobertura bajo el control de la SRT que debe asegurar la accesibilidad y calidad del servicio siendo de particular preocupación la debida atención de los casos crónicos.

Las prestaciones se otorgan al damnificado hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes.

En este último supuesto las prestaciones, de corresponder, serán otorgadas de por vida al trabajador, aplicándose la normativa pertinente (Res. SRT N° 180/2015).

Estas prestaciones son debidas, con independencia de que correspondan además prestaciones dinerarias al trabajador accidentado.

Así, podría darse el caso de un trabajador accidentado que pudiera precisar por más tiempo alguna de estas prestaciones en especie aunque ya se haya determinado que no le ha quedado incapacidad alguna, ni siquiera temporaria.

En tal caso, la ART y/o el EA continuarán obligados a otorgar las prestaciones en especie, lo cual expone la importancia del artículo 20 para la salud del trabajador accidentado o que ha contraído una enfermedad profesional.

La asistencia médica y farmacéutica, como así también la prótesis, ortopedia y rehabilitación, deben otorgarse desde la denuncia de la contingencia. Si la ART y/o el EA aceptan la cobertura deben continuar otorgándolas hasta la curación completa o mientras subsistan los síntomas de incapacidad”.

Si por el contrario, rechazan la cobertura, cesará desde entonces el reconocimiento de la prestación y se abrirá la posibilidad para el trabajador damnificado de concurrir a la comisión médica que le corresponda e iniciar un trámite por rechazo, a fin de que se evalúe la situación y se determine el carácter laboral de la contingencia.

La obligación de cobertura del sistema con el trabajador que sufrió una contingencia se prolonga aun cuando se hubiese extinguido el contrato de trabajo entre dicho trabajador y su empleador o, incluso, si se hubiese extinguido el contrato entre el empleador y la ART correspondiente y aun cuando ésta haya dejado de operar.

Asimismo, en el caso particular de las prótesis y ortopedia, deberán ser renovadas o reemplazadas según la necesidad del damnificado y/o según avances médicos o científicos.

Por otra parte, el trabajador se encuentra obligado a recibir las prestaciones en especie y si se niega a hacerlo sin justificativo válido, la ART y/o el EA pueden suspender las prestaciones dinerarias, previa intervención de la comisión médica correspondiente.

El procedimiento se encuentra normado en el inciso "2" del art. 10 del Decreto N° 717/1996 -reglamentario de la Ley N° 24.557- y en la Resolución SRT N° 179/2015. A tal fin, la ART y/o el EA deben acreditar la intimación fehaciente cursada al trabajador para recibir las prestaciones en especie, y que se le haya informado que la negativa injustificada podrá acarrear la suspensión de las prestaciones dinerarias. Esta disposición tiene como objeto a asegurar que el trabajador efectúe el tratamiento a fin de restituir su capacidad laborativa.

Infraestructura necesaria para el otorgamiento de las prestaciones en especie.

Autorización para funcionar como ART y/o EA

La Ley N° 24.557, en su artículo 26, refiere a la gestión de las prestaciones y en particular, en su apartado 7, dispone que las ART y/o los EA deben disponer de la infraestructura necesaria y adecuada para brindar las prestaciones en especie.

En tal sentido pueden contar con servicios propios o contratarlos a terceros. También se encuentran facultadas para contratar las prestaciones con obras sociales.

Requisitos para funcionar

Corresponde a la SRT y SSN otorgar la autorización para que la ART y/o el EA puedan funcionar como tal.

El proceso se encuentra normado en las Resoluciones SRT N° 1810 (ART) y N° 3528/2015 (EA).

En cuanto a prestaciones en especie, se establecen los recaudos que deben cumplimentarse referidos a organización, procedimientos, sistemas informáticos y prestadores.

Entre ellos podemos mencionar:

- Acreditar capacidad para cumplir con el otorgamiento de las prestaciones en especie.

- Informar la nómina de prestadores médico-asistenciales con sus datos y domicilios, por cada jurisdicción donde brinde cobertura, discriminando la especialidad, en función de la estimación sobre la cantidad de trabajadores a cubrir.
- Informar la estructura orgánica diseñada para cumplir con las prestaciones, comunicando la nómina de los responsables médicos, de recalcificación profesional, de seguimiento de casos crónicos, de coordinación de traslados, y de supervisión de ventanilla electrónica.
- Acreditar la disponibilidad de sistemas informáticos que permitan asegurar la debida gestión y control de las prestaciones en especie, la registración de la gestión integral, la gestión oportuna contando con alarmas sistémicas específicas, la generación de estadísticas y el intercambio de información con los prestadores médico asistenciales.
- Acreditar la existencia de infraestructura adecuada de sistemas para intercambio de información y para gestión por ventanilla electrónica con la SRT.
- Informar el detalle de recursos humanos propios administrativos y profesionales afectados a la gestión de las prestaciones en especie.
- Acreditar la disponibilidad de auditores médicos en todas las jurisdicciones donde se brinde la cobertura.
- Contar con un plan de capacitación destinado al personal afectado al otorgamiento de las prestaciones en especie y a los establecimientos médicos contratados.
- Contar con manuales de procedimientos que definan responsabilidades, funciones y controles internos, para cada uno de los tipos de prestaciones a otorgar.

Prestadores médico - asistenciales

En lo que hace a los prestadores de las ART y/o los EA, el Decreto N° 1.694/2009 dispone, en su artículo 7, la creación de un Registro de Prestadores Médico-Asistenciales de la LRT.

Dicho registro cuenta con su respectiva norma -la Resolución SRT N° 3.128/2015- la cual establece que cada ART y/o EA debe inscribir los prestadores contratados, con la descripción de los servicios que presta cada uno, incluyendo los establecimientos médico-asistenciales, los prestadores de diagnóstico, los de rehabilitación y los de recalcificación profesional.

Asimismo, cabe destacar que en virtud de lo establecido en el artículo 18 de la Ley Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 27.348, se dictó la Resolución Conjunta de la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.Salud) y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 1/2018, en la que se impuso la inscripción

en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.Salud, conforme lo establecido en el artículo 29 de la Ley N° 23.661, como requisito indispensable para que los Prestadores Médico Asistenciales puedan prestar sus servicios a las ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO (ART) y a los EMPLEADORES AUTOASEGURADOS (EA).

Centro coordinador de atención permanente

A fin de evitar inconvenientes en la atención de casos graves por una deficiente atención en el lugar del siniestro, o en el traslado del damnificado hacia el prestador médico asistencial que le dará cobertura en la urgencia o por defecto en la complejidad del prestador que lo recibe o por demoras en la toma de conocimiento del siniestro o en la primera atención, las Resoluciones N°310/2002 y N° 2.553/2013 establecen que las ART y/o los EA deben disponer de un Centro Coordinador de Atención Permanente (CeCAP) para atender las denuncias a través de una línea telefónica gratuita, que debe funcionar las 24 horas. El número telefónico se incluye en la credencial que las ART y/o los EA entregan para cada trabajador.

El CeCAP debe contar con un sistema de traslado de pacientes de gravedad (unidad de terapia intensiva móvil, avión sanitario u otro medio de transporte adecuado a cualquier contingencia).

Debe disponer asimismo con personal capacitado para la asistencia telefónica de pacientes de distinta gravedad y con un médico para definir el prestador adecuado a la patología del trabajador.

El personal debe conocer el listado de prestadores, complejidad y especialidades de cada uno.

Acceso a las prestaciones. Denuncia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Como ya se explicó, un accidente de trabajo es un hecho súbito y violento ocurrido en el lugar donde el trabajador realiza su tarea y por causa de la misma o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo o viceversa (*in itinere*), siempre que el damnificado no hubiere alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

También se describió a la enfermedad profesional como la dolencia producida por causa del lugar o del tipo de trabajo y existe un Listado de Enfermedades Profesionales en el cual se identifican cuadros clínicos, exposición y actividades en las que suelen producirse estas enfermedades y también agentes de riesgo (factores

presentes en los lugares de trabajo y que pueden afectar al ser humano, como por ejemplo las condiciones de temperatura, humedad, iluminación, ventilación, la presencia de ruidos, sustancias químicas, la carga de trabajo, entre otros).

Se encuentran excluidos de la cobertura prevista en la LRT los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo, y las patologías del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen pre ocupacional efectuado según las pautas establecidas por la normativa vigente.

Si el empleador no tiene ART/EA, en caso de accidente o enfermedad profesional debe responder directamente, otorgando las prestaciones médicas y dinerarias correspondientes. Si el empleador no dispone de patrimonio suficiente para ello (lo cual deberá probarse judicialmente), las prestaciones serán financiadas por la SRT a través del Fondo de Garantía previsto en la Ley sobre Riesgos del Trabajo.

La ART y/o el EA deben elaborar y entregar material informativo a los empleadores sobre los pasos a seguir en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, según lo estipula la Resolución SRT N° 70/1997 de la SRT y la Res. N° 525/2015.

Por su parte, son los empleadores los que ponen en conocimiento de los trabajadores las instrucciones recibidas.

El trabajador se encuentra obligado -siempre que su condición médica lo permita-, a informar en forma inmediata a su empleador todos los accidentes que le ocurran por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre su domicilio y el lugar de trabajo, como así también sobre las enfermedades que contrajera a causa de la tarea realizada o al medio ambiente de trabajo y podrá hacerlo por sí mismo o a través de un tercero.

Una vez que el trabajador reporta al empleador un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, este último debe solicitar en forma inmediata las prestaciones en especie para aquél.

Esta atención puede también ser gestionada en forma directa por el trabajador, sus familiares o cualquier persona que tome conocimiento del hecho, ante la ART y/o el EA o un prestador habilitado por ésta.

A su vez, el empleador se encuentra obligado a denunciar ante la ART y/o el EA de forma directa e inmediatamente de conocida, toda contingencia que

sufran sus dependientes o bien a complementar la información ya brindada por el damnificado si éste realizó la denuncia ante la ART o prestador médico. Las disposiciones relativas al procedimiento de la denuncia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional se encuentran normadas en el Decreto N° 717/1996 y la Resolución SRT N° 525/2015.

La ART y/o el EA tienen la obligación de recibir toda denuncia de accidente o enfermedad profesional. Si se negara a hacerlo, el trabajador puede realizarla a través de una notificación fehaciente, mediante el envío de telegrama laboral.

Como regla general, las prestaciones en especie a cargo de las ART y/o los EA deben iniciarse inmediatamente una vez recibida la denuncia, independientemente del análisis que realice la administradora, a fin de determinar la pertinencia de la misma y el acceso a dichas prestaciones no implica el reconocimiento del hecho como accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Como producto del análisis efectuado en relación a la pertinencia de la denuncia, la ART y/o el EA pueden rechazar la contingencia. Si la ART y/o el EA no se expiden sobre la aceptación o el rechazo de la contingencia y no otorga las prestaciones previstas, el trabajador puede presentarse en la comisión médica correspondiente e iniciar el trámite a partir del cual se determinará la pertinencia del planteo.

Este trámite se encuentra normado por la Resolución SRT N° 179/2015, la cual establece los requisitos a presentar por parte del trabajador, las acciones que seguirá la SRT y las obligaciones de la ART y/o el EA al respecto, las que incluyen citar al trabajador e iniciar el otorgamiento de las prestaciones en especie que correspondan, sin perjuicio de las sanciones que le pudieran corresponder a la ART y/o el EA por no haberlo hecho oportunamente.

El rechazo de una contingencia debe estar correctamente fundado en las causales establecidas en la normativa vigente y debe efectuarse dentro de los diez días hábiles a partir de la recepción de la denuncia, pudiendo extender este plazo por otros diez hábiles, siempre que le notifiquen al trabajador que hará uso de esta opción.

Si durante ese tiempo la ART y/o el EA no le notifican el rechazo, quedan obligados a brindarle todas las prestaciones de la ley.

Si la ART y/o el EA rechazan la denuncia, el trabajador puede presentarse ante la comisión médica para iniciar el trámite por rechazo de la denuncia de la contingencia.

El procedimiento se encuentra normado en la Resolución SRT N° 179/2015, con las modificaciones introducidas para este tipo de trámite por la Ley N° 27.348 y las Resoluciones SRT N° 298/2017 y N°8 99-E/2017, que prevén la homologación de la decisión de la comisión médica interviniente, a fin de habilitar la eventual vía judicial en caso de discrepancia del trabajador.

Dichas normas estipulan los requisitos a presentar por el trabajador, las acciones a llevar a cabo por la respectiva comisión médica y las obligaciones a cumplir por las ART y/o el EA.

La reglamentación vigente prevé también la posibilidad de considerar una enfermedad que no se encuentre listada en el Decreto N° 658/1996, cuando el trabajador supone que es producida por el trabajo.

En este caso, debe efectuar la denuncia ante la ART y/o el EA.

Si ésta la rechaza por considerar que no fue causada por el entorno laboral, el trabajador puede iniciar el trámite de Rechazo de Enfermedad no Listada ante la comisión médica, que definirá, para dicho caso, si se reconoce o no y, posteriormente, dará intervención a la Comisión Médica Central a fin de confirmar o ratificar dicha decisión.

En este supuesto, también son de aplicación las normas mencionadas precedentemente, que incluyen como requisito la presentación de una petición fundada por parte del trabajador.

Aceptada la contingencia puede detectarse una patología de naturaleza inculpable y/o preexistente, no relacionada con la contingencia denunciada y aceptada.

En estos casos, la ART y/o el EA deben comunicar dicho hallazgo por medio fehaciente al trabajador y al empleador, describiendo la patología y el procedimiento mediante el cual se detectó. Cabe aclarar que este hallazgo no afecta el tratamiento a otorgar en virtud de la contingencia aceptada.

Registro de accidentes y enfermedades profesionales

Una vez recibida la denuncia de un siniestro, la ART y/o el EA deben comunicar la contingencia a la SRT a fin de su incorporación al Registro Nacional de Accidentes Laborales o al Registro de Enfermedades Profesionales (Resoluciones SRT N° 3326/2014 y 3327/2014).

6.6. Tratamiento y rehabilitación

A partir de la denuncia del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, la ART y/o el EA o el prestador (según donde se presente la denuncia del siniestro) deben otorgar las prestaciones en forma inmediata, mientras que la pretensión no sea rechazada.

La empresa aseguradora debe brindarle al trabajador de forma gratuita la cobertura médica necesaria y otorgarle los medicamentos y material descartable correspondientes.

La asistencia médica incluye no solamente la atención ambulatoria, sino también la internación, los estudios clínicos de observación y análisis, los traslados a los centros asistenciales o de diagnóstico indicados por el médico tratante, la rehabilitación y el material ortésico y protésico.

Estas obligaciones subsisten mientras persistan los síntomas incapacitantes y/o hasta producirse la curación definitiva, siempre que la denuncia no fuera rechazada.

Tal como lo establece la Res. SRT N° 525/2015, el trabajador debe recibir del prestador asistencial en su primera atención un Parte Médico de Ingreso, haciendo constar, entre otros aspectos, el motivo de la consulta, diagnóstico, tipo de contingencia, tratamiento o indicaciones médicas, datos personales y del empleador, si el tratamiento es con o sin baja laboral, y firma y sello del profesional interviniente.

Si la contingencia es sin baja laboral debe entregarse al trabajador, junto con el Parte Médico de Ingreso, la Constancia de Alta Médica.

Si es con baja laboral, debe indicarse cuándo se considera que el trabajador podrá reintegrarse a sus tareas.

Luego de varios años de funcionamiento del sistema de riesgos del trabajo y de la experiencia recogida, se consideró necesario definir pautas mínimas de diagnóstico y tratamiento para las lesiones más frecuentes, a fin de que los trabajadores reciban atención médica oportuna y de calidad.

Es por ello que, con la intervención de la Comisión Médica Central, se elaboraron protocolos que estandarizaron los tratamientos de las patologías y lesiones más frecuentes sufridas por los trabajadores que abajo se detallan.

- PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES - RESOLUCIÓN SRT N° 761/2013;

- PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES - RESOLUCIÓN SRT N° 1528/2012;
- PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL - RESOLUCIÓN SRT N° 696/2013;
- PROTOCOLO SOBRE DISFONÍAS - RESOLUCIÓN SRT N° 389/2013;
- PROTOCOLO DE PRESTACIONES MÉDICAS EN PSIQUIATRÍA: RESOLUCIÓN SRT N° 762/2013;
- PROCEDIMIENTO PREVENTIVO Y TRATAMIENTO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO RELACIONADO CON ACCIDENTES EN EL ÁMBITO FERROVIARIO, PREMETRO Y SUBTERRÁNEOS - RESOLUCIÓN SRT N° 558/2009, MODIFICADA POR LA RES. SRT N° 65/2011;
- ACORDADA DE EVALUACIÓN DE HIPOACUSIAS INDUCIDAS POR RUIDO;
- ACORDADA DE CICATRICES;
- PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA DE MIEMBROS INFERIORES.

Rehabilitación, prótesis y ortesis

En el inciso 2, apartado "c" del artículo 20, la LRT establece como prestación en especie "la rehabilitación", que deberán otorgar las ART y/o los EA a los damnificados hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes.

La rehabilitación tiene como objetivo conseguir la máxima recuperación del siniestrado, logrando el máximo nivel posible de funcionalidad, previniendo las complicaciones, reduciendo la incapacidad y aumentando la independencia, para que pueda valerse por sus propios medios y se integre a la sociedad.

Puede realizarse en internación (centros de rehabilitación) o en forma ambulatoria según lo que el caso requiera y como es un proceso gradual, no tiene una limitación temporal precisa. Cada tratamiento debe ser estipulado de acuerdo a las necesidades fisiológicas del trabajador.

La rehabilitación implica la intervención de un equipo multidisciplinario, tanto en la evaluación como en el tratamiento.

Entre las especialidades con las que cuentan las ART y/o los EA para rehabilitar a trabajadores están la fisioterapia, medicina física y rehabilitante, kinesioterapia motor y respiratoria, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, neuroestimulación, nutrición, asistencia social, musicoterapia, medicina complementaria (clínica, neurología, traumatología, psiquiatría, urología, neumonología, infectología y demás especialidades médicas que se consideren necesarias).

Dentro de las prestaciones puede contemplarse también el inciso "b" del artículo 20 de la Ley N° 24.557, que hace referencia al otorgamiento de prótesis y ortopedia que, si el caso lo requiere, debe proveerse sin costo para el trabajador (sillas de ruedas, muletas, equipamiento ortopédico, entre otros).

En estos casos el entrenamiento para su uso correcto debe efectuarse durante la rehabilitación y, posteriormente, deben realizarse controles médicos a fin de evaluar el estado del equipamiento utilizado.

Alta Médica, Fin de Tratamiento, Reingreso a Tratamiento

Un trabajador damnificado se encuentra en condición de alta médica cuando han desaparecido los síntomas incapacitantes o los mismos se encuentran consolidados, siempre que el tratamiento asistencial se haya agotado.

No obstante lo expuesto, cabe aclarar que ello no impide el otorgamiento de las prestaciones asistenciales de mantenimiento vitalicias, que el damnificado pueda requerir como consecuencia directa de las secuelas resultantes del siniestro.

Conferida el alta médica, el trabajador debe reintegrarse a sus tareas habituales, cesando la ILT.

La ART o EA debe notificar al trabajador damnificado el alta médica, entregándole una constancia de la misma, con la información estipulada por la normativa de la SRT (Resolución N°1.838/2014).

En dicha comunicación se identifica al trabajador y a la ART/EA la fecha de la contingencia, el número de siniestro, el diagnóstico, la fecha de retorno al trabajo, si existen secuelas incapacitantes y si el trabajador debe recibir prestaciones de mantenimiento y de recalcificación profesional.

Esta constancia debe contener, asimismo, la firma y datos del médico interviniente con su correspondiente matrícula profesional. También incluye una leyenda relacionada con la posibilidad de concurrir a comisión médica en caso de discrepancia. El empleador también debe ser notificado el alta médica.

Con carácter de excepción, se puede otorgar el alta médica con tratamiento asistencial pendiente en las especialidades de odontología, psicoterapia, dermatología y otras que oportunamente se determinen.

Esta excepción puede darse siempre que el retorno a su trabajo no ocasione un retardo en su curación, un agravamiento en su cuadro nosológico, un aumento de las posibilidades de sufrir una nueva contingencia ni implique riesgos para terceros.

En los casos de continuidad de tratamiento con retorno al trabajo, una vez finalizado el mismo la ART o el EA debe notificar al trabajador y al empleador y emitir una constancia de fin de tratamiento con contenido similar a la constancia de alta médica.

El trabajador puede solicitar, ante la ART y/o el EA, el reingreso a tratamiento. La ART y/o el EA debe evaluarlo y aceptar o denegar la solicitud dentro de los diez días corridos de notificarse.

La denegación se considera fundada cuando se basa en argumentos surgidos por consulta con especialista y/o estudio complementario actualizado. El trabajador debe recibir una constancia de solicitud de reingreso en la cual la ART y/o el EA le notificarán lo resuelto. Ante una denegatoria, puede requerir la intervención de la comisión médica.

De existir discrepancias relacionadas con el otorgamiento del alta médica o fin de tratamiento, o ante denegatoria de reingreso a tratamiento, el trabajador puede presentarse ante la comisión médica correspondiente, que dictaminará al respecto.

Debido a la obligación impuesta a las ART y/o a los EA de informar en el Registro Nacional de Accidentes de Trabajo y de Enfermedades Profesionales las altas, fin de tratamiento y reingreso a tratamiento, la SRT realiza mensualmente controles relacionados con las notificaciones enviadas al trabajador.

Recalificación Profesional

La LRT incluye la recalificación profesional como una prestación que deben otorgar las ART y/o el EA en caso de que un trabajador accidentado no pueda continuar desarrollando la tarea que efectuaba antes de su accidente.

Se define como **Recalificación Profesional** al proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva para que los trabajadores afectados por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales puedan obtener, ejercer y conservar un empleo adecuado.

Asimismo, se considera trabajador impedido a aquella persona que por causa de accidente de trabajo o por una enfermedad profesional se encuentre sustancialmente impedida para realizar la tarea que efectuaba previo a dicho acontecimiento en las condiciones en las que la realizaba.

El objetivo de la recalificación profesional es reinsertar al trabajador a la vida laboral activa con menos desventajas funcionales y profesionales.

Esta recalificación debe efectuarse a través de un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales especializados en el área de la salud, la educación y prevención de riesgos ocupacionales. Su plan comprende la formulación y determinación de objetivos, alcances y actividades que establece el equipo con el fin de instrumentar procedimientos en el otorgamiento de la prestación.

Nuestro país suscribió y ratificó el Convenio OIT N° 159 relativo a la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, cuya normativa ha sido receptada en la Resolución SRT N° 216/2003, que establece las pautas mínimas a seguir en el proceso de recalificación profesional, que contempla las siguientes etapas:

- **Evaluación:** se evalúa la capacidad funcional residual que posee el trabajador, su nivel de instrucción y su historia ocupacional, con el fin de establecer su posible desempeño profesional cuando se encuentre en condiciones efectivas de reiniciar su vida laboral.
- **Análisis Ocupacional y Adecuación del Medio Laboral:** para la reubicación laboral, se relevan los posibles puestos de trabajo valorando los requerimientos y oportunidades concretas de éstos, confeccionando el profesiograma correspondiente y su entorno con el objeto de adecuar, en caso necesario, el medio laboral para ser ocupado por el siniestrado. Tal adecuación comprende infraestructura técnica que asista o supla movimientos y/o funciones que el trabajador no pueda ejecutar.
- **Colocación:** se promueve la reinserción del trabajador siniestrado al puesto de trabajo que ocupaba en el mismo establecimiento; de no ser posible, se evalúa la posibilidad de reinserción laboral en otro puesto de trabajo.
- **Seguimiento:** en casos de reinserción laboral, se realiza un seguimiento por un período de sesenta días a partir del reingreso laboral del damnificado, a fin de verificar las condiciones en las que está trabajando.
- **Orientación Laboral:** esta etapa posibilita realizar un pronóstico considerando las actividades que el damnificado pueda y quiera efectuar, de acuerdo a las posibilidades de formación profesional, de empleo existente o necesidades laborales en la zona donde habita o donde pueda desarrollarlas.

Si el trabajador no puede reinsertarse laboralmente en su mismo empleador, la ART y/o el EA debe orientarlo para definir un nuevo oficio, ampliar y/o reforzar sus recursos intelectuales y laborales o bien para iniciar un emprendimiento laboral, proveyéndolo de las herramientas necesarias.

- **Capacitación:** esta etapa está orientada a que el trabajador siniestrado logre la aptitud que le permita mejorar su oportunidad de reintegrarse a la vida laboral activa, sobre la base de una tarea igual o superior a su nivel de formación previo al del accidente.

Para este proceso de capacitación se aplican los principios y los métodos de formación utilizados para la capacitación de trabajadores no afectados por accidentes y/o enfermedades profesionales.

Sólo en casos en los que el siniestrado no pueda ser capacitado junto a personas no siniestradas se adoptará formación personalizada.

Las acciones implementadas para la recalificación profesional alcanzan a los trabajadores cubiertos en toda la geografía de nuestro país. De igual manera, la etapa de orientación laboral, que comprende el ofrecimiento de capacitación para un nuevo oficio y/o provisión de herramientas para micro emprendimiento laboral, se adecúa también a las posibilidades de reinserción laboral en zonas rurales y/o alejadas.

Si bien son las ART y/o los EA quienes deben evaluar la necesidad de recalificar al trabajador durante el proceso de rehabilitación y en forma previa a otorgar el alta -según la limitación funcional producto del accidente o la enfermedad profesional- las comisiones médicas están facultadas para dictaminar la recalificación del trabajador que lo amerite. A partir del dictamen, la aseguradora deberá iniciar el proceso de recalificación, si no lo han hecho por iniciativa propia.

Prestaciones de mantenimiento de por vida para pacientes con secuelas irreversibles - Casos Crónicos

Luego de años de funcionamiento del sistema, y como consecuencia del seguimiento realizado de pacientes cuyas secuelas fueron irreversibles, se observó la necesidad de generar un marco normativo específico a través del cual se determinasen pautas mínimas de prestaciones a otorgar a pacientes identificados como crónicos.

En este sentido, la SRT, por medio de la Resolución SRT N° 180/2015, definió y formalizó el Seguimiento de los Casos Crónicos.

La citada norma define como Caso Crónico a aquel que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, resulte con secuelas físicas, psíquicas, viscerales o sensoriales permanentes, que requieran del otorgamiento de prestaciones en especie de mantenimiento en forma vitalicia.

Además, en su Anexo I incorpora un listado de patologías con seguimiento mínimo:

- Secuelas de lesiones del sistema nervioso central y/o periférico
- Lesión medular
- Amputación sobre carpo o tarso
- Desorden Mental Orgánico (DMO) postraumático
- Daño orgánico cerebral de origen tóxico
- Cuadro psiquiátrico post traumático
- Síndrome de Südeck
- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Hepatitis B y C
- Asplenia
- Ostomizados
- Enfermedad de Chagas-Mazza
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) -con o sin oxígeno dependencia
- Asmas ocupacionales
- Trasplantados
- Patología oftalmológica crónica
- Quemaduras graves con secuelas físicas, viscerales o sensoriales
- Osteomielitis crónica
- Neumoconiosis
- Neoplasias
- Todo otro caso definido en el respectivo dictamen de comisión médica como patología crónica

Algunas de las patologías detalladas precedentemente podrán habilitar el encuadramiento del trabajador siniestrado según la definición de Persona con Discapacidad, tal como se estableció en el artículo 1° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada mediante la Ley N° 26.378: "incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

Por otra parte, es importante mencionar que la Ley N° 24.901, que prevé un sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, establece en su artículo 7, inciso "d", que el

financiamiento de las prestaciones previstas en esa ley estará a cargo de las ART o del Régimen de Autoseguro para las personas beneficiarias de las prestaciones en especie previstas en el artículo 20 de la Ley N° 24.557.

Considerando las definiciones expresadas en los párrafos anteriores, e independientemente del tratamiento médico, de rehabilitación y del equipamiento protésico/ortésico brindado al trabajador por la ART y/o el EA, se puede asumir que se deben evaluar en forma particular algunas de las necesidades de los damnificados contemplados en el universo de los casos crónicos.

En primer lugar, y como parte de las evaluaciones periódicas que debe efectuar la ART y/o el EA al trabajador, se encuentra la Medida de Independencia Funcional (FIM).

Esta medida fue diseñada para la valoración del daño cerebral, y tiene en cuenta también las alteraciones cognitivas y psicosociales. Se creó con el objeto de contar con un índice de medida global de incapacidad.

A partir de los resultados de la mencionada evaluación, la ART y/o el EA cuentan con una herramienta necesaria que ayuda a determinar el nivel de independencia del damnificado para desarrollar las Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB). Cabe señalar que son definidas como AVDB las actividades vinculadas al autocuidado que incluyen movilidad: darse vuelta en la cama, sentarse, moverse de un lado hacia otro, alimentarse, vestirse, bañarse, higiene personal y uso del baño.

Además de determinar la necesidad de contar con asistencia domiciliaria, los resultados arrojados en la evaluación FIM, deben ser considerados por un Terapeuta Ocupacional de la ART y/o el EA al momento de realizar la evaluación de barreras arquitectónicas y sugerir las modificaciones que pudiera requerir el domicilio del trabajador para su nueva condición física.

Asimismo, la normativa de casos crónicos prevé que si el damnificado no contara con un lugar de residencia o grupo familiar continente la ART y/o el EA deben poner a disposición un hogar o residencia.

Cabe indicar, asimismo, que las ART y/o los EA deben realizar las evaluaciones de estos pacientes de forma anual o semestral, dependiendo de si el trabajador se encuentra en situación de incapacidad transitoria o definitiva.

Es importante señalar que estas evaluaciones incluyen el control del equipamiento protésico, ortésico y ayudas técnicas en los casos que corresponda.

Además de los aspectos mencionados precedentemente, es obligación de las ART y/o los EA realizar, documentar y registrar el seguimiento de los casos crónicos, para definir prácticas específicas a fin de evitar el deterioro del damnificado y mantener las habilidades adquiridas en la rehabilitación otorgada, gestionar la provisión de fármacos y material descartable necesarios, evaluar y adecuar la vivienda del damnificado en los casos que corresponda y brindar asistencia domiciliaria en los casos que así corresponda.

Servicio funerario

La Resolución de la SRT N° 1.195/2004 define los alcances del servicio funerario en caso de fallecimiento del trabajador, de los cuales debe hacerse cargo la ART.

En este sentido, establece parámetros de calidad y detalles del servicio que incluye retiro de restos, traslado, ataúd, lugar velatorio, carroza fúnebre, arreglo floral y una corona, servicio religioso, diligenciamiento de trámites.

En caso de que la ART y/o el EA no hubieren gestionado el servicio funerario, deben reintegrar la suma gastada según lo establecido en la normativa.

Traslados

Como medida adicional a todas las prestaciones cubiertas, la normativa vigente contempla un régimen de traslados destinados a movilizar gratuitamente al damnificado hasta y desde los centros de atención médica, siempre que lo indique por escrito el médico tratante.

En 2010, la SRT dictó la Resolución N° 1.240, que establece criterios estandarizados en cuanto al transporte y hospedaje del trabajador, teniendo en cuenta la gravedad y urgencia de su siniestro.

De esta forma, todos los traslados para recibir prestaciones en especie están a cargo de las ART y/o los EA. También lo están el alojamiento y la alimentación en los casos que por distancia corresponda, y de acuerdo a una escala de gastos definida en función a un porcentaje del Haber Mínimo Garantizado.

Para cumplir con esta obligación, las ART y/o los EA pueden optar por contratar los servicios de traslado, gestionarlos por medios propios o reintegrarlos.

Los médicos intervinientes en los tratamientos de los trabajadores siniestrados deben prescribir el medio de traslado y definir si se requiere uno en particular.

La prescripción de traslado especial debe consignarse en la historia clínica y debe realizarse bajo criterios médicos establecidos en la normativa para distintas patologías, salvo circunstancia por la cual el profesional médico deba indicar otro criterio, siempre preservando la salud del trabajador.

Si el damnificado necesita ayuda de un tercero para su traslado, el médico tratante debe consignarlo en la historia clínica y notificar a la ART y/o el EA. En este caso se aplican las mismas escalas de gastos para el acompañante que para el damnificado.

Disidencias e inconvenientes en el otorgamiento de las prestaciones en especie.

Intervención de las CCMM

La Ley N° 24.557 establece, en el artículo 21, que las CCMM y la Comisión Médica central son las encargadas de determinar la naturaleza laboral del accidente o enfermedad profesional, el carácter y grado de incapacidad, como así también el contenido y alcance de las prestaciones en especie.

Asimismo, las faculta a resolver cualquier discrepancia que pudiera surgir entre la ART/EA y el damnificado.

Siendo así, el trabajador puede presentarse ante las CCMM si existe discrepancia con el tratamiento que está recibiendo, si no está de acuerdo con el alta o fin de tratamiento, o si la ART y/o el EA le deniegan el reingreso a tratamiento.

Los trámites vinculados con el otorgamiento de las prestaciones en especie que el trabajador puede iniciar ante las CCMM son los siguientes:

- **Divergencia en las prestaciones:** procede cuando el trabajador no está de acuerdo con el tratamiento médico que le está brindando la ART y/o el EA. La comisión médica resolverá la discrepancia específica que el trabajador plantea.
- **Divergencia en el alta:** puede ser iniciado dentro de los 5 días del alta médica otorgada por la ART y/o el EA, si el trabajador considera que el tratamiento médico no está agotado y aún subsisten los síntomas incapacitantes. La comisión médica resolverá si se revoca o no el alta y si corresponde otorgar prestaciones en especie y cuáles.

- **Denegatoria de reingreso a tratamiento:** una vez transcurridos 5 días de otorgada el alta médica, si persisten los síntomas incapacitantes, el trabajador puede solicitar a la ART y/o al EA el reingreso a tratamiento. Si éstos últimos deniegan la solicitud, el trabajador puede iniciar este trámite. La comisión médica resolverá si debe reingresar a tratamiento.

En caso de negativa injustificada del trabajador a recibir el tratamiento o ausencia injustificada, la ART y/o el EA podrá suspender las prestaciones dinerarias, según lo establecido por el apartado 2 del artículo 20 de la Ley N° 24.557. La ART y/o el EA deben realizar este trámite y obtener un dictamen favorable para suspender las prestaciones.

Tanto en caso de Divergencia en las Prestaciones como de Divergencia en el Alta y Reingreso a Tratamiento, la Resolución MTEySS N° 52/2003, complementada por la Res. SRT N° 1.378/2007, establece que los dictámenes de las CCMM deben consignar:

- La descripción o denominación de la práctica o tratamiento indicado (ej: psicológico, fisiokinésico, provisión de prótesis, recalificación, profesional).
- Especialidad de los profesionales intervinientes.
- Duración mínima y frecuencia de los tratamientos indicados en los casos que corresponda. En los casos en que el número de sesiones dependa de la mejoría del trabajador, las ART y/o los EA deben efectuar controles periódicos para evaluar la necesidad de continuar o no con la prestación.
- Si el trabajador presenta dificultades para realizar las actividades de la vida diaria (capacidades de autocuidado elementales como higiene, alimentación, vestido, control de esfínteres) el dictamen debe especificar cuidados de enfermería y evaluación de adecuación de vivienda.

También la ART y/o el EA deben aportar toda la documentación médica y antecedentes del caso que obren en su poder o de sus prestadores médico-asistenciales. Esto es indispensable para que la Comisión Médica pueda emitir el dictamen médico correspondiente con la resolución de la discrepancia.

Como puede verse en el próximo cuadro, las disidencias vinculadas con el otorgamiento de las prestaciones en especie son poco significativas en relación con los siniestros notificados en el Registro Nacional de Accidentes Laborales y en el Registro de Enfermedades Profesionales (Resoluciones SRT N° 3326/2014 y 3327/2014, respectivamente).

TRÁMITES INGRESADOS EN CM SEGÚN MOTIVO, SOBRE TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Motivos	2015	2016	2017
Divergencia en el Alta	4,62%	6,96%	6,75%
Divergencia en las Prestaciones Especie	0,55%	0,63%	0,54%
Reingreso a Tratamiento	0,63%	0,95%	0,87%
Total general	5,79%	8,54%	8,16%

Si consideramos estas disidencias en función de la cantidad de trámites ingresados en las CCMM, el resultado es el siguiente:

TRÁMITES INGRESADOS SEGÚN MOTIVO, SOBRE TOTAL DE TRÁMITES EN CM

Motivos	2015	2016	2017
Divergencia en el Alta	22,31%	23,29%	23,04%
Divergencia en las Prestaciones Especie	2,63%	2,10%	1,83%
Reingreso a Tratamiento	3,04%	3,19%	2,97%
Total general	27,99%	28,58%	27,85%

Como puede apreciarse, no constituyen las disidencias en materia de prestaciones el motivo más importante de ingreso de trámites.

Reclamos ante la ART y/o el EA

Existen aspectos relacionados con inconvenientes en el otorgamiento de las prestaciones en especie cuya resolución no compete a las CCMM, ya que no plantean una discrepancia o disconformidad, sino una demora u omisión en el otorgamiento de una prestación indicada por el médico tratante que la ART y/o el EA designó, que incluso puede constituir un incumplimiento normativo. Estos casos pueden resolverse mediante la presentación de un reclamo en la ART y/o el EA del trabajador.

La SRT, ante la detección de una gran disparidad de procedimientos para la resolución de los reclamos y a fin de que se tramiten de manera eficiente, emitió la Resolución N° 2.553/2013, que homogeniza la gestión y define parámetros que posibilitan una mejor calidad de respuesta.

Asimismo, impone la habilitación de distintos canales para recibir consultas y reclamos facilitando el acceso de los trabajadores. En este sentido, las ART y/o los EA deben recibir consultas y reclamos en todas sus sedes, disponer de un servicio de llamadas gratuitas y de una página de internet con un formulario a tal fin.

Con el objetivo de poder controlar la resolución de las consultas y los reclamos, éstos deben registrarse asignándose un número a cada uno que debe ser informado al trabajador. Para poder brindar respuesta a los distintos planteos, todos los empleados asignados a la atención deben tener acceso a través del sistema informático, a contenidos elaborados sobre todos los temas, debiendo contar cada ART y/o EA con un responsable de atención al público.

Como parte de los controles que realiza la SRT pueden mencionarse la verificación de la disponibilidad de todos los canales de atención, la accesibilidad telefónica, la difusión de información sobre la gratuidad de los trámites vinculados al otorgamiento de las prestaciones que la ART y/o el EA debe realizar a través de cartelería en todas sus oficinas, la difusión de información sobre la SRT y sus canales de comunicación a través de cartelería ubicada en sede de prestadores médico asistenciales, entre otros.

Reclamos ante la SRT

Además de presentar su reclamo ante la ART y/o el EA, el trabajador también puede dirigirse directamente a la SRT, siguiendo las pautas de la Res. N° 733/2008, que estableció una nueva modalidad para la recepción, gestión y resolución de los reclamos recibidos por distintos canales habilitados (telefónico, internet, presencial, documental, entre otros), con el objeto de reducir los tiempos de tramitación en beneficio del reclamante.

En todos los casos vinculados con prestaciones en especie se da intervención a la ART y/o el EA involucrados, que tiene un plazo de 5 días hábiles para responder con la solución del reclamo, salvo casos de alta prioridad que deben ser respondidos en 24 horas.

Entre los aspectos que pueden resolverse con un reclamo, siempre que la prestación esté indicada por médico tratante o por dictamen de comisión médica, se encuentran:

- Falta o demora en las prestaciones
- Falta o demora en entrega de asistencia farmacéutica
- Falta o demora en la entrega de prótesis y ortopedia

- Falta de comunicación de alta médica
- Falta o demora en los traslados
- Falta de reintegros
- Falta o suspensión de asistencia domiciliaria
- Falta de recalificación profesional.

6.7. Procedimiento de reintegro de gastos

El artículo 18 de la Ley N° 27.348 estableció que estarán a cargo de la respectiva ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO (ART), o del EMPLEADOR AUTOASEGURADO, los gastos de atención médica en que incurra la Obra Social del trabajador y que resulten cubiertos por la Ley N° 24.557 y sus modificatorias. Asimismo, que las prestaciones en especie que sean brindadas por las ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO, motivadas en accidentes o enfermedades inculpables no alcanzadas por la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, serán reintegradas por la respectiva Obra Social del trabajador.

En tal contexto, se dictó la Resolución Conjunta ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS, SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD N° 4302 de fecha 30 de agosto de 2018, a los efectos de fijar las pautas para los procedimientos de reintegro de gastos médicos.

CAPÍTULO 7

De las Comisiones Médicas (CCMM)

7.1. Las CCMM. Su creación. Competencia. Constitución

Las CCMM fueron creadas en el año 1993, con el propósito de intervenir dentro del ámbito previsional para el otorgamiento de las prestaciones por invalidez y otros beneficios del entonces denominado SIJP, luego convertido en el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) en razón de la eliminación del régimen de capitalización en el año 2008.

Así fue que, mediante el artículo 51 de la Ley N° 24.241, se dispuso la creación de estos órganos administrativos conformados por un cuerpo colegiado de profesionales médicos, seleccionados en concurso público de oposición y antecedentes.

Para el desarrollo de su labor, las mismas contarían con la colaboración y asistencia de personal profesional, técnico y administrativo.

- **La Competencia en materia previsional**

Las CCMM poseen dos esferas manifiestamente diferenciadas en términos de competencia: por un lado, la "previsional"; por el otro, la "laboral". En este apartado, atendiendo a su aparición cronológica, se realizará una sucinta referencia a la primera.

a. Retiro por Invalidez

El instituto bajo análisis supone una vía de acceso a la prestación previsional con fundamento en una disminución de la capacidad laborativa del requirente. El artículo 48 de la Ley N° 24.241 consigna a los sujetos legitimados para solicitar el beneficio, condicionando tal calidad a quienes no llegasen a la edad necesaria para gozar una

jubilación ordinaria y se encontraren física o intelectualmente incapacitados por cualquier causa ⁴⁴ en forma total, es decir, cuando su capacidad laborativa hubiera sufrido una disminución del sesenta y seis por ciento (66%) o más.

Por su parte, el artículo 49 del citado cuerpo normativo estipuló algunas pautas procedimentales básicas, las que luego actuarían de marco de referencia para la regulación de los trámites laborales. Los grandes hitos del trámite quedaron así plasmados por primera vez y actualmente permanecen prácticamente inalterables. Nos referimos a la solicitud de inicio del trámite (apartado 1), a la intervención de una Comisión Médica "de origen" o "jurisdiccional" -CMJ- como primera instancia (apartado 2), a la posibilidad de recurrir el dictamen emitido para ser resuelto ante una instancia administrativa de alzada, la Comisión Médica Central -CMC- (apartado 3) y posteriormente, ante la Cámara Federal de la Seguridad Social -CFSS- (apartado 4).

Además, el apartado 5 del artículo 49 refiere al efecto de las apelaciones planteadas ante la comisión médica jurisdiccional y/o la Comisión Médica Central ("Las apelaciones en estos procedimientos serán con efecto devolutivo") y en el apartado 6 se procedió a la creación de un fondo específico para financiar tratamientos de rehabilitación psicofísica y de recapacitación laboral indicados por las CCMM, consignando la integración de dicho fondo.

Vale detener la mirada brevemente sobre el apartado 2, por cuanto contiene las primeras referencias al procedimiento interno de la Comisión Médica "de origen".

En primer lugar, se establece que el trabajador será fehacientemente citado para ser sometido a una revisión, en cuya oportunidad, además de proceder al examen físico correspondiente, se efectuará un psicodiagnóstico completo. Como resultado de tal revisión, se confeccionará un informe que contendrá entre sus conclusiones referencia a las aptitudes del trabajador para capacitarse en tareas compatibles con la afectación psicofísica evidenciada. Además, la CCMM podrá solicitar "la colaboración de médicos especialistas en la afección que padezca el afiliado". Concluida la revisión la CCMM podrá proceder a la emisión del instrumento central del procedimiento, vale decir, el dictamen. En caso

44. Se destaca la indiferencia de la causa de la incapacidad por cuanto constituye uno de los rasgos distintivos más relevantes en relación con los trámites "laborales" que se presentarán más adelante. En los trámites previsionales, la labor de las Comisiones Médicas se encuentra asociada a la valoración de la disminución de la capacidad laborativa de los trabajadores con independencia del/los hecho/s que la hubieran motivado. Así, el examen médico llevado a cabo supone la consideración y cuantificación de todas las afecciones evidenciadas en el trabajador, constituyendo cada una de ellas una parte del porcentaje final resultante.

negativo, si no se hubiera obtenido la certidumbre necesaria, podrán emitirse órdenes de estudio para la realización de prácticas diagnósticas adicionales a las presentadas por el trabajador ⁴⁵, indicando lugar, fecha y hora en que se llevarán a cabo. En el mismo acto, se deberá informar al trabajador la fecha de realización de una nueva revisión, en cuya oportunidad se contará con todas las medidas de prueba instadas. Todo lo actuado, desde ya, quedará asentado en un acta ("acta de audiencia") que formarán parte integrante de las actuaciones y deberá estar suscripta por el afiliado y los médicos de parte, de corresponder ⁴⁶.

En caso de contar con todos los estudios complementarios solicitados, la comisión médica jurisdiccional emitirá dictamen resolviendo así el planteo de fondo y acreditando, en caso de corresponder, el efectivo cumplimiento de los requisitos establecidos en el citado inciso a) del artículo 48, conforme a las normas a que se refiere el artículo 52 -Baremo Previsional-. Dicho instrumento, desde ya, deberá ser notificado a las partes en el plazo allí consignado. Constatada la disminución de la capacidad laborativa en los términos del artículo 48, el trabajador tendrá derecho al retiro transitorio por invalidez a partir de la fecha en que se declare la incapacidad ⁴⁷.

Resulta pertinente a los efectos de este breve trabajo destacar que el artículo bajo análisis prevé que "en caso de existir tratamientos médicos curativos de probada eficacia para la curación de la o las afecciones invalidantes del afiliado, la comisión médica los prescribirá" y que "si el afiliado se negare a someterse a ellos o no los concluyera sin causa justificada, será suspendido en la percepción del retiro transitorio por invalidez. Estos tratamientos también serán gratuitos para el afiliado". Lo dicho se trae a colación por cuanto a pesar de la evidente afinidad de los procedimientos ante las CCMM con la normativa general en materia de derecho a la salud, la autonomía de la voluntad del paciente encuentra en este apartado relativo a las medidas terapéuticas indicadas por la comisión médica jurisdiccional para la reversión de las afecciones reconocidas, una limitación que,

45. Se advierte que el trabajador puede presentar todos los estudios de los que intente valerse en oportunidad de plantear la solicitud de intervención de la Comisión Médica correspondiente (hoy ante ANSeS) y luego, en cualquier momento anterior a la emisión del dictamen.

46. Vale destacar el carácter gratuito de los estudios complementarios antes referidos y de los traslados de los que el afiliado deba hacer uso para someterse a aquellos o concurrir a las audiencias médicas a las que fuera citado. La nota de gratuidad destacada fue sostenida hasta la actualidad y, como se verá, constituye uno de los rasgos esenciales, también, de los trámites laborales, evidenciada especialmente en el Decreto N° 1475/2015 y las Resoluciones SRT N° 179/2015 y 298/2016.

47. El artículo comentado destaca a su vez, que "en este caso el dictamen deberá indicar el tratamiento de rehabilitación psicofísica y de capacitación laboral que deberá seguir el afiliado. Dichos tratamientos serán gratuitos para el afiliado y si éste se negare a cumplirlos en forma regular percibirá el setenta por ciento (70%) del haber de este retiro"

a priori, cabría relacionar con el instituto del orden público, por cuanto asigna consecuencias contundentes al desapego a la conducta médica propuesta. Volveremos sobre este aspecto más adelante.

Vale destacar que tanto el afiliado como la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES)⁴⁸ podrán designar profesionales para estar presentes y participar durante los actos que realice la comisión médica para evaluar la incapacidad del afiliado, cuyos honorarios correrán por cuenta de los proponentes. Si bien la precisión no fue sino incorporada al plexo normativo por vía de reglamentación a cargo de la entonces Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP), tales profesionales deben ser médicos, en tanto los actos aludidos -revisión médica y exámenes médicos- son, valga la redundancia, actos médicos y por lo tanto, alcanzados por las generalidades de la ley en cuanto al privacidad, confidencialidad, secreto profesional y relación médico-paciente.

b. Retiro Definitivo por Invalidez (RDI)

Por su parte, el artículo 50 de la misma norma prevé que transcurridos tres años⁴⁹ desde la fecha del dictamen transitorio, la comisión médica deberá citar al afiliado para llevar a cabo una nueva revisión del paciente y con fundamento en ello, procederá a la emisión de un dictamen tendiente a ratificar el beneficio, en cuyo caso se convertirá en retiro definitivo por invalidez, o bien a rectificarlo. Si no reconociese en el trabajador una incapacidad igual o superior al 66%, el dictamen será notificado a las partes y en consecuencia, de no ser recurrido y así adquirir carácter firme, dejará sin efecto el beneficio oportunamente concedido.

En cuanto a las pautas de procedimiento, la norma prevé que el instrumento emitido por la comisión médica jurisdiccional podrá ser objeto de recurso "por las mismas personas y con las mismas modalidades y plazos que las establecidas para el dictamen transitorio".

48. El artículo en cuestión refería originalmente a "la administradora a la cual se encuentre incorporado, la compañía de seguros de vida con la cual la administradora hubiera contratado el seguro previsto en el artículo 99 y la ANSES".

49. La norma prevé que el plazo de tres años podrá prorrogarse excepcionalmente por dos años adicionales, si la comisión médica considerare que en dicho plazo se podrá rehabilitar el afiliado. Adviértase la estrecha vinculación de la "vocación reparadora" de la norma previsional con lo expresado en relación con los trámites laborales y los objetivos planteados por la Ley 24.557. Ciertamente, existía una íntima asociación y un juego armónico entre los períodos de transitoriedad previsional y de provisionalidad "laboral" (artículo 9° LRT).

c. Leyes especiales

La competencia previsional se encuentra atravesada, además, por una serie de normas especiales que atendiendo a problemáticas particulares prevén la intervención de este órgano cuasi-pericial para la evaluación del estado de salud de determinados trabajadores para el acceso a otros beneficios previsionales. A saber:

- **La Ley N° 20.475**

La intervención de las CCMM se enmarca en el trámite destinado a valorar la disminución de la capacidad laborativa de los trabajadores que posean 20 años de servicios y 45 años de edad cuando se hayan desempeñado en relación de dependencia, o 50 años, como trabajador autónomo, siempre que acrediten fehacientemente que durante los 10 años inmediatamente anteriores al cese o a la solicitud de beneficio, prestaron servicios en el estado de disminución física o psíquica del 33%.

Las CCMM determinarán el grado de incapacidad laboral con el cual convivió el trabajador durante los últimos diez años anteriores al cese de la actividad laboral o al inicio de este trámite, el que deberá ser igual o superior al 33% para estar en condiciones de acceder al beneficio solicitado.

En este caso, el dictamen emitido no se encuentra alcanzado por las previsiones del artículo 49 de la Ley N° 24.241 respecto de la vía recursiva, la que se encuentra regida por la Resolución Conjunta SAFJP N° 556/1997 y SRT N° 1.183/1997, de la cual surge:

"(...) Art. 6°.- Las Comisiones Médicas se expedirán sobre el grado de incapacidad del solicitante o del causante en las solicitudes de prestaciones previstas en los Convenios Internacionales vigentes y en las Leyes 20.888 y 20.475.

Art. 7°.- La competencia de las Comisiones Médicas se agotará con la emisión del dictamen pertinente, cuyo resultado se informará a la ANSeS quien dictará el correspondiente acto administrativo.

Art. 8°.- En el caso de una resolución denegatoria el solicitante podrá arbitrar el mecanismo recursivo previsto en la Ley 24.655".

- **La Ley N° 20.888**

Se trata de un trámite destinado a evaluar si el estado de salud del trabajador le permite acceder al beneficio previsional previsto en la Ley N° 20.888, de la que surge que “todo afiliado al Sistema Nacional de Previsión o a cualquier caja o sistema de previsión especial que **esté afectado de ceguera congénita** tendrá derecho a gozar de jubilación ordinaria a los 45 años de edad y/o 20 años de servicio”.

En el artículo 2 se destaca que “quien haya **adquirido ceguera** cinco años antes de llegar a cualquiera de los topes establecidos en el artículo 1, se considerará comprendido en sus beneficios”.

En el artículo 3, a su vez, se estipula que “quien haya adquirido ceguera una vez cumplidos los topes del artículo 1, gozará de los beneficios del mismo, si la ceguera se prolonga por espacio de dos (2) años continuos”.

Con fundamento en la normativa conjunta citada en el apartado anterior, el trámite no es apelable ante las CCMM y el dictamen es definitivo, razón por la cual en caso que el trabajador estuviese en desacuerdo podrá iniciar un nuevo trámite ante la ANSeS.

- **La Ley N° 24.347**

El trámite por “Edad Avanzada” se encuentra destinado a evaluar la incapacidad de trabajadores mayores de 65 años. Es menester aclarar que la prestación por edad avanzada corresponde a los trabajadores mayores a 70 años, que hubieran acreditado 10 años de aportes y por lo menos 5 años de prestación de servicios de los últimos 8 años anteriores al cese de la actividad. A dicha prestación tendrán derecho, además, los trabajadores mayores a 65 años que se hubieran incapacitado. En este escenario es que interviene la comisión médica para valorar la incapacidad de los trabajadores.

- **Convenios Internacionales**

Este trámite se encuentra dirigido a valorar la cuantía de la disminución de la capacidad laborativa de trabajadores que realizaron aportes para sistemas de seguridad social de distintos países y que residen en un país extranjero con el que Argentina haya suscripto un convenio internacional ⁵⁰.

50. Los Convenios o Tratados Internacionales son acuerdos en materia de Seguridad Social que se realizan entre dos o más Estados y que establecen reglas recíprocas que deben cumplir las personas, que prestaron servicios en esos países, ello con el fin de obtener las prestaciones previstas en las

- **Trabajadores Autónomos**

Por su parte, el Decreto N° 300/1997 -reglamentario del artículo 27 de la Ley N° 24.241 -establece para el trabajador autónomo que se incorpore, al entonces SIPP⁵¹, la obligatoriedad de presentar una Declaración Jurada de Salud a los fines de determinar si padece alguna incapacidad al momento de su afiliación.

El artículo 2 del referido decreto establece que hasta que el trabajador no cumpla con ese requisito, o si la declaración exigida contuviera falsedades o reticencias, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por fallecimiento del afiliado en actividad.

El objeto perseguido se encuentra vinculado a la valoración de la capacidad laborativa del trabajador, por cuanto si se evidenciara que se encuentra incapacitado en los términos del artículo 48 de la Ley N° 24.241 (porcentaje igual o superior al 66%), "la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por muerte del afiliado en actividad cuando la contingencia se produjera como consecuencia de la patología existente al momento de la afiliación".

- **Derechohabientes**

Por último, es menester referir al artículo 53 de la Ley N° 24.241, que prevé que en caso de muerte del jubilado, del beneficiario de retiro por invalidez o del afiliado en actividad, gozarán de pensión los siguientes parientes del causante: a) la viuda, b) el viudo, c) la conviviente, d) el conviviente, y e) los hijos solteros, las hijas solteras y las hijas viudas, siempre que no gozaran de jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva, salvo que optaren por la pensión que acuerda la presente, todos ellos hasta los dieciocho años de edad⁵².

legislaciones de cada uno de los Estados que suscribieron el acuerdo. Si el trabajador desarrolló tareas en relación de dependencia o autónomas, y realizó los aportes respectivos a los sistemas de la Seguridad Social de los países que celebraron un convenio con Argentina, el cual permita la reciprocidad de trato en materia jubilatoria, el trabajador estará facultado para solicitar el cómputo de esas tareas desempeñadas en el exterior, a fin de percibir una prestación por Convenio Internacional. En tal caso podrá solicitar, si reúne los requisitos estipulados para cada prestación: la prestación por Edad Avanzada, el Retiro por Invalidez o la Pensión por Fallecimiento de un Afiliado en Actividad.

51. Por disposición de la Ley N° 26.425 unificado en un único régimen previsional público denominado Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA).

52. La limitación a la edad establecida en el inciso e) no rige si los derechohabientes se encontraran incapacitados para el trabajo a la fecha de fallecimiento del causante o incapacitados a la fecha en que cumplieran dieciocho años de edad.

Luego, en el año 1995, la competencia inicial de las CCMM fue ampliada al sistema de riesgos del trabajo instituido con la sanción de la Ley N° 24.557, para dirimir los potenciales conflictos que fueran a suscitarse entre la ART, el EA o Empleador No Asegurado (ENA), y el trabajador damnificado o sus derechohabientes, en relación a la cobertura de las prestaciones en especie y dinerarias como consecuencia de un infortunio laboral.

El artículo 21 de la LRT facultó entonces a las CCMM creadas por la Ley N° 24.241, para determinar:

- a. la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad: la contingencia debe ser consecuencia del hecho u ocasión del trabajo, acaecida durante el transcurso de la relación laboral;
- b. el carácter y grado de la incapacidad: la determinación de la incapacidad laboral depende de un elemento funcional que resultará del examen médico y un elemento de valoración objetivo que hace al grado de la secuela, el cual estará dado por la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales del Decreto N° 659/1996 y
- c. el contenido y alcance de las prestaciones en especie: debe indicar las prestaciones médico-asistenciales que correspondan otorgar tendientes a disminuir las secuelas incapacitantes resultantes de la contingencia a su mínima expresión posible.

Asimismo, se amplió su composición inicial de tres médicos a cinco, y se ordenó el funcionamiento de por lo menos una comisión médica en cada provincia, más una en CABA.

El trabajador quien hubiera sido víctima de un infortunio laboral, recurriría a las CCMM ante discrepancias con la aseguradora a cargo del otorgamiento de las prestaciones previstas en la ley.

Allí podría plantear su divergencia con la situación de ILT o el otorgamiento de las prestaciones médico-asistenciales, o bien requerir se determine la ILD resultante de la contingencia.

En el caso en que se hubiere rechazado la cobertura por parte de la aseguradora, el damnificado podría solicitar también que se reconozca el carácter laboral del accidente o profesional de la enfermedad.

Por su parte, la comisión médica resolvería aquellas cuestiones sometidas a su conocimiento mediante la emisión de un dictamen técnicamente fundado, ajustando su pronunciamiento a las normas y los principios que son propios del sistema de riesgos del trabajo.

La dinámica inherente a las condiciones de incapacidad laboral, requiere la aptitud de remediar en forma expeditiva los conflictos que se planteen.

A través de la participación de estos órganos administrativos, se procuró brindar respuesta a las controversias del sistema, en el marco de un procedimiento que amparase al trabajador atendiendo a la inmediatez en el otorgamiento de las prestaciones.

Teniendo en consideración tal objetivo, las CCMM llevarían adelante su actuación, aplicando criterios estandarizados tanto para la determinación del carácter laboral o profesional de las contingencias y de la incapacidad laboral resultante de las mismas -siempre concordando sus pronunciamientos con el Listado de Enfermedades Profesionales del Decreto N° 658/1996 y la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales del Decreto N° 659/1996-, como así también a los efectos de prescribir el tratamiento médico asistencial requerido por el damnificado, respetando los protocolos reconocidos para la atención de las lesiones más frecuentes y/o graves.

Fue así que las CCMM se constituyeron como organismos técnicos, integrantes de la administración pública descentralizada -dependientes de entes autárquicos, primero de la entonces SAFJP y luego de la SRT-, que como tales desarrollan una función pública.

En consecuencia, los dictámenes emanados de dichos organismos se conformarían como actos administrativos de naturaleza jurisdiccional, sujetos a un régimen recursivo especial ⁵³.

Dicha vía recursiva contemplaba la revisión llevada a cabo por la Comisión Médica Central como superior instancia administrativa, o en el caso de las jurisdicciones provinciales y a opción del trabajador, por la justicia federal con competencia en cada provincia. Los decisorios dictados en dichas instancias a su vez serían recurribles ante la Cámara Federal de la Seguridad Social.

53. Del Bono, Carlos María. Características Generales de la Ley 24.557. En: Foglia, Ricardo, dir.; Rodríguez Mancini, Jorge, dir. II. Riesgos del Trabajo. 1º ed. Buenos Aires: La Ley, 2008. ISBN: 978-987-03-1320-5.

La Comisión Médica Central, con asiento en CABA, estaría integrada por cinco médicos titulares. Se consagraría como la mayor autoridad en la aplicación de la LRT respecto de las prestaciones del sistema y sería el órgano responsable de la revisión de los dictámenes emitidos por las comisiones médicas periféricas que hubieren sido recurridos por las partes.

- **Procedimiento laboral ante las CCMM y derecho a la Salud**

En definitiva, encontramos en el procedimiento laboral brevemente aludido coherencia con las exigencias de la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, por cuanto se ajusta a los principios de asistencia, trato digno y respetuoso, de intimidad y confidencialidad⁵⁴.

La protección de la salud, consignada en el artículo 42 de la ley mencionada en el párrafo anterior y en normas convencionales con jerarquía constitucional, pareciera marcar el rumbo de la reglamentación presentada⁵⁵.

Destáquese, por ejemplo, que la Declaración Universal de Derechos Humanos establece en el artículo 25 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad**” [el destacado pertenece al autor].

54. En la medida en que excede el marco de las presentes reflexiones, no se alude a los principios de autonomía de la voluntad y de información sanitaria, también centrales en el contexto de las tendencias actuales de relación médico-paciente y de derecho a la salud, pero también advertimos que se encuentran debidamente representadas en la normativa especial bajo estudio.

55. Aunque con las limitaciones propias de normas de *soft law*, cabría aludir también a lo dispuesto en la Constitución de la OMS al establecer que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, el que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. A su vez, El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Por ello, considerando que los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables, cobra centralidad la preocupación por la salud de los trabajadores. A nuestro juicio, tanto el acceso a atención, la generación de condiciones saludables (en principio mediante la prevención de los daños) y la protección de la población vulnerable se encuentran intrínsecamente asociados a los cometidos de la LRT y encuentran una patente expresión en la labor de las CCMM.

También resulta de interés lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al afirmar, en el artículo 12, que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; y que “Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente”.

A su turno, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, se refiere al “El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”.

En la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce “la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”.

En el artículo 16 de la Convención se prevé, también, que...“Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad”.

Lo señalado guarda evidente relación con la problemática de los riesgos derivados del trabajo y con la abordada por la Ley N° 24.241 y demás regímenes previsionales especiales antes destacados. Aludiendo ahora al concepto amplio de reparación destacado al comienzo de estas reflexiones, vale tomar en consideración lo dispuesto en el artículo 27 de la Convención, la que insta a los Estados a favorecer la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables.

Al establecer las prestaciones en especie debidas (establecidas en el artículo 20 de la LRT), las CCMM también parecieran receptoras las notas de acceso a tratamiento, de condiciones de trabajo saludables, protección de población vulnerable y de recuperación e integración.

7.2. La Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales (Baremo)

La Ley N° 24.557, en su artículo 8, apartado 3, dispone que:

“El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales, que elaborará el Poder Ejecutivo Nacional y, ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral.”

Es de esta manera que nace la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales, habitualmente llamada “Baremo”.

El CCP, creado por el artículo 40 de la LRT, y constituido por las Resoluciones MTEySS N° 341/1995 y N° 423/1995 fue convocado el 20 de febrero de 1996, con el fin de emitir dictamen sobre la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales prevista por el artículo 8º, apartado 3, de la mencionada ley.

La representación gubernamental en el CCP presentó una Tabla de Incapacidades Laborales con aplicación de factores de ponderación, entre los que se consideran el tipo de actividad, las posibilidades de reubicación laboral y la edad del trabajador, debiendo destacar que en su conformación se tuvieron en cuenta la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborativas Permanentes, que la Organización Panamericana de la Salud promovió en 1995, y las Normas para la Evaluación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al SIJP (Baremo 1994).

La Tabla propuesta fue discutida sumando aportes de los integrantes de los sectores representativos de empleadores y trabajadores y, ante la falta de un consenso pleno, el ministro de Trabajo de la Nación, en su carácter de presidente del CCP, laudó favorablemente la aprobación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.

Entonces, el Decreto N° 659/1996 puso en vigencia la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales.

Es importante destacar que la filosofía adoptada en la elaboración de dicha tabla es similar al concepto utilizado en la legislación francesa en la materia, a saber el llamado perjuicio fisiológico o funcional, que consiste en la reducción permanente de las funciones físicas o psíquicas de la víctima, es decir que se ponderan más las consecuencias funcionales que las pérdidas anatómicas.

La aplicación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades es obligatoria, tanto para las CCMM como para los tribunales, lo que ha sido ratificado por las Leyes N° 26.773 y N° 27.348.

Así, la Ley N° 26.773 establece, en su artículo 9:

“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.”

Por su parte, la Ley N° 27.348 establece, en su artículo 2, que para todos los supuestos resultará de aplicación lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley N° 26.773, al referirse a las sentencias judiciales en los recursos interpuestos por trabajadores respecto de los decisorios de las CCMM y a las resoluciones de éstas y de la Comisión Médica central.

De tal forma, el baremo dejó de ser indicativo en el ámbito judicial para transformar su carácter en vinculante.

De esta manera, la normativa pretende establecer claramente la necesidad de que los daños psicofísicos deban ser evaluados, indemnizados o ponderados sobre la base de criterios que respeten el principio de igualdad y que produzcan resultados uniformes. De hecho, gran parte del mundo desarrollado cuenta con un baremo como instrumento para uniformar criterios respecto a la ponderación de las incapacidades.

En definitiva, la aplicación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades es la garantía de un trato objetivo e igualitario en el análisis y definición de los efectos de las contingencias sufridas por todos los trabajadores cubiertos por la ley sobre riesgos del trabajo, evitando decisiones que por su discrecionalidad y arbitrariedad no sólo violentan la debida equidad, sino que ponen en riesgo la sustentabilidad del sistema en su conjunto.

7.3. Evolución histórica

Posteriormente, en razón de hacer frente a los reclamos acogidos por los tribunales de diversas jurisdicciones del país, fueron introduciéndose modificaciones en la

normativa vigente, tendientes a mitigar la problemática acaecida en la práctica material, que fueron modificando la competencia de las CCMM.

Los principales inconvenientes de la época vinculados a la actuación de las CCMM recaían sobre el listado taxativo de enfermedades profesionales, como así también en la necesidad de asistencia técnica con relación a las cuestiones de naturaleza jurídica que pudieran plantearse a lo largo del procedimiento.

En este sentido, fue la sanción del Decreto N° 1.278/2000 la que facultó a las CCMM a establecer el carácter profesional de patologías que no estuvieran contempladas originariamente en el Listado de Enfermedades Profesionales, debiendo para ello sustanciarse un procedimiento especial, al requerir como aval la opinión técnica de la Comisión Médica Central en su condición de máximo órgano en la materia.

Por otro lado, también dispuso la obligación por parte de la comisión interviniente de requerir, garantizando el debido proceso, un dictamen jurídico previo a los efectos de expedirse sobre la cuestión, en caso de divergencia sobre la determinación de la naturaleza laboral de un accidente...

Con la reforma del sistema previsional argentino, en el año 2008, que implicó la disolución de la entonces Superintendencia de Administración de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP), las CCMM pasaron a funcionar bajo la órbita jerárquica y administrativa de la SRT.

Según se estableció en el artículo 15 de la Ley N° 26.425, el personal médico, técnico, auxiliar y administrativo que se desempeñaba ante las CCMM y la Comisión Médica central, así como toda la infraestructura necesaria para su debido funcionamiento, fueron transferidos al ente autárquico a cargo del control y fiscalización del sistema de riesgos del trabajo.

En resumidas cuentas, las CCMM pasaron a depender orgánicamente de la SRT, la cual a su vez fue facultada para ejercer toda aquella competencia relativa a la actividad de aquéllas. Más cerca en el tiempo, la Ley N° 26.773 vino a establecer un régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, frente al cual resultaba necesario adecuar las reglamentaciones vigentes en lo atinente al procedimiento ante las CCMM.

En este orden de ideas, el artículo 5 del Decreto N° 1.475/2015 -mediante el cual se agregó el artículo 12 bis al Decreto N° 717/1996- introdujo la figura del Secretario Técnico Letrado dentro del ámbito de las CCMM y la Comisión Médica

central quien, con igual jerarquía que los demás miembros, tendría por funciones intervenir en la emisión del dictamen jurídico previo previsto en el apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557 y formular opinión sobre las cuestiones de índole jurídica, ajenas a la competencia de los profesionales médicos.

Al igual que los miembros profesionales médicos de la comisión, el secretario técnico letrado sería designado mediante un concurso público de oposición y antecedentes.

Consiguientemente, contempló en forma explícita la necesidad del trabajador o de sus derechohabientes de contar con patrocinio letrado desde su primera presentación y durante todo el transcurso del procedimiento ante las CCMM, con la finalidad de garantizar el debido proceso legal.

Por último, también se realizaron modificaciones en el diseño del procedimiento vigente, tendientes a abreviar los plazos y agilizar la vía recursiva existente.

De esta forma, luego de que se introdujera la opción excluyente dispuesta por el artículo 4° de la Ley N° 26.773, se pretendió cerrar un procedimiento expeditivo en el cual la comisión médica dicte sus resoluciones fundadas en los principios y directrices del sistemas de riesgos del trabajo, de modo tal que permitan al damnificado adquirir pleno conocimiento respecto de los alcances de sus derechos.

Es así que, mediante su intervención, se facilitaría el acceso del trabajador a una cobertura rápida, plena y justa, a través de la aplicación de parámetros técnicos objetivos y uniformes.

Independientemente de ello, la resolución dictada en sede administrativa siempre sería revisable en forma amplia y suficiente por la justicia ordinaria local a opción del trabajador, quien habiendo agotado la instancia podría buscar aquella reparación que, según su entendimiento, no fue contemplada⁵⁶.

7.4. Situación actual. Distribución territorial

Sin perjuicio de los incansables esfuerzos por superar los aspectos controvertidos, la litigiosidad existente en el sistema continuó en aumento. Proliferaban

56. Cardozo, Matías Benjamín. La constitucionalidad de la competencia de las comisiones médicas. En: Machado, José Daniel, Director de la Revista de Derecho Laboral Actualidad. Buenos Aires: Rubinzal- Culzoni, 2015-1. ISBN: 978-987-30-0582-4.

demandas laborales como consecuencia de eludir la necesaria intervención previa de las CCMM, en contingencias que estaban cubiertas por la LRT.

En este contexto fue que, a comienzos del año 2017, se impulsó la reforma de la LRT, concretada luego con la sanción de la Ley N° 27.348.

Con ella, la intervención de las CCMM jurisdiccionales se constituyó finalmente como instancia única, con carácter obligatorio y excluyente de cualquier otra, para que el trabajador afectado o sus derechohabientes, contando con el patrocinio letrado que garantice el debido proceso legal, soliciten u homologuen la determinación del carácter laboral de la contingencia, la incapacidad resultante de la misma y las consecuentes prestaciones dinerarias, en forma previa a dar curso a cualquier acción judicial ante los tribunales locales, fundada tanto en la Ley N° 24.557 cuanto en la opción por la vía del derecho civil. Esta instancia sólo estaría disponible para aquellas provincias que adhieran a las disposiciones del Título I de la Ley N° 27.348.

Para las jurisdicciones que no hayan adherido igualmente continuarían rigiendo las previsiones de los artículos 21, 22 y 46 de la Ley N° 24.557, como así también el procedimiento instaurado por el Decreto N° 717/1996 y sus normas complementarias.

La principal innovación que se introdujo fue la modificación del artículo 46 de la LRT que dispuso, una vez agotada la instancia administrativa, la intervención ulterior de la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

Es decir, se sustrajo la vía recursiva del alcance de los fueros federales para encausarla dentro del terreno de la justicia del trabajo, respetando así lo dispuesto por la Constitución Nacional respecto de las competencias del Congreso de la Nación en materia de derecho común.

Por otro lado, también se les reconoce status de cosa juzgada administrativa a los decisorios que dicten las CCMM jurisdiccionales o la CMC, que no fueren motivo de recurso alguno por las partes.

Se profundiza más aún la distribución territorial de las CCMM jurisdiccionales, cuya intervención ahora estaría circunscripta a la opción de competencia ejercida por el trabajador, quien podrá escoger por la comisión correspondiente a su domicilio, al lugar donde efectivamente preste servicios o, en su defecto, al domicilio donde habitualmente aquel se reporta.

Las CCMM atraviesan un proceso de descentralización y relocalización de sus sedes que apuntan a favorecer a los trabajadores. Teniendo en miras tal objetivo, se procuró la apertura de nuevas CCMM y Delegaciones (que cumplirán las mismas funciones que las comisiones de las cuales dependen), adecuando sus competencias a las circunscripciones judiciales existentes en la jurisdicción donde éstas se encuentren asentadas, con la finalidad de respetar la vía recursiva en razón de la competencia territorial optada por el damnificado.

En el marco de esta mentada reforma es que se crea, dentro del ámbito de las CCMM, el Servicio de Homologación, que estará encargado de sustanciar y homologar los acuerdos por incapacidades laborales permanentes definitivas y fallecimiento.

A instancias de su actuación, las resoluciones dictadas en relación a los dictámenes que determinen el carácter laboral de una contingencia, el porcentaje de incapacidad laboral o el fallecimiento por causas laborales, como así también a las propuestas de convenios sometidas a consideración, gozarían con el reconocimiento del estatus de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la Ley N° 20.744.

Este reordenamiento del sistema de riesgos del trabajo apunta a crear previsibilidad en la resolución de los conflictos y a disminuir la litigiosidad existente.

Paralelamente, la actuación del servicio de homologación constatará que las indemnizaciones acordadas con las aseguradoras no resulten inferiores a las establecidas en la ley.

Estas acciones tienen como objetivo respetar el derecho del trabajador damnificado a recibir una reparación justa en relación al daño sufrido y en el tiempo oportuno.

Actualmente, las comisiones médicas se constituyen como una instancia administrativa especializada e interdisciplinaria, conformada tanto por profesionales del derecho que revisten el carácter de secretario técnico letrado como por profesionales médicos, sin subordinación jerárquica entre ellos.

Para el cumplimiento de sus funciones, los citados profesionales cuentan con la asistencia de personal letrado, técnico y administrativo idóneo para tal labor.

A su vez, la comisión médica también estará integrada por el respectivo servicio de homologación, el que emitirá el acto administrativo definitivo, que concluye y agota la instancia.

La actuación de los integrantes que conforman las comisiones médicas en las distintas etapas del procedimiento siempre estará limitada dentro del marco de sus respectivas incumbencias, y tiene por propósito fundamental el resguardo del debido proceso.

Por ello, cualquier alusión al órgano que constituye la comisión médica deberá entenderse siempre en forma abarcativa de todos aquellos aspectos, tanto técnicos, médicos como jurídicos, relativos al procedimiento ante las CCMM.

En ese marco, el profesional médico actuante tendrá asignadas las siguientes funciones y responsabilidades:

- a. Presidir las audiencias médicas;
- b. Efectuar el examen médico en los trámites de determinación de incapacidad, divergencia en la incapacidad y rechazo de la denuncia de la contingencia;
- c. Analizar y valorar la prueba médica solicitada y presentada por las partes;
- d. Requerir la realización de estudios científicos o médicos, en los casos que se susciten cuestiones ajenas a su especialidad;
- e. Labrar el acta de audiencia médica;
- f. Emitir el Dictamen Médico o el Informe de Valoración de Daño (IVD), según corresponda, expresando en dicha oportunidad los fundamentos médicos que motivaron su conclusión;
- g. Expedirse sobre las cuestiones atinentes al dictamen médico planteadas por las partes en las solicitudes de rectificaciones o revocaciones;
- h. Dar intervención al Secretario Técnico Letrado cuando se susciten planteos de orden legal, no pudiendo apartarse de lo opinado por el referido funcionario en lo que respecta a lo consultado.

Por su parte, en acuerdo a lo dispuesto por el Decreto N° 1.475/2015 y la Resolución SRT N° 298/2017 y su aclaratoria, la Resolución SRT N° 899-E/2017 las funciones del secretario técnico letrado serán:

- a. Emitir Dictamen Jurídico Previo (DJP) en el trámite de rechazo de la denuncia de la contingencia, en función de lo previsto en el apartado 5, artículo 21, de la Ley N° 24.557;
- b. Intervenir y expedirse sobre las cuestiones jurídicas que sean sometidas a su consideración;
- c. Sustanciar la producción de prueba en el procedimiento de rechazo de la denuncia de la contingencia.

Finalmente, el titular del servicio de homologación tendrá por funciones:

- a. Emitir el acto administrativo definitivo de la comisión médica jurisdiccional en los trámites de Rechazo de la Denuncia de la Contingencia, Determinación de la Incapacidad y Divergencia en la Determinación de la Incapacidad, el que será vinculante para todas las partes;
- b. Controlar el cumplimiento de los principios del debido proceso y de legalidad;
- c. Dictar, en los casos que así corresponda, el auto que concede el recurso interpuesto y el que ordena el traslado de la expresión de agravios;
- d. Elevar las actuaciones a la CMC o a la justicia laboral competente.

De esta forma, las CCMM jurisdiccionales terminan de configurarse como la vía administrativa necesaria, en caso de que el trabajador damnificado demande las prestaciones previstas en la ley a través un procedimiento expedito.

Garantizando el debido proceso, deberán resolver todas aquellas cuestiones que se le sometan mediante el dictado de resoluciones técnicas, en las que se apliquen criterios uniformes en consonancia con los principios del sistema, y resguardando la ulterior revisión judicial por los tribunales competentes.

Asimismo, sus actos decisorios que no sean recurridos por las partes pasaran en autoridad de cosa juzgada administrativa y agotaran la instancia.

La uniformidad en la resolución de conflictos en todo el país es una aspiración que contribuye a aportar seguridad jurídica a todos los actores del sistema de riesgos del trabajo.

Ello se podrá ver cristalizado a través de la intervención de las CCMM jurisdiccionales como instancia administrativa previa y obligatoria, la cual conlleve la reducción de los costos administrativos y judiciales, a través de un trámite médico- científico confiable, rápido y gratuito para el damnificado, que asegure el cumplimiento de los derechos constitucionales y el debido control judicial ⁵⁷.

57. Ojeda, Raúl Horacio. Las Comisiones Médicas y el Debido Proceso. En: Machado, José Daniel, Dir. Revista de Derecho Laboral Actualidad. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni, 2015-1. ISBN: 978-987-30-0582-4.

- **Distribución geográfica y jurisdiccional**

Situación a diciembre de 2015

Para esa fecha existían 35 comisiones médicas en todo el país, de las cuales 6 estaban en la provincia de Buenos Aires, 3 en Córdoba, 2 en Entre Ríos 2 en Mendoza, 2 en Chubut, 2 en Río Negro y 1 comisión en las restantes provincias.

La distribución por ciudad era la siguiente: Tucumán, Resistencia, Posadas, Mendoza, Córdoba, Villa María, Rosario, Paraná, Neuquén, Ciudad de Buenos Aires, La Plata, Mar del Plata, Bahía blanca, Junín, Paso del Rey, Santa Rosa, Viedma, Comodoro Rivadavia, Río Gallegos, Ushuaia, Jujuy, Salta, Catamarca, La Rioja, San Juan, San Luis, Formosa, Santiago del Estero, Corrientes, Zárate, San Rafael, Río Cuarto, Concordia, General Roca y Trelew.

Situación a diciembre de 2017

Para fines de 2017 se habían abierto otras 11 comisiones médicas; 7 en la provincia de Buenos Aires, 3 en Córdoba y 1 en Río Negro.

La lista de ellas es la siguiente: Lanús, Ramos Mejía, San Isidro, Punta Alta, Saladillo, Pilar, Pinamar, Bariloche, San Francisco, Villa Dolores y Laboulaye.

Situación proyectada a julio de 2019

Actualmente, se encuentran abiertas 63 comisiones médicas jurisdiccionales en todo el país, previéndose un ritmo sostenido de apertura de nuevas comisiones médicas durante el 2019 a fin de que los trabajadores damnificados cuenten con una comisión médica funcionando a menos de 50 km de su domicilio o lugar de trabajo, dando acabada respuesta a las necesidades de accesibilidad, celeridad, y garantía del debido proceso, en el accionar ante las comisiones médicas.

Durante el año 2018 se prevé la apertura de 31 nuevas comisiones médicas, con lo cual el 81% de los trabajadores que se accidente contará con una comisión médica funcionando a menos de 50 km de su domicilio o lugar de trabajo, dando acabada respuesta a las necesidades de accesibilidad, celeridad, y garantía del debido proceso, en el accionar ante las comisiones médicas.

CAPÍTULO 8

Del procedimiento ante las CCMM jurisdiccionales y el servicio de homologación

8.1. Las CCMM. Objeto. Funciones

Como ya fuera mencionado, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 21 de la Ley N° 24.557, las CCMM son las encargadas de determinar la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad, el carácter y grado de la incapacidad y el contenido y alcances de las prestaciones en especie.

En virtud de ello, en el año 1996, el Poder Ejecutivo Nacional dictó el Decreto N° 717, mediante el cual se reguló la intervención de las CCMM en los trámites relativos a la LRT. Posteriormente, a través de sucesivas resoluciones, la SRT dictó las normas destinadas a regular detalladamente los procedimientos ante las CCMM.

Actualmente se encuentra vigente la Resolución SRT N° 179/2015.

Luego, la Ley N° 27.348 estableció que la actuación de las CCMM constituya la instancia administrativa previa, de carácter obligatorio y excluyente de toda otra intervención, para que el trabajador afectado solicite la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la LRT, en aquellas provincias que delegasen la jurisdicción administrativa al ámbito nacional a través de una norma de adhesión.

Teniendo en cuenta lo expuesto, podemos diferenciar las competencias de la comisión médica según el objeto del trámite y la provincia en la que se encuentre.

De esta manera, si el trámite se encuentra destinado a determinar el contenido y alcances de las prestaciones en especie, en todas las provincias se deberán seguir los procedimientos previstos en el Decreto N° 717/1996 y la Resolución SRT N° 179/2015.

Asimismo, en las provincias que no hubieren adherido a las provisiones del Título I de la Ley N° 27.348, es decir, en aquellas donde la comisión médica no se halle constituida como instancia previa y obligatoria para los trámites allí mencionados, ésta deberá actuar conforme las competencias previstas en el artículo 21 de la LRT, debiendo regirse tales procedimientos según lo dispuesto en las citadas normas reglamentarias.

Ahora bien, en aquellas provincias adheridas al Título I de la ley de ordenamiento, los trámites de determinación del carácter profesional de la enfermedad o laboral de la contingencia, la determinación de la incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la LRT, deberán regirse por lo dispuesto en la Resolución SRT N° 298/2017 y las respectivas normas de adhesión.

Como lo venimos mencionando, el artículo 1 de la Ley N° 27.348 estableció la actuación previa y obligatoria de las CCMM jurisdiccionales para que el trabajador afectado solicite la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la LRT.

A fin de tornar operativo el precepto, la SRT, a través de la Resolución N° 298/2017, reglamentó los procedimientos de acuerdo a las pautas allí establecidas.

TRÁMITES	
<p>Iniciados por la ART</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinación de la Incapacidad • Propuesta de Convenio 	<p>Iniciados por el Trabajador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divergencia en la Determinación de la Incapacidad • Rechazo del AC / EP

8.2. Conformación de las CCMM en las provincias adheridas a la Ley N° 27.348. Servicio de homologación. Secretario técnico letrado

- **Servicio de Homologación**

El artículo 3 de la Ley N° 27.348, creó el Servicio de Homologación en el ámbito de las CCMM jurisdiccionales, el que será el encargado de sustanciar y homologar los acuerdos por incapacidades laborales permanentes definitivas y fallecimiento, previstas en la Ley N° 24.557 y sus modificatorias.

En el anexo de la citada norma, se establecieron los procedimientos que se sustanciarán en el recientemente creado servicio de homologación, los cuales se encuentran reglamentados en la Resolución SRT N° 298/2017.

En este punto, debemos destacar que el Servicio de Homologación integra la comisión médica jurisdiccional y ésta, a su vez, se encuentra conformada por personal letrado, administrativo y técnico que los asiste.

El Servicio de Homologación está presidido por el titular, que es el encargado de emitir el acto de homologación o bien el acto administrativo definitivo que concluya el procedimiento y agote la instancia administrativa.

- **Secretario Técnico Letrado**

El cargo de secretario técnico letrado de las CCMM y la Comisión Médica central fue creado a través de la Resolución SRT N° 709/2013, estableciendo que su cometido es emitir el dictamen jurídico previo previsto en el apartado 5 del artículo 21 de la Ley N° 24.557 -en los casos que corresponda- y formular opinión jurídica sobre los casos sometidos a su consideración a requerimiento de las CCMM.

Posteriormente, la figura de los secretarios técnicos letrados fue incorporada al Decreto N° 717/1996 a través del Decreto N°1.475/2015, en el cual se previó que integren la comisión médica para la emisión de los DJP y otras cuestiones jurídicas que se susciten en las actuaciones ante las CCMM, en las que formulará opinión.

El artículo 12 bis del citado decreto establece que tendrán la misma jerarquía que los miembros previstos en el artículo 51 de la Ley N° 24.241, en cuanto a la forma de selección mediante concurso de oposición y antecedentes y a la remuneración. A su vez, la Resolución SRT N° 899-E/2017 dispuso que su desvinculación sólo pueda ser dispuesta con fundamento en una grave causal, debidamente acreditada.

Su dictamen resulta vinculante para la comisión médica y son una instancia del procedimiento que culmina, en los trámites aquí analizados, con el decisorio del titular del servicio de homologación de la comisión médica.

- **Profesionales Médicos**

Los médicos que conforman las CCMM son los profesionales encargados de presidir todas las audiencias de examen médico, debiendo valorar la prueba de carácter

médico acompañada por las partes. Asimismo, podrán requerir estudios científicos o médicos, en los casos que se susciten cuestiones ajenas a su especialidad.

Luego, deben emitir el dictamen médico o el Informe de Valoración de Daño (IVD), según el trámite, expresando en dicha oportunidad los fundamentos médicos que motivaron su conclusión.

- **Auxiliares**

La Resolución SRT N° 899-E/2017 creó los cargos de auxiliar letrado del secretario técnico letrado y funcionario auxiliar letrado del Servicio de Homologación. Los primeros, como su denominación lo expresa, tienen la función de asistir al secretario técnico letrado en la etapa probatoria de los trámites por rechazo de la denuncia de la contingencia.

Por su parte, el funcionario auxiliar letrado es quien debe sustanciar y presidir las audiencias de acuerdo en los procedimientos ante el Servicio de Homologación en el ámbito de las CCMM jurisdiccionales (Título I, Capítulo II de la Resolución SRT N° 298/2017). En caso de acuerdo, en esta instancia el funcionario deberá constatar la libre emisión del consentimiento del trabajador o derechohabientes y su discernimiento acerca sobre los alcances del acuerdo, en concordancia con lo establecido en el artículo 15 de la Ley N° 20.774.

Asimismo, es el encargado de emitir la opinión de legalidad, en resguardo del debido proceso y de elevar las actuaciones al titular del servicio para el dictado del acto definitivo.

8.3. Procedimiento de actuación ante las CCMM como etapa pre judicial. Instancia administrativa previa y obligatoria. Casos previstos en la Ley N° 27.348. Resolución SRT N° 298/2017: el servicio de homologación en el ámbito de las CCMM jurisdiccionales

- **Procedimiento de rechazo de la denuncia de la contingencia**

Este trámite está destinado a analizar la pertinencia del rechazo efectuado por la ART y/o el EA de una contingencia denunciada por el trabajador, el empleador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento de aquella y tiene como objeto establecer el carácter laboral del accidente o profesional de la enfermedad.

Se debe tener en cuenta que este trámite debe ser iniciado por el trabajador o sus derechohabientes y procede cuando el rechazo de la contingencia por parte de la ART y/o el EA haya sido efectuado en los plazos y conforme las causales previstas en el artículo 6 del Decreto N° 717/1996 y demás normas aplicables.

En este punto debemos diferenciar el trámite de rechazo de la denuncia del accidente laboral del trámite de rechazo de la denuncia de la enfermedad profesional.

En el primero de ellos, la intervención del secretario técnico letrado es determinante para establecer la naturaleza laboral de la contingencia, la cual será dispuesta por el servicio de homologación.

Así, de acuerdo a lo preceptuado por el artículo 2 de la Resolución N° 298/2017, si el dictamen del secretario técnico letrado hubiese concluido que el accidente reviste carácter laboral, corresponderá la intervención del profesional médico quien, luego de emitir su dictamen, remitirá las actuaciones al titular del Servicio de Homologación para que dicte el acto pertinente.

Ahora bien, si en su dictamen el secretario técnico letrado concluyera que el accidente no reviste carácter laboral, sin necesidad de la intervención del profesional médico, se elevarán las actuaciones al titular a fin de que emita la disposición correspondiente.

Por otro lado, en el trámite de rechazo de la denuncia de la enfermedad profesional, por su carácter, la intervención de los médicos es fundamental.

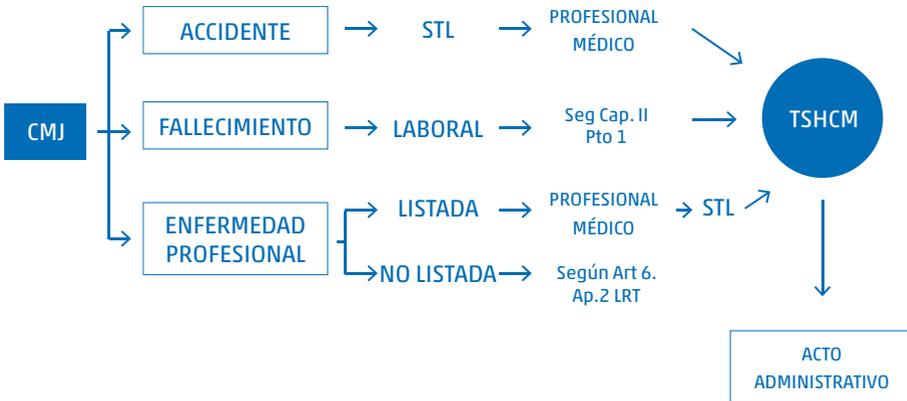
Una vez que emiten el dictamen médico indicando el carácter profesional o no profesional de la enfermedad, deberán dar intervención al secretario técnico letrado, quien en esta oportunidad se pronunciará sobre la legalidad del procedimiento y elevará las actuaciones al titular del servicio para que emita el acto administrativo.

Como se observa, estos procedimientos difieren de los previstos en la Resolución SRT N° 179/2015 en dos cuestiones principales.

La primera de ellas es que la resolución definitiva sobre la cuestión emana del titular del servicio de homologación, lo que otorga a esta decisión el carácter de acto definitivo, que puede ser apelado por las partes.

Esto quiere decir que ya no son apelables los dictámenes de los médicos de la comisión médica.

De esta manera, teniendo en cuenta que la disposición del titular es un acto definitivo, el nuevo procedimiento de rechazo de la denuncia de la enfermedad profesional, prevé una opinión de legalidad previa al dictado del acto, tal como lo requieren los actos de emanados de la administración, en nuestro ordenamiento.



- **Procedimiento de Determinación de la Incapacidad y Divergencia en la Determinación de la Incapacidad**

Ambos trámites están destinados a determinar el porcentaje de incapacidad laboral definitiva resultante de una contingencia, en función de las secuelas incapacitantes existentes con posterioridad al otorgamiento del alta médica y tienen como único objeto establecer el porcentaje de incapacidad de una contingencia cuyo carácter laboral no se encuentra controvertido por las partes.

En principio, debemos recordar que partir de los diez días, y hasta los veinte contados desde el día siguiente al del cese de la ILT, la ART y/o el EA deberán solicitar la intervención de la comisión médica jurisdiccional⁵⁸, mediante el trámite de "Determinación de la Incapacidad", siempre que hubiesen determinado secuelas incapacitantes resultantes del siniestro.

En este sentido, la Resolución SRT N° 33/2018, establece acciones a cargo de las ART/EA, con el fin de valorar el grado de las secuelas incapacitantes de carácter definitivo resultantes de una contingencia.

58. Debemos recordar que también podrá presentar una propuesta de convenio, como lo explicaremos más adelante.

Al respecto, a los fines de dotar de mayor celeridad y eficiencia al procedimiento del trámite de valoración del daño, y ante la posible existencia de secuelas incapacitante se previó que, en forma previa al otorgamiento del Alta Médica o el Fin de Tratamiento, o en su defecto, al cese de la Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) por el transcurso del plazo legal, las ART / EA den cumplimiento al "PROTOCOLO DE ESTUDIOS OBLIGATORIOS MÍNIMOS PARA LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL Y PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD", aprobado por el artículo 1° de la Resolución SRT N° 886 de fecha 22 de septiembre de 2017, procediendo a la realización de los estudios médicos complementarios que pudieran corresponder.

Ahora bien, si la ART y/o el EA hubieran otorgado el alta médica y no se hubiesen expedido sobre la existencia de secuelas incapacitantes y el trabajador no prestare su conformidad con la inexistencia de secuelas incapacitantes; o si luego del cese de la ILT, la ART y/o el EA no hubieran iniciado el trámite de determinación de la incapacidad dentro del plazo de veinte días, el trabajador se encontrará habilitado para iniciar el trámite de "Divergencia en la Determinación de la Incapacidad".

Si bien estos trámites ya se encontraban previstos en la Resolución SRT N° 179/2015, la novedad radica en una nueva etapa, en la cual las partes podrán acordar sobre la indemnización derivada del porcentaje de incapacidad dictaminado y la resolución final homologatoria, que recae sobre el titular del servicio de homologación de la comisión médica, con lo cual la intervención de los profesionales médicos asume una función técnica, cuya opinión luego es recogida por el servicio de homologación al momento de dictar el acto.

Así, las partes y el empleador, al ser notificados del dictamen médico de la comisión médica que se expide respecto del porcentaje de las secuelas incapacitantes, son invitados a una audiencia de acuerdo ante el servicio de homologación de la comisión médica, a fin de convenir respecto de la liquidación de la prestación dineraria y el ejercicio de la opción.

Dicha audiencia es presidida por un funcionario del servicio de homologación, quien informará a las partes la liquidación de la prestación dineraria y explicará los alcances y efectos de la conformidad o disconformidad respecto del acuerdo y, en su caso, el ejercicio de la opción prevista en el artículo 4 de la Ley N° 26.773.

Si las partes arribaran a un acuerdo y prestaran su conformidad con lo actuado, el agente del servicio constatará la libre emisión del consentimiento del trabajador o derechohabientes y, en el mismo acto, se suscribirá el acta dejando expresa constancia de lo actuado.

Luego, el agente emitirá la opinión de legalidad sobre el procedimiento y elevará las actuaciones al titular, a fin de que emita el acto homologatorio pertinente, en el cual se consignará el porcentaje de incapacidad determinado. Dicho acto detentará autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la Ley N° 20.744 (t.o. 1976).

Por el contrario, si las partes no prestaren conformidad con lo actuado o no arribaren a un acuerdo respecto de la liquidación, el funcionario dejará constancia de ello en el acta, emitirá la opinión de legalidad del procedimiento y elevará las actuaciones al titular a fin de que emita la disposición que concluye el procedimiento, en el cual se consignará el porcentaje de incapacidad determinado en el dictamen médico. Este acto será susceptible de ser recurrido ante la Comisión Médica central, teniendo la opción el trabajador de interponer recurso ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.



- **Procedimiento de Acuerdo por Incapacidad Laboral Permanente y Definitiva**

Es el trámite destinado a someter a consideración del servicio de homologación de la comisión médica jurisdiccional una propuesta de convenio arribada e instrumentada entre la ART y/o el EA y el trabajador o sus derechohabientes,

respecto de la incapacidad laboral derivada de la contingencia y el importe de las prestaciones dinerarias.

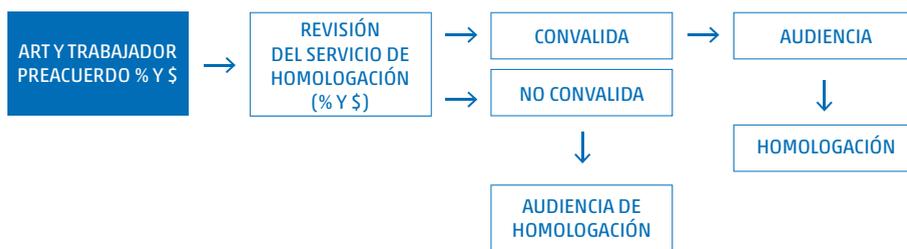
En esta instancia, el médico interviniente se expedirá través de un informe de valoración de daño, en el cual informará el grado de incapacidad laboral que padece el damnificado al momento de la evaluación, conforme al baremo aprobado por el Decreto N° 659/1996.

En cuanto a las prestaciones dinerarias, la liquidación será calculada según el porcentaje de incapacidad informado por el médico.

Luego, las partes serán convocadas a la audiencia de acuerdo frente al funcionario del servicio de homologación, quien informará el resultado de la liquidación practicada por las áreas técnicas de la SRT.

Si se verifican los supuestos contenidos en propuesta de convenio, se celebrará el acuerdo el cual podrá ser homologado por el titular del servicio de homologación. Tal como lo establece el artículo 2° de la Ley N° 27.348, el acto homologatorio asumirá autoridad de cosa juzgada.

A diferencia de ello, si el porcentaje de incapacidad o la prestación dineraria informados difieren de lo convenido en la propuesta presentada, el funcionario, sin necesidad de dar intervención al respectivo titular, tendrá por concluidas las actuaciones y dará inicio al trámite de Determinación de Incapacidad.



8.4. Novedades en el procedimiento.

Patrocinio letrado obligatorio. Garantía del debido proceso.

Cosa juzgada administrativa

Como observamos, resulta una novedad para el sistema la determinación de las prestaciones dinerarias en la instancia de la homologación.

Dado el carácter alimentario que les otorga la LRT a estas prestaciones, si bien pueden ser objeto de transacción, el resultado de la conciliación nunca puede ser inferior a los montos establecidos por la norma.

De esta manera, la liquidación de la indemnización correspondiente será calculada por las áreas técnicas de la SRT, teniendo en cuenta los salarios declarados por el empleador al SUSS y el porcentaje de incapacidad detallado en el dictamen médico o informe de valoración de daño, según el trámite.

Ahora bien, puede suscitarse una controversia respecto de los salarios declarados por el empleador, lo cual repercute directamente sobre la indemnización calculada.

Al respecto, de acuerdo a lo expresado en la Resolución SRT N° 899-E/17 tal controversia entre el trabajador y el empleador deberá ser resuelta por la autoridad judicial, sin que ello afecte el derecho del trabajador de percibir las indemnizaciones previstas en el sistema de riesgos del trabajo, en virtud de los salarios exclusivamente declarados por el empleador al SUSS.

En su caso, el trabajador podrá, en la instancia cumplida ante el servicio de homologación, arribar a un acuerdo con carácter de cosa juzgada administrativa. El artículo 1 de la Ley N° 27.348 establece que para los trámites allí indicados será competente la comisión médica jurisdiccional correspondiente al domicilio del trabajador, al lugar de efectiva prestación de servicios por el trabajador o, en su defecto, al domicilio donde habitualmente aquel se reporta, a opción del trabajador y su resolución agotará la instancia administrativa.

El domicilio del trabajador debe ser acreditado mediante copia del documento nacional de identidad y los domicilios laborales a través de una constancia expedida por la empresa.

Si el empleador es un organismo del Estado, es suficiente con la firma y sello del responsable de RRHH del organismo o cargo equivalente.

En los trámites que deben ser iniciados por la aseguradora, según la Resolución SRT 298/2017, previo a la solicitud de intervención, la ART deberá notificar al trabajador a fin de que opte por la comisión médica competente e intimarlo para que, dentro de los tres días hábiles acompañe la documentación que acredite la competencia de la comisión médica elegida, bajo apercibimiento de iniciar las actuaciones en la jurisdicción correspondiente al domicilio denunciado en el documento de identidad.

Por otra parte, se debe tener presente que el artículo 46 de la LRT -modificado por la Ley N° 27.348- establece que los recursos deberán ser interpuestos ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino, la competencia deberá estar fijada al momento del inicio del trámite, según la opción ejercida por el trabajador de acuerdo a los parámetros mencionados.

Así, cualquiera fuera el trámite que se inicie y la jurisdicción que intervenga, el trabajador deberá ejercer la opción, de conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 7 de la Resolución SRT N° 326/2017, la cual determina las competencias territoriales de las comisiones médicas de todo el país⁵⁹.

- **Patrocinio Letrado Obligatorio. Honorarios**

Dadas las cuestiones que se suscitan y que son resueltas en el ámbito de las CCMM, de acuerdo a las nuevas competencias, el legislador consideró conveniente establecer la obligatoriedad de la asistencia letrada en los procedimientos de actuación previa y obligatoria.

Así, en resguardo del debido proceso, desde la primera presentación y en cada una de las instancias de los procedimientos regulados por las resoluciones comentadas, el trabajador o sus derechohabientes deben estar acompañados por un letrado patrocinante.

Ahora bien, a fin de asegurar la gratuidad en los procedimientos ante comisiones médicas, en consonancia el artículo 21 de la Ley N° 24.557, las nuevas disposiciones establecen que los honorarios profesionales por patrocinio letrado y demás gastos en que incurra el trabajador, estarán a cargo de la ART, siempre que el damnificado concurra al proceso con su letrado patrocinante particular, la actuación resultare oficiosa y se hubiera reconocido total o parcialmente la pretensión reclamada por el damnificado.

Si, por otra parte, el trabajador o los derechohabientes son asistidos por un letrado perteneciente al servicio de patrocinio gratuito, los letrados no devengarán honorarios a cargo de las ART o EA ni, por supuesto, de los interesados.

59. Cabe aclarar que la Resolución SRT N° 326/2017 no resulta aplicable respecto de las comisiones médicas sitas en la provincia de Córdoba, Mendoza, Buenos Aires, Río Negro y Entre Ríos, para las cuales se han adecuado las competencias mediante resoluciones posteriores.

Para la estimación de los honorarios, resultarán de aplicación los porcentajes previstos en las disposiciones de las leyes de aranceles de cada jurisdicción, en ningún supuesto se fijarán o regularán en el ámbito del servicio de homologación de las CCMM.

Finalmente, se debe tener presente que el último párrafo del artículo 2 de la Ley N° 27.348 establece: "No podrán ser objeto de pactos de *cuota litis* los procesos judiciales que se sustancien en el marco del presente Título".

Tal disposición concuerda con el criterio esbozado por la Cámara Nacional del Trabajo en el reciente Fallo Plenario de junio de 2016, en el cual se concluyó que: "En las causas en las cuales se reclaman beneficios emergentes de las leyes 24.557 y 26.773, no es legalmente admisible el pacto de *cuota litis* sobre el importe de las prestaciones contempladas en ellas".

- **Debido proceso**

La garantía del debido proceso puede traducirse en la obligación del Estado consistente en asegurar que toda persona goce, dentro del ámbito de un procedimiento que concluye en una sentencia judicial o decisorio administrativo, de determinados derechos relativos a la calidad de la defensa de sus intereses, a fin de que la decisión que se dicte resulte ajustada a derecho y tal obligación es, para el Estado, irrenunciable, pues es éste quien debe asegurar que la garantía citada se cumpla en forma efectiva y no meramente declarativa, preservando el derecho del trabajador a exponer sus argumentos, producir prueba y a obtener una resolución fundada.

Como se observa, en los nuevos procedimientos el debido proceso se encuentra garantizado, en atención a la amplitud de medidas probatorias que pueden ofrecer las partes, la asistencia letrada obligatoria para el trabajador, la opinión de legalidad acerca del procedimiento y el acto administrativo que concluye las actuaciones, el cual puede ser objeto de revisión judicial ulterior.

- **Cosa juzgada. Alcances**

El artículo 15 de la Ley de Contrato de Trabajo establece que los acuerdos transaccionales, para ser válidos, deben ser homologados por autoridad administrativa o judicial, otorgando el carácter de cosa juzgada a los acuerdos homologados, siempre y cuando se alcance una justa composición de los derechos e intereses de las partes.

Dicho carácter es reconocido por la Ley N° 27.348 a los actos del servicio de homologación y a los decisorios que dicten las CCMM jurisdiccionales o la CMC que no fueren motivo de recurso por las partes.

De esta manera, no sólo los actos del servicio que homologuen acuerdos gozarán de este carácter, sino también aquellos actos que clausuren el procedimiento y que no fueren recurridos por las partes dentro de los plazos previstos en la Resolución SRT N° 298/2017, o que el interesado no hubiere interpuesto la acción directa ante el tribunal provincial competente, toda vez que estos se consideran firmes y consentidos.

En cualquier caso, la incapacidad determinada en el acto del servicio de homologación quedará firme y será incorporada a los registros de la SRT.

- **Jurisdicción Competente**

En sus orígenes, el apartado 1 del artículo 46, incluidos en la Ley N° 24.557 disponía la intervención de las CCMM jurisdiccionales para habilitar ulteriormente la instancia de revisión judicial por parte de la justicia federal con competencia en cada provincia y la justicia federal de la seguridad social en la Capital Federal, situación que generó críticas por parte de diferentes sectores, ya que excluía la posibilidad al trabajador de acceder al juez natural.

En oportunidad de expedirse sobre los alcances del artículo, la CSJN, en el caso "Castillo" -el cual fuera reiterado en varios pronunciamientos posteriores- sostuvo que la Ley N° 24.557 no contenía disposición expresa alguna que declare el carácter federal del régimen de reparaciones y, por otro lado, sólo se limitaba a regular relaciones entre particulares, no apareciendo en sus preceptos la manifiesta existencia de una específica finalidad federal que viniera a alterar la aplicación de esa ley por los tribunales de provincias, si las cosas o las personas cayeren bajo sus respectivas jurisdicciones.

De esta manera, la Corte apuntó que tales falencias "no pueden ser obviadas por la sola voluntad del legislador... por cuanto es deber indeclinable del Tribunal impedir que, a través de esos medios, se restrinjan indebidamente las facultades jurisdiccionales de las provincias, que son inherentes al concepto jurídico de autonomía", agregando que "la reserva de la jurisdicción provincial... fue introducida por la Convención de 1860 con el deliberado propósito de impedir que las provincias carecieran de jurisdicción en las materias a que dicha norma hace referencia."

Y concluyó sosteniendo que “La Ley de Riesgos del Trabajo, de tal manera, ha producido dos consecuencias incompatibles con la Constitución Nacional: impedir que la justicia provincial cumpla la misión que le es propia y desnaturalizar la del juez federal al convertirlo en magistrado de fuero común”.

Sentado ello, en primer lugar debemos referirnos a la sustitución del primer apartado del anterior artículo 46 de la Ley N° 24.557 por el establecido en el artículo 14 de la Ley N° 27.348 – Título II “Disposiciones de Ordenamiento del Sistema sobre Riesgos del Trabajo”. A través de esta sustitución se sorteó la primera crítica expresada por el Máximo Tribunal, esto es, devolver la competencia de la materia a las jurisdicciones locales.

Ello es así, toda vez que los decisorios de las CCMM jurisdiccionales podrán ser recurridos ante la Comisión Médica Central o ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

A su vez, las decisiones de la Comisión Médica central podrán ser recurridas ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

El mismo criterio visto en los párrafos anteriores es aplicable a los actos del servicio de homologación de la Comisión Médica jurisdiccional, en las provincias que hubieran adherido al Título I de la Ley N° 27.348.

Es decir, los actos del servicio de homologación en trámites en los cuales las partes no hubieren arribado a un acuerdo, podrán ser apelados ante la Comisión Médica central, teniendo el trabajador la opción de recurrir ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial.

Teniendo en cuenta lo manifestado, la reforma del artículo 46 de la Ley N° 24.557 y la incorporación del Título I de la Ley N° 27.348 vienen a salvar, precisamente, ambas impugnaciones, mediante la invitación a las provincias para que deleguen en la Nación la sustanciación y resolución de los procesos administrativos propios de las CCMM jurisdiccionales, previstas en el artículo 21 de la Ley N° 24.557, en instancia previa y obligatoria a la intervención de la justicia provincial respectiva.

8.5. Breves menciones a las normas provinciales de adhesión

Provincia de Córdoba

Mediante la Ley N° 10.456, la provincia de Córdoba adhirió a las disposiciones del título I de la Ley N° 27.348, delegando la jurisdicción administrativa al Estado Nacional, el cual la ejerce a través de la SRT.

En la norma de adhesión se previeron dos alteraciones relevantes en comparación con su aplicación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En primer lugar, se dispuso que el servicio de homologación se encuentre a cargo de dos titulares, uno designado por la SRT y otro por el Ministerio de Trabajo de la provincia. Luego se estableció que los recursos ante el fuero laboral (aludidos en el artículo 2° de la Ley N° 27.348) deberán formalizarse a través de la acción laboral ordinaria, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Provincial N° 7987 -Código Procesal del Trabajo- dentro del plazo de 45 días hábiles desde la notificación del acto.

La operatividad de los procedimientos previstos en la ley de ordenamiento del sistema se dio a través de convenios de colaboración y coordinación entre la SRT y la Provincia, que acordaron acerca del procedimiento en las CCMM, la cobertura geográfica del servicio y el control sobre la gestión de las citadas comisiones.

El convenio, publicado en el Boletín Oficial conjuntamente con la ley de adhesión, estableció que los procedimientos en las CCMM ubicadas en la provincia se someterán a las disposiciones de la Resolución SRT N° 298/2017, con las salvedades antes descriptas.

Es importante destacar que, en materia recursiva, de acuerdo a lo dispuesto por la provincia, las apelaciones no tendrán la calidad de tal, sino que deberán interponerse como acción laboral ordinaria.

Finalmente debemos mencionar que, mediante la Resolución SRT N° 888-E/17, se determinaron las competencias de las CCMM según las circunscripciones judiciales de la provincia, dejando sin efecto lo dispuesto por la Resolución SRT N° 326/2017 respecto de la provincia de Córdoba.

Provincia de Mendoza

A través de la Ley N° 9.017, la Legislatura de la Provincia de Mendoza adhirió a las disposiciones contenidas en el Título I de la mencionada Ley Nacional N°

27.348, delegando expresamente a la jurisdicción administrativa nacional las competencias necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 1, 2 y 3 de la referida norma.

A su vez, el artículo 3 estableció que el trabajador puede optar por promover los recursos ante el fuero laboral provincial aludidos en el artículo 2 de la Ley N° 27.348 y artículo 46 de la Ley N° 24.557, los cuales deberán formalizarse a través de la acción laboral ordinaria, con arreglo a lo dispuesto en la Ley Provincial N° 2.144.

Provincia de Buenos Aires

Como respuesta al primer párrafo del art. 4 de la Ley N° 27.348 ("Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir al presente Título"), la provincia de Buenos Aires aceptó expresa dicha adhesión mediante la sanción de la Ley N° 14.997 (BO 8/1/2018).

Para dar completo cumplimiento con lo dispuesto en el mencionado art. 4 de la ley nacional (que en su último párrafo dispone: "La adhesión precedentemente referida, importará la delegación expresa a la jurisdicción administrativa nacional de la totalidad de las competencias necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 1°, 2° y 3° del presente y en el apartado 1 del artículo 46 de la ley 24.557 y sus modificatorias, así como la debida adecuación, por parte de los Estados provinciales adherentes, de la normativa local que resulte necesaria") fue por ello que la citada provincia de Buenos Aires sancionó la Ley 15.057 (B.O. 27/11/2018), la cual vino a establecer, dentro del procedimiento laboral, todos los temas relativos a la intervención judicial local una vez cumplido el trámite ante la comisión médica correspondiente.

Así, el art. 2, inciso j) de la citada Ley N° 15.057 lo dispone en los siguientes términos:

"La Justicia Laboral conocerá... En la revisión de las resoluciones dictadas por las Comisiones Médicas Jurisdiccionales, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2°, segundo párrafo, de la Ley 27.348 Complementaria de la ley de Riesgos del Trabajo o la que en el futuro la reemplace.

Dicha revisión deberá ser interpuesta por el trabajador o sus derechohabientes ante el Juzgado del Trabajo que resulte competente, a través de una acción laboral ordinaria, dentro del plazo de noventa (90) días hábiles judiciales computados desde la notificación de la resolución emanada de la Comisión Médica Jurisdiccional, bajo apercibimiento de caducidad.

Dicha acción atraerá el recurso que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en sede laboral resultará vinculante para ambas partes.

Tratándose de acciones derivadas de la Ley de Riesgos del Trabajo y sus modificatorias, excluyendo las excepciones contempladas en la Ley Nacional N° 27.348 o la que en el futuro la reemplace, sumado a los requisitos previstos en "el artículo 34 de la presente ley, el trabajador o sus derechohabientes deberán "acompañar los instrumentos que acrediten el agotamiento de la vía administrativa por ante la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente y/o la configuración del silencio administrativo por parte de ésta.

La referida acción ordinaria podrá iniciarse prescindiendo de la obligatoriedad de interponer el recurso administrativo ante la Comisión Médica Central.

"Si las partes consintieran los términos de la decisión emanada de las Comisiones "Médicas jurisdiccionales, tal resolución hará cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la Ley de Contrato de Trabajo, quedando definitivamente concluida la controversia.

El presente artículo deberá ser expresamente transcripto al tiempo de notificar al trabajador de la resolución emanada de la Comisión Médica Jurisdiccional como de la Comisión Médica Central, bajo apercibimiento de nulidad.

Las Cámaras de Apelaciones del trabajo conocerán: ... En grado de apelación, en las resoluciones dictadas por la Comisión Médica Central, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2° tercer párrafo, de la Ley 27.348 Complementarla de la Ley de Riesgos del Trabajo, o la que en el futuro las reemplace".

Como se observa, la normativa transcripta viene a receptar la doctrina que desde muy antigua data se reitera en los fallos del más Alto Tribunal en los que se ha reconocido la validez de atribuir la jurisdicción primaria a organismos técnicos especializados, con carácter previo al proceso judicial.

8.6. Pronunciamientos judiciales trascendentes sobre la cuestión

Luego de su publicación en el Boletín Oficial, el 24 de febrero de 2017, entró en vigencia la Ley 27.348, la cual introdujo importantes cambios en la LRT y sus adecuaciones posteriores -principalmente, el Decreto N° 1.694/2009 y la Ley N° 26.773-.

Sin dudas, uno de los aspectos más significativos que se introdujeron con la reforma legislativa lo constituye el artículo 1, el cual ratifica el paso por las CCMM como una instancia administrativa previa, obligatoria y excluyente, ante un eventual e hipotético reclamo judicial por parte de algún trabajador damnificado por un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Este paso por las CCMM fue posteriormente reglamentado por las Resoluciones SRT N° 298/2017, N° 326/2017 y N° 332/2017.

En relación a este último aspecto, cabe señalar que algunos sectores han insistido de manera reciente -y equivocada- en algunos planteos judiciales acerca del "carácter inconstitucional" del paso previo obligatorio por las CCMM. Para ello, incluso, han llegado a invocar algunos antecedentes jurisprudenciales de la CSJN, los cuales entendemos tergiversados, en función de justificar una interpretación contraria a la normativa vigente.

Seguramente, el más utilizado para fundar esta posición contraria al "paso previo" es el fallo de la CSJN en el caso "Castillo c/ Cerámica Alberdi", del año 2004. En dicha sentencia, el máximo Tribunal dictaminó:

- la inconstitucionalidad del artículo 46 de la LRT, por cuanto disponía la competencia del Fuero Federal para la revisión judicial de las decisiones de las CCMM;
- que el juzgamiento de las materias regidas por el derecho de fondo constituía una función no delegada por las Provincias a la Nación;
- que las ART eran entes particulares regidos por el derecho privado, y que los eventuales conflictos entre damnificados y aseguradoras no constituían materia federal sino de derecho común;
- que los jueces laborales ordinarios tendrían competencia en los casos en los cuales se ventilaran cuestiones relacionadas con accidentes de trabajo y enfermedades profesiones.

Pero aquella sentencia jamás declaró la inconstitucionalidad del paso previo por las CCMM.

En el fallo "Venialgo", la CSJN sostuvo la competencia de los jueces laborales ordinarios de cada jurisdicción y no la de los jueces federales, para entender en cuestiones derivadas de la LRT. Tampoco se habló de las CCMM en este caso, tan utilizado por los detractores de la Ley N° 27.348.

Por su parte, en el fallo "Obregón Francisco c/ Liberty ART", la CSJN sí trató la intervención previa de las CCMM.

“La pregunta que plantea es si es necesario ir previamente por las comisiones médicas y agotar el procedimiento administrativo para ir a la justicia laboral ordinaria a reclamar. El fallo dirá que la habilitación de los estrados provinciales no puede quedar condicionada o supeditada al previo cumplimiento de una vía administrativa ante un organismo de “carácter federal”. Es otra directa aplicación de la doctrina “Castillo”, fallo al que menciona, pero afirmando que en esa oportunidad no se pronunciaron sobre la validez constitucional del trámite. En esta vez lo hacen claramente, diciendo que, mientras el procedimiento sea de índole federal, no podrá ser impuesto como previo a las jurisdicciones provinciales. Por consiguiente, en el estado actual de la jurisprudencia de la Corte Suprema, nada obsta a que una ley imponga la tramitación previa, excluyente y obligatoria por comisiones médicas (CM), siempre y cuando cada una de las legislaturas provinciales aprueben ese camino”.

De lo señalado precedentemente, se desprende que en la jurisprudencia de la CSJN que se refiere a las CCMM, citada en infinidad de oportunidades, en ningún momento hubo un pronunciamiento que haga referencia a la “naturaleza inconstitucional” de las mismas, tal como se intenta presentar en distintos planteos judiciales interesados.

Asimismo, la necesidad de que sean las propias legislaturas provinciales quienes ratifiquen la adhesión al procedimiento administrativo ante las CCMM como paso “previo, obligatorio y excluyente” de la Ley 27.348, está previsto expresamente en su artículo 4:

“Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir al presente Título. La adhesión precedentemente referida, importará la delegación expresa a la jurisdicción administrativa nacional de la totalidad de las competencias necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 1º, 2º y 3º del presente y en el apartado 1 del artículo 46 de la ley 24.557 y sus modificatorias, así como la debida adecuación, por parte de los Estados provinciales adherentes, de la normativa local que resulte necesaria”.

Habiendo descartado de esta manera la interpretación que tiende a endilgarle a algunos pronunciamientos de la CSJN la supuesta (e inexistente) declaración de inconstitucionalidad del paso previo ante las CCMM, cabe destacar cuáles han sido algunas de las respuestas más importantes que ha tenido la justicia en relación con algunos pedidos de inconstitucionalidad de la norma, desde el momento en que la Ley N° 27.348 entró en vigencia.

En ese sentido resulta pertinente mencionar el reciente dictamen fiscal de la Doctora Picón, en autos "Condori Gutierrez Andy Joel c/ Prevencion ART" - Expte. N° 42.458/2017, quien sostuvo que: "...la reforma no colisionaría con la postura del Máximo Tribunal de la Nación en el caso 'Castillo Angel Santos c/ Cerámica Alberdi SA' del 7 setiembre del 2004, reiterada en los precedentes 'Venialgo' y 'Marchetti', en tanto el art. 4 de la ley 27.348 condiciona su aplicación a la expresa decisión de cada estado provincial y esta circunstancia aventaría una indebida intromisión en las autonomías provinciales, máxime si se repara que esta misma disposición requiere una expresa delegación en las leyes locales para que las comisiones medicas de ese ámbito sean la primera autoridad interviniente...".

En orden a la validez constitucional de instancias administrativas previas a la intervención del Poder Judicial, aspecto sobre el cual el precedente "Castillo" no se pronunció (...) también ha expresado que "...es compatible con la Ley Fundamental la creación de órganos, procedimientos y jurisdicciones especiales -de índole administrativa- destinados a hacer más efectiva y expedita la tutela de los intereses públicos...".

"Entiendo que más allá de motivaciones afectivas vinculadas con el tránsito de todas las controversias por los tribunales laborales, el diseño administrativo e imperativo que prevé la ley 27.348 no sería objetable en términos generales desde un aspecto constitucional".

Este criterio, a su vez, fue sostenido por el fiscal general ante la Cámara Nacional de Apelaciones en el Trabajo, Doctor Eduardo Álvarez -cuyos fundamentos fueron adoptados por los jueces de la Sala II- en los autos "Burghi Florencia c/ Swiss Medical ART s/ Accidente - Ley Especial" quien ratifico el carácter constitucional de la instancia administrativa previa, obligatoria y excluyente al sostener que: "(...) La Corte Suprema de Justicia de la Nación fue muy clara (...) en aras de resumir las exigencias de legitimidad de todo diseño que atribuya a organismos ajenos al Poder Judicial el conocimiento inicial de conflictos, cabe requerir:

a) Una tipología de controversias cuya solución remita a conocimientos técnicos específicos y a respuestas de automaticidad y autoaplicacion; b) Un procedimiento bilateral que resguarde de una manera cabal el derecho de defensa de los peticionarios; c) Una limitación temporal del trámite razonable y de plazos perentorios, que no implique dilatar el acceso a la jurisdicción y d) La revisión judicial plena, sin cercenamientos y en todas las facetas de la controversia".

“Sentado lo expuesto, se impone evaluar si el diseño de la ley N° 27.348 es coherente con estas pautas imprescindibles y, a mi juicio, (...) el sistema, sin soslayar las objeciones que podrían suscitar, no contradice los parámetros descriptos”.

“Hago esta afirmación porque, los reclamos concernientes a los infortunios laborales se centralizan, en lo esencial, en los aspectos médicos y en lo referido a la causalidad y a la incapacidad, y lo cierto es que el art. 3 de la citada disposición legal, prevé un plazo perentorio y fatal para expedirse, que no puede exceder los 60 días, contados desde la primera presentación y a cuyo vencimiento queda expedita la vía judicial. La norma admite la posibilidad de una prórroga, pero debe ser excepcional y fundada, y también establece responsabilidad de los funcionarios por la demora”.

Este dictamen fue ratificado por el propio Tribunal interviniente en los referidos autos “Burghi”, entendiéndose que la vía prevista por la Ley N° 27.348 no resulta lesiva del orden constitucional, emergiendo de la misma las garantías suficientes de imparcialidad e independencia de las CCMM jurisdiccionales, habida cuenta del marco de especialidad que rodea su intervención.

Tampoco hubo reproche de constitucionalidad en el fallo “Aguirre Gustavo Damian c/ Omint ART SA” en relación a la instancia administrativa previa, obligatoria y excluyente ante las CCMM, toda vez que dicho tribunal administrativo se condice con los requisitos que había señalado la propia CSJN en los autos “Fernandez Arias” y “Angel Estrada”.

No hubo reproches de constitucionalidad porque el procedimiento cumple con el control judicial suficiente, ya que se reconoce “(...) a los litigantes el derecho de interponer recurso ante los jueces ordinarios, frente a las decisiones emanadas de los órganos administrativos, a fin de impedir que aquellos ejerzan un poder absolutamente discrecional”.

En relación a esto último, también se destacó que no existe norma constitucional alguna que “(...) prohíba los trámites administrativos ni que tienda a organizar un sistema jurídico en el que tales trámites estén vedados”, tal como se da en los casos de la Ley N° 24.635 -que dispone que la totalidad de los juicios ordinarios se encuentra sujeto a una instancia previa-, como así también el trámite previo ante el Servicio de Conciliación Laboral Obligatoria (SECLLO) en los juicios laborales que corresponden a la Justicia Nacional del Trabajo.

De esta manera, la tramitación ante las CCMM no deja de constituir “(...) un mero requisito formal adicional a la promoción de la demanda”. Asimismo, se destaca

que el procedimiento no contradice en ningún momento la doctrina establecida por la CSJN en el caso "Castillo", al que hicimos referencia previamente.

En esta apreciación se destaca que "... la ley 27.348 condiciona la aplicación de las nuevas reglas propuestas a la expresa decisión legislativa de cada estado provincial, con lo que no habría intromisión del legislador nacional en las facultades procesales propias de las autonomías estadales a poco que se aprecie que la ley requiere una expresa delegación en esas leyes locales para que la primera autoridad interviniente sean las comisiones médicas locales".

De esta manera, el sentenciante considera que el "aspecto federal" se encuentra subsanado, desestimando el planteo de inconstitucionalidad.

Por otro lado, también existieron algunos cuestionamientos respecto a la aplicación temporal de la Ley N° 27.348, toda vez que en distintas oportunidades se aplicó el trámite de la misma a contingencias -accidentes de trabajo o enfermedades profesionales- que sucedieron con anterioridad a la entrada en vigencia de la reciente norma y en los que se intentó argumentar la aplicación retroactiva de la citada norma.

Al respecto, en el fallo "Colque Natalia c/ Galeno ARTS/ Accidente - Ley Especial", el juez entendió que dichas normas procesales "... resultan de aplicación inmediata a los procesos que se promuevan a partir de entrada en vigencia, circunstancia que resulta compatible con la garantía del art. 18 de la Carta Magna, siempre que no se prive de validez a los actos procesales cumplidos ni se deje sin efecto lo actuado de conformidad con las leyes anteriores (...) lo que significa que las reglas adjetivas que contiene la ley 27.348 se aplican a los procesos que se inicien con posterioridad a su entrada en vigor, con prescindencia de la época en que se hubiere constituido la relación jurídica sustancial invocada como fundamento de la pretensión".

Entre muchos otros fallos de la justicia laboral que han ratificado esa doctrina, en relación a la Ley N° 27.348, encontramos el de "Elías Hector Fabian c/ Federación Patronal". Dicha doctrina contiene normas procesales relativas a la competencia y a la actuación de las CCMM jurisdiccionales "... ante el carácter de orden público deben aplicarse de forma inmediata y a partir de la entrada en vigencia de la nueva ley que las contiene, así las leyes modificatorias de la jurisdicción y competencia, se aplican de inmediato a las causas pendientes, sin que pueda argumentarse un derecho adquirido a ser juzgado por un determinado sistema objetivo o por determinado órgano del poder judicial".

Este criterio, que implica la aplicación inmediata de las normas procesales que se establecen a partir de su entrada en vigencia a las causas que no hayan sido iniciados hasta ese momento, tiene como uno de sus antecedentes más importantes el fallo "Urquiza", de la CSJN (2014).

Otros planteos que intentan argumentar en contra de la Ley N° 27.348 se refieren al "desplazamiento" que hace dicha ley de la competencia territorial prevista en el artículo 24 de la Ley N° 18.345, al no contemplar la opción de actuar ante el juez del domicilio del demandado.

En el fallo "Lobos Juan Alberto c/ Omint ART" el sentenciante, en relación a la disyuntiva mencionada, señaló: "... ambas leyes son nacionales, por lo que al no existir ningún tipo de jerarquía entre ellas, prevalece el principio por el cual la ley posterior modifica a la anterior. Adviértase que en este caso, además de ser posterior, la ley 27.348 es especial, ya que rige en materia de accidentes y enfermedades profesionales".

Por otro lado, también se resaltó que no hay ningún tipo de previsión de orden constitucional que ampare el derecho de una provincia -o del propio Estado Nacional- para atribuirse el ejercicio de la jurisdicción para conocer en hechos ocurridos en otra jurisdicción "... por la sola radicación del demandado en la propia". También se resaltó que no puede considerarse que al establecer el legislador esta distribución de competencias en materia de accidentes de trabajo, que exista una restricción del acceso a la justicia.

Esto último atento a que el juez considero que: "... el actor tiene a su alcance un abanico adecuado de opciones que le permitan la formulación de su reclamo ante tribunales especializados y competentes".

Siguiendo este orden de ideas, señalo al respecto: "Muy por el contrario, además de establecer el lugar de prestación de servicios, que determina al juez natural por excelencia, el art. 1 de la ley 27.348, le otorga al trabajador una opción que ninguna otra ley le concede a los accionantes, cual es la posibilidad de elegir al juez de su propio domicilio, lo que evitara que tenga que litigar lejos de donde habita. Esta norma (...) lejos de violentar el derecho de igualdad, se compadece con la garantía consagrada en el art. 14 bis de la CN".

Es decir que la norma, en definitiva, vincula el conflicto al domicilio real del trabajador, criterio defendido reiteradamente por la CSJN.

De lo contrario, adoptar un criterio distinto llevaría a prorrogar la competencia de manera artificiosa a un punto geográfico que no tuvo trascendencia en el desarrollo global de la aducida relación ("Corbalan Yannick Nahuel c/ Galeno ART s/ Accidente - Ley Especial").

Así, pese al poco tiempo que lleva vigente la Ley N° 27.348, encontramos que se está consolidando una jurisprudencia mayoritaria que ratifica la constitucionalidad de la norma en los distintos aspectos en los que intentó controvertirse.

Particularmente merecen destacarse los diversos pronunciamientos en donde se desestimaron las impugnaciones constitucionales del procedimiento administrativo previo, obligatorio y excluyente que constituyen las CCMM, toda vez que se reconoció que el mismo se ajustó a los señalamientos realizados por la CSJN en fallos renombrados tales como los de "Castillo" y "Venialgo".

Por otra parte, merece destacarse el reciente pronunciamiento del juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo Federal N° 9, del 28 de marzo de 2019, que ratificó la constitucionalidad de la Ley N° 27.348 y convalidó la intervención de las Comisiones Médicas como la instancia previa, obligatoria y excluyente en el reclamo de un trabajador por un accidente laboral o enfermedad profesional.

En efecto, en el amparo colectivo caratulado como "Echevarría, Juan Pablo y otros c/ Estado Nacional sobre Amparo Ley N° 16.986" (resolución judicial que es aplicable para todas las demandas colectivas, incluida la impulsada por el presidente del Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires, Jorge Rizzo; la Asociación de Conciliadores Laborales de la República Argentina; el Colegio de Abogados y Procuradores de la 1ra Circunscripción de Mendoza y el Colegio de Abogados de Córdoba, entre otros.), se resolvió que la vía del amparo constituye un proceso excepcional para extremas situaciones y cuando peligre la salvaguarda de derechos fundamentales.

El magistrado entendió que la acción de amparo excluye "aquellas cuestiones en las que no surge con nitidez la arbitrariedad o ilegalidad que se arguye". En ese razonamiento, sostuvo que "no puede considerarse que exista un agravio constitucional", en la reforma de la Ley N° 27.348.

También rechazó la pretensión de inconstitucionalidad del sistema de las comisiones médicas, toda vez que contempló que agotada dicha instancia el trabajador recurrir a la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sobre la intervención de las comisiones médicas juzgó que "dicho régimen resulta razonable, en tanto es incuestionable en este tipo de reclamos la intervención de expertos en medicina para que se expidan en relación a la existencia de la incapacidad de que se trate" y desde muy antigua data se reiteran los fallos en los que se ha reconocido la validez de atribuir la jurisdicción primaria a organismos técnicos especializados con carácter previo al proceso judicial.

Asimismo, se indicó que "el procedimiento asegura, por un lado, que el trabajador cuente con asistencia letrada" y "le otorga la posibilidad de requerir la revisión judicial de lo que decidan tanto la comisión médica local como la comisión médica central".

En lo que respecta, al argumento relativo a la imposibilidad de realizar pactos de cuota Litis en este tipo de pleitos, el titular del juzgado federal N°9, advierte que tal argumento "no puede ser acogido", en tanto previo a la Ley N° 27.348 "ya se encontraba vedada la posibilidad de celebrar tales tipos de acuerdo".

CAPÍTULO 9

Del régimen financiero

El régimen financiero del sistema de riesgos del trabajo constituye un aspecto fundamental para su sostenibilidad.

El sistema presenta ingresos y gastos, los cuales deben ser consistentes a lo largo del tiempo, a fin de que los obligados a gestionar el sistema, provean las prestaciones y servicios contemplados en la ley.

El presente capítulo se organiza en cinco apartados. El primero de ellos abordará los aspectos legales del sistema y analizará los puntos principales en torno al régimen de financiamiento del sistema de riesgos del trabajo como la prima, la base imponible y el valor y composición de las alcúotas.

En el siguiente apartado se estudiarán los aspectos impositivos respecto del régimen de riesgos de trabajo, sus alcances y los impuestos nacionales y provinciales en torno al contrato del seguro de riesgos del trabajo.

El tercer apartado expone la evolución de los costos de financiación a lo largo de la vida del sistema, analizando no sólo el conjunto del sistema, sino también segmentando por sector de actividad económica y por tamaño de empleador.

El cuarto apartado contiene información estadística sobre la accidentabilidad laboral en sus distintos aspectos.

Por último se presenta un quinto apartado, en el que se exponen los costos monetarios asociados por prestaciones del sistema de riesgos del trabajo.

9.1. Régimen de alícuotas: aspectos legales

A. Sobre la prima

El sistema de riesgos del trabajo se financia a través de primas mensuales que abona el empleador a las ART. Se trata de un esquema libre, en el que las aseguradoras fijan sus alícuotas teniendo en cuenta los lineamientos normativos determinados por la SSN y la SRT. En la Ley N° 24.557, el artículo 23, inciso 1, determina que *“Las prestaciones previstas en esta Ley a cargo de las ART, se financiarán con una cuota mensual a cargo del empleador”*. En el marco de sus funciones, las ART fijan libremente la prima, sujeto a la normativa general en materia de seguros (Ley N° 20.091), según el inciso 1 de la Ley N° 24.557, artículo 26: *“Con la salvedad de los supuestos del régimen del autoseguro, la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT estará a cargo de entidades de derecho privado, previamente autorizadas por la SRT, y por la Superintendencia de Seguros de la Nación, denominadas “Aseguradoras de Riesgo del Trabajo” (ART), que reúnan los requisitos de solvencia financiera, capacidad de gestión, y demás recaudos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus reglamentos.”*

Asimismo, la Ley N° 20.091, en su artículo 26, determina distintos aspectos respecto a las primas: *“Las primas deben resultar suficientes para el cumplimiento de las obligaciones del asegurador y su permanente capacitación económico-financiera. Las comisiones pueden ser libremente establecidas por los aseguradores dentro de los mínimos y máximos que autorice la autoridad de control. La autoridad de control observará las primas que resulten insuficientes, abusivas o arbitrariamente discriminatorias. Podrán aprobarse -únicamente por resolución fundada- primas mínimas uniformes netas de comisiones cuando se halle afectada la estabilidad del mercado. La autoridad de control procederá a pedido de cualquiera de las asociaciones de aseguradores después de oír a las otras asociaciones de aseguradores.”*

Con relación a la renovación del contrato con el empleador, la Ley N° 24.557, artículo 27, inciso 4, dispone: *“La renovación del contrato será automática, aplicándose el Régimen de Alícuotas vigente a la fecha de la renovación.”*

B. Sobre la Base Imponible

Desde la creación del sistema, en 1996, hasta el año 2012, la determinación de la base imponible⁶⁰ se calculaba según la Ley N° 24.557, artículo 23, incisos 2 y 3:

60. Según la Ley N° 24.241, art. 9, define base imponible como los aportes y contribuciones

“Para la determinación de la base imponible se aplicarán las reglas de la Ley N° 24.241 (artículo 9), incluyéndose todas las prestaciones que tengan carácter remuneratorio a los fines del SIJP. La cuota debe ser declarada y abonada conjuntamente con los aportes y contribuciones que integran la CUSS. Su fiscalización, verificación y ejecución estará a cargo de la ART.”

El artículo 9 imponía un piso: *“las remuneraciones no podrán ser inferiores al importe equivalente a tres (3) veces el valor del Aporte Medio Previsional Obligatorio (AMPO)...”*.

Y también imponía un techo: *“...la mencionada base imponible previsional tendrá un límite máximo equivalente a veinte (20) veces el citado mínimo...”*

Sin embargo, a partir de 2012, con la Ley N° 26.773 -art. 10-, la determinación de la base imponible sufre una modificación que deja sin efecto los pisos y los techos anteriormente mencionados.

El artículo sostiene que *“... la determinación de la base imponible se efectuará sobre el monto total de las remuneraciones y conceptos no remunerativos que declare mensualmente el empleador”*.

C. Sobre la composición y el valor de las alícuotas

De acuerdo al marco normativo vigente (Ley N° 24.557, art. 24, derogado y remplazado por la Ley N° 26.773, art. 17) las primas que debe abonar el empleador se calculan a partir de la suma de tres componentes reglamentados por el Decreto N° 170/1996 en su artículo 15 que dispone, entre otros aspectos, que: *“Cada alícuota estará compuesta por un porcentaje sobre la base imponible más una suma fija por cada trabajador, expresada en pesos. Integrará también la alícuota, una suma fija por cada trabajador, de un valor mínimo de PESOS SESENTA CENTAVOS (\$0,60), destinada al financiamiento del FONDO para FINES ESPECIFICOS^{61 62}...”*

obligatorios al SIJP que se calculan tomando como base las remuneraciones y rentas de referencia.
61. El Decreto N° 590/1997 -art. 1- crea el Fondo Para Enfermedades Profesionales previsto en la Ley N° 24.557.

62. Respecto a los aportes al F.F.E.P el Decreto N° 1278/2000 -art. 17- dispone: “El Poder Ejecutivo Nacional deberá incrementar la suma fija indicada en el párrafo precedente en caso de que el Fondo para Fines Específicos pudiera resultar deficitario.”

En relación a los inicios del sistema, en un comienzo, la Resolución SRT N° 1/1996, en su artículo 3, establecía que *“hasta tanto se disponga de información suficiente acerca de siniestralidad, los indicadores que las Aseguradoras de la Ley sobre Riesgos del Trabajo deberán tener en cuenta para la elaboración del régimen de alícuotas son los que determina el Anexo I de la presente resolución.”* De esta manera, el punto 2 del Anexo de la resolución nombrada establecía que *“las aseguradoras de la Ley sobre Riesgos de Trabajo deberán presentar la matriz de alícuotas... (). En cada celda, se establecerá la suma fija por trabajador y el porcentaje sobre la remuneración sujeta a cotización”.*

A modo de resumen, a partir de la legislación vigente, la estructura de prima en pesos se compone de la siguiente manera:

$$\text{Prima } \$ = \text{Alicuota fija } \$ + \text{Alicuota Variable } \$ + \text{Aporte al F.F.E.P. } \$$$

Donde las variables se computan de la siguiente manera:

$$\text{Alicuota Fija } \$ = \text{Alicuota fija } \$ \times \text{Trabajadores declarados}$$

$$\begin{aligned} \text{Alicuota Variable } \$ &= \text{Alicuota Variable } \% \times \text{Masa Remunerativa declarada} \\ \text{Aporte al F.F.E.P. } \$ &= \$0.60 \times \text{Trabajadores declarados} \end{aligned}$$

$$\text{Masa Remunerativa } \$ = \text{Conceptos remunerativos} \\ \text{y no remunerativos mensuales}$$

Dentro de este contexto, el Decreto N° 170/1996 establece el nivel de cumplimiento de normas de prevención que sirven como indicador para la determinación del nivel de alícuota de los empleadores. Asimismo, el artículo 15 del decreto mencionado establece lo siguiente:

“La aseguradora establecerá libremente, y conforme a los indicadores que fijan la Superintendencia de Seguros de la Nación y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, un régimen de alícuotas por adhesión aplicable a todos los empleadores que pretendan afiliarse.”

Asimismo, la Resolución SRT N° 1/1996, Anexo I, punto 3, hace referencia a que el nivel de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo se entiende respecto al encuadramiento de la empresa o establecimiento en alguno de los niveles a que hace referencia el Decreto N° 170/1996, conforme al siguiente cuadro:

Cuadro 1: Nivel de Cumplimiento de la Normativa de HyS. Resolución SRT 1/96

CIUU	Nivel de cumplimiento de la normativa de Higiene y Seguridad en el Trabajo			
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
111112. Cría de ganado bovino
111120. Invernada de ganado bovino
000000. Actividades no clasificadas

Sin perjuicio de lo anterior, mediante la Resolución N° 38.064 de la SSN se determinaron limitaciones al sistema de alícuotas variables, estableciendo límites máximos y mínimos según la actividad económica del empleador⁶³. Dichos límites se expresan en el cuadro 2:

Cuadro 2: Alícuotas Máximas y Mínimas según Actividad Económica. Resolución SSN N° 38.064

Código CIUU	Actividad	Máximo	Mínimo
0	No clasificada	15.0%	1.0%
1	Agricultura	25.0%	1.0%
2	Minería	25.0%	1.0%
3	Manufacturas	20.0%	1.0%
4	Electricidad	15.0%	0.5%
5	Construcción	25.0%	1.0%
6	Comercio	15.0%	0.5%
7	Transporte	15.0%	0.5%
8	Servicios Financieros	15.0%	0.5%
9	Servicios Sociales	15.0%	0.5%

63. Para el establecimiento de las alícuotas, según Resolución Conjunta 24.364 SSN -01/96 SRT, las mismas se clasificarán utilizando la CIUU (Clasificación Industrial Internacional Uniforme).

El punto anterior es concordante con lo dispuesto en la Ley N° 26.773, art. 11, donde se determina que el sistema de alícuota se encuentra regido por lo establecido en el artículo 26 de la Ley N° 20.091 y sus modificatorias, donde se indica: *“Las primas deben resultar suficientes para el cumplimiento de las obligaciones del asegurador y su permanente capacitación económico-financiera. Las comisiones pueden ser libremente establecidas por los aseguradores dentro de los mínimos y máximos que autorice la autoridad de control. La autoridad de control observará las primas que resulten insuficientes, abusivas o arbitrariamente discriminatorias. Podrán aprobarse -únicamente por resolución fundada- primas mínimas uniformes netas de comisiones cuando se halle afectada la estabilidad del mercado. La autoridad de control procederá a pedido de cualquiera de las asociaciones de aseguradores después de oír a las otras asociaciones de aseguradores.”*

Dentro de los límites establecidos, la Resolución SRT N° 1/1996, Anexo 1, punto 3, establece que *“Aquellos empleadores que cuenten con más de QUINIENTOS (500) trabajadores podrán pactar con la aseguradora la cuota que estimen mejor refleje la siniestralidad presunta.”*

En el año 2012 el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 26.773, que introdujo una serie de modificaciones tendientes a mejorar las prestaciones del sistema, fortaleciendo la protección del trabajador asegurado.

En su artículo 10 dispone que la SRT y la SSN establecen los indicadores que las ART habrán de tener en cuenta para establecer su régimen de alícuotas, entre los cuales se consideran el nivel de riesgo y la siniestralidad presunta y efectiva; mas una suma fija que, por cada trabajador, que se integra al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales.

Entre los citados indicadores se debía considerar:

- a. El nivel de riesgo debe ajustarse a categorías que se determinarán de acuerdo al grado de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad.
- b. El rango de alícuotas fijado para cada categoría no puede superponerse con los rangos de alícuotas establecidos para los restantes niveles.
- c. Se prohíben esquemas de bonificaciones y/o alícuotas por fuera del nivel de riesgo establecido.
- d. Se prohíbe la discriminación directa o indirecta basada en el tamaño de empresa. La determinación de la base imponible se efectúa sobre el monto total de las remuneraciones y conceptos no remunerativos que declare mensualmente el empleador.

Por último, y con fines prospectivos, a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 26.773, el artículo 12 de dicha norma establece que la SSN, en forma conjunta con la SRT, podrá establecer nuevos indicadores para la fijación del sistema de alícuotas, orientados a reflejar la vinculación entre las cuotas y la siniestralidad efectiva y presunta, así como los niveles de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad: *“A los fines de una adecuada relación entre el valor de la cuota y la siniestralidad del empleador, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) pondrá a disposición de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) toda la información sobre siniestralidad registrada en cada uno de los establecimientos de los empleadores incluidos en el ámbito de aplicación del régimen.”*

9.2. Régimen de alícuotas: aspectos impositivos

El esquema impositivo que enfrenta el sistema de riesgos del trabajo se refleja en la Ley N° 24.557, art. 25, donde se destacan los siguientes puntos:

- Las alícuotas destinadas al pago de la cobertura previstas para el sistema constituyen un gasto deducible a los efectos del impuesto a las ganancias.
- Los contratos de afiliación a una ART están exentos de todo impuesto o tributo nacional.
- Las reservas obligatorias de la ART están exentas de impuestos.

Asimismo, la Ley N° 25.063, art. 3, inc. I, reglamenta la exclusión del impuesto al valor agregado (IVA) a algunas operaciones de seguros, alcanzando los contratos de afiliación del sistema de riesgos del trabajo ⁶⁴.

Si bien a nivel nacional la normativa es clara, en la esfera provincial existe una multiplicidad de abordajes y tratamientos, siendo el impuesto sobre los ingresos brutos uno de los más relevantes en este nivel de gobierno.

A modo de ejemplo, la Ciudad de Buenos Aires excluye el pago del mismo la venta de servicios de seguro de riesgos del trabajo dentro del marco de la Ley N° 24.557. Dicha normativa se encuentra reglamentada por la Resolución AGIP N° 963/2011, art. 70, inc. 9, en el apartado de exclusiones.

64. “I) Las operaciones de seguros, excluidos los seguros de retiro privado, los seguros de vida de cualquier tipo y los contratos de afiliación a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y, en su caso, sus reaseguros y retrocesiones.”

A diferencia de la Ciudad de Buenos Aires, la provincia de Buenos Aires grava con 5.5% de alícuota por ingresos brutos a los servicios de las ART mediante la Ley impositiva PBA N° 14.808, art. 22, inc. N.

9.3. Régimen de alícuotas: aspectos económicos

La prima que debe pagar el empleador a la compañía aseguradora, como se explicitó más arriba, se compone de dos partes: una alícuota fija -un valor monetario fijo por trabajador asegurado- y otra variable -un porcentaje de la masa salarial-⁶⁵.

Si bien desde la creación del sistema ambos componentes tenían una participación proporcional equilibrada en la composición de la alícuota total, a lo largo del tiempo la proporción del componente fijo fue retrocediendo en comparación con el componente variable, en particular luego de la crisis económica que originó la salida del régimen monetario de convertibilidad, seguido de un proceso inflacionario.

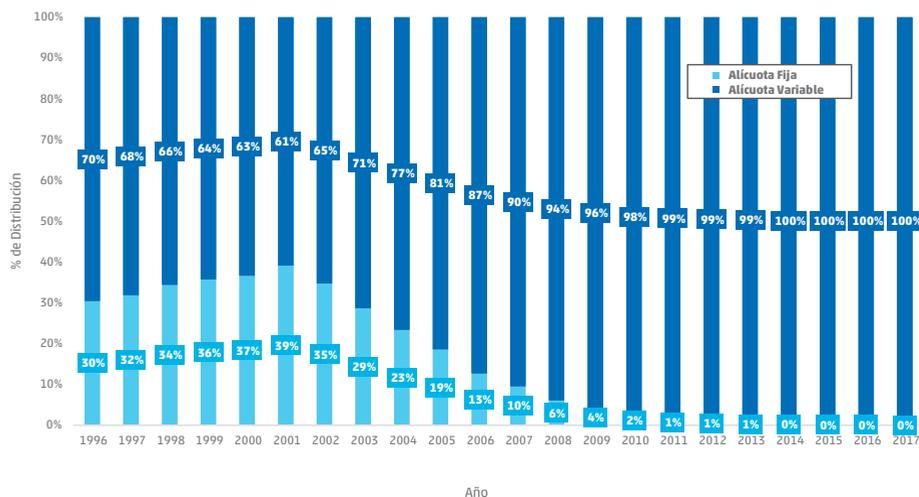
En el gráfico 1 se expone la variación de la proporción que ocuparon los componentes fijos y variables en el conjunto de la alícuota.

Como se desprende del gráfico, durante los primeros años del sistema (1996-2002), el componente fijo de la alícuota representaba aproximadamente el 35% de la alícuota total que el empleador pagaba para asegurar los riesgos del trabajo.

Por el contrario, a partir del año 2003 se verifica una reducción constante y marcada, convirtiendo al componente fijo en un valor sin relevancia dentro de la alícuota total en la actualidad.

65. En un origen, el planteo de dos tipos de alícuotas atendía a dos tipos de necesidades diferentes. La proporción fija de alícuota estaba orientada a solventar los costos originados por prestaciones en especie, mientras que la alícuota variable a sustentar los costos por prestaciones dinerarias.

Gráfico 1: Participación de la alícuota fija y variable en la alícuota total. Período 1996-2017 (en %)



Esta evolución de la composición de la alícuota, donde se observa una reducción del componente fijo a favor del variable, puede explicarse por varias razones. Una justificación factible está vinculada con el desanclaje de precios de la economía luego de la crisis de la convertibilidad.

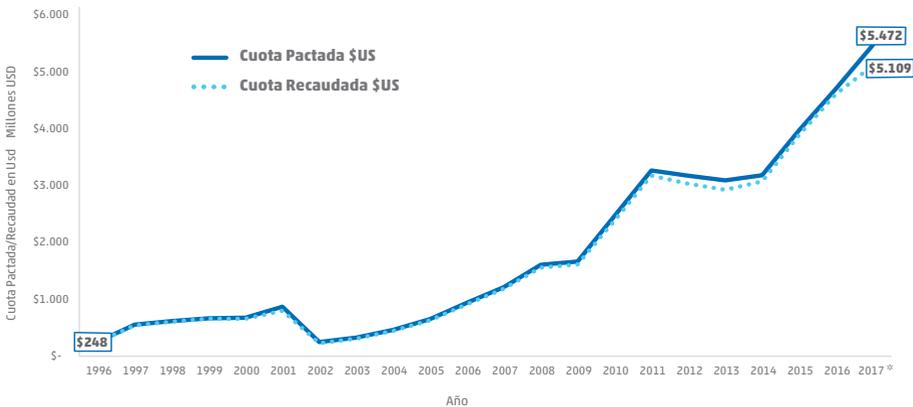
Este proceso llevó a la indexación de contratos por diferentes variables, dejando atrás los componentes fijos del anterior régimen de la economía.

De esta manera se priorizó el componente variable dentro del contrato, el cual, al estar atado a la masa remunerativa, se transforma en un indicador más robusto del valor económico del contrato.

Como se describió, la salida de la convertibilidad no sólo implicó el aumento sostenido del peso de la alícuota variable, sino también una mayor recaudación a partir de la recuperación económica.

En el gráfico 2, que presenta la evolución de las alícuotas pactadas y recaudadas expresadas en dólares, se aprecia una tendencia creciente y constante, a excepción de la crisis macroeconómica de 2001-2002 y del período 2011-2014.

Gráfico 2: Evolución de alícuota pactada y recaudada. Período 1996-2017 (en dólares estadounidenses)*



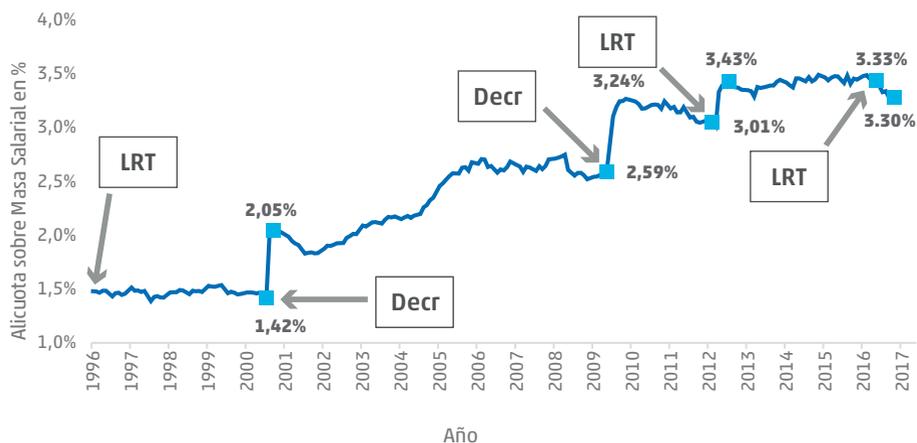
* Datos disponibles a Julio 2017 - Se extrapoló al año para homogeneizar la serie.

La variación de la alícuota como porcentaje de la masa remunerativa se encuentra determinada por múltiples factores y, a fines analíticos, su evolución puede dividirse en etapas.

En el siguiente gráfico se representa la evolución de la alícuota como porcentaje de la masa remunerativa ⁶⁶ para el total país desde julio de 1996 a junio de 2017, identificando los períodos en los que se introdujeron modificaciones en la legislación que pueden explicar parte de la variación.

66. El análisis excluye a los empleadores autoasegurados, ya que ellos no establecen un contrato con alícuota explícita como lo realizan las ART.

Gráfico 3: Evolución alícuota como % masa salarial. Período 1996-2017



Como se desprende del gráfico, a medida que se modifica el cuerpo normativo del sistema -en la mayoría de los casos con mejoras sustanciales de las prestaciones-, se producen incrementos en la proporción que la alícuota representa en la masa salarial.

De esta forma la evolución de este indicador puede dividirse en las siguientes cuatro etapas:

- **Etapas 1** (julio de 1996 a febrero de 2001): desde los inicios del sistema hasta la entrada en vigencia del Decreto N° 1278/2000. Durante esta etapa el promedio de la alícuota ascendía a aproximadamente el 1,47% del salario, manteniéndose estable durante todos esos años.
- **Etapas 2** (marzo de 2001 a diciembre de 2009): la entrada en vigencia del Decreto N° 1278/2000 estableció algunas modificaciones en los cálculos para las prestaciones dinerarias⁶⁷, ampliando las indemnizaciones a favor del trabajador, así como también nuevas responsabilidades por parte de las aseguradoras⁶⁸.

67. En su origen, en las disposiciones finales de la Ley N° 24.557 se establecieron los criterios originales para el cálculo de las prestaciones dinerarias.

68. Por ejemplo, evaluación periódica de empresas consideradas críticas, plan de acción para reducción la siniestralidad en sus establecimientos, capacitación a empleadores y trabajadores en materia de riesgos del trabajo, etc.

Asimismo, en el artículo 2, inciso 2 del mencionado decreto, se otorga a la Comisión Médica central la facultad de considerar como enfermedades profesionales a todas aquellas patologías que no se encuentren en el listado de Enfermedades Profesionales ⁶⁹ normado por los Decretos N° 658/1996, N° 659/1996, N° 590/1997 y 49/2014 y modificatorias.

El incremento sobre la alícuota como porcentaje del salario producido luego de la entrada en vigencia de este decreto en febrero de 2001, fue de 42,9% ⁷⁰.

A su vez, luego de la crisis económica de principios de siglo, la alícuota como porcentaje de la masa salarial inició una etapa de alza sostenida hasta el año 2006 donde se estabilizó en torno a los 2,63%.

- **Etapa 3** (enero de 2010 a octubre de 2012): el Decreto N° 1694/2009 establece una serie de modificaciones en relación a los montos indemnizatorios de las prestaciones dinerarias, incrementando las prestaciones en beneficio del damnificado.

Entre ellas se destacan los siguientes cambios:

- El artículo 1 establece un incremento de las compensaciones de pago único previstas en el artículo 11, inciso 4, apartados "a", "b" y "c", de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones.
- El artículo 2 establece que se supriman los topes previstos en el artículo 14, inciso 2, apartados "a" y "b", y en el artículo 15, inciso 2, último párrafo, respectivamente, de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones.
- El artículo 3 establece que la indemnización que corresponda por aplicación del artículo 14, inciso 2, apartados "a" y "b", de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, nunca será inferior al monto que resulte de multiplicar \$180.000 por el porcentaje de incapacidad.
- El artículo 4 establece que la indemnización que corresponda por aplicación del artículo 15, inciso 2, de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, nunca será inferior a \$180.000.

En esta etapa, el incremento de la alícuota fue de 19,6% (2,59% a 3,10%) y el promedio de esta etapa fue de 3,16% de la alícuota sobre la masa salarial asegurada.

- **Etapa 4** (noviembre de 2012 a junio de 2017): con la Ley N° 26.773 se incorporan nuevas modificaciones en torno al régimen de reparación

69. Previsto en la Ley N° 24.557, art. 6, inc. 2. y cuyo listado fue creado por el Decreto N° 658/1996.

70. La alícuota pagada en febrero de 2001 fue de 1,42%, mientras que en marzo de 2001 la misma fue de 2,03%. La diferencia es de 0,61 puntos porcentuales.

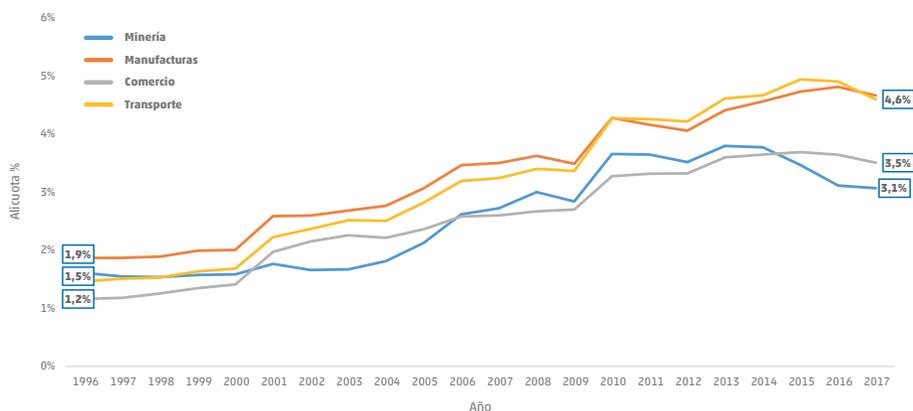
de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En la actual etapa, el promedio de alícuota asciende al 3,41% del salario, destacándose la reducción de la misma desde principios de 2017 hasta situarse actualmente en 3,26% ⁷¹.

La tendencia al incremento de la alícuota como porcentaje de la masa salarial a lo largo del tiempo también se verifica cuando se analiza según el sector de actividad económica (gráficos 4 al 6) ⁷².

En el gráfico 4 se aprecia la evolución de los sectores de la minería, la manufactura, el comercio y el transporte, a los que, en comparación con el resto de los sectores de actividad, se podría ubicar en una categoría intermedia en lo que implica la alícuota como porcentaje de la masa salarial.

Su comportamiento fue homogéneo a lo largo del período 1996-2009, alcanzando leve retroceso a partir de 2015 en algunos casos y 2016 en otros. Asimismo, cabe destacar que Manufacturas y Transporte aumentaron su brecha -que se mantuvo constante hasta el año 2013- respecto a los otros dos sectores.

Gráfico 4: Evolución de la alícuota como % de la masa salarial. Sectores de Minería, Manufactura, Comercio y Transporte. Período 1996-2017



71. Dato a agosto de 2017.

72. Esta agrupación es a los fines de exposición y no implica que las actividades estén relacionadas entre sí, excepto por el nivel similar de alícuota porcentual que pagan las empresas dentro de la misma.

El gráfico 5 muestra la tendencia de los sectores de la agricultura y la construcción, cuya característica principal ha sido el alto costo del seguro, superando en más de dos veces los costos de los sectores previamente referidos.

Si bien los dos sectores se comportaron con igual tendencia y nivel, a partir del año 2006 la brecha entre ambos se incrementó en detrimento del sector agrícola.

Gráfico 5: Evolución de la alícuota como % de la masa salarial. Sectores de Agricultura y Construcción. Período 1996-2017



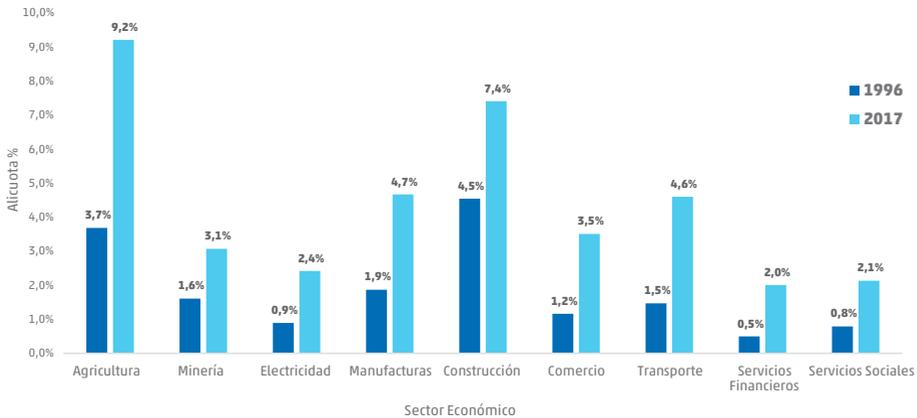
A lo largo del período analizado, los sectores dedicados a los servicios financieros, servicios sociales y electricidad, gas y agua se caracterizan por tener las alícuotas más bajas, en el orden del 2% y el 2.4% de la masa remunerativa en el último año.

Gráfico 6: Evolución alícuota como % masa salarial. Sectores de Servicios Financiero, Servicios Sociales y Electricidad, gas y agua. Período 1996-2017



Si se realiza una comparación entre el promedio de las alícuotas como porcentaje de la masa salarial desde comienzos del sistema -año 1996- hasta las alícuotas promedio del año 2017, se observa que en su conjunto se incrementaron 2,7 veces, siendo el sector financiero el que más creció, pagando actualmente cuatro veces la cuota como porcentaje de la masa salarial respecto de lo que pagaba en el año 1996 (gráfico 7).

Gráfico 7: Evolución de la alícuota como % de la masa salarial por sector de actividad económica. Año 1996 y 2017



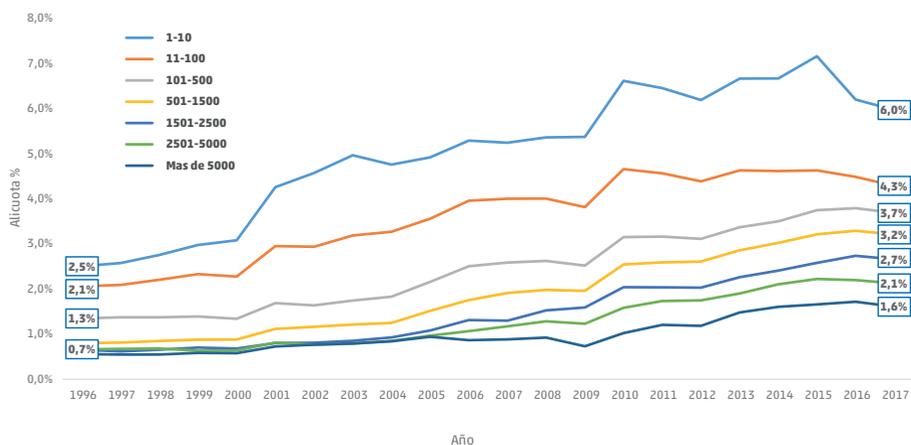
Al igual que en el análisis por sector, cuando se aborda el sistema de alícuota desde la perspectiva del tamaño de la nómina del empleador (cantidad de trabajadores cubiertos), se registran fuertes diferencias, con una correlación alta y negativa entre el tamaño de la empresa y el nivel de alícuota porcentual; esto es, la proporción que la alícuota representa respecto de la masa salarial disminuye a medida que aumenta el tamaño de las empresas.

Con esto, los empleadores con menor cantidad de trabajadores pagan más alícuota que los grandes empleadores.

En el gráfico 8 se muestra la evolución de las alícuotas como porcentaje de la masa salarial para distintos segmentos de empleadores según su tamaño, destacándose los empleadores que cuentan con entre 1 y 10 trabajadores como aquellos con la mayor alícuota porcentual (5,2 veces lo que pagan los empleadores de mayor tamaño) seguido por el grupo entre 11 y 100 trabajadores.

Los empleadores pequeños (con menos de 10 trabajadores) pagan, en promedio, el 6% de la masa salarial en un seguro de riesgos del trabajo; seguidos por las empresas de entre 11 y 100 trabajadores, con 4,3%. Los empleadores con más de 5 mil trabajadores pagan en el orden del 1,6% promedio.

Gráfico 8: Evolución de la alícuota como % de la masa salarial según el tamaño de la nómina del empleador. Período 1996-2017



Cuando se combinan las dimensiones de tamaño y sector de actividad económica (gráfico 9).

No obstante dicho patrón es más significativo en ciertos sectores de actividad económica, mientras que en otros la tendencia se aprecia más atenuada.

Cabe destacar que los empleadores más pequeños (con menos de 10 trabajadores) siempre se ubican por encima del resto del segmento de tamaños, sin importar la actividad que se considere.

Gráfico 9: Alícuota como % de la masa salarial según tamaño de la nómina del empleador y el sector económico. Actividades de Agricultura, Minería, Manufacturas, Transporte y Construcción. Año 2017

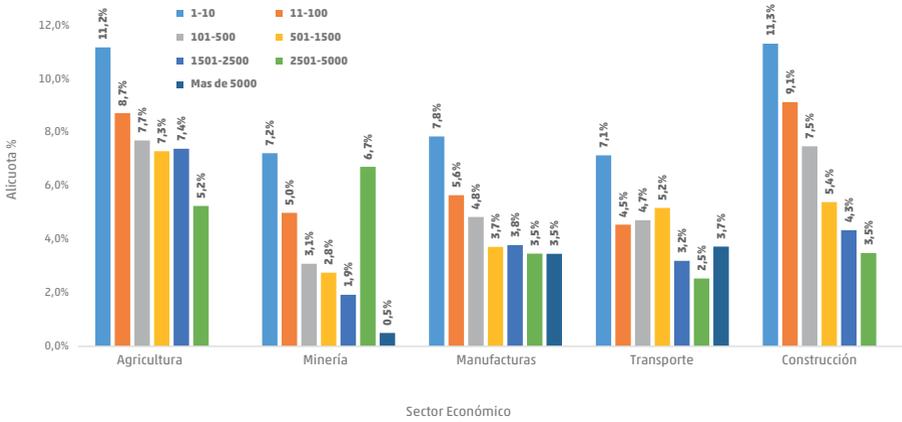
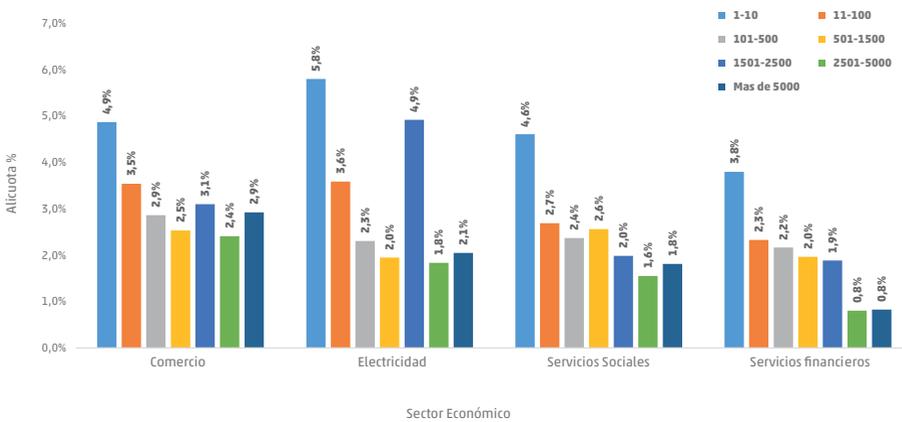


Gráfico 10: Alícuota como % de la masa salarial según tamaño de la nómina del empleador y sector económico. Actividades de Comercio, Electricidad, gas y agua, Servicios Sociales y Servicios Financieros. Año 2017



En este apartado se examinó el régimen financiero del sistema de riesgos del trabajo: las fuentes de financiamiento, la estructura de las cuotas del sistema, su valor y composición.

También se analizó la situación impositiva sobre el régimen de ART. En los aspectos económicos, se expuso la evolución de la alícuota como porcentaje de la masa salarial y se analizó la misma en relación a las diferentes modificaciones de la normativa.

Por último se abordó la temática según sector de la actividad económica y tamaño del empleador, denotando las diferencias de alícuotas entre los distintos segmentos y sectores y la evolución de los mismos.

9.4. Análisis sobre la evolución de la accidentabilidad

La siniestralidad laboral es otra arista clave del sistema de riesgos del trabajo. La misma se aborda desde distintos aspectos y en este apartado se recorrerán las principales variables indicativas de la evolución desde el comienzo del sistema. El objetivo es contextualizar los efectos positivos de la legislación en la materia y los costos asociados explicados en el apartado anterior.

A lo largo de los 20 años del sistema de riesgos del trabajo, la accidentabilidad laboral se redujo 28,5% para los accidentes globales y 38,6% para los accidentes en ocasión de trabajo.

En el año 1996 se registraron 84 accidentes globales⁷³ y 68 Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales (AT/EP)⁷⁴ cada mil trabajadores cubiertos, en tanto que al cierre del año 2016 los valores se ubicaban en 60 y 42, respectivamente.

No obstante, durante el período 1996-2016 se suscitaron alzas y caídas abruptas producto de la crisis económica y posterior reactivación y puesta en marcha de diferentes modificaciones normativas.

73. Incluye todos los accidentes registrados en el sistema de riesgos del trabajo, excluyendo los casos rechazados o previamente judicializados.

74. Incluye únicamente los accidentes en ocasión de trabajo con al menos un día de baja laboral y enfermedades profesionales. Se excluye los accidentes *in itinere*.

Esto podría haber influido en la reducción constante de la accidentabilidad, dentro de un esquema de crecimiento económico sostenido y con incorporación de nuevos colectivos de trabajos al sistema de riesgos del trabajo.

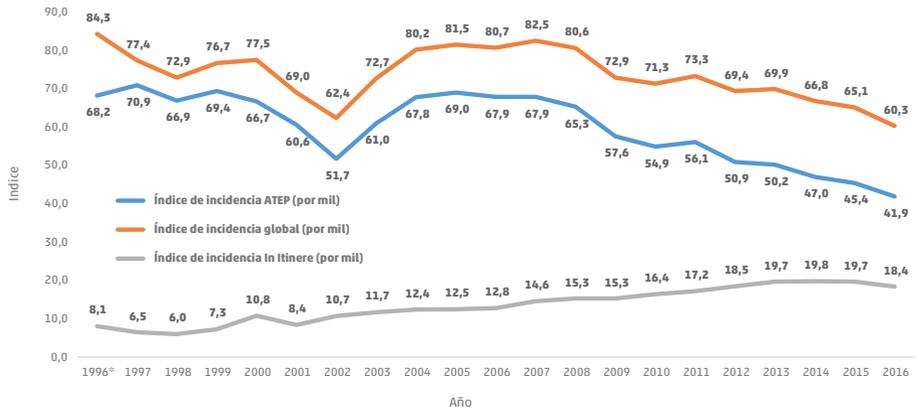
De esta manera, se puede dividir el período en tres etapas:

- Etapa I (1996-2001): se inicia el sistema y desciende el índice de incidencia. El índice de incidencia, global y AT/EP se reducen 11,2% y 18,1%, respectivamente.
- Etapa II (2001-2007): se inicia cuando a la recuperación de la economía se contraponen niveles de accidentabilidad crecientes, aunque sin llegar a los máximos que se verificaban al inicio del sistema. Lo más destacable de esta etapa es la enfática aceleración durante los dos primeros años (2002-2003), nunca antes observada. En suma, los índices global y AT/EP recuperan un 12,0% y un 19,6%.
- Etapa III (2007-2016): la tercera y última etapa está signada por la reversión de la tendencia del índice de incidencia y la constante reducción de la accidentabilidad. Los índices caen 38.3% y 26.9% respectivamente.

En el siguiente gráfico se observan los índices de incidencia global y AT/EP, así como también el índice de incidencia de accidentes *in itinere*.

Este último, a diferencia de las etapas mencionadas para los dos primeros indicadores, muestra un crecimiento constante durante los años del sistema de riesgos del trabajo, registrando entre 8,1 y 6,5 accidentes cada mil trabajadores cubiertos entre los años 1996 y 1997 y cerrando el año 2016 con 18,4 accidentes, lo que totaliza un alza de 2,5 veces.

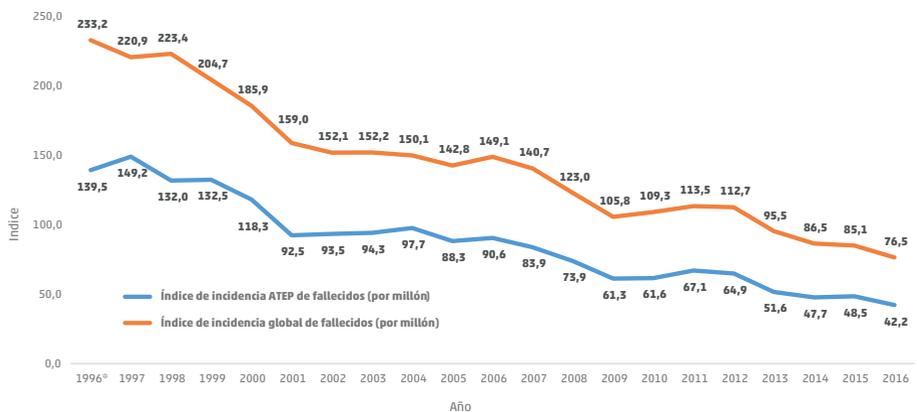
Gráfico: Evolución Anual Índice de Incidencia Global, AT/EP e *in itinere*. Período 1996-2016



* Los valores ATEP fueron estimados por proporciones históricas ATEP/Global.

La evolución del índice de incidencia en fallecidos tampoco da cuenta de etapas, sino más bien de una reducción constante de sus valores desde el inicio del sistema. Tanto para fallecidos globales como para AT/EP se registra una baja de casi 70% durante todo el período, cerrando el año 2016 con 76 y 42 fallecidos globales y AT/EP, respectivamente.

Gráfico: Evolución Anual Índice de Incidencia sobre fallecidos Global y AT/EP. Período 1996-2016



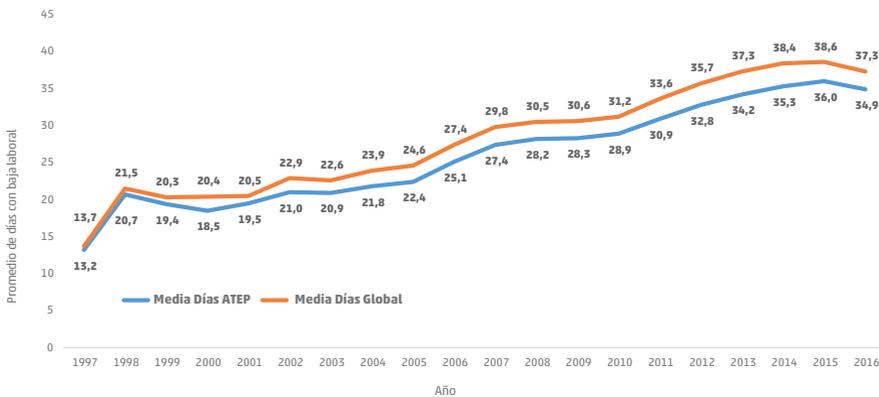
* Los valores ATEP fueron estimados por proporciones históricas ATEP/Global

A diferencia de los índices descriptos, un indicador que mostró una desmejora constante fue el promedio de días de baja laboral, tanto para casos “global” como para AT/EP.

La serie 1997-2016 muestra un alza constante para ambos valores.

Durante el período anterior a la crisis económica se registra un promedio de 19 y 18 días para casos globales y AT/EP respectivamente, mientras que para el resto del período post crisis, los valores se duplican al finalizar el período, marcando 37 y 35 días de baja laboral promedio, respectivamente.

Gráfico: Evolución Promedio días de baja laboral - Global y AT/EP. Período 1997-2016



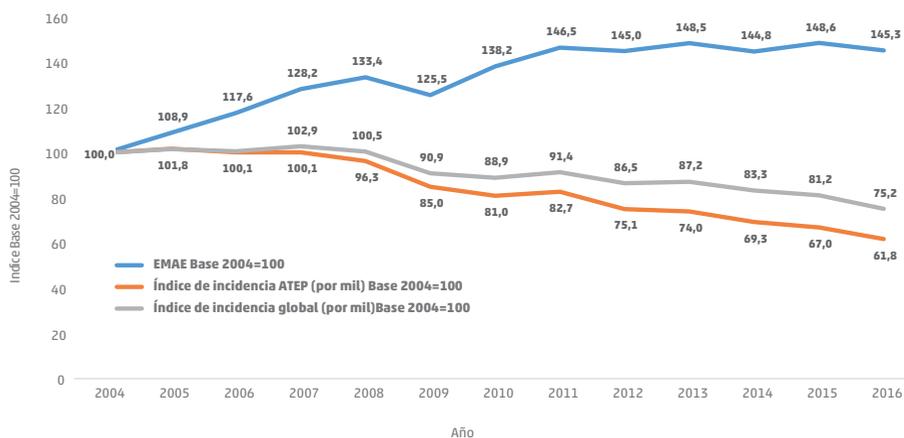
A fin de contrastar el nivel de accidentabilidad del sistema, se procedió a comparar la evolución de los indicadores mencionados con la actividad económica del país.

Para tal fin se utilizó el Estimador Mensual de la Actividad Económica (EMAE) desde el año 2004 hasta 2016 ⁷⁵, generando a la vez un índice base 100 en dicho año para el de incidencia global y AT/EP, a fines comparativos.

75. Debido al cambio de base del PBI del año 1993 al 2004 realizado en el año 2012 y la falta de una metodología de empalme oficial de las series, se procede a mostrar los indicadores desde la última información disponible a partir del 2004.

En el siguiente gráfico se observan las series del período 2004- 2016, donde se advierte claramente un incremento de la actividad económica con una reducción marcada de los accidentes dentro del sistema de riesgos del trabajo.

**Gráfico: Evolución EMAE vs. Índices de Incidencia - Base 2004=100
Período 2004-2016**



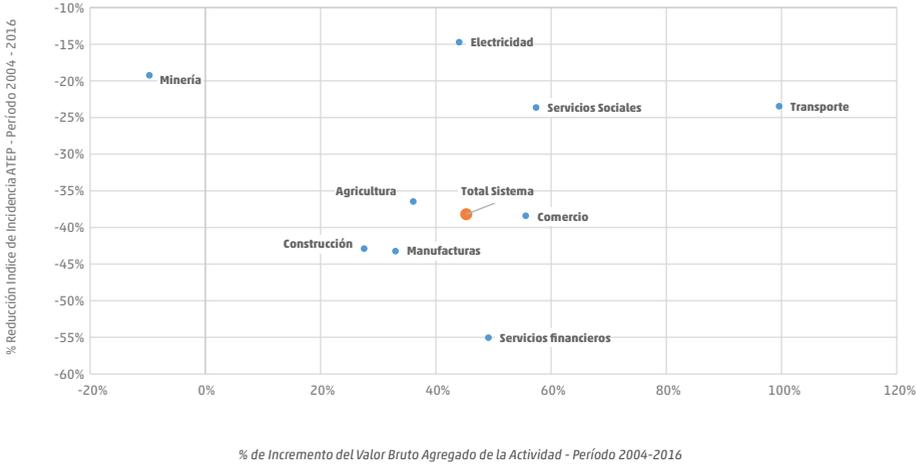
Si bien hay una clara correlación negativa entre la actividad económica y el nivel de accidentabilidad durante el período analizado, el comportamiento según sector presenta diferentes magnitudes.

El siguiente gráfico ofrece una mirada comparativa del incremento de la actividad económica en el período 2004 -2016, tomando en cuenta los sectores económicos versus el porcentaje de reducción de la accidentabilidad. Ambas variables se cotejaron utilizando el Valor Agregado Bruto y el índice de incidencia AT/EP como herramientas de medición comparativa.

El sistema presenta una reducción de 38,2% de la accidentabilidad, con un incremento de 45,3% de la actividad económica. Actividades como laminera presentan un decrecimiento de 9,7%, con una reducción de la accidentabilidad de 19,2%.

La contracara de la minera es la actividad del transporte, que presenta un crecimiento de casi 100% durante el período, con una caída de la accidentabilidad de 23,5%.

Gráfico: Evolución porcentual Valor Agregado Bruto (base 2004) e Índice de incidencia ATEP. Período 2004-2016



En este apartado se analizó la evolución de la accidentabilidad del sistema desde la creación del mismo. Se abordaron tanto los indicadores principales como el índice de incidencia global y el índice de incidencia AT/EP.

Asimismo, se hizo un recorrido por sector de la actividad económica.

Por último, se comparó el comportamiento de la accidentabilidad con el nivel de actividad económica, tanto a nivel país como por sector de actividad, denotando comportamientos favorables al sistema, con crecimiento de la actividad y descenso de la accidentabilidad.

9.5. Análisis sobre los costos prestacionales

Los costos por prestaciones y litigiosidad crecieron de manera constante desde el año 2010 al 2016 ⁷⁶, a un ritmo de 13.7% ⁷⁷ anual y de 116% entre puntas.

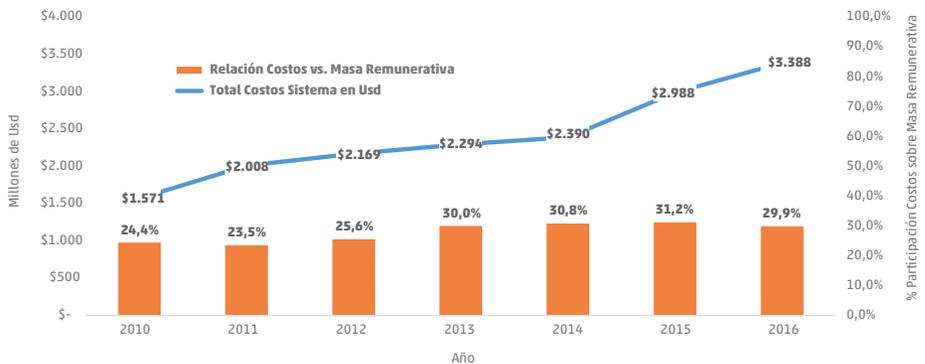
76. Los valores por costos prestacionales y litigiosidad son estimaciones a partir de las bases de siniestralidad y valores por montos de sentencia de juicios cerrados y contingentes registrados en las bases de la SRT. Dichas estimaciones pueden diferir de la información contable presentada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

77. Tasa geométrica promedio.

En el siguiente gráfico se observa la evolución, en millones de dólares, y la relación con la masa remunerativa de los trabajadores cubiertos de cada año.

Se puede observar que la participación de los costos ha cambiado de nivel, con el año 2013 como bisagra: previo a este año, el promedio de los costos era de 24.5%; posteriormente, de 30.5%. Es decir, un incremento de 6% en el peso de los costos sobre la masa remunerativa.

Gráfico: Evolución costos Sistema en Dólares y Participación sobre Masa Remunerativa. Período 2010-2016



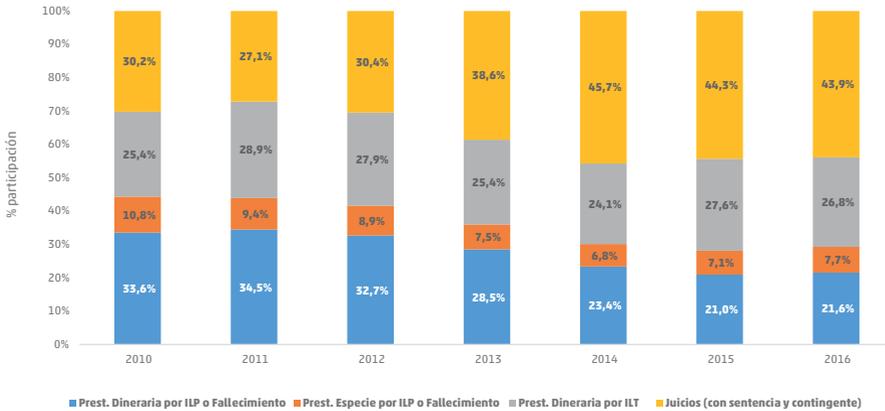
A su vez, la participación de los diferentes rubros que componen los costos del sistema ha cambiado.

Durante el año 2010, los juicios (con sentencia y contingentes) y los costos por ILT representaban el 55% del total de costos, mientras que al cierre del año 2016, dichos rubros representan más del 70%.

En esta evolución se destaca la preponderancia de los juicios, que incrementan la participación en 13,7% (desde 30,2% a 43,9%), mientras que las prestaciones dinerarias por ILP o fallecimientos caen 12% (desde 33,6% a 21,6%).

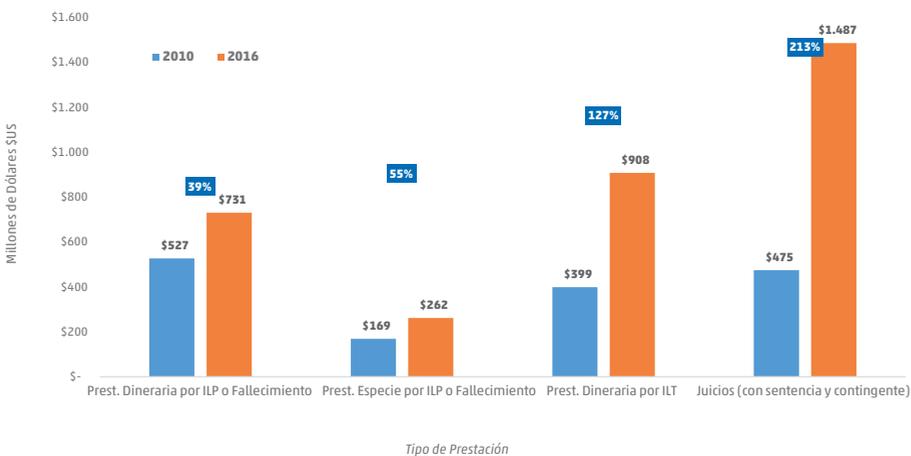
El siguiente gráfico muestra la evolución de las participaciones porcentuales sobre el total de erogaciones del sistema.

Gráfico: Evolución participación de rubros en el total erogaciones del sistema. Período 2010-2016



Por último, en el análisis por concepto de gasto, como se mencionó previamente, los juicios han ganado participación y el aumento de las erogaciones (efectivas y contingentes) asociadas aumentaron 213% durante el período 2010-2016, seguidas por las prestaciones dinerarias por ILT, que crecieron-127%-.

Gráfico: Evolución participación de rubros en el total erogaciones del sistema. En millones de U\$S Período 2010-2016



CAPÍTULO 10

Del Autoseguro Público provincial

- **Hacia la incorporación integral del sector público provincial y municipal al sistema de riesgos del trabajo**

Introducción

La creación del sistema de riesgos del trabajo, a partir de la sanción de la Ley N° 24.557, en 1996, no sólo implicó la puesta en práctica de un sistema ordenado e integral de cobertura y aseguramiento dirigido a cuidar la salud de los trabajadores y tratar los riesgos del trabajo, sino que puso la prioridad en la reducción de la siniestralidad a partir de la prevención, otorgándole al Estado un papel protagónico en el nuevo sistema.

Si bien con anterioridad a la creación del sistema existían antecedentes normativos en esta materia⁷⁸, la legislación abordaba la responsabilidad frente a las contingencias vinculadas a la salud de los trabajadores desde una perspectiva que implicaba un vínculo contractual entre particulares, empleador y trabajador, en tanto que las problemáticas de salud laboral eran atendidas en la mayoría de los casos por los prestadores de los tres grandes subsistemas de salud (público, obras sociales y medicina privada).

Como consecuencia, y a excepción de sectores de actividad específicos que ya estaban obligados a contratar seguros privados, el empleador podía adoptar diferentes estrategias resolutive frente a las contingencias: desde la cobertura directa del tratamiento médico del trabajador accidentado hasta el otorgamiento de indemnizaciones o la opción de contratar un seguro privado en los casos en

78. Como las Leyes N° 9.688/2015, N° 19.587/1974, N° 24.028/1991, N° 23.643/1988, entre otras.

que no estuviera obligado, entre otras. En muchos casos, el resultado era la judicialización del siniestro por falta de acuerdo entre las partes.

A su vez, hasta la creación del sistema y de su organismo rector (SRT), la participación del Estado como instancia superior estaba acotada en gran medida a un rol de mediador entre partes, así como a actividades de inspección y control de las condiciones laborales en determinados establecimientos y ramas de actividad.

Entre 1996 y 2016, la cobertura del sistema de riesgos del trabajo pasó de aproximadamente 3.700.000 a 9.700.000 trabajadores y la afiliación ascendió de alrededor de 330.000 a 920.000 empleadores con trabajadores declarados. En este largo proceso fueron incluyéndose diferentes colectivos de trabajadores, destacándose la incorporación de los empleados de casas particulares a partir de noviembre de 2014.

Si bien la Ley N° 24.557 y sus decretos reglamentarios -entre ellos el N° 719/1996, que determinó la postergación de la adhesión del sector público-, facultaron a las provincias, sus municipios y a la Ciudad de Buenos Aires a optar por el régimen de autoseguro -en caso de no afiliarse a una ART y siempre que acreditaran las condiciones para ingresar en dicho régimen-, la autonomía de las provincias derivada del carácter federal del país tuvo como consecuencia un nivel de adhesión muy heterogéneo de parte de las administraciones públicas provinciales.

Es así como a comienzos de 2017, nueve provincias argentinas⁷⁹ contaban con más del 95% de los trabajadores del sector público por fuera del sistema de riesgos del trabajo.

En otros términos, los organismos, dependencias y empresas de dichas jurisdicciones no se encontraban afiliados a una ART ni se hallaban acogidos al régimen de autoseguro.

Asu vez se verifican casos en los que determinadas provincias o municipios ingresaron al sistema durante ciertos períodos y después salieron como es el caso de Córdoba.

Esta disparidad y heterogeneidad en los niveles de afiliación del sector público provincial y municipal, coloca a una parte de los trabajadores en un escenario similar al que preexistía al sistema de riesgos del trabajo.

79. Catamarca, Córdoba, Chaco, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz y Santa Fe.

En este marco, la Ley N° 27.348 -sancionada en febrero de 2017- prevé la igualdad de los derechos de los ciudadanos a partir de la incorporación al sistema de riesgos del trabajo de aquellos empleados públicos provinciales, municipales y comunales que actualmente se encuentran fuera del sistema y sin cobertura.

Para lograr ese cometido se dispone la creación del **Autoseguro Público Provincial**, de modo de facilitar a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una alternativa eficaz a los institutos de protección de los riesgos del trabajo que hoy ofrece el sistema.

El capítulo se divide en dos apartados:

- En el primero se exponen los antecedentes legales y normativos. Además, se muestra la heterogeneidad en materia de afiliación y cobertura de provincias y municipios.
- En el segundo apartado se hace una descripción de los aspectos fundamentales de la nueva ley, la importancia de la adhesión de las provincias al Autoseguro Público Provincial y los potenciales beneficios derivados de la adopción de este nuevo componente del sistema.

10.1. Las administraciones públicas provinciales y municipales en el marco del sistema de riesgos del trabajo: 1996-2016

Hasta el año 1996, el sector público, en cualquiera de sus tres jurisdicciones, daba respuesta a las contingencias vinculadas con la salud en el ámbito laboral a través de una variedad de instrumentos, en el marco de un vínculo contractual entre partes y desde un enfoque asistencial una vez acaecido el accidente o la enfermedad profesional.

Las distintas leyes, decretos y normativa complementaria o modificatoria a partir de la Ley N° 9.688 del año 1915, pasando desde la N° 19.587 -de 1972-, hasta la N° 24.028 -de 1991- y los decretos posteriores, fueron incorporando diferentes aspectos relativos a la atención de los trabajadores siniestrados (responsabilidad del empleador, posibilidad de contratación de seguros privados, tipificación de incapacidades, sistemas, pisos y topes indemnizatorios, baremos de enfermedades e incapacidades, reconocimiento de los accidentes *in itinere*, entre otros)⁸⁰.

80. La Ley N° 24.028 de 1991 introdujo la creación del Fondo de Garantía, en ese momento administrado por el Ministerio de Trabajo.

En todos los casos las respuestas no contemplaban la integración de todos los trabajadores en un sistema unificado, sino que estaban atadas a sectores y ramas

de actividad particulares en el marco de acuerdos sectoriales y de distintas leyes y decretos específicos (construcción, manufacturas, minería, entre otros)⁸¹.

En este sentido, la creación del sistema de riesgos del trabajo debe comprenderse en el marco más amplio de las reformas estructurales de los años '90 y, fundamentalmente, en su integración al sistema único de la seguridad social.

Antes de la creación del sistema, y tal como sucedía en el ámbito privado, las contingencias vinculadas con la salud laboral de los trabajadores del sector público eran tratadas en gran parte por las obras sociales, en tanto componentes del sistema de salud, generándose controversias en materia de competencia en los casos en los que correspondiera otorgar indemnizaciones y en aquellos en los que los siniestros o enfermedades tuvieran secuelas incapacitantes u ocasionaran la muerte, aspectos que por lo general terminaban dirimiéndose en los fueros laboral y civil.

La Ley N° 24.557, sancionada en 1995 y puesta en práctica al año siguiente⁸², implicó la creación de un sistema que dio una respuesta organizada e integral a las problemáticas vinculadas con la salud de los trabajadores asalariados.

Aspectos centrales como la adopción de la prevención como principal objetivo del sistema en la misma letra de la ley, pasando por la creación de un registro nacional de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el ordenamiento de las empresas aseguradoras y de las prestaciones para la atención de la salud y la reparación de los daños, la adecuación y actualización del ingreso base a los efectos del cálculo indemnizatorio, el establecimiento y la regulación del Fondo de Reserva y del Fondo de Garantía, la articulación con las CCMM, que en aquel momento formaban parte de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (SAFJP), entre otros componentes, representó un cambio inédito y un salto cualitativo de magnitud respecto del escenario anterior a la creación del sistema.

81. Por ejemplo, el Decreto N° 911/1996 sobre Higiene y Seguridad en el Trabajo para la industria de la Construcción, el N° 617/1997 para la actividad agrícola.

82. A través de los Decretos N° 170, 334, 585, 658, 659, 717, 179 y 1.338 del año 1996 y del Decreto N° 491, del año 1997.

En lo que respecta al sector público, el Decreto N° 719/1996 excluyó a la administración pública nacional del régimen de autoseguro -obligando a sus dependencias, organismos y empresas a afiliarse a una compañía aseguradora- planteó la postergación de la incorporación de las tres jurisdicciones al sistema hasta el 1 de enero de 1997⁸³ y estableció que si a esa fecha los organismos provinciales y municipales no se hallaban asegurados por una ART, se presumirían autoasegurados.

A la vez, en su artículo 3, el decreto referido dispuso que las provincias y los municipios, en caso de optar por el autoseguro, deberían adecuarse a los requisitos establecidos en el Decreto N° 586/1996 para los empleadores privados que se autoaseguraran⁸⁴.

No obstante el carácter federal del país -que otorga autonomía a cada provincia- lo que se verificó fue que, mientras se producía una rápida afiliación al sistema por parte de los empleadores del sector privado, el nivel de aseguramiento del sector público fue muy dispar.

En los gráficos 1 y 2 se muestra la evolución de la cobertura de trabajadores y la afiliación de empleadores públicos y privados desde el comienzo del sistema hasta diciembre de 2016, dos meses antes de la sanción de la Ley N° 27.348.

Entre 1997 -año en el que por ley se hallaban en condiciones de ingresar al sistema- y 2016, el volumen de trabajadores públicos cubiertos se incrementó 508%, pasando de 452.596 a 2.752.946.

En este sentido, mientras que en 1997 estos trabajadores representaban el 11% del total de cubiertos, en 2016 alcanzaban el 29% (gráfico 1).

A su vez, mientras que la cantidad de empleadores privados se incrementó 163% en el mismo intervalo de tiempo, la cantidad de empleadores públicos aumentó 27% (gráfico 2).

83. Nacional, provincial y municipal, entidades autárquicas, empresas estatales y empresas con participación estatal, obras sociales, bancos y entidades financieras públicas.

84. El artículo 1 del Decreto N° 334/1996, que reglamenta el artículo 3 de la LRT, prevé que el empleador que omite afiliarse a una ART o autoasegurarse, responderá frente a los trabajadores y/o sus derechohabientes con los alcances que establece la LRT, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 13, apartado 1, de la Ley N° 24.557 (relativo a las prestaciones por ILT) y ante la comisión de un delito, en la órbita del derecho civil, conforme al artículo 1.072 del Código Civil.

En términos porcentuales, los empleadores del sector público pasaron de representar el 0,38% del total al 0,18%.

Inclusive, si se excluyen a los trabajadores y empleadores de casas particulares en el sector privado, el volumen de empleadores públicos -así como su tasa de afiliación al sistema- no se modificó sustancialmente a lo largo de los veinte años del sistema.

Gráfico 1. Trabajadores públicos y privados cubiertos por el sistema de riesgos del trabajo según el año. Período 1996-2016

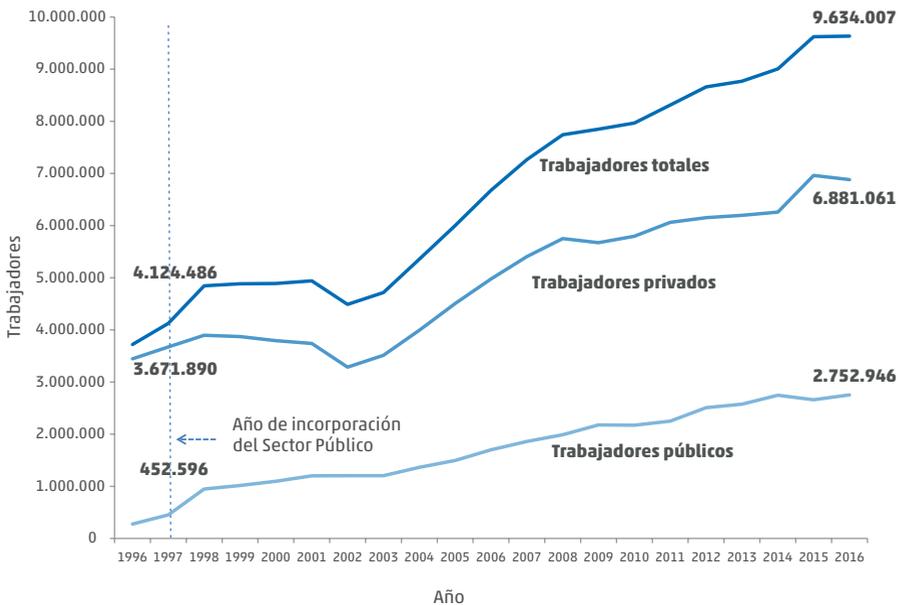
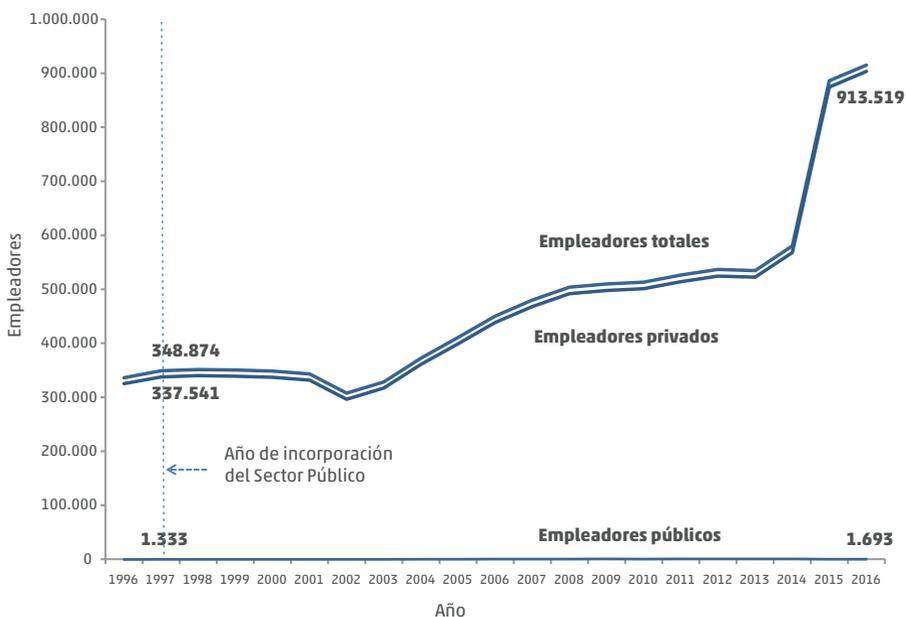


Gráfico 2. Empleadores públicos y privados asegurados por el sistema de riesgos del trabajo según año. Período 1996-2016 *



El artículo 3 de la Ley N° 24.557 permitió a los empleadores que demostraran contar con solvencia económico- financiera para afrontar las prestaciones y garantizar los servicios necesarios para otorgarlas, acogerse al régimen de autoseguro y no contratar una ART.

En esta línea, el Decreto N° 585/1996 estableció los requisitos para acreditar la solvencia económico-financiera de los EA, fijó las pautas que debían seguir para la constitución de las reservas especiales, determinó las obligaciones en materia de prestaciones, previó los lineamientos para la habilitación y revocación de autorización del régimen de autoseguro y estableció el porcentual de contribución de este tipo de empleadores al Fondo de Garantía.

El mismo Decreto N° 719/1996 -que postergó la afiliación del sector público-excluyó al Estado Nacional de la posibilidad de adoptar dicho régimen, al sostener que *"...a partir de esa fecha y a fin de adoptar una decisión coherente*

con el resto de las políticas tendientes a la reforma y racionalización del ESTADO NACIONAL, se establece la obligatoriedad de que el mismo delegue la tutela de los riesgos del trabajo en una Aseguradora autorizada para operar en el marco de la ley que se reglamenta”.

Si bien el régimen de autoseguro implicó para el empleador la posibilidad de no tener que pagar alcúotas a una aseguradora ni aportar al Fondo de Reserva administrado por la SSN (artículo 30 de la LRT), involucra una estructura económico-financiera, administrativa y de prestadores que no todo empleador, por más grande que sea, está en condiciones o desea afrontar.

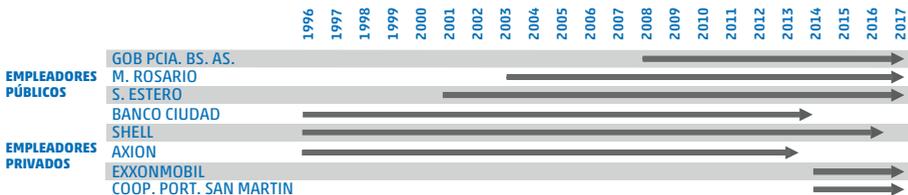
A lo largo de los veinte años del sistema se constituyeron un total de ocho autoseguros; cuatro correspondientes a empleadores públicos y cuatro a privados (figura 1).

Respecto de los primeros, el autoseguro del gobierno de Santiago del Estero comenzó a operar en el año 2001, la municipalidad de Rosario en 2003 y el gobierno de la Provincia de Buenos Aires en 2008.

En lo que concierne al Banco Ciudad (perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), el mismo funcionó bajo el régimen de autoseguro hasta el año 2014, en el que se afilió a una compañía aseguradora.

Por su parte, la provincia de Buenos Aires, antes de constituirse como autoseguro, también se hallaba afiliada a una ART.

**Figura 1. EA según año de funcionamiento.
Período 1996-2016**



A lo largo de veinte años, el sector público nacional fue progresivamente incorporándose al sistema, como se desprende de los gráficos 3 y 4.

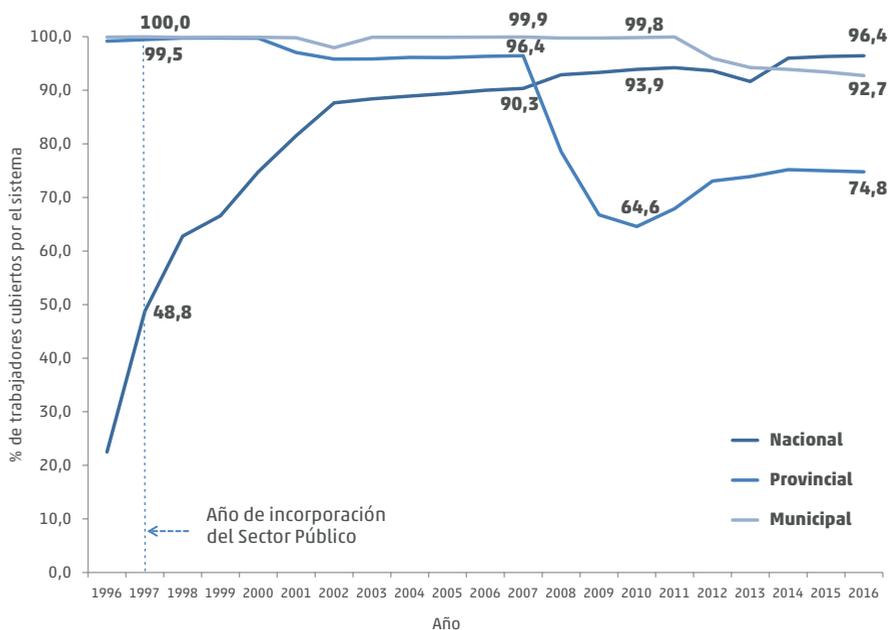
Desde una tasa de cobertura del 48,8% de sus trabajadores y del 69,6% de sus empleadores en 1997, año en el que por el Decreto 719/1996 se hallaban en

obligación de estar dentro del sistema, hasta el 96,4% de sus trabajadores y el 97,5% de sus empleadores en 2016.

Por el contrario, las administraciones provinciales, que comenzaron con un elevado porcentaje de cobertura y afiliación, a partir de 2007 registraron un proceso de desafiliación que llevó a que, en 2016, el 25,2% de sus trabajadores y el 45,1% de sus dependencias no estuvieran aseguradas por una ART o dentro del régimen de autoseguro. Lo mismo ocurre con el 7,3% de los trabajadores y el 10,8% de los empleadores de la administración municipal.

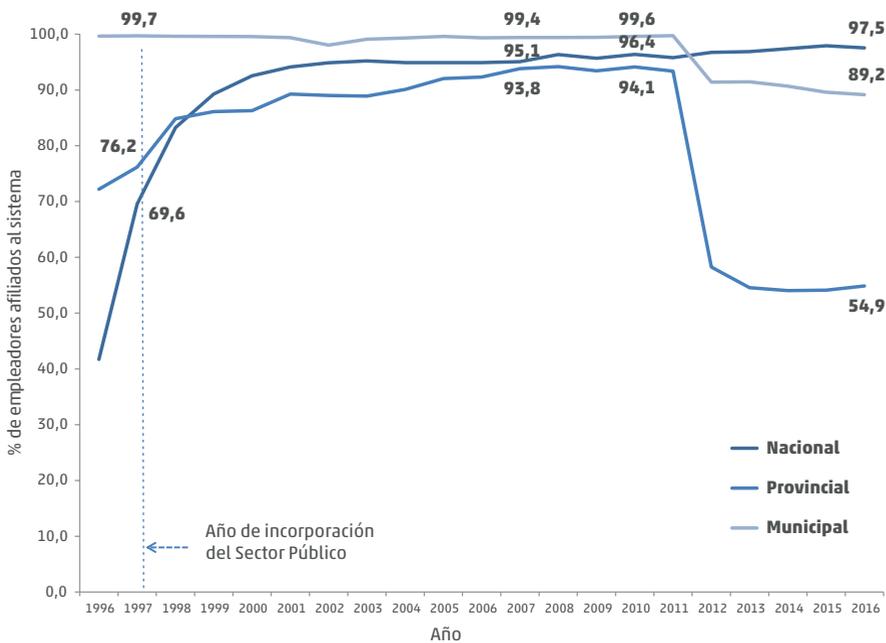
El resultado de este proceso es que, hacia fines de 2016, una serie de provincias y municipios antes asegurados se encontraban en una situación similar a la que existía con anterioridad a la sanción de la LRT, derivando la atención de gran parte de los accidentes y las enfermedades profesionales.

Gráfico 3. Porcentaje de trabajadores del sector público cubiertos* por el sistema de riesgos del trabajo según jurisdicción y año. Período 1996-2016



* Cubiertos por una ART o dentro del régimen de autoseguro.

Gráfico 4. Porcentaje empleadores del sector público integrados* dentro del sistema de riesgos del trabajo según jurisdicción y año. Período 1996-2016



* Afiliados a una ART o dentro del régimen de autoseguro.

En el conjunto del país, en diciembre de 2016, el 48% de los organismos provinciales y el 43,3% de sus trabajadores estaban cubiertos por una ART, el 7,3% de las reparticiones y el 24,9% de sus respectivos trabajadores se hallaban dentro del régimen de autoseguro, en tanto que el 44,7% de los organismos y el 31,8% de los trabajadores se encontraban fuera del sistema de riesgos del trabajo (Cuadro 1).

Las jurisdicciones con la mayor proporción de trabajadores públicos provinciales sin cobertura eran La Rioja (100%), Formosa (100%), Misiones (99%), Córdoba (98%), Jujuy (97%), Santa Fe (97%), Chaco (95%), Santa Cruz (92%) y Catamarca (92%). A su vez, la mitad de los trabajadores de los organismos provinciales de Chubut también se encontraban fuera del sistema.

En el extremo opuesto, en Diciembre de 2016 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Corrientes, Entre Ríos, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán registraban una cobertura total.

Por su parte, en el mismo período, Santiago del Estero tenía a casi la totalidad de sus trabajadores provinciales dentro del régimen de autoseguro, en tanto que de los 53 empleadores con trabajadores declarados de la Provincia de Buenos Aires, el 58,5% se encontraba bajo el régimen de autoseguro, con el 88,2% de los trabajadores cubiertos.

Cuadro 1. Organismos públicos provinciales. Indicadores de cobertura y afiliación según provincia. Diciembre de 2016

	Empleadores *				Trabajadores			
	Total	Asegurados		No asegurados	Total	Asegurados		No asegurados
		ART	Auto seguro			ART	Auto seguro	
Buenos Aires	160	98,1%	0,0%	1,9%	232.582	100,0%	0,0%	0,0%
Catamarca	16	100,0%	0,0%	0,0%	5.137	100,0%	0,0%	0,0%
Chaco	46	84,8%	0,0%	15,2%	11.533	92,8%	0,0%	7,2%
Chubut	18	100,0%	0,0%	0,0%	5.025	100,0%	0,0%	0,0%
Córdoba	364	87,6%	0,0%	12,4%	37.967	64,8%	0,0%	35,2%
Corrientes	71	80,3%	0,0%	19,7%	12.858	94,4%	0,0%	5,6%
Entre Ríos	79	100,0%	0,0%	0,0%	22.143	100,0%	0,0%	0,0%
Formosa	52	3,8%	0,0%	96,2%	6.046	1,7%	0,0%	98,3%
Jujuy	5	80,0%	0,0%	20,0%	4.253	46,7%	0,0%	53,3%
La Pampa	51	100,0%	0,0%	0,0%	6.320	100,0%	0,0%	0,0%
Mendoza	9	100,0%	0,0%	0,0%	12.937	100,0%	0,0%	0,0%

	Empleadores *				Trabajadores			
	Total	Asegurados		No asegurados	Total	Asegurados		No asegurados
		ART	Auto seguro			ART	Auto seguro	
Misiones	68	83,8%	0,0%	16,2%	13.032	68,3%	0,0%	31,7%
Neuquén	37	97,3%	0,0%	2,7%	14.329	91,8%	0,0%	8,2%
Rio Negro	36	100,0%	0,0%	0,0%	7.703	100,0%	0,0%	0,0%
Salta	39	100,0%	0,0%	0,0%	11.231	100,0%	0,0%	0,0%
San Juan	17	100,0%	0,0%	0,0%	5.334	100,0%	0,0%	0,0%
San Luis	31	100,0%	0,0%	0,0%	3.303	100,0%	0,0%	0,0%
Santa Cruz	5	100,0%	0,0%	0,0%	9.397	100,0%	0,0%	0,0%
Santa Fe	259	97,7%	0,4%	1,9%	34.785	62,0%	33,2%	4,8%
Santiago del Estero	26	96,2%	0,0%	3,8%	10.115	99,2%	0,0%	0,8%
Tierra del Fuego	5	80,0%	0,0%	20,0%	3.521	95,3%	0,0%	4,7%
Tucumán	1	100,0%	0,0%	0,0%	273	100,0%	0,0%	0,0%
Total	1.395	90,0%	0,1%	10,0%	469.824	91,1%	2,5%	6,5%

* La cantidad de empleadores se contabiliza a partir de las CUIT que declararon trabajadores.

Respecto del sector público de jurisdicción municipal, en diciembre de 2016 el 10% de las reparticiones se hallaban fuera del sistema de riesgos del trabajo y el 6,5% de sus trabajadores (cuadro 2).

En gran parte estos organismos y sus trabajadores estaban cubiertos por una ART y en menor medida se hallaban dentro del régimen de autoseguro.

Se destaca el hecho de que el 98,3% de los trabajadores municipales de Formosa no tenían cobertura, porcentaje que en Jujuy alcanzaba el 53,3% y al 35,2% de los trabajadores de los municipios de la provincia de Córdoba.

Cuadro 2. Organismos públicos municipales. Indicadores de cobertura y afiliación según provincia. Diciembre de 2016

	Empleadores *				Trabajadores			
	Total	Asegurados		No asegurados	Total	Asegurados		No asegurados
		ART	Auto seguro			ART	Auto seguro	
Buenos Aires	160	98,1%	0,0%	1,9%	232.582	100,0%	0,0%	0,0%
Catamarca	16	100,0%	0,0%	0,0%	5.137	100,0%	0,0%	0,0%
Chaco	46	84,8%	0,0%	15,2%	11.533	92,8%	0,0%	7,2%
Chubut	18	100,0%	0,0%	0,0%	5.025	100,0%	0,0%	0,0%
Córdoba	364	87,6%	0,0%	12,4%	37.967	64,8%	0,0%	35,2%
Corrientes	71	80,3%	0,0%	19,7%	12.858	94,4%	0,0%	5,6%
Entre Ríos	79	100,0%	0,0%	0,0%	22.143	100,0%	0,0%	0,0%
Formosa	52	3,8%	0,0%	96,2%	6.046	1,7%	0,0%	98,3%
Jujuy	5	80,0%	0,0%	20,0%	4.253	46,7%	0,0%	53,3%
La Pampa	51	100,0%	0,0%	0,0%	6.320	100,0%	0,0%	0,0%
Mendoza	9	100,0%	0,0%	0,0%	12.937	100,0%	0,0%	0,0%
Misiones	68	83,8%	0,0%	16,2%	13.032	68,3%	0,0%	31,7%
Neuquén	37	97,3%	0,0%	2,7%	14.329	91,8%	0,0%	8,2%
Río Negro	36	100,0%	0,0%	0,0%	7.703	100,0%	0,0%	0,0%
Salta	39	100,0%	0,0%	0,0%	11.231	100,0%	0,0%	0,0%
San Juan	17	100,0%	0,0%	0,0%	5.334	100,0%	0,0%	0,0%
San Luis	31	100,0%	0,0%	0,0%	3.303	100,0%	0,0%	0,0%
Santa Cruz	5	100,0%	0,0%	0,0%	9.397	100,0%	0,0%	0,0%
Santa Fe	259	97,7%	0,4%	1,9%	34.785	62,0%	33,2%	4,8%
Santiago del Estero	26	96,2%	0,0%	3,8%	10.115	99,2%	0,0%	0,8%
Tierra del Fuego	5	80,0%	0,0%	20,0%	3.521	95,3%	0,0%	4,7%
Tucumán	1	100,0%	0,0%	0,0%	273	100,0%	0,0%	0,0%
Total	1.395	90,0%	0,1%	10,0%	469.824	91,1%	2,5%	6,5%

* La cantidad de empleadores se contabiliza a partir de las CUIT que declararon trabajadores.

10.2. Hacia una integración completa del sector público provincial y municipal

A partir de diciembre de 2015, la SRT encaró una serie de nuevos desafíos con el propósito de resolver algunos problemas que evidenciaba el sistema y que, según los diagnósticos iniciales, de no avanzarse en una reforma, seguirían profundizándose.

Entre estos problemas, además de una creciente tendencia a la judicialización de los siniestros, se destaca la falta de cobertura de casi un tercio de los trabajadores públicos provinciales y el 6,5% de los trabajadores municipales (diciembre 2016).

En este marco se avanzó en una serie de modificaciones que se vieron plasmadas en la Ley N° 27.348, cuyo título II planteó la creación de un nuevo componente del sistema: el Autoseguro Público Provincial.

De acuerdo al artículo 5 de la nueva ley, el Autoseguro Público Provincial tiene por finalidad *“... que las provincias y sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puedan autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en la ley 24.557 y sus modificatorias, respecto de los regímenes de empleo público provincial y municipal, de acuerdo a lo que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo”*.

Respecto de las prestaciones dinerarias, la ley indica que *“...deberán ser administradas mediante un régimen de gestión económica y financiera separado del que corresponda a la contabilidad general provincial”*.

Así también se establece que *“los autoasegurados públicos provinciales tendrán idénticas obligaciones que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados en materia de reportes e integración al Registro Nacional de Incapacidades, según determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo”*.

Si bien el nuevo componente del sistema contempla aspectos similares al régimen de autoseguro, creado por la Ley N° 24.557, en materia de prestaciones y obligaciones por parte de las entidades aseguradoras incorpora la posibilidad de que las provincias no sólo autoaseguren a sus organismos y empresas, sino también a sus municipalidades, lo que antes debía hacerse por separado.

En este sentido, en su artículo 5 la ley establece que *“el autoseguro público de cada provincia podrá admitir la incorporación de sus municipios, los que pasarán a integrar el Autoseguro Público Provincial de la respectiva provincia”*.

CAPÍTULO 11

De los entes de supervisión y control del sistema de riesgos del trabajo

Comentario preliminar

El sistema de riesgos del trabajo determina que la gestión de las prestaciones, acorde a lo que se establece en el artículo 26 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557, estará a cargo de entidades aseguradoras de carácter privado: las ART.

Artículo 26, Inciso 1: “Con la salvedad de los supuestos del régimen del autoseguro, la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT estará a cargo de entidades de derecho privado, previamente autorizadas por la SRT y por la Superintendencia de Seguros de la Nación, denominadas “Aseguradoras de Riesgo del Trabajo” (ART), que reúnan los requisitos de solvencia financiera, capacidad de gestión, y demás recaudos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus reglamentos”.

A partir de la Ley N° 27.348, se crea la figura de Autoaseguro Público Provincial -destinado a que las provincias y sus municipios, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puedan autoasegurarse- que se suma a las ART, las Entidades Autoaseguradas y las Mutuales de Seguros de Riesgos del Trabajo.

De acuerdo a lo que establece dicha ley, los controles de la gestión y la regulación de la solvencia del sistema se encuentran a cargo de la SRT y la SSN, que constituyen organismos descentralizados en jurisdicción del Ministerio de Producción y Trabajo -la primera- y del Ministerio de Hacienda de la Nación, la última.

11.1. Autoridades de aplicación y regulación. Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT): competencia, funciones. Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN)

Las autoridades de aplicación y regulación que establece la Ley N° 24.577 y sus modificatorias y complementarias, son las requeridas para aplicar la normativa y los controles sobre aspectos operativos de las ART, las Entidades Autoaseguradas y las Mutuales de Seguros de Riesgos del Trabajo que componen el sistema y se encargan de sus prestaciones.

Como encuadre institucional de estas entidades de aplicación y regulación –y dependiendo del Poder Ejecutivo Nacional- se encuentran los Ministerios de Producción y Trabajo de la Nación (del cual depende la SRT) y de Hacienda de la Nación (del cual depende la SSN). Asimismo, la LRT establece un Comité Consultivo Permanente (CCP), destinado a propiciar consensos en materia regulatoria y cuestiones específicas determinadas en dicha normativa.

En consonancia con el carácter federal de la República, las funciones de control en jurisdicción provincial están en manos de los gobiernos provinciales.

Así, para la ejecución de las funciones de control de la aplicación de la ley en dichas jurisdicciones, la SRT realiza convenios con las Administraciones de Trabajo Local (ATL) o autoridades de trabajo provinciales, quienes tienen la potestad no delegada de Policía del Trabajo. La instancia coordinadora de estos ámbitos provinciales es el Consejo Federal del Trabajo.

Finalmente, en otras operatorias específicas, se encuentran la ANSeS y la AFIP.

Las autoridades de aplicación y regulación del sistema de riesgos del trabajo son:

- Superintendencia de Riesgos del Trabajo
- Superintendencia de Seguros de la Nación
- Administradoras de Trabajo Local - Consejo Federal del Trabajo

- **Superintendencia de Riesgos del Trabajo**

De acuerdo a lo que establece la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, la entidad encargada de la regulación y supervisión del sistema de riesgos del trabajo es la SRT, como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Producción y Trabajo de la Nación, especificándose en el artículo 35, que la SRT absorbe las funciones y atribuciones que hasta entonces desempeñaba la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo.

La SRT regula y fiscaliza el accionar de las entidades aseguradoras que componen el sistema, controla el cumplimiento de la normativa relativa a la higiene y seguridad en el trabajo por parte de los empleadores, promueve acciones de prevención y difunde todo lo relacionado al sistema, supervisando el otorgamiento de las prestaciones, como también la constante actualización y modificación del marco legal general relativo a la prevención de riesgos del trabajo.

En el capítulo XII de la LRT se consignan los ENTES DE REGULACION Y SUPERVISION a través de los siguientes artículos, donde se establece la creación y funciones del organismo de aplicación del sistema:

"ARTÍCULO 35. - Creación.

Créase la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación. La SRT absorberá las funciones y atribuciones que actualmente desempeña la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo.

ARTÍCULO 36. - Funciones.

- 1. La SRT tendrá las funciones que esta ley le asigna y, en especial, las siguientes:**
 - a. Controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo pudiendo dictar las disposiciones complementarias que resulten de delegaciones de esta ley o de los Decretos reglamentarios;*
 - b. Supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART;*
 - c. Imponer las sanciones previstas en esta ley;*
 - d. Requerir la información necesaria para cumplimiento de sus competencias, pudiendo peticionar órdenes de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública;*
 - e. Dictar su reglamento interno, administrar su patrimonio, gestionar el Fondo de Garantía, determinar su estructura organizativa y su régimen interno de gestión de recursos humanos;*
 - f. Mantener el Registro Nacional de Incapacidades Laborales en el cual se registrarán los datos identificatorios del damnificado y su empresa, época del infortunio, prestaciones abonadas, incapacidades reclamadas y además, deberá elaborar los índices de siniestralidad;*
 - g. Supervisar y fiscalizar a las empresas autoaseguradas y el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad del trabajo en ellas.*

- 2. La Superintendencia de Seguros de la Nación tendrá las funciones que le confieren esta ley, la ley 20.091, y sus reglamentos.**

ARTÍCULO 37. - Financiamiento. Los gastos de los entes de supervisión y control serán financiados por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, los empleadores autoasegurados públicos provinciales y los empleadores autoasegurados, conforme aquellos entes lo determinen. En ningún supuesto dicha contribución podrá superar:

- a. En el caso de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, el uno coma cuatro por ciento (1,4%) del total de los importes percibidos por cuotas de contratos de afiliación.
- b. En el caso de los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados, el cero coma cinco por mil (0,5‰) de su masa salarial promedio de los últimos seis (6) meses. (Texto conforme artículo 13 de la Ley N° 27.348)

ARTÍCULO 38. - Autoridades y régimen del personal.

1. Un superintendente, designado por el Poder Ejecutivo Nacional previo proceso de selección, será la máxima autoridad de la SRT.
2. La remuneración del superintendente y de los funcionarios superiores del organismo será fijada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.
3. Las relaciones del personal con la SRT se regirán por la legislación laboral."

- **Áreas que establecen las funciones de control**

La estructura orgánica de la SRT está determinada por la Resolución N° 04/2019.

De dicha Resolución y de la Disposición de la Gerencia General N° 11/2018 (Plan Integrado de Control) se desprenden las áreas que ejercen funciones de control y los criterios de evaluación de incumplimientos detectados en las acciones correspondientes. Así, las Gerencias que informan al Plan Integrado de Control son: las Gerencias de Control Prestacional, de Prevención, de Administración de Comisiones Médicas y de Comunicación y Relaciones Institucionales.

- **Gerencia de Control Prestacional**
 - Dpto. de Control de Riesgos
 -
- **Subgerencia de Control de Entidades**
 - Dpto. Control de Afiliaciones y Contratos
 - Dpto. Control de Prestaciones Dinerarias

- **Subgerencia de Control de Prestaciones Médicas**
 - Dpto. de Control y Seguimiento de Prestaciones en Especie
- **Gerencia de Prevención**
 - **Subgerencia de Prevención**
 - Dpto. de Control de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART)
 - Dpto. de Programas Preventivos
 - **Subgerencia de Desarrollo en Seguridad y Salud**
- **Gerencia de Administración de Comisiones Médicas**
 - **Subgerencia Administrativa y Técnica**
 - Dpto de Apoyo Administrativo de Comisiones Médicas
- **Gerencia de Comunicación y Relaciones Institucionales**
 - **Subgerencia de ReclamosRelaciones Institucionales**
 - Departamento de Atención al Público y Gestión de Reclamos

A partir de la Resolución SRT N° 712/2017, la estructura orgánica de la SRT incluye una Gerencia dedicada al control del fraude: la Gerencia de Asuntos Contenciosos, Penales y Prevención del Fraude, que manifiesta como responsabilidad primaria “Intervenir en aquellas cuestiones de naturaleza contenciosa y en los asuntos penales en los cuales se vean afectados los intereses del organismo y “Diseñar, administrar, evaluar y monitorear los procesos de control que permitan la detección de casos con irregularidades y/o fraude”.

Dicha Gerencia se sostiene en la Res. SRT N° 04/2019.

Cabe destacar que tal conjunto de acciones no se vincularía estrictamente al accionar de las ART, sino a otro tipo de hechos que puedan afectar al organismo de aplicación y al sistema de riesgos del trabajo.

- **Superintendencia de Seguros de la Nación**

El control de la actividad aseguradora de las entidades de carácter privado que componen el sistema, se halla bajo la órbita de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), tal como especifica la LRT:

“La Superintendencia de Seguros de la Nación tendrá las funciones que le confieren esta ley; la ley 20.091 (Ley de Entidades de Seguros y su Control) y sus reglamentos”.

La SSN tiene asignadas, en la Ley sobre Riesgos del Trabajo, funciones indelegables de fiscalización y control de los aspectos económicos y financieros de las ART.

En forma conjunta con la SRT, la SSN autoriza el funcionamiento de las ART, ART Mutuales y Empleadores Autoasegurados, de acuerdo a lo reglamentado en la Ley de Entidades de Seguros N° 20.091.

La SSN está a cargo de verificar que las entidades mencionadas, cumplan con los requisitos de solvencia económica-financiera para afrontar las prestaciones establecidas en la LRT.

En carácter general, y de acuerdo al punto 7.1 del artículo 7, Sección III, de la Resolución SSN 38.708/2014, "Al considerar la solicitud de autorización, la SSN evaluará la conveniencia de la iniciativa que se vincule con el desarrollo de un proyecto productivo, en el cual se destinen recursos económicos y humanos hacia un fin claro y preciso de inversión de capitales que acompañen la evolución de la economía nacional, con fomento del empleo y reinversión de recursos generados en el ámbito del territorio nacional; las características de dicho proyecto, las condiciones generales y particulares del mercado y los antecedentes y responsabilidades de los solicitantes, como así también su experiencia en la actividad aseguradora, debiendo estar dicha presentación, firmada por quienes reúnan la condición de futuros fundadores."

En lo que respecta a las verificaciones a cargo de la SSN, ese organismo reglamentó, mediante la Resolución SSN N° 38.708/2014, los mecanismos de cálculo y control de las reservas establecidas en el artículo 33 de la misma, como así también aspectos vinculados con el registro de la operatoria (artículo 37), de la operatoria en sí (artículo 39) y de la remisión de información por parte de las entidades (artículo 69).

Por otra parte, de acuerdo al artículo 24 de la Ley N° 24.557, en forma conjunta con la SRT, la SSN establece los indicadores que las ART han de tener en cuenta para diseñar el régimen de alcúotas, además de ser la encargada de aprobar dicho régimen.

Asimismo, el artículo 34 de dicha Ley N° 24.557, establece que "la SSN es la encargada de administrar el Fondo de Reserva, con cuyos recursos se abonarán o contratarán las prestaciones a cargo de las ART, que éstas dejarán de abonar como consecuencia de su liquidación".

11.2. Entidades de control en Jurisdicciones Provinciales. La federalización del sistema de riesgos del trabajo. Administraciones de Trabajo Local (ATL)

Atento a la organización federal de la República Argentina, los estados provinciales ejercen la función de policía del trabajo, y lo hacen por aplicación del Pacto Federal del Trabajo, suscripto el 29 de julio de 1998 y ratificado por la Ley N° 25.212, en 1999, a través de las ATL.

Las ATL tienen la potestad de fiscalización e inspección de las obligaciones de los empleadores relativas a las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Actúan como organismos de control primario, velando por el cumplimiento de la normativa sobre salud y seguridad laboral, verificando la implementación de las mejoras acordadas y aplicando las multas y sanciones que pudieren corresponder. Por su parte, la SRT, brinda el apoyo necesario a las ATL en relación con las acciones de prevención, control y fiscalización de las condiciones y medio ambiente de trabajo el que se materializa a través de la suscripción de convenios operativos con los gobiernos provinciales.

- **Consejo Federal del Trabajo**

El ámbito de consenso de políticas públicas laborales entre el Estado Nacional y las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el Consejo Federal del Trabajo, creado por el Pacto Federal y ratificado por la antedicha Ley N° 25.212.

Son funciones esenciales del Consejo: impulsar las políticas generales en la materia, bajo los principios de coordinación, cooperación, coparticipación y corresponsabilidad entre las ATL, procurando la mayor eficacia de la actividad gubernamental y de los actores sociales en las distintas jurisdicciones y competencias.

Asimismo, le compete recabar información, prestar y recibir asesoramiento y formular propuestas ante los cuerpos legislativos y organismos administrativos, nacionales o provinciales, en materia de su competencia o interés; vincularse con organismos internacionales por intermedio del MTEySS y procurar el fortalecimiento de las administraciones del trabajo, especialmente su equipamiento y capacitación profesional, pudiendo requerir para ello la asistencia de sus propios miembros o de organismos públicos o privados, del país o del exterior.

El Consejo puede, asimismo -y entre otras funciones- participar en el diseño de los programas de promoción del empleo y de capacitación laboral, además de proponer criterios para su financiamiento, procurando su adecuación a las necesidades regionales, evitando tanto exclusiones como superposiciones con programas de otras áreas.

11.3. Régimen sancionatorio

Entre las funciones que la Ley N° 24.557 asigna a la SRT se encuentran las de controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART y EA y la de imponer las sanciones previstas en dicha ley.

Un rápido análisis de la evolución normativa del proceso de comprobación y juzgamiento de incumplimientos, permite evidenciar el progresivo arribo a un espíritu de control preventivo, centrado en la detección temprana de dificultades de gestión para evitar la comisión de incumplimientos de tipo formal, y mejores herramientas de auditoría e inspección destinadas a reducir tiempos de detección y corrección de incumplimientos de mayor gravedad.

No ha sido menor el esfuerzo por procurar una racional y consensuada tipificación de los incumplimientos y de sus categorías.

Antecedentes

- **La Resolución SRT N° 10/1997**

Con el dictado de la Resolución SRT N° 10, de fecha 13 de febrero de 1997, se aprueba finalmente un procedimiento para la comprobación y juzgamiento de incumplimientos a la Ley N° 24.557 por parte de las ART y/o de los EA.

- **La Resolución SRT N° 735/2008**

Transcurrido un decenio desde la creación del sistema de riesgos del trabajo, se contaba ya con una importante experiencia por parte del organismo de aplicación (la SRT) en materia de prevención y corrección de las conductas adoptadas por las ART y los EA, tornándose procedente el dictado de una nueva normativa que la receptase en pos de avanzar en asegurar un ambiente de control más eficiente. En este sentido, se debía proveer a la SRT los medios idóneos para encarar acciones preventivas y correctivas para lograr que las ART y los EA adoptasen las medidas

permanentes requeridas para resolver los problemas existentes y minimicen la eventual repetición de conductas disvaliosas.

Se debía enfatizar la importancia de las acciones preventivas y de un proceso correctivo de carácter progresivo, sin desmedro de las funciones sancionatorias: "...la existencia y la progresividad de los procesos correctivos o de acciones ejecutivas a que se ha aludido no enervan ni condicionan en modo alguno las facultades sancionatorias conferidas a la SRT por la Ley N° 24.557 y demás normas reglamentarias, cuando por las circunstancias del caso se considere oportuno".

En este orden de ideas, en la mencionada Resolución SRT N° 735/2008, se establece también cómo ha de conformarse el Comité de Procesos Correctivos y las funciones que éste tendría, y se dispone que la actuación de la SRT en la fiscalización de la ART y/o el EA, puede llevarse a cabo mediante tres tipos de procesos, a saber:

1. El Proceso Correctivo;
2. La Orden de Cesar y Desistir
3. El Proceso Sumarial.

Estos procesos correctivos se implementan a fin de lograr que las ART adopten las medidas conducentes para resolver los problemas existentes en sus organizaciones y minimicen la repetición de conductas no ajustadas a la normativa, siendo la "Orden de Cesar y Desistir" la manera de evitar que continúe una conducta antirreglamentaria grave de una ART.

La normativa advertía también que, a los efectos de alcanzar los objetivos pretendidos por un Plan de Regularización o una Orden de Cesar y Desistir, en el marco de la Resolución SRT N° 735/2008, podía resultar necesario disponer la suspensión temporaria de la autorización para afiliarse, otorgada a una ART, con la finalidad de agilizar, y facilitar la ejecución de las medidas, que permitiesen el ajuste de su cartera a las necesidades operativas que implica la administración de sus empleadores afiliados y trabajadores cubiertos.

También resultaba de aplicación lo dispuesto en el artículo 26, apartado 2, de la Ley N° 24.557, que establece que la autorización conferida a una ART podrá ser revocada por las causas y procedimientos previstos en la misma, en la Ley N° 20.091 y en sus respectivos reglamentos, o por omisión del otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones del sistema, o cuando se verificasen deficiencias graves en el cumplimiento de su objeto, que no fueren subsanadas en los plazos que establezca la reglamentación.

Se dispone asimismo que cuando una ART y/o un EA infrinja las disposiciones de la LRT, sus reglamentaciones y las medidas dispuestas en su consecuencia por la SRT -excepto en el caso de delito criminal- será pasible de las siguientes sanciones:

- a. Apercibimiento
- b. Multa de 20 a 2.000 MOPRES -Módulo Previsional-.
- c. Suspensión transitoria para afiliar de hasta tres meses de duración.
- d. Revocación de la autorización para operar como aseguradora.

Las sanciones se graduarían razonablemente, teniendo en cuenta la gravedad del incumplimiento y las reincidencias en que el infractor hubiere incurrido.

- **La Resolución SRT N° 613/2016**

Esta nueva Resolución, sin desmedro de mantener la orientación de la normativa precedente, tiende a asegurar el cumplimiento de los principios de proporcionalidad e inmediatez en los procesos sancionatorios.

En su artículo 1 aprobó el "Régimen de Acciones de Control del Cumplimiento de las Obligaciones Emanadas de las Normas del Sistema de Riesgos del Trabajo por parte de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y Empleadores Autoasegurados (EA)", que la acompaña como Anexo I.

En éste, respetando el régimen general de sanciones que establece el Pacto Federal del Trabajo -ratificado por la Ley N° 25.212, de 1999, procede a clasificar, con carácter enunciativo, las infracciones a las normas del sistema de riesgos del trabajo por parte de las ART y/o los EA, aportando de este modo una herramienta para determinar la gravedad de los incumplimientos y un parámetro de orientación para la graduación de las sanciones.

- En su artículo 2, la mencionada Resolución aprueba la "Calificación de las infracciones a las normas del Sistema de Riesgos del Trabajo por parte de ART y/o EA" (Anexo II).
- En el artículo 3 se aprueba por su parte, el "Régimen de Sanciones a las ART/EA por infracciones a las normas del Sistema de Riesgos del Trabajo", que figura como Anexo III y sustituye al punto 1 -Sanciones-, del Anexo I de la Resolución SRT N° 10 /1997.
- Artículo 4 (Anexo IV): Se aprueba el Formulario de "Declaración Jurada Pago Voluntario" y se establece un Régimen de Pago Voluntario, como mecanismo de extinción del procedimiento sancionatorio iniciado, con la implicancia del reconocimiento expreso de la infracción constatada, su regularización, y la renuncia del derecho de interponer acciones administrativas y/o judiciales en relación a la misma.

- El espíritu es buscar la reducción de los costos operativos, pero con la condición ineludible de ajustar a derecho la conducta irregular constatada, procurando una finalidad preventiva y correctiva.
- Artículo 5: Se sustituye el primer párrafo del punto 3 del Anexo I de la Resolución SRT N° 735/2008, por el siguiente: "La SRT deberá efectuar, en toda actuación, un proceso correctivo en forma previa a la instrucción de un sumario. Excepcionalmente la instrucción del sumario podrá tener lugar sin un proceso correctivo previo, cuando el Gerente de la respectiva área de control, fundándose en los antecedentes de la ART o EA, en la trascendencia del tema o en la afectación del bien jurídicamente protegido, considere ineficiente su implementación".
- Artículo 6: Se sustituye el punto 2.4. del Anexo I de la Resolución SRT N° 10/1997, por el siguiente: "Las distintas áreas de control de la SRT remitirán a la Gerencia de Asuntos Jurídicos y Normativos, los Dictámenes Acusatorios Circunstanciados (DAC) que confeccionen en virtud de las infracciones detectadas".
- Artículo 7: Se sustituye el punto 2.5, inciso "c" del Anexo I de la Resolución SRT N° 10/1997, por el siguiente:

"c) La apertura del sumario. El sumario tramitará ante la Gerencia de Asuntos Jurídicos y Normativos, la que podrá requerir la intervención de otras dependencias del organismo con incumbencias en el caso concreto.

Las actuaciones sumariales deberán circunscribirse al Dictamen Acusatorio Circunstanciado (DAC) que le diera origen y no podrán acumularse. En ningún caso dichas actuaciones comprenderán más de un DAC"

- Artículo 8: en el mismo se faculta a la Gerencia de Asuntos Jurídicos y Normativos a emitir las disposiciones aclaratorias que resulten pertinentes como consecuencia de la Resolución de marras.
- Finalmente, en el artículo 9 se derogan los puntos 2.2 y 2.3 del Anexo I de la Res. SRT N° 10/1997 y el punto 1.4 del Anexo I de la Res. SRT N° 735/2008.

Para garantizar el derecho de los administrados se estableció también una cláusula transitoria por la cual, en aquellos procedimientos de comprobación y juzgamiento de infracciones que se encontraran en trámite, y que se hubiere presentado descargo al momento de entrada en vigencia de la Resolución N° 613/2016, la SRT notificaría la estimación de la multa, posibilitando a la ART y/o el EA el ejercicio de la opción establecida en el punto 6 del Anexo III hasta el quinto día hábil de notificada.

Esta resolución fue derogada por la Resolución SRT N° 48/2019.

- **Normativa vigente. La Resolución SRT N° 48/2019**

La experiencia recogida durante la vigencia de la Resolución SRT N° 613/16 determinó la necesidad de introducir innovaciones en orden de mejorar el funcionamiento del sistema y receptar los pronunciamientos de la CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO COMERCIAL. En ellos, se ha evidenciado un alto porcentaje de confirmación de las sanciones de multa impuestas, no obstante, con una reducción de su monto.

En ese sentido, contemplando los principios de proporcionalidad y razonabilidad de las sanciones, se consideró necesario instrumentar medidas que plasmen la opinión del Poder Judicial y contribuyan a la reducción del gasto público derivado del dispendio de la actividad jurisdiccional.

Por consiguiente, se innovó en la calificación y graduación de conductas que implican el incumplimiento de los deberes, así como la ponderación de las sanciones, estructurando escalas sancionatorias que corresponden a las diversas categorías de infracciones, teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de la sanción es correctivo.

Se valoran, las circunstancias agravantes relacionadas con la cantidad de trabajadores o empleadores directa o indirectamente afectados por la conducta sancionada y el número de incumplimientos que determinaron incoar la acción sumarial, como así también, aspectos que ameriten una atenuación de la sanción de multa a imponerse.

Por otro lado, con el objeto de asegurar el debido proceso adjetivo y el cumplimiento de los principios de celeridad, economía y eficacia del procedimiento administrativo, se ha introducido la posibilidad de que la A.R.T./E.A. se allane a los incumplimientos detectados morigerando el valor total de la sanción; siempre y cuando ellos no se vinculen con casos crónicos o de gran invalidez, ni con sanciones calificadas como muy graves, ni infracciones en materia de prevención que impliquen una grave afectación a la salud de los trabajadores.

Las sucesivas modificaciones normativas que se han consignado, dejan claro el espíritu de optimización del proceso de comprobación y juzgamiento de incumplimientos que se lleva a cabo, procurando más y mejores acciones e instrumentos de control.

11.4. El financiamiento de los entes de supervisión

- **Cotizaciones a cargo de las ARTy de los empleadores autoasegurados.**

En este apartado se analizan las fuentes de financiamiento de los entes de regulación del sistema de riesgos del trabajo, haciendo hincapié en los ingresos del organismo regulador, la SRT.

El artículo 36 de la LRT establece las funciones que debe cumplir la SRT.

Entre ellas, se definen las actividades de inspección y prevención de las normas de seguridad e higiene, supervisión y fiscalización del funcionamiento de las aseguradoras, imposición de sanciones previstas en la ley, requerimiento de la información necesaria para el cumplimiento de la ley, mantenimiento del Registro Nacional de Incapacidades Laborales, supervisión y fiscalización de empleadores autoasegurados, entre otras.

Para el cumplimiento de esas funciones la ley establece como principal fuente de financiamiento la Tasa Uniforme.

La misma fue normada originalmente por la Ley N° 24.557, art. 37, donde se establecía que "...los gastos de funcionamiento de los entes de supervisión se atenderán con la tasa prevista en la Ley N° 20.091 (art. 81), aplicada sobre las cuotas mensuales que el empleador paga a las ART".

El mencionado artículo 81 disponía que la SSN subvenga los gastos de su funcionamiento con "...una tasa uniforme que será fijada por el Poder Ejecutivo y que no excederá del seis por mil del importe de las primas que paguen los asegurados. Será recaudada por los aseguradores como agentes de retención, liquidándose trimestralmente sobre los seguros directos, deducidas las anulaciones".

Al año siguiente a la sanción de la Ley N° 24.557, se promulgó la Ley N° 24.938, que en su art. 74 indicaba que los entes de supervisión y control se financiarían con los aportes de las aseguradoras y empleadores autoasegurados, conforme la proporción que ellos establecieran.

Así, mediante la Resolución Conjunta SRT N° 39/1998 y SSN N° 25.806/1998, se instrumentaba el régimen de financiamiento, estableciendo el aporte a realizar por las compañías aseguradoras. A partir del julio de 1998, el aporte sería del 3% en concepto de Tasa Uniforme.

Asimismo, los aportes que corresponden a los empleadores autoasegurados surgen de lo establecido en el Decreto N° 585/1996 -art. 9- y la Resolución SRT 39/1997, donde se determina que la contribución ascendía al 2% anual, aplicada a las remuneraciones sujetas a cotización.

De éste, el 40% financiaría el Fondo de Garantía y el 60% restante estaría destinado al financiamiento del organismo regulador, la SRT.

Por su parte, y de acuerdo a lo fijado en el Decreto N° 962/1997 art. 1, la recaudación mediante Tasa Uniforme es asignada en un 95% a la financiación de la SRT y 5% a la financiación de la SSN.

Ese mismo Decreto establece, en su art.2, que el pago de la tasa será mensual.

- **Inconstitucionalidades**

Sin embargo, varias ART plantearon la inconstitucionalidad del art. 74 de la Ley N° 24.938 y la nulidad de la Resolución Conjunta N° 39/1998, alegando que violentaban lo dispuesto en el art. 76 de la Constitución Nacional.

Estos planteos fueron acogidos favorablemente por la jurisprudencia y llegado el tema a decisión de la CSJN, el Superior Tribunal en los autos "Consolidar SA - ART c/ Superintendencia Riesgos Trabajo - Res. 39/98 y 25.806 y 25.806/98 s/ proceso de conocimiento", sostuvo que "el aporte de que trata el art. 74 de la ley 24.938 es una tasa, consistente en una obligación de dar una suma de dinero para satisfacer la prestación de un servicio coactivamente impuesto por el Estado".

Asimismo, arguyó que el art. 76 de la Constitución Nacional prohibió la delegación legislativa en el Poder Ejecutivo salvo en ciertas circunstancias y para determinadas materias.

Por ende, concluyó que -atento a que la delegación se hizo sin respetar el mentado principio ya que la ley no fijó bases o pautas para establecer la alícuota del tributo creado y, además, porque se otorgó tal facultad a organismos de Superintendencia y no del titular del Poder Ejecutivo, tal como está previsto en la Constitución-, el artículo 74 de la Ley N° 24.938 resulta violatorio de la Constitución Nacional.

En sintonía con este fallo, luego la CSJN ratificó este criterio en varios decisorios posteriores, siempre argumentando que la Constitución Nacional prescribe tanto

en el art. 4 como en los 17 y 52, que sólo el Congreso impone las contribuciones referidas en el primero de ellos.

En base a ello, la Corte dictaminó que “los principios y preceptos constitucionales prohíben a otro Poder que el Legislativo el establecimiento de impuestos, contribuciones y tasas (Fallos: 155:290; 248:482; 303:245; 312:912, entre otros) y, concordantemente con ello, ha afirmado reiteradamente que ninguna carga tributaria puede ser exigible sin la preexistencia de una disposición legal encuadrada dentro de los preceptos y recaudos constitucionales, esto es, válidamente creada por el único poder del Estado investido de tales atribuciones” (arg. Fallos: 316:2329; 318:1154; 319:3400; 321:366; 323:3770, entre muchos otros)”.

“Ni un decreto del Poder Ejecutivo ni una decisión del Jefe de Gabinete de Ministros pueden crear válidamente una carga tributaria ni definir o modificar, sin sustento legal, los elementos esenciales de un tributo (...)”, y establece que el tributo “al tratarse de una facultad exclusiva y excluyente del Congreso, resulta inválida la delegación legislativa efectuada (...) en tanto autoriza a la Jefatura de Gabinete de Ministros a fijar valores o escalas para determinar el importe de las tasas sin fijar al respecto límite o pauta alguna un una clara política legislativa para el ejercicio de tal atribución” (Fallos: 326:4251)”.

- **Situación actual**

Con el objeto de subsanar la tacha de inconstitucionalidad indicada, la Ley Nº 27.348, en su artículo 13, define nuevamente la forma de financiamiento de los entes de supervisión cumpliendo con los recaudos que la Constitución Nacional establece para estos supuestos, a saber:

“Los gastos de los entes de supervisión y control serán financiados por las ART, los empleadores autoasegurados públicos provinciales y los empleadores autoasegurados, conforme aquellos entes lo determinen.

En ningún supuesto dicha contribución podrá superar:

- a. En el caso de las ART, el uno coma cuatro por ciento (1,4%) del total de los importes percibidos por cuotas de contratos de afiliación.
- b. En el caso de los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados, el cero coma cinco por mil (0,5‰) de su masa salarial promedio de los últimos seis (6) meses”.

En este contexto, el Decreto N° 72 de fecha 23 de enero de 2019, fijó la referida contribución en UNO COMA CUATRO POR CIENTO (1,4%) para las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y en CERO COMA CINCO POR MIL (0,5%) para los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados.

La Resolución Conjunta de la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO 2 de fecha 25 de marzo de 2019 previó un cronograma progresivo que concluya con la aplicación plena de los porcentajes fijados en el Decreto N° 72/2019, del modo siguiente: el aporte a realizar por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, desde la entrada en vigencia del Decreto N° 72 del año 2019 hasta el 30 de junio de 2019 será del CERO COMA SEIS POR CIENTO (0.6%); desde 1 de julio de 2019 hasta el 30 de junio de 2020, será de CERO COMA SESENTA Y SEIS (0.66 %); desde 1 de julio de 2020 hasta el 30 de junio de 2021, será de CERO COMA OCHO POR CIENTO (0.8 %); desde 1 de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022, será de UNO POR CIENTO (1.00 %); desde 1 de julio de 2022 en adelante, será de UNO COMA CUATRO POR CIENTO (1.4 %), todo ello calculado sobre el total de los importes percibidos por cuotas del contrato de afiliación. Respecto a los aportes que corresponden a los empleadores autoasegurados, será del CERO COMA CERO CINCO POR CIENTO (0.05 %) desde la entrada en vigencia del Decreto N° 72/2019.

CAPÍTULO 12

De la protección de los créditos

El sistema de riesgos del trabajo prevé dos instrumentos financieros creados para enfrentar situaciones especiales o excepcionales de insolvencia financiera, en las que puedan verse comprometidas las prestaciones previstas en la LRT.

El Fondo de Garantía, creado por el artículo 33 de la LRT, se encuentra diseñado para cubrir las prestaciones a cargo de aquellos empleadores que enfrenten insuficiencia patrimonial declarada judicialmente.

El Fondo de Reserva, creado por el artículo 34 de la LRT, está orientado a atender prestaciones en aquellos casos donde se produzca la liquidación de una aseguradora.

Rodríguez Mancini y Foglia (2008) sostienen que este tipo de fondos, en el marco del seguro social, persiguen dos objetivos principales. En primer lugar ***“... garantizar la cobertura efectiva de las contingencias del caso como forma de tutela a los eventuales beneficiarios, frente a la insolvencia de aquellos obligados a enfrentar el pago de contingencias en situaciones de normalidad”***.

En segundo lugar ***“...permitir la cobertura de contingencias cuando el desconocimiento, la magnitud o la intensidad de un fenómeno hacen peligrar el funcionamiento del sistema mismo”***.

El presente capítulo describe las características principales de ambos fondos prestando especial atención a las condiciones de su creación -objeto y origen de los recursos- mecanismos de funcionamiento y administración.

12.1. Fondo de Garantía de la LRT. Creación y recursos. Cuota omitida. Multas. Administración. Excedentes

- **Creación y recursos**

El artículo 33 de la LRT determina, en su apartado 1, la creación del Fondo de Garantía. El objetivo de este Fondo es abonar con sus recursos las prestaciones en caso de insuficiencia patrimonial del empleador, judicialmente declarada.

Los recursos del Fondo de Garantía se encuentran previstos en los artículos 5 y 33, apartado 3, de la LRT:

- Las cuotas de aquellos empleadores que omitieran declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador (artículo 5).
- El importe de las multas por incumplimiento de las normas sobre daños del trabajo y de las normas de higiene y seguridad.
- Una contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados, a fijar por el Poder Ejecutivo Nacional, no inferior al aporte equivalente al previsto en el artículo 34, inciso 2 de la LRT.
- Las cantidades recuperadas por la SRT de los empleadores en situación de insuficiencia patrimonial.
- Las rentas producidas por los recursos del Fondo de Garantía de la LRT, y las sumas que le transfiera la SRT.
- Donaciones y legados.

Cuando el organismo recaudador advierta la omisión, por parte de los empleadores obligados, del pago de cuotas, aportes o contribuciones con destino al Fondo de Garantía que impone la LRT, deberá proceder conforme a las disposiciones de la Ley N° 23.771 (artículo 20, Decreto Reglamentario N° 334/1996).

Todos los recursos que integran el Fondo de Garantía son inembargables a beneficiarios y terceros y no forman parte del presupuesto general de la administración nacional (artículo 48, apartado 1 y 2, LRT).

- **Cuotas Omitidas**

Las cuotas omitidas constituyen un recurso del Fondo de Garantía (artículo N° 28, inciso 3, de la LRT) y son aquellas que debería haber pagado el empleador a una aseguradora desde que estuviera obligado a afiliarse o a declarar la exigibilidad del pago o la contratación de un trabajador (Decreto N° 334/1996).

El monto de la cuota omitida es equivalente al 150% del valor que surja de aplicar la alícuota promedio de mercado para su categoría de riesgo (Decreto N° 334/1996 – sustituido por el artículo 1 del Decreto N° 1.223/2003) y para el supuesto de falta de declaración de exigibilidad de pago o de contratación de un trabajador es proporcional a la obligación de pago o a la remuneración del trabajador.

La omisión del pago de las cuotas hace pasible al empleador de las sanciones previstas en el artículo 32, apartado 3, de la LRT, cuando no fueran pagadas dentro de los 15 días de efectuada la intimación por parte de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, o la aseguradora en su caso, sin perjuicio de las sanciones que pudieren corresponder por aplicación de la Ley N° 23.771.

La Resolución N° 141/2002, de la SRT determina: 1) los procedimientos para la detección de empleadores privados deudores de cuotas omitidas al Fondo; 2) la metodología de cálculo; 3) los cursos de acción a emprender tendientes a obtener el ingreso de dichas cuotas omitidas al Fondo de Garantía (expedir las intimaciones de pago y los certificados de deudas con el Fondo y ordenar los trámites de cobro para los deudores que registren deudas por cuotas omitidas).

Con el propósito de identificar si un empleador es deudor por cuotas omitidas, se compara la información suministrada por AFIP con el registro de contratos de la SRT.

En caso de verificar cuotas omitidas, se lo intima a regularizar su situación en un plazo de 90 días a partir de la intimación de pago. Si no lo hiciera el departamento de control de afiliaciones y contratos emite certificado de deuda.

Los empleadores que adeuden cuotas omitidas tienen la posibilidad de adherir a un plan de pagos cuyas condiciones y modalidades se encuentran establecidas en la Resolución N° 1.215/2006, modificada por la Resolución N° 2.775/2014.

- **Multas**

Con relación al recargo por incumplimientos previsto en el artículo 5 de la LRT, la norma prevé que si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se hubiere producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, éste deberá pagar al Fondo de Garantía, una suma de dinero cuya cuantía se gradúa en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo es de \$30.000.

La imposición y graduación es responsabilidad de la SRT, que a tales efectos debe seguir el procedimiento previsto en la Resolución SRT N° 25/1997.

En cuanto al criterio que debe seguir la SRT para la graduación, si bien el artículo 5 de la LRT N° 24.557 no hace referencia a la gravedad del daño a la persona del trabajador, es necesario tener presente que de acuerdo a lo previsto en el inciso "g" del artículo 4 de la Ley N° 25.212, se consideran infracciones muy graves a las acciones u omisiones del artículo 3, inciso "h" de esa misma ley, que deriven en riesgo grave e inminente para la salud de los trabajadores.

A la vez, el artículo 9 de la misma Ley N° 25.212 establece que la autoridad administrativa del trabajo al graduar la sanción tendrá en cuenta el perjuicio causado.

El artículo 5 de la LRT establece que las sumas recaudadas se incorporarán al Fondo de Garantía creado por el artículo 33.

Según el art. 21 del Decreto N° 334/1996 (reglamentario del artículo 33, apartado 3):

"Las multas provenientes de incumplimientos de las normas sobre daños del trabajo son las que resultan del incumplimiento de las obligaciones impuestas por la LRT, incluidas las previstas en el artículo 32 apartado 1 de la misma ley y las de la Ley N° 18.694 en cuanto resulte de aplicación.

Las multas por incumplimiento de las normas de seguridad e higiene serán las que resulten de aplicación conforme la Ley N° 18.694 y normas especiales".

- **Contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados**

El monto de la contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados al Fondo de Garantía es fijado por el Poder Ejecutivo Nacional, y no puede ser inferior al aporte equivalente al previsto en el artículo 34, inciso 2, de la Ley N° 24.557.

El Decreto N° 585/1996, reglamentario de la Ley N° 24.557, establece en su artículo 9 el nivel de contribución de los empleadores privados autoasegurados, el cual es asignado, por una parte, al Fondo de Garantía , y por otra parte, al financiamiento de la SRT, como órgano de contralor:

Art 9 - "La contribución de los empleadores privados autoasegurados con destino al Fondo de Garantía de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y al financiamiento de la Superintendencia De Riesgos Del Trabajo será anual y equivaldrá al dos por ciento (2%) de los porcentajes a que hace referencia el artículo 3º del presente, multiplicando por DOCE (12) y aplicado a las remuneraciones mensuales sujetas a cotización. Estas se calcularán como el promedio mensual de las remuneraciones sujetas a cotización de los últimos SEIS (6) meses anteriores al pago de dicha

contribución. La integración de la primera contribución se efectivizará al momento de la presentación de la solicitud y acreditación de requisitos para acceder al régimen de autoseguro”.

Si dentro de UN (1) año la dotación técnica de este fondo resultara insuficiente, el Gobierno podrá elevar la contribución estipulada en el párrafo anterior.

Luego el cálculo del aporte es:

$$\text{Contribución EA} = 2\% (\%) \times 12 \times 16 \text{ REM scott-i6}$$

Donde,

EA = Empleadores Autoasegurados

% = porcentajes a que hace referencia el artículo 3 del Decreto N° 585/1996:

Agricultura, caza, silvicultura y pesca	3,9%
Explotación de minas y canteras	11,6%
Industrias manufactureras	3,9%
Electricidad, gas y agua	2,2%
Construcción	9,1%
Comercio al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles	1,2%
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	3,1%
Servicios financieros, inmobiliarios y profesionales	0,7%
Servicios comunitarios, sociales y personales	1,8%

Nota. El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social podrá modificar los valores, previo dictamen de la SSN y la SRT, antes de la intervención del CCP.

REM6 = promedio de remuneraciones sujetas a cotización de los últimos 6 meses.

De esta suma y de acuerdo con lo establecido por la Resolución SRT N° 39/1997, el 40% se destina al Fondo de Garantía y el 60% al financiamiento de riesgos del trabajo.

- **Administración del Fondo de Garantía**

De acuerdo al artículo 10 del Decreto Reglamentario N° 491/1997, la administración del Fondo de Garantía y sus excedentes es ejercida por la SRT, para

lo cual puede invertir los mismos en depósitos a plazo en bancos habilitados y en títulos públicos nacionales.

El Fondo de Garantía se determina por períodos anuales que comienzan el día 1 de julio de cada año y finalizan el día 30 de junio del año siguiente.

A los efectos de la determinación del Fondo de Garantía, la SRT puede fijarlo:

- en base a experiencias previas de ejecución del mismo y/o mediante la contratación de estudios a entidades especializadas de reconocida trayectoria
- mediante el resultado de un proceso de licitación entre las aseguradoras habilitadas, en el cual la adjudicada se obligue a brindar las prestaciones durante el período determinado.

La SRT podrá otorgar las prestaciones por sí misma o licitar su ejecución entre las aseguradoras.

Dentro de los 30 días de finalizado cada ejercicio, la SRT debe publicar un estado de resultados de la aplicación del fondo.

- **Excedentes del Fondo de Garantía**

Los excedentes del fondo, así como también las donaciones y legados al mismo, tendrán como destino único apoyar las investigaciones, actividades de capacitación, publicaciones y campañas publicitarias que tengan como fin disminuir los impactos desfavorables en la salud de los trabajadores.

Específicamente, el artículo 11 del Decreto N° 491, fechado el 29 de mayo de 1997, faculta a la SRT -en el marco del logro de sus objetivos- a financiar a través de los excedentes del Fondo de Garantía las siguientes acciones:

- Desarrollo de campañas publicitarias en medios masivos de comunicación, pudiendo solventar publicaciones y otros modos de comunicación sobre los beneficios de la prevención de accidentes de trabajo.
- Desarrollo de actividades de capacitación, general y particular, sobre la temática de los riesgos y prevención de los accidentes de trabajo.
- Financiación de actividades y proyectos de investigación sobre riesgos derivados del trabajo y su prevención.
- Desarrollo de sistemas de información sobre las contingencias producidas.

- Fortalecimiento institucional de los organismos de control y supervisión del sistema.

El excedente del fondo se establece el 30 de junio de cada año, y es producto de la diferencia entre el Fondo de Garantía determinado para ese año y el total de los fondos acumulados a esa fecha. Los recursos excedentes no utilizados podrán utilizarse en ejercicios posteriores.

La ejecución de las actividades financiadas por los excedentes del Fondo de Garantía puede efectuarse en forma directa o mediante convenios que la SRT realice con instituciones especializadas, nacionales o internacionales, públicas o privadas, especializadas en la materia y con reconocida trayectoria.

Los excedentes no utilizados en el curso de un ejercicio podrán ser ejecutados en ejercicios posteriores.

- **Gestiones de los beneficiarios o de la ART**

Para que opere la garantía, los beneficiarios o las aseguradoras, en su caso, deberán realizar las gestiones indispensables para ejecutar la sentencia y solicitar la declaración de insuficiencia patrimonial en los plazos que fije la reglamentación (artículo 33, apartado 2, de la LRT).

La declaración de insolvencia patrimonial del empleador debe ser probada a través del procedimiento sumarísimo que corresponda en cada jurisdicción donde la misma deba acreditarse.

Cuando el empleador o su patrimonio se encuentren sometidos a un proceso universal, el trabajador o sus derechohabientes podrán requerir a un juez de esa causa la declaración de insuficiencia patrimonial.

La prestaciones que correspondan deben ser financiadas por la SRT con cargo al Fondo de Garantía, pudiendo otorgar las prestaciones por sí misma o licitar su ejecución entre las ART.

12.2. Fondo de Reserva

- **Creación y recursos**

El artículo 34 de la LRT determina la creación del Fondo de Reserva, a través de

cuyos recursos se abonan o contratan las prestaciones a cargo de las aseguradoras, que éstas dejaran de abonar como consecuencia de su liquidación.

De acuerdo al artículo 22 del Decreto N° 334/1996 (reglamentario del artículo 34 de la LRT), el Fondo de Reserva no responderá por las prestaciones derivadas de los servicios que las aseguradoras se encuentran habilitadas a contratar, conforme al artículo 26, apartado 4, de la LRT.

Tampoco alcanza a las prestaciones adicionales que obligan a las aseguradoras el otorgamiento de prestaciones dinerarias previstas en la legislación laboral. para accidentes y enfermedades inculpables y para exigencia financiera derivada de juicios por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El Fondo de Reserva se financia con aportes a cargo de las aseguradoras, fijados anualmente por el Poder Ejecutivo Nacional (artículo 34, apartado 2, de la LRT), y es administrado por la SSN.

De acuerdo al artículo 23 del Decreto N°334/1996 (reglamentario del artículo 34 de la LRT), el aporte al Fondo de Reserva a cargo de las aseguradoras es equivalente al ocho por mil de los ingresos percibidos en concepto de cuota mensual a cargo del empleador, regulada en el artículo 23 de la LRT.

Cuando los ingresos percibidos por las aseguradoras en concepto de cuota sean percibidos a través del SUSS, la AFIP retendrá el mencionado aporte de dichos ingresos.

En los demás casos, la obligación de pago se regirá por los mismos mecanismos establecidos para la tasa prevista en el artículo 81 de la Ley N° 20.091.

La mora por parte de la aseguradora por un período mayor a 3 meses importará la suspensión, de pleno derecho, para realizar nuevas contrataciones en estos seguros y hasta tanto no sea regularizada la situación de acuerdo a los mecanismos que a tal fin establezca la SSN.

Los recursos son inembargables frente a beneficiarios y terceros (artículo 48 de la LRT).

Los bienes destinados a respaldar las reservas de las aseguradoras no pueden ser afectados a obligaciones distintas a las derivadas de la LRT, ni aún en caso de liquidación de la entidad. En este último caso, los bienes deberán ser transferidos al Fondo de Reserva (artículo 26, apartado 6, de la LRT).

- **Administración de los recursos del fondo**

El artículo 24 del Decreto N° 334/1996, reglamentario del artículo 34 de la LRT, determina que la SSN puede invertir los fondos en:

- i. Depósitos a plazo en cualquiera de los bancos habilitados.
- ii. Títulos públicos nacionales.
- iii. Emisión de préstamos destinados a financiar el déficit transitorio del Fondo de Garantía previsto en el artículo 33 de la LRT, previa autorización del ministro de Economía y Obras y Servicios Públicos.

- **Antecedentes de aplicación del Fondo de Reserva**

Desde la creación del sistema de riesgos del trabajo, el Fondo de Reserva ha sido empleado en tres casos:

- 1. Luz Aseguradora de Riesgos de Trabajo SA**

A través de la Resolución N° 31.955, del 18 de septiembre de 2006, la SSN resolvió su inhabilitación general de bienes y revocó su autorización para operar en seguros, quedando inhabilitada para emitir, afiliar, aprobar la baja de contratos vencidos y renovar contratos celebrados en el marco de la LRT.

De acuerdo al Expediente N° 48.048, del 25 de septiembre de 2010, la SSN decide disolver anticipadamente la entidad y proceder a la liquidación voluntaria de la misma, por la que se prohíbe la autorización para operar en seguros.

- 2. Responsabilidad Patronal ART SA**

Mediante la Resolución N° 31.732, del 29 de marzo de 2007, la SSN resuelve su disolución y liquidación forzosa debido al déficit en su capital mínimo.

En dicha resolución, la SSN determina la prohibición a la aseguradora de celebrar nuevos contratos de seguro en todas las ramas en las que operaba y a realizar actos de disposición respecto de sus inversiones, a cuyos efectos dispuso inhabilitación general de sus bienes y prohibición para realizar actos de administración respecto de sus inmuebles.

- 3. Aseguradora de Riesgos de Trabajo Interacción SA**

A partir de una verificación in situ a la ART Interacción SA, la SSN detectó en los estados contables, al 31 de diciembre de 2015, la inexistencia de saldos bancarios

declarados por 203,5 millones de pesos y el ocultamiento en la valuación de aproximadamente 5.000 juicios, lo cual motivó la presentación de una denuncia penal. El resultado determinó déficit de capital mínimo.

Ante el estado de insuficiencia económico- financiera de la aseguradora, la SSN le solicitó la presentación de un plan de regularización de la situación patrimonial. El 29 de junio de 2016, la aseguradora presentó un plan de regularización patrimonial que fue analizado y rechazado por la SSN.

Posteriormente, mediante la Resolución N° 39.993/2016, la SSN dispuso revocar su autorización para operar y su liquidación forzosa, por no cumplir con las condiciones mínimas de viabilidad, atento que la misma carecía de respaldo de capital exigido por las normativas vigentes.

De acuerdo con los procedimientos normativos, la SSN dio intervención a la SRT y definió que las prestaciones previstas por la LRT serían atendidas por Prevención ART, con cargo al Fondo de Reserva de la Ley sobre Riesgos de Trabajo.

CAPÍTULO 13

Del Comité Consultivo Permanente (CCP)

13.1. Concepto. Naturaleza. Funciones

El CCP de la Ley sobre Riesgos del Trabajo es un órgano tripartito de participación regulado en el artículo 40 de la LRT.

Su creación fue inspirada en el tripartismo que promueve la OIT, con el objetivo de promover el diálogo entre los distintos actores del sistema, favoreciendo el consenso en la toma de decisiones.

Está conformado por cuatro representantes del Poder Ejecutivo Nacional, cuatro representantes de los trabajadores por la Confederación General del Trabajo de la República Argentina y cuatro representantes de las organizaciones de empleadores, dos de los cuales serán designados por el sector de la pequeña y mediana empresa.

Se designarán, además, a cuatro representantes alternos por cada sector. La sede elegida para las sesiones del CCP, es el MTEySS, aunque se puede fijar cualquier otro lugar para el funcionamiento de las comisiones técnicas.

Con la sanción de la Ley N° 27.348, y en virtud de lo dispuesto en su artículo 8, se incorporan al CCP dos representantes de las jurisdicciones que hayan optado por el Régimen de Autoseguro Público Provincial, los cuales se integrarán en representación del sector gubernamental.

El Poder Ejecutivo nacional designará además un secretario técnico, quien estará a cargo de las actas, realizará las notificaciones y dará ingreso a las presentaciones de las partes, entre otras tareas.

Los representantes de trabajadores y empleadores son convocados y se les solicita las nominaciones de quiénes integrarán el órgano.

Pueden ser invitados a participar de los debates entidades o instituciones que, a juicio del MTEySS, resulten convenientes en orden al objetivo de la convocatoria.

El CCP se halla presidido por el ministro de Trabajo de la Nación, quien es a su vez el responsable de decidir la convocatoria del órgano y fijar el temario del día.

Asimismo resulta importante destacar que, en caso de no alcanzar unanimidad, la materia en consulta será sometida al arbitraje del presidente del CCP, quien laudará entre las propuestas elevadas por los sectores representados.

En lo atinente a su actuación, la LRT establece que el comité podrá proponer modificaciones a la normativa sobre riesgos del trabajo y al régimen de higiene y seguridad en el trabajo.

Tiene funciones consultivas en las siguientes materias:

- a. Reglamentación de la LRT;
- b. Listado de enfermedades profesionales previo dictamen de la Comisión Médica Central; (cfr. texto conforme art. 12 del Decreto N° 1278/2000). En este aspecto, la norma establece que el listado de enfermedades profesionales deberá confeccionarse teniendo en cuenta la causa directa de la enfermedad con las tareas cumplidas por el trabajador, como así también por las condiciones medioambientales de trabajo.
- c. Tablas de evaluación de incapacidad laborales;
- d. Determinación del alcance de las prestaciones en especie;
- e. Acciones de prevención de los riesgos del trabajo;
- f. Indicadores determinantes de la solvencia económica financiera de las empresas que pretendan autoasegurarse;
- g. Definición del cronograma de etapas de las prestaciones dinerarias;
- i. Determinación de las pautas y contenidos del plan de mejoramiento.

Por otra parte, la LRT estableció que, en las materias indicadas, la autoridad de aplicación deberá consultar al comité con carácter previo a la adopción de las medidas correspondientes.

Sin embargo, únicamente tienen carácter vinculante los dictámenes del comité relacionados a los temas previstos en los incisos "b", "c", "d" y "f", del artículo 40 de la LRT.

13.2. Antecedentes

Las primeras convocatorias del CCP datan del año 1995, cuando sesionó con el objeto de redactar el proyecto de decreto que contemple el listado de enfermedades profesionales, como así también otras reglamentaciones de la LRT.

En síntesis, las principales convocatorias y temas tratados han sido las siguientes:

- Primera Convocatoria: en octubre de 1995, a fin de tratar el listado de enfermedades profesionales.
- Enero de 1996: se tratan el plan de mejoramiento y el régimen de alcúotas, el baremo y el listado de enfermedades profesionales.
- Febrero de 1996: se elabora una propuesta de decreto reglamentario de la LRT.
- Marzo de 1998: se aprueba el listado de enfermedades profesionales, la base del salario de cálculos de los topes indemnizatorios y el cobro de la renta periódica por fallecimiento y elevar los topes de las prestaciones dinerarias. Se aprueba el proyecto de Decreto de Necesidad y Urgencia modificatorio de la LRT.
- Octubre de 1998: se trata el proyecto de decreto sobre el Régimen de Autoseguro para el sector público.
- En diciembre de 1999 se aborda el análisis de un proyecto de acta constitutiva de la Comisión Técnica Permanente para la Difusión de la Prevención.
- Septiembre de 2002: se analiza el anteproyecto de decreto sobre el plan de inclusión de empleadores con deuda en concepto de cuota omitida al Fondo de Garantía.
- Marzo de 2003: se consideran proyectos impulsados con el objeto de actualizar el listado de enfermedades profesionales, flexibilización del autoseguro para el sector público y otras normas de perfeccionamiento del sistema.
- Abril de 2003: se aprueba el proyecto de decreto por el que se incorporan enfermedades profesionales al listado.
- Abril de 2004: se aprueba el proyecto de Resolución Conjunta relativo al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y se analiza el Fondo de Enfermedades Profesionales.
- Agosto de 2009: es convocado nuevamente el CCP con el objeto de tratar la adecuación y reformulación del régimen de riesgos del trabajo en atención a las objeciones recibidas en los Tribunales. Se propone un proyecto de decreto reglamentario de la LRT.

- Octubre de 2012: por Resolución MTEySS se convoca al CCP para analizar las nuevas Tablas de Evaluación de Incapacidades Laborales (baremos) y la ampliación del listado de enfermedades profesionales.
- Noviembre de 2012: se acuerda la incorporación de enfermedades profesionales al listado regulado por el Decreto N° 658/1996. Asimismo, se propone la modificación del baremo del Decreto N° 659/1996.
- Febrero de 2013: se convoca a fin de tratar un proyecto de reglamentación de la Ley N° 26.773.
- Agosto y septiembre de 2013: se consideró un proyecto de reforma del Decreto N° 717/1996.

Como se aprecia en una simple lectura de los antecedentes reseñados, el Comité Consultivo sólo fue convocado, lamentablemente, de manera esporádica, lo que conspira contra su finalidad esencial, a saber, acompañar la natural dinámica del sistema de riesgos del trabajo, promoviendo -cuando lo estime necesario- cambios en la normativa tendientes su optimización.

En la esencia misma del comité se halla su condición de continuidad temporal, y por ello la denominación es "Comité Consultivo Permanente".

Ha sido, precisamente, la falta de continuidad en su anterior accionar lo que ha privado al sistema de una herramienta muy valiosa en la formulación oportuna de propuestas alternativas, que podrían haber evitado situaciones de alta criticidad que lo han afectado gravemente en el curso de estas últimas dos décadas.

13.3. El Comité en la actualidad

El artículo 19 de la Ley N° 27.348, Complementaria de la LRT, estableció que la SRT debe presentar un anteproyecto de ley de prevención ante el CCP, destinado a garantizar que las condiciones y medioambiente de trabajo resulten acordes con las mejores prácticas y la normativa internacional, ajustándose en forma específica a cada actividad a través de los convenios colectivos de trabajo.

En cumplimiento de ese cometido, antes del plazo otorgado por la ley, el titular del MTEySS convocó al CCP a reunirse en sesión ordinaria, a través de la Resolución N° 264-E, fechada el 3 de mayo de 2017.

La primera sesión se desarrolló en la sede de la cartera laboral, en mayo de 2017, presidida por el ministro de Trabajo. Contó con la presencia de los representantes de los trabajadores, del sector empresario y del gobierno nacional.

En dicha oportunidad se presentaron formalmente los lineamientos del anteproyecto de ley de prevención, que consta de ocho capítulos y recepta los principios rectores de los instrumentos del Derecho Internacional suscriptos por la República Argentina en materia de salud y seguridad en el trabajo; en particular: el Convenio OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores de 1981 (núm. 155), ratificado el 13 de enero de 2014, y el Convenio OIT sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo de 2006 (núm. 187), ratificado el 13 de enero de 2014.

A la fecha de redacción de esta obra, el CCP de la LRT finalizó la labor que le fuera encomendada con la redacción del anteproyecto de Ley de Prevención de Riesgos Laborales, fruto del consenso tripartito de los representantes de los sectores, junto con un proyecto de decreto reglamentario que mantiene la vigencia y ultraactividad de las normas que reglamentan la Ley N° 19.557, hasta tanto sean modificadas y en la medida en que resulten compatibles con la nueva ley de prevención.

En la edición del presente libro colaboraron:

Anglada, Daniel

Bettolli, José

Chirinos, Bernabé L.

Dequino, Diego

Díaz, Carolina

Gadea, Natalia

Hamann, Betina

Lefevre, Luis J. C.

Mariezcurrera, Pedro

Núñez, Carolina

Pérez, Fernando

Pérez Lozano, Sol María

Pucheta, Leonardo

Ricarte, Fermín

San Martino, Jorge

Sorrentino, Daniel

Subizar, Ignacio

Taddei, Pedro

Zuker, Sebastián

A más de 20 años de la Ley de Riesgos del Trabajo y luego de la en vigencia de la Ley Complementaria, que permitió revitalizar el sistema de comisiones médicas como instancias administrativa, previa y obligatoria, resulta conveniente brindar un material bibliográfico que describa de manera exhaustiva y completa los diversos institutos y procedimientos que integran el sistema en cuya consolidación todos nos encontramos comprometidos.

Esta publicación es un compendio que reúne análisis y visiones de diversos especialistas del mundo laboral, más específicamente, de la seguridad y la salud en el trabajo.

Un desmenuzado recorrido por los principales componentes del sistema desde su financiamiento hasta sus regulaciones más importantes, pasando por las diversas leyes y decretos que fueron modificándolo con el tiempo. Sin soslayar uno de los principales objetivos a alcanzar: la sanción de una Ley de Prevención.

Un material pertinente para el lector común, pero también para aquel que necesita una fuente de consulta más técnica y profunda. A ellos está dirigida esta publicación.

