

CAPITULO XVII
REGIMEN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y
ENFERMEDADES PROFESIONALES
LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Antecedentes históricos.-

En septiembre de 1915 se sancionó la ley 9688, de accidentes de trabajo, cuya vigencia se extendió -con modificaciones- hasta 1991.

Jurisprudencialmente, con la ley 9688 surgió la interpretación de las "enfermedades-accidentes", entendidas como enfermedades crónicas relacionadas a la historia personal del trabajador pero agravadas durante la relación laboral, estableciendo la teoría de la indiferencia de la concausa, por la cual, si una de las causas de la incapacidad padecida por el trabajador era el trabajo, el empleador debía indemnizarlo por el porcentaje de incapacidad total que padecía: el empleador debía reparar íntegramente un accidente de trabajo o enfermedad si se agravaba por causa del trabajo. En el año 1968, mediante la reforma de la ley 17.711, que efectuó modificaciones al Código Civil, se incorporó la teoría del riesgo objetivo a la responsabilidad extracontractual del art. 1113. En el ámbito del derecho del trabajo, se aplicó a los accidentes y enfermedades reguladas por la Ley de Accidentes de Trabajo cuando el trabajador utilizaba la opción que consagraba el art. 17 de la ley 9688 o, posteriormente, el art. 16 de la ley 24.028.

La ley 9688 fue derogada por la ley 24.028, que trató de reducir los "excesivos costos laborales" al prever un mecanismo que evitaba los reclamos por enfermedades-accidentes, pero manteniendo el derecho de opción. Además, eliminó la teoría de la indiferencia de la concausa al exigir la discriminación entre afecciones producidas por el trabajo y las provenientes de otros factores (personales, congénitas): limitó la responsabilidad del empleador solamente a la incidencia del trabajo en el reagravamiento de una enfermedad y el trabajador que padecía una enfermedad debía acreditar la incidencia del trabajo en el daño y el grado de participación. Cuando el trabajador utilizaba la opción de la reparación integral, su reclamo se debía tramitar ante la justicia civil y no ante la justicia del trabajo.

Tanto la ley 9688 como la ley 24.028 tenían un esquema similar; eran reparatorias o indemnizatorias, es decir, reparaban el daño producido mediante un pago único. Los trabajadores podían recurrir a la vía civil (arts. 1108/1113, CCiv.), y los empleadores podían contratar un seguro de accidentes en una compañía de seguros. Reparaban las siguientes contingencias: muerte de la víctima y pago de subsidio por entierro; incapacidad absoluta; incapacidad parcial y permanente; incapacidad temporaria; gastos médicos, farmacéuticos, prótesis y su recambio. La ley 24.028 mantuvo el cálculo de las indemnizaciones de la ley 9688 reformada por la ley 23.643, pero incorporó un tope de \$ 55.000 en caso de incapacidad del 100% y fallecimiento, y de \$ 550 por grado de incapacidad. Por ejemplo, una indemnización por el 10% de incapacidad no podía superar los \$ 5500 ni por el 20% los \$ 11.000.

LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO.**Aspectos generales.-**

La Ley de Riesgos del Trabajo (LRT) introdujo un cambio sustancial en el modo de resolver la problemática derivada de los accidentes y enfermedades derivados del trabajo. La ley 24.557 (LRT) fue sancionada el 13 de septiembre de 1995, promulgada el 3 de octubre de 1995 y publicada en el Boletín Oficial el 4 del mismo mes y año, comenzando a regir recién el 1° de julio de 1996; fue modificada, entre otros, por los decretos 1278/2000 (BO, 3/1/2001); 410/2001 (BO, 17/4/2001) y 1694/09 (BO, 6/4/2009), y por el decreto 1720/2012 (BO, 20/9/2012) que autoriza el funcionamiento y constitución de entidades aseguradoras de riesgos del trabajo sin fines de lucro ("ART-mutual").

Asimismo, en octubre de 2012 entró en vigencia la ley 26.773 (BO, 26/10/2012), que aprobó el régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, vigente a la fecha. Fue promulgada mediante decreto 2038/2012 (BO, 26/10/2012).

La LRT se fundamenta en un sistema de responsabilidad individual de los empleadores, a los cuales se impone un seguro obligatorio que deben contratar en entidades aseguradoras de derecho privado especializadas en riesgos del trabajo: las llamadas "aseguradoras de riesgos del trabajo" (ART) y aseguradoras sin fines de lucro (ART Mutual). La ley 24.557 pretende ser integral y es obligatoria para los empleadores y las ART, siendo su principal objetivo declarado disminuir la siniestralidad mediante la prevención del hecho, y reducir los costos que implicaban las leyes anteriores. Se asemeja a un seguro social contributivo administrado por entidades privadas y mutuas (las ART y ART Mutual), que están supervisadas por un órgano de control creado por la misma LRT: la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, que se ocupa de verificar el normal funcionamiento del sistema y controlar tanto a las ART como a las empresas autoaseguradas. El Ministerio de Trabajo como órgano de aplicación controla a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

El objetivo de prevenir la siniestralidad con la disminución del riesgo se instrumenta por medio de la adopción de medidas de higiene y seguridad industrial, y con prestaciones médicas integrales anteriores al hecho. Pero si el evento dañoso se produce a pesar de la prevención, el daño no se repara simplemente con el pago de una suma única, sino que se apunta a la prestación médica integral del accidentado, a la rehabilitación y a su reinserción laboral.

Los principales cambios respecto de los regímenes anteriores son los siguientes:

- exclusión del empleador como sujeto pasivo directo;
- creación del sistema de aseguramiento obligatorio por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART y ART Mutual) o por autoseguro;
- creación de un listado taxativo de enfermedades "profesionales" e indemnizables (el decreto 1278/2000 otorga la posibilidad de indemnizar determinadas enfermedades en casos puntuales);
- prestaciones dinerarias mensualizadas más una suma adicional de pago único (agregada por el decreto 1278/2000 y elevada por el decreto 1694/09 y la ley 26.673 (BO, 26/10/2012). Estas prestaciones mensuales fueron eliminadas a partir de la entrada en vigencia de la ley 26.773, luego de sucesivos reproches de la doctrina y la jurisprudencia en los casos "Milone", "Suárez Guimbard" y "Gioia", entre otros);
- sustanciación y resolución de los conflictos fuera del ámbito del Poder Judicial con otorgamiento de facultades a las Comisiones Médicas (creadas por ley 24.241).

La contratación es obligatoria para las empresas: los empleadores tienen la obligación de asegurarse en una ART o mutua elegida libremente. Si bien la ley prevé la posibilidad del autoseguro, los requisitos son de difícil cumplimiento para la mayoría de las empresas: pueden autoasegurarse -además del Estado nacional, las provincias y las municipalidades- las empresas que acrediten solvencia económico-financiera para afrontar las prestaciones que establece la ley, las que puedan garantizar los servicios necesarios para brindar las prestaciones en especie (médicas, prótesis, ortopedia, rehabilitación, recalificación profesional y servicio funerario).

El empleador no afiliado ni autoasegurado debe responder directamente en caso de siniestro laboral. Si el empleador omitiera declarar la obligación de pago o la contratación del trabajador, las prestaciones son otorgadas por la ART y ésta puede repetir su costo contra el empleador, que debe depositar las cuotas omitidas en la cuenta del Fondo de Garantía de la LRT. En caso de omisión total o parcial del pago de las cuotas, la ART otorga las prestaciones y puede ejecutar contra el empleador las cotizaciones adeudadas.

Objetivos y personas comprendidas.-

Los objetivos están enumerados en el art. 1º: la prevención de los riesgos derivados del trabajo; la reparación de los daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; la promoción de la recalificación y la recolocación de los trabajadores afectados; y promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

Si bien el principal objetivo de la L.R.T. es la reducción de la siniestralidad a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo, cuando el accidente o la enfermedad profesional se produce la reparación de los daños o incluso la rehabilitación del trabajador siniestrado no es suficiente, sino que también se requiere la instrumentación de las herramientas necesarias para lograr la reinserción del trabajador en el mercado de trabajo. De ahí, que la recalificación profesional se encuentra incluida en el art. 20 apart. 1 inc. d) de la L.R.T., como una de las prestaciones en especie que las ART deben otorgar a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas en la ley citada.

Mediante la resolución 216/2003 (BO, 28/04/2003) la Superintendencia de Riesgos del Trabajo estableció pautas mínimas por las ART y por los empleadores autoasegurados en el proceso de recalificación profesional.

La LRT comprende obligatoriamente en su ámbito de aplicación: a los trabajadores en relación de dependencia de la actividad privada; a los funcionarios y empleados de la administración nacional, de las administraciones provinciales y de las municipalidades; y a aquellas personas obligadas a prestar un servicio de carga pública. La ley establece que el Poder Ejecutivo nacional puede incluir a otras personas. En tal sentido, por medio del decreto 491/1997 (BO, 4/6/1997) fueron incorporados: los trabajadores domésticos que prestan servicios en relación de dependencia; los trabajadores autónomos y los trabajadores vinculados por relaciones no laborales; los incluidos en vínculos regulados por el sistema de pasantías, contrato de aprendizaje, prestaciones no laborales desarrolladas en cumplimiento de programas especiales de capacitación o empleo y las realizadas en virtud del cumplimiento de una beca.

El trabajador es el sujeto de la prevención y de la curación o resarcimiento como consecuencia de haber sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

El empleador es el sujeto obligado a contratar los servicios de una aseguradora de riesgos del trabajo (ART), y debe contribuir mensualmente a su financiamiento mediante el pago de las contribuciones, y, por ello, es responsable directo de la prevención.

Las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART y ART Mutual) son las obligadas a otorgar las prestaciones en dinero y en especie a los trabajadores damnificados.

Las distintas Superintendencias son entes de control que supervisan tanto a las ART como a las comisiones médicas. La Superintendencia de Riesgos del Trabajo es un órgano autónomo de control de las empresas autoaseguradas y de las ART: observa el cumplimiento de lo dispuesto en la LRT y se ocupa de administrar los fondos en caso de insolvencia de los empleadores o de una ART.

La Superintendencia de Seguros de la Nación dicta disposiciones para el control de las ART. La Superintendencia de Administración de Fondos de Jubilaciones y Pensiones se ocupa, entre otras funciones, de la unificación de las determinaciones de incapacidad y de las comisiones médicas. El Ministerio de Trabajo reglamenta la LRT por medio de resoluciones y decretos.

Las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART).-

Son entidades de derecho privado (art. 26) con fines de lucro, o aseguradoras sin fines de lucro (ley 26.773) previamente autorizadas para funcionar por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y la Superintendencia de Seguros de la Nación. Tienen que reunir un requisito de solvencia económica: contar con un capital de \$ 3.000.000 que se debe integrar al momento de su constitución y tener capacidad de gestión. Deben tener como único objeto el otorgamiento de las prestaciones de la LRT, tanto en dinero como en especie. Se trata del órgano de gestión que tiene a su cargo las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT.

El órgano de control es la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), que es un nuevo organismo, una entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Aseguradoras de riesgos del trabajo sin fines de lucro (ART MUTUAL). Decreto 1720/2012 (BO, 20/9/2012).-

A estas aseguradoras les corresponden las mismas obligaciones e idénticos deberes que a las ART tradicionales.

Surgen como consecuencia del dictado del decreto 1694/09 (cuyo art. 13 instruyó al Ministerio de Trabajo, a la S.R.T.) y a la S.S.N., a fin de que adopten 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 Ley sobre Riesgos del Trabajo, del artículo 42, inciso a), de la ley 24.557 y sus modificaciones, cuando establece que la negociación colectiva laboral podrá crear Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), sin fines de lucro, preservando el principio de libre afiliación de los empleadores comprendidos en el ámbito del Convenio Colectivo de Trabajo. También como consecuencia de lo normado en el artículo 2º y concordantes de la Ley de Entidades de Seguros y su Control (ley 20.091) y sus modificatorias, que determinan que sólo pueden realizar operaciones de seguros las sociedades anónimas, cooperativas y de seguros mutuos, entre otros. También es de aplicación lo dispuesto en la ley 20.321 en cuanto regula lo atinente al régimen de funcionamiento de las asociaciones mutuales en el territorio nacional.

Su característica distintiva es su ausencia de lucro, requisito que se debe articular con la capacidad económica y prestacional exigida a todo agente gestor del sistema de cobertura.

La medida 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.

El art. 1 del decreto 1720 dispone que podrán constituir entidades Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) sin fines de lucro 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 14.250, 23.929 y 24.185,

El decreto dispone asimismo la creación del Registro Laboral de ART-MUTUAL en la órbita de la Secretaria de Trabajo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. La ART-MUTUAL está sometida al régimen regulatorio y sancionatorio previsto en las leyes 20.091 y 24.557 y sus modificatorias, pudiendo ser revocada la autorización conferida por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) y por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).

Las ART-MUTUAL, como entidades sin fines de lucro, deberán:

a) Utilizar, de manera prioritaria y siempre que sea técnicamente posible, los servicios de obras sociales y efectores públicos de salud para proveer las prestaciones en especie previstas en el Régimen de Riesgos del Trabajo, de acuerdo a lo contemplado en el artículo 26, inciso 7, de la ley 24.557 y sus modificaciones.

b) Definir y proponer medidas concretas de prevención de los riesgos del trabajo y de mejoramiento de las condiciones laborales para los establecimientos destinatarios de la cobertura. Dichas acciones podrán instrumentarse previamente a través del mecanismo de negociación colectiva, previsto en el artículo 42, inciso b), de la ley 24.557 y sus modificaciones.

c) Mantener la solvencia comprometida por las representaciones sectoriales, en forma individual y/o colectiva, para garantizar el funcionamiento de la ART-MUTUAL durante la vigencia del instrumento convencional que le dio origen.

d) Además de las restricciones derivadas del ordenamiento aplicable, las ART-MUTUAL no podrán vulnerar el principio de libre afiliación de los empleadores, según lo previsto en el artículo 42, inciso a), de la ley 24.557 y sus modificaciones.

La constatación de violaciones a la prohibición antes descripta podrá dar lugar, previa sustanciación del procedimiento respectivo, a la cancelación del registro de la entidad, sin perjuicio de otras responsabilidades y sanciones que pudieran ser determinadas en función de la normativa vigente.

Las asociaciones profesionales de empleadores y las asociaciones sindicales de trabajadores con personería gremial también podrán impulsar, por razones de solidaridad sectorial, de manera independiente y cualquiera sea su grado de agrupación, la constitución de una ART-MUTUAL como entidad de derecho privado sin fines de lucro, en los términos del artículo 26, inciso 1, de la ley 24.557 y sus modificaciones y del artículo 2º, inciso a), de la ley 20.091 y sus modificatorias. Para ello, deberán realizar ante la Secretaria de Trabajo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad

Social una presentación fundada en las actividades económicas alcanzadas por la iniciativa y el universo de empleadores y trabajadores comprendidos en el ámbito de la cobertura que se pretende.

Deberes de las ART.-

Los deberes esenciales de las ART son los siguientes (art. 31): 1) asegurar obligatoriamente a las empresas que requieran sus servicios; 2) otorgar obligatoriamente, bajo apercibimiento de sanción penal, las prestaciones de la ley, aunque el empleador hubiera omitido declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, sin perjuicio del derecho de repetición (en el primer caso repite lo pagado y en el segundo sólo puede cobrar las cotizaciones adeudadas); 3) tomar al trabajador en el estado en que halla al afiliarse, no pudiendo realizar discriminaciones ni exámenes de ingreso: es un riesgo inicial que debe asumir obligatoriamente; 4) llevar un registro de siniestralidad por establecimiento.

Es obligación de los empleadores denunciar el hecho, porque a partir de allí empieza la obligación de la ART. Las faltas cometidas por las ART son sancionadas con una multa que oscila entre 20 y 2000 Mopre (la ley 26.417 sustituyó todas las referencias al MOPRE en la normativa vigente, y la reemplazó por el concepto de haber mínimo garantizado)

Obligación legal de la ART de visitar a los asegurados: no existe resorte legal que obligue a las ART a visitar a cada una de las empresas aseguradas con una periodicidad determinada. Por ello, las "visitas" o inspecciones depende de dos factores: 1) la de siniestralidad de la empresa (un índice de incidencia* alto impacta negativamente en los números de la aseguradora, por lo que las visitas se intensificarán en esos casos); y 2) cuestiones de tipo comercial (hacer actos de presencia con determinado tipo de clientes -por lo general de prestigio-, o en los que ocupan muchos trabajadores).

** Índice de Incidencia = trabajadores accidentados / número total de trabajadores x 1000*

Funciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.-

Sus principales funciones son supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART; imponer las sanciones previstas en la LRT; efectuar el control de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, pudiendo dictar disposiciones complementarias que la ley o decretos reglamentarios le hayan otorgado; imponer las sanciones que prevé la LRT; requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus competencias, y efectuar allanamientos mediante orden judicial y el auxilio de la fuerza pública; administrar el Fondo de Garantía creado por la LRT; llevar el Registro Nacional de Incapacidades Laborales, en el cual se registran los datos de los siniestros ocurridos y se elaboran los índices de siniestralidad; supervisar y fiscalizar a las empresas autoaseguradas por el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo; y el cumplimiento del Registro de Prestadores Médicos (decreto 1694/09).

Financiamiento del sistema.-

El sistema se financia esencialmente con las contribuciones que las empresas deben pagar mensualmente a las ART, consistente en una cuota mensual a cargo del empleador sobre un porcentaje determinado de su nómina salarial imponible, para cuya fijación se tiene en consideración el nivel de ingreso de la empresa, la calificación de su actividad y la siniestralidad pasada y futura. El art. 20 del decreto 1278/2000 (BO, 3/1/2001) dispone -en razón de las mejoras prestacionales introducidas al

régimen de la LRT- que las ART deberán requerir a la SRT la aprobación de un nuevo régimen de alícuotas y si bien el empleador no podrá exigir a la aseguradora el mantenimiento de la alícuota establecida en el contrato podrá pasarse a otra ART. El decreto 1694/09 instruye a la SSN y a la SRT para que las PyMES no tengan un tratamiento diferenciado en la fijación de alícuotas.

La LRT toma especialmente en cuenta el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad y se califica a las empresas en cuatro niveles: 1) por debajo de los mínimos; 2) en los mínimos requeridos; 3) de acuerdo con la legislación de higiene y seguridad; y 4) por encima de lo establecido en las normas de higiene y seguridad. En los dos primeros niveles el riesgo es alto, y por tanto la contribución será mayor. La ley prevé, para los niveles 1 y 2, un plan de mejoramiento de dos años para adecuarse a las normas de higiene y seguridad y reducir los riesgos, requisito indispensable para que disminuyan las cuotas mensuales.

Las empresas deben pagar las contribuciones juntamente con los aportes que integran el CUSS (contribución única de la seguridad social); no es aplicable a las empresas que se autoaseguren. Se trata de una nueva contribución patronal mensual; los aportes al sistema de accidentes de trabajo se consideran en similar nivel que los aportes a las obras sociales y los previsionales. Corresponde a la ART verificar que se efectúe el pago y, de no cumplirse, demandar judicialmente a la empresa.

Hay también dos fondos especiales: el Fondo de Garantía y el Fondo de Reserva, que son administrados por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. El Fondo de Garantía tiene por objeto ocuparse de las prestaciones del empleador que está en estado de insolvencia declarada judicialmente; se financia con un aporte mensual de los empleadores. El objeto del Fondo de Reserva es cubrir las prestaciones de las ART que estén en estado de liquidación; se financia con una cuota mensual que deben abonar las ART cuyo monto es fijado por el Poder Ejecutivo mensualmente.

La ley 26.773 introduce, en su Capítulo II, un ordenamiento de la gestión del régimen vigente, estableciendo que la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) establecerán los indicadores que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) habrán de tener en cuenta para establecer su régimen de alícuotas, entre los cuales se considerarán el nivel de riesgo y la siniestralidad presunta y efectiva; con más una suma fija que, por cada trabajador, corresponda integrar al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales.

La determinación de la base imponible se efectuará sobre el monto total de las remuneraciones y conceptos no remunerativos que declare mensualmente el empleador.

El sistema de alícuotas deberá estar sujeto a lo normado por el artículo 26 de la ley 20.091, sus modificatorias, y disposiciones reglamentarias, y será aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN). Si transcurridos treinta (30) días corridos de la presentación efectuada por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) el organismo de control no hubiera notificado objeción o rechazo alguno, el régimen se considerará aprobado.

Una vez transcurrido un (1) año desde la incorporación de la alícuota al contrato del empleador, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) podrá modificarla dentro del régimen de alícuotas aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) y previo aviso de manera fehaciente con sesenta (60) días de anticipación al empleador. En este supuesto, el empleador podrá optar por continuar con el contra-

to de afiliación y la nueva alícuota o cambiar de Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART). Cuando el empleador tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, dicho plazo se extenderá a seis (6) meses.

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.

Transcurrido dos (2) años de la vigencia de la ley 26.773, la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), podrán establecer nuevos indicadores para la fijación del sistema de alícuotas por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), 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. Podrán considerar a tales efectos: alícuotas básicas, un componente de proporcionalidad entre la actividad económica principal y la de mayor riesgo que realice el empleador afiliado, suplementos o reducciones proporcionalmente relacionados tanto con el nivel de incumplimientos del empleador a la normativa vigente en materia de higiene y seguridad, como con los índices de siniestralidad.

La Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), podrán fijar un sistema de alícuotas uniformes por colectivo cubierto, que sólo reconocerá variaciones de acuerdo al nivel de riesgo probable y efectivo.

Para el supuesto de cobertura de la reparación fundada en otros sistemas de responsabilidad (por ejemplo, civil), por lo que exceda de lo cubierto en el régimen especial, deberán establecerse separadamente las primas para hacer frente a la misma, conforme a las normas que rigen en la materia, fijadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

Los empleadores tendrán derecho a recibir de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) a la que se encuentren afiliados, información respecto del sistema de alícuotas, de las prestaciones y demás acciones que este régimen pone a cargo de aquélla.

Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) deberán limitar su presupuesto en gastos de administración y otros gastos no prestacionales al porcentaje que establezcan conjuntamente la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) y la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), el que no podrá superar el veinte por ciento (20%) de los ingresos que les correspondan para ese seguro. Dentro de ese importe, podrán asignar a gastos de comercialización o intermediación en la venta del seguro hasta el cinco por ciento (5%) del total.

Comisiones médicas.-

Tienen distintas funciones (arts. 21 y 22); entre ellas, son las encargadas de dictaminar: el grado de incapacidad del trabajador; el carácter de la incapacidad -la calificación médico legal que determina si efectivamente se trata de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional amparados por la ley 24.557-; la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad y el contenido y alcance de las prestaciones en especie. Las amplias facultades otorgadas por la ley a las comisiones médicas han sido criticadas por parte de la doctrina, al entender que el análisis de presupuestos fácticos y

jurídicos para determinar si se trata de un accidente de trabajo o expedirse sobre la existencia de dolo del empleador, resultan de exclusiva competencia judicial.

Las resoluciones de las comisiones médicas son recurribles -por medio del recurso de apelación- ante la Comisión Médica Central o ante el juez federal con competencia en cada provincia. En el interior del país se sostiene que no hay razón para sacar el tema del ámbito de la competencia de la justicia provincial. Las resoluciones que dicte el juez federal con competencia en cada provincia y las que dicte la Comisión Médica Central son recurribles ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. Las medidas de prueba producidas en cualquier instancia se tramitan en la jurisdicción y competencia donde tenga su domicilio el trabajador, para quien son gratuitas.

El art. 2° del decreto 1278/2000 (BO, 3/1/2001) modificó el ap. 2 del art. 6° de la LRT, al consignar que cuando se invoque la existencia de una enfermedad profesional y la ART considere que no está prevista en el listado de enfermedades profesionales, deberá sustanciarse el procedimiento ante la Comisión Médica Jurisdiccional, que deberá resolver si la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos en el inc. b del ap. 2 (enfermedades 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 caso de ser favorable la decisión a las pretensiones del trabajador o de sus derechohabientes, se debe requerir la inmediata intervención de la Comisión Médica Central, para que, dentro del plazo de 30 días, convalide o rectifique dicha opinión. Aunque no fue previsto ante qué órgano jurisdiccional no administrativo debe ser recurrida esta resolución, se debe entender que es ante la Cámara Federal de la Seguridad Social (art. 46, ap. 1, LRT). La Comisión Médica Central es la única que puede establecer qué enfermedades no incluidas en el listado deben ser consideradas profesionales para ese supuesto en particular.

Jurisprudencia de la CSJN: caso “Castillo”

En concordancia con los fundamentos vertidos por la SCJBA en “Quiroga”, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el 7/9/2004, en autos: “Castillo, Angel Santos v. Cerámica Alberdi S.A.” (C. 2605. XXXVIII) declaró la inconstitucionalidad del art. 46, inc. 1, LRT en cuanto dispone la competencia federal y determinó que la justicia provincial debe entender en las apelaciones presentadas contra dictámenes de las comisiones médicas.

En el caso, se confirmó un pronunciamiento de la Sala I de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Mendoza, que mantuvo la resolución de primera instancia en cuanto había declarado la inconstitucionalidad del art. 46 inc. 1 de la ley 24.557. Rechazó un recurso de queja de La Segunda ART S.A, donde planteaba la arbitrariedad del resolutorio, al habersele denegado el acceso a la jurisdicción federal, por haber interpuesto el trabajador su demanda indemnizatoria ante el Poder Judicial mendocino reclamando las prestaciones dinerarias establecidas en la L.R.T. sin pasar por las comisiones médicas creadas por el sistema.

Se hizo lugar al planteo formulado por el trabajador, declarándose la inconstitucionalidad del art. 46 de la ley 24.577, fundándose en que la LRT instauró un fuero personal conculcatorio del art. 16 de la Constitución Nacional, toda vez que las atribuciones jurisdiccionales de las comisiones médicas son violatorias de la garantía del debido proceso, y chocan con las disposiciones del art. 18 de la CN, que aseguran un acceso irrestricto a la justicia.

El pronunciamiento de la CSJN declara la inconstitucionalidad de la norma en cuestión, al establecer que la federalización de las cuestiones referidas a la ley 24.557 vulneran de las autonomías provinciales, a la luz de lo normado en el art. 75 inc. 12 de la Constitución Nacional, por trasuntar conflictos eminentemente *inter privados*, y no resultar por su naturaleza ni en razón de la materia ni de las personas, cuestión o agravio federal alguno. En este sentido, cita numerosos precedentes, tales como "Oberti" (Fallos 248:781), "Giménez" (Fallos 300: 1159), y el clásico del derecho administrativo "Fernández Arias c. Poggio" (Fallos 247:646), donde la Corte había fijado el argumento de que la competencia federal resulta excepcional y debe justificarse en cada caso; y que la validez constitucional de los tribunales administrativos, para cumplir con el requisito del control judicial suficiente, deben posibilitar: a) reconocimiento a los litigantes del derecho a interponer recurso ante los jueces ordinarios, y b) la negación a los tribunales administrativos de dictar resoluciones finales en cuanto a los hechos y el derecho controvertidos, con excepción de los supuestos en que, existiendo opción legal, los interesados hubiesen elegido la vía administrativa, privándose voluntariamente de la judicial.

Al decir de la Corte en "Castillo", el art. 46 inc. 1 de la L.R.T. "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)".

La declaración de inconstitucionalidad del art. 46 implica también -y aunque la Corte no lo expresa manifiestamente- la pérdida de vigencia de sus normas reglamentarias, tal como es el decreto 717/1996, que regula y reglamenta el funcionamiento de las Comisiones Médicas, cuando ellas actúen como órganos administrativos en las provincias.

En la práctica, la doctrina de la Corte implica que las controversias individuales que tengan lugar entre trabajadores, empleadores y aseguradoras de riesgos del trabajo, fundadas en las disposiciones de la L.R.T., deben ventilarse por ante los tribunales laborales locales, y regirse por los medios de prueba contemplados en la ley procesal local, sin necesidad de transitar por los organismos jurisdiccionales que determina la ley 24.557.

Jurisprudencia de la CSJN: casos "Saldaño", "Venialgo" y "Marchetti"

Se trata de tres casos en los que la Corte Suprema de Justicia de la Nación al resolver conflictos negativos de competencia, fijó la competencia de la justicia laboral para entender en casos en los que los trabajadores habían transitado -total o parcialmente- el paso por ante las comisiones médicas. Esto fue luego reafirmado por la Suprema Corte de Provincia de Buenos Aires en el caso "Retamar, Silvio Ramón v. Provincia de Buenos Aires", del 12/3/2008), donde el tribunal afirmó que los arts. 21, 22 y 46 de la ley 24.557 son inconstitucionales por agraviar las autonomías provinciales, al desvirtuar el sistema federal (vulneración de las facultades no delegadas).

Con estos casos, la CSJN extiende - básicamente- los efectos del caso "Castillo".

En "Saldaño" (9/8/2005) la Corte, adhiriendo al dictamen de la procuración, declaró la competencia de la justicia laboral en desmedro de la federal.

En "Venialgo" (13/3/2007) el trabajador había reclamado sistémicamente en razón de un accidente de trabajo, y la comisión médica había negado la cobertura, ante lo cual se había apartado de la vía administrativa.

En "Marchetti" (14/12/2007), luego de formular reclamo ante la Comisión Médica local y haber obtenido el rechazo, el trabajador se presentó ante la Justicia del Trabajo para reclamar las prestaciones dinerarias de la ley (previo pedido de inconstitucionalidad de los arts. 21 y 46).

Jurisprudencia de la CSJN: caso "Galván"

La Corte Suprema de Justicia de la Nación, el 30/10/2007 en autos "Galván, Renée v. Electroquímica Argentina S.A. y otro", estableció que era arbitraria la sentencia de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo que había exonerado de responsabilidad a la aseguradora de riesgos del trabajo por haber sostenido que se le habían entregado al trabajador elementos de seguridad, cuando del expediente surgía que no existía constancia alguna de ello.

Ver los fallos en detalle en el "Manual de Derecho Laboral", Grisolia, Julio, Ed. Abeledo Perrot, 8° edición, 2012.

Contingencias cubiertas.-

La LRT cubre las incapacidades provenientes de accidentes de trabajo, accidentes in itinere y enfermedades profesionales.

1. Accidentes del trabajo: la LRT entiende por accidente laboral todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo. El art. 11 del decreto 1278/2000 (BO, 3/1/2001) incorpora como ap. 5 del art. 21 de la LRT la forma de proceder en aquellos casos en que se deba determinar la naturaleza laboral del accidente: si al iniciarse el trámite quedare planteada la divergencia respecto a si se trata o no de un accidente de trabajo, la comisión actuante -garantizando el debido proceso- deberá requerir un dictamen jurídico previo para expedirse sobre dicha cuestión.

2. Accidente "in itinere": es el ocurrido en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, o viceversa, siempre que el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El art. 6°, ap. 1 agrega que el trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador (y dentro de las 72 horas ante el asegurador) que el recorrido -de su casa al trabajo o viceversa- se modifica por tres motivos: razones de estudio (cuando el empleado sale de trabajar para dirigirse a la universidad o a otra casa de estudios), concurrencia a otro empleo -pluriempleo (el trabajador sale de su empleo y se dirige a otro)- y atención de familiar directo enfermo y no conviviente (no debe residir en el mismo domicilio del trabajador). El trabajador debe presentar el pertinente certificado dentro de los tres días hábiles de requerido por el empleador.

3. Enfermedades profesionales: son las que se originan en el ambiente de trabajo y -en principio- están incluidas en el listado elaborado por el Poder Ejecutivo. El decreto 1278/2000 sustituye el ap. 2 del art. 6° de la ley 24.557 y determina que se considerarán enfermedades profesionales aquellas que se encuentren incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo (art. 40, ap. 3), que identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional. Las enfermedades no incluidas en el listado, y sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con la única excepción de lo dispuesto en el ap. 2.b, que incluye a las 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).

Para la determinación de la existencia de estas contingencias el trabajador o sus derechohabientes deben iniciar el trámite mediante una petición fundada presentada ante la Comisión Médica Jurisdiccional, para demostrar la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades con eficiencia causal directa respecto de su dolencia. La Comisión Médica Jurisdiccional debe sustanciar la petición con la audiencia de los interesados, del empleador y la ART y garantizar el debido proceso produciendo las medidas de prueba y emitiendo resolución fundada en peritajes científicos: no se reconoce el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata, o mediata previsible, de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador (ejemplo: predisposición a contraer determinada dolencia).

En aquellos casos en que se invoque la existencia de una enfermedad profesional y la ART considere que no está incluida en el listado de enfermedades profesionales, deberá sustanciarse el procedimiento del ap. 2.b. Si la Comisión Médica Jurisdiccional entendiese que la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos, hasta que se resuelva definitivamente la situación del trabajador la ART está obligada a brindar todas las prestaciones contempladas en LRT. 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 convalida la opinión de la Comisión Médica Jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo. Si la Comisión Médica Central convalida el pronunciamiento, debe fijar el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondieren.

El alcance de la decisión se circunscribe al caso individual resuelto y no importa la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente. La Comisión Médica Central deberá expedirse dentro de los treinta días de recibido el requerimiento de la Comisión Médica Jurisdiccional, y una vez que se hubiera pronunciado la Comisión Médica Central quedarán expeditas las posibles acciones de repetición a favor de quienes hubieran afrontado prestaciones de cualquier naturaleza contra quienes resultaren en definitiva responsables de haberlas asumido.

Contingencias excluidas.-

La ley excluye de la cobertura a las enfermedades profesionales no incluidas en el listado, salvo que las incluya la Comisión Médica Central (decreto 1278/2000); a las llamadas “enfermedades-accidentes”; a los accidentes y enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o fuerza mayor extraña al trabajo; y a las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

Reclamo por el derecho civil.-

El aspecto más criticado de la ley 24.557 era la imposibilidad del trabajador de ejercer la opción de reclamar con fundamento en el derecho civil, salvo en caso de dolo del empleador (art. 1072, CCiv.). La ley pretendió establecer un sistema cerrado, autosuficiente, es decir, omnicomprensivo de todas las situaciones, ya que al evitar cualquier fuga en el sistema hacía más previsible su costo. Eximía a los empleadores y a las ART de toda responsabilidad civil frente a los trabajadores y derechohabientes, salvo dolo (art. 39). Las legislaciones anteriores posibilitaban que el trabajador o sus derechohabientes demandasen la reparación integral de daños y perjuicios (excepto

el accidente in itinere) por culpa (art. 1109, CCiv.), dolo (arts. 506, 521, 1072, CCiv.), culpa presunta simple (art. 1113, párr. 2º, primera parte, CCiv.), culpa presunta agravada (art. 1113, párr. 2º, segunda parte, CCiv.) y culpa presunta agravada calificada (arts. 47 y 48, ley 24.051, residuos peligrosos).

La opción era excluyente: o se accionaba con fundamento en la ley de accidentes de trabajo (9688 o 24.028) o se invocaba el derecho común; en el primer caso, la causa tramitaba en la justicia del trabajo y en el segundo en la justicia civil. En cambio, en la Ley de Riesgos del Trabajo -hasta la modificación introducida por la ley 26.773-, la responsabilidad civil del empleador por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales estaba limitada a la derivada del art. 1072 del Cciv., que dispone que "el acto ilícito ejecutado a sabiendas y con intención de dañar la persona o los derechos de otro, se llama en este Código delito": define el delito doloso, y más precisamente el dolo agravado o "dolo malicia". En la práctica era muy difícil que se produjese y que acaecido pudiese probarse, por lo cual el trabajador no podía reclamar por vía de la acción civil.

Cuando el daño era causado por terceros ajenos a la relación laboral, el trabajador o sus derechohabientes podían reclamar ante el responsable de acuerdo con la norma del derecho civil, deduciendo el valor que hubieren percibido de las ART o del empleador autoasegurado. Existía un trato desigual, que llevaba a una reparación diferente, según el daño lo causase el empleador o un tercero, aunque el damnificado fuere la misma persona y el daño idéntico. La doctrina mayoritaria venía sosteniendo que el art. 39 violaba el derecho de igualdad, ya que el trabajador quedaba en peor condición que cualquier otro ciudadano. Por ejemplo, en caso de producirse un accidente en un establecimiento, la caída de un elemento de trabajo que golpeará a dos personas, una de ellas trabajador dependiente de la empresa y la otra un proveedor que visitaba la fábrica, y ambos sufren fracturas y otras secuelas que los incapacitan laboralmente en la misma medida, el trabajador no podía accionar por la vía civil, mientras que el proveedor podría hacerlo. Por lo tanto, el trabajador tenía limitado el derecho de recurrir ante la misma instancia que otro ciudadano y tenía una indemnización mucho menor por el mismo hecho y la misma afección.

El 1º de febrero de 2002, en los autos "Gorosito v. Riva S.A. y otro s/ daños y perjuicios" la Corte Suprema de Justicia de la Nación convalidó la constitucionalidad del art. 39 de la LRT, sosteniendo que no podía declararse en abstracto la inconstitucionalidad; recogía la opinión de la doctrina minoritaria sin rebatir los contundentes argumentos esgrimidos por la doctrina y la jurisprudencia mayoritaria del país. De hecho, tribunales de diversa jerarquía y jurisdicciones continuaron declarando la inconstitucionalidad del art. 39 de la LRT teniendo en cuenta las circunstancias particulares del caso.

Jurisprudencia de la CSJN: caso "Aquino"

En el fallo "Aquino, Isacio v. Cargo Servicios Industriales S.A. s/ accidente ley 9688" del 21/9/2004 se confirma un pronunciamiento de la Sala VI de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo y sienta una nueva postura, declarando -con diferencias en los fundamentos según los votos- la inconstitucionalidad del art. 39.1 de la LRT. En el caso se hizo lugar a un reclamo indemnizatorio de un trabajador de 29 años que sufrió un accidente de trabajo al caer de un techo de chapa desde 10

metros de altura cuando colocaba una membrana sin ningún tipo de mecanismo protectorio, lo que le produjo una incapacidad absoluta.

El voto mayoritario decide la inconstitucionalidad en abstracto de la norma mencionada. Lo hace al entender que la LRT, al excluir, sin reemplazarla con análogos alcances, la tutela de los arts. 1109 y 1113 del C.Civil, no se adecua a los lineamientos constitucionales, pese a haber proclamado que tiene entre sus objetivos “reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales” (art. 1, inc. 2.b), negando el principio *alterum non laedere*, al no considerar en forma plena de la persona humana y los imperativos de justicia de la reparación, seguidos por nuestra Constitución Nacional y, de consiguiente, por esta Corte, que no deben cubrirse sólo en apariencia (Fallos: 299:125, 126, considerando 1° y sus citas, entre muchos otros).

En este sentido, concluye que “la responsabilidad que fijan los arts. 1109 y 1113 del Código Civil sólo consagra el principio general, de manera que la reglamentación que hace dicho código en cuanto a las personas y las responsabilidades consecuentes no las arraiga con carácter exclusivo y excluyente en el derecho privado, sino que expresa un principio general que regula cualquier disciplina jurídica... La incapacidad debe ser objeto de reparación, al margen de lo que pueda corresponder por el menoscabo de la actividad productiva y por el daño moral... No sólo cabe justipreciar el aspecto laboral sino también las consecuencias que afecten a la víctima, tanto desde el punto de vista individual como desde el social”.

La Corte sostiene que indemnizar es eximir de todo daño y perjuicio mediante un cabal resarcimiento, lo cual no se logra si el daño o el perjuicio subsisten en cualquier medida; y es por ello que en el ámbito del trabajo, corresponde indemnizar también la pérdida de “chance”, cuando el accidente ha privado a la víctima de la posibilidad futura de ascender en su carrera.

Así entendida, la eximición de la responsabilidad civil del empleador frente al daño sufrido por el trabajador, se desentiende de la realización de la justicia social, y ha agravado la desigualdad de las partes que regularmente supone la relación de trabajo (Fallos: 181: 209, 213/214; 239:80, 83 y 306:1059, 1064, considerando 8°) y, en consecuencia, formular una “preferencia legal” inválida por contraria a la justicia social (doctrina de Fallos: 264: 185, 187, considerando 6°).

Sostiene que resulta fuera de toda duda que el propósito perseguido por el legislador, mediante el art. 39, inc. 1 LRT, no fue otro que consagrar un marco reparatorio de alcances menores que los del Código Civil. El sistema de la LRT se aparta de la concepción reparadora integral, porque no admite indemnización por ningún otro daño que no sea la pérdida de la capacidad de ganancias del trabajador, la cual, a su vez, resulta conmensurable de manera restringida.

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

Jurisprudencia de la CSJN: caso “Díaz” y “Avila Juchami”

La ministro Carmen M. Argibay se expidió en la causa “Díaz, Timoteo Filiberto v. Vaspia SA” (Corte Sup., 7/3/2006), de sustancial analogía con los fundamentos de “Aquino”.

Sostuvo que la veda expresamente establecida en el art. 39, que prohíbe la posibilidad de que los empleados demanden a su empleador por su responsabilidad civil salvo el caso de que éste hubiese actuado con dolo, vulnera los derechos constitucio-

nales plasmados en los arts. 14 bis, 16, 18 y 19, CN, y es –consecuentemente– inconstitucional en abstracto.

Estableció la necesidad del llamado “derecho a opción”, argumentando que “la ineficacia del sistema del Código Civil se debió a que los daños sufridos por el empleado no siempre eran el efecto de la acción ilícita, dolosa o culposa, del empleador. El sistema del derecho común se orienta a asegurar la libertad negativa o ausencia de interferencia en las acciones de las personas, por lo que, en principio, nadie puede ser sancionado por lo que está permitido. Por eso, hasta 1915, el régimen civil de responsabilidad, que se limitaba a la reparación de los daños causados por la acción antijurídica de las personas, dejaba completamente desamparados a quienes sufrían en su cuerpo los daños de una alta exposición al riesgo de actividades no sólo lícitas, sino socialmente promovidas y provechosas (por ejemplo, la industria)”.

También asimiló la situación del empleador con la figura del *free rider*, ya que el sistema le permite aprovecharse de la cobertura colectiva o previsional de tales riesgos para enjugar la responsabilidad que le cabe por sus acciones ilícitas.

La Corte el 28/3/2006 dictó el fallo "Avila Juchami, Nicolás Urbano v. DECSA Srl y otro", en el cual terminó de alinear la posición de sus integrantes. Petracchi, Zaffaroni, Highton y Argibay se volcaron por la postura inicial de inconstitucionalidad en abstracto del art. 39 LRT; mientras que Lorenzetti y Maqueda mantuvieron la tesitura que habían sostenido en "Aquino".

Ley 26.773 (BO, 26/10/2012). Derogación del art. 39 LRT.-

A partir de la doctrina antes reseñada, comienza a plasmarse la necesidad de reforma del sistema, lo cual ocurre al entrar en vigencia la ley 26.773.

El art. 17, ley 26.773 (BO, 26/10/2012) deroga los arts. 19, 24 y los incisos 1, 2 y 3 del artículo 39 de la ley 24.557 y sus modificatorias.

Sin embargo, tal derogación no implica regresar a un sistema similar al de las leyes que precedieron a la LRT (leyes 9688 y 24.028, con inveterada opción excluyente de 1915 a 1991), ni tampoco adoptar la teoría del cúmulo (pretensión y aspiración de determinados actores sociales, más que nada a partir de los fallos "Ilosco" y "Cachambí" de la CSJN).

El art. 4, segundo párrafo, dispone que *"Los damnificados podrán optar de modo excluyente entre las indemnizaciones previstas en este régimen de reparación o las que les pudieran corresponder con fundamento en otros sistemas de responsabilidad. Los distintos sistemas de responsabilidad no serán acumulables. El principio de cobro de sumas de dinero o la iniciación de una acción judicial en uno u otro sistema implicará que se ha ejercido la opción con plenos efectos sobre el evento dañoso."*

Las acciones judiciales con fundamento en otros sistemas de responsabilidad sólo podrán iniciarse una vez recibida la notificación fehaciente prevista en este artículo.

La prescripción se computará a partir del día siguiente a la fecha de recepción de esa notificación.

En los supuestos de acciones judiciales iniciadas por la vía del derecho civil se aplicará la legislación de fondo, de forma y los principios correspondientes al derecho civil".

De la lectura de la norma se desprende que el legislador pretendió una vuelta al régimen legal anterior a la entrada en vigencia de la LRT, con derecho a opción civil

(excluyente), y competencia de la justicia civil en aquellos litigios con base en el derecho común (al estilo de la ley 24.028).

Sin embargo, luego deja claro que no toda percepción de prestaciones sistémicas implica renuncia (art. 5: "*La percepción de las prestaciones en dinero, sea imputable a la sustitución de salarios en etapa de curación (ILT) o sea complementaria por Gran Invalidez, así como la recepción de las prestaciones en especie, no implicarán en ningún caso el ejercicio de la opción excluyente prevista en el artículo precedente*"). Se trata de una norma bienvenida, que disipa todo tipo de incertidumbre: sin notificación fehaciente no hay opción válida (art. 4) y la percepción de prestaciones en especie, o por ILT o complementarias tampoco implican ni presumen renuncia alguna.

Luego, en el art. 6, se introduce un cambio sustancial respecto de los regímenes que precedieron a la LRT, al disponerse que cuando, por sentencia judicial, conciliación o transacción se determine la reparación con fundamento en otros sistemas de responsabilidad, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) deberá depositar en el respectivo expediente judicial o administrativo el importe que hubiera correspondido según este régimen, con más los intereses correspondientes, todo lo cual se deducirá, hasta su concurrencia, del capital condenado o transado. También deberá la aseguradora contribuir al pago de costas en la proporción a la parte del monto indemnizatorio que le hubiera correspondido respecto del total del monto declarado en la condena o pacto conciliatorio.

Se trata de una suerte de cúmulo sui generis, dado que tanto en caso de sentencia condenatoria contra el empleador en los términos del derecho civil (reparación integral), como en caso de transacción o conciliación, se impone la obligación legal de la aseguradora de responder hasta los límites de la póliza, quedando la diferencia entre el monto sistémico y la reparación integral a cargo del empleador. O sea, el trabajador obtiene - sólo en este supuesto - la prestación sistémica por parte de la aseguradora, como así también la diferencia entre ella y el derecho común, a cargo del empleador.

Se trata de un cúmulo limitado, y que es merecedor de diversas críticas desde el plano doctrinario.

La parte final de la norma dispone que "Si la sentencia judicial resultare por un importe inferior al que hubiera correspondido abonar por aplicación de este régimen de reparación, el excedente deberá depositarse a la orden del Fondo de Garantía de la ley 24.557 y sus modificatorias".

De todos modos, la reparación integral de un evento dañoso en los términos del derecho civil no podría ser menor en monto a la que hubiese correspondido según el régimen especial. Ello así porque el régimen especial repara sólo el daño que la contingencia ha producido en la esfera laboral del individuo, mientras que la reparación integral apunta, además, a las demás facetas del sujeto (amén de la laboral, tiene en cuenta su vida de relación, familiar, social, el daño moral, etc), por lo que es imposible que una reparación integral - bien sopesada - sea de valor inferior a la reparación sistémica del mismo evento.

Para resguardarse de eventuales juicios civiles, el art. 7, - en consonancia con la apertura ya impuesta en el decreto 1694/09 y sus modificatorias - reafirma que "*El empleador podrá contratar un seguro aplicable a otros sistemas de responsabilidad que puedan ser invocados por los trabajadores damnificados por daños derivados de los riesgos del trabajo, en las condiciones que fije la reglamentación que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN). 2. A los efectos de las acciones*

judiciales previstas en el artículo 4° último párrafo de la presente ley, será competente en la Capital Federal la Justicia Nacional en lo Civil. Invítase a las provincias para que determinen la competencia de esta materia conforme el criterio establecido precedentemente. 3. En las acciones judiciales previstas en el artículo 4° último párrafo de la presente ley, resultará de aplicación lo dispuesto por el artículo 277 de la ley 20.744. Asimismo, se deberá considerar como monto del proceso a todos los efectos de regulaciones de honorarios e imposición de costas, la diferencia entre el capital de condena y aquel que hubiera percibido el trabajador -tanto en dinero como en especie-como consecuencia del régimen de reparación contenido en esta ley, no siendo admisible el pacto de cuota Litis".

El punto que más debate ha generado la norma está en relación a la competencia civil para entender en los reclamos con base en el derecho común, en especial en lo que respecta a los casos que quedarían subsumidos, o no, en los márgenes de competencia de la nueva normativa.

Si bien desde el derecho procesal se tiene dicho en forma reiterada, que las normas procesales son de aplicación inmediata y alcanzan a los procesos en trámite (lo que habilitaría a sostener que las nuevas causas iniciadas deben tramitar ante el fuero civil), no obstante, no regirán para los recursos interpuestos ni en los casos en que se supriman instancias, ni para los trámites, diligencias o plazos que hubieren empezado a correr o tenido principio de ejecución antes de su entrada en vigor, los cuales se regirán por la norma precedente. Así mismo el tribunal que esté conociendo en un asunto, continuará en el mismo hasta su terminación, aunque la nueva norma modifique las reglas de competencias.

Principales modificaciones de la ley 26.773 (BO, 26/10/2012).-

La ley 26.773 se publicó en el Boletín Oficial con fecha 26 de octubre de 2012, y modificó sustancialmente algunos de los aspectos más cuestionados del régimen de Riesgos del Trabajo previsto en la ley 24.557.

Se trata de la reforma más importante que ha tenido el sistema, luego del decreto de necesidad y urgencia 1278/2000 y el decreto reglamentario 1694/2009, de fecha 5 de noviembre de 2009.

Aunque no lo sea, la nueva norma pretende erigirse en el nuevo eje del régimen reparatorio en materia de accidentes y enfermedades profesionales, al establecer el art. 1 que *"Las disposiciones sobre reparación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales constituyen un régimen normativo cuyos objetivos son la cobertura de los daños derivados de los riesgos del trabajo con criterios de suficiencia, accesibilidad y automaticidad de las prestaciones dinerarias y en especie establecidas para resarcir tales contingencias. A los fines de la presente, se entiende por régimen de reparación al conjunto integrado por esta ley, por la ley 24557 de riesgos del trabajo y sus modificatorias, por el decreto 1694/2009, sus normas complementarias y reglamentarias, y por las que en el futuro las modifiquen o sustituyan"*.

La nueva ley tiene 18 artículos y 3 Capítulos: el primero apunta al ordenamiento de la cobertura, el segundo a la gestión del régimen, y el tercero está referido a disposiciones generales.

No hay mención expresa en ninguna parte de su articulado a los accidentes in itinere, por lo que debe entenderse que en este aspecto se mantiene sin modificaciones.

El art. 3, establece la compensación adicional del 20% se aclara que se aplica a aquellos casos en los que "...el daño se produzca en el lugar de trabajo o lo sufra el dependiente mientras se encuentre a disposición del empleador...", lo que - si bien parecería excluir los accidentes in itinere- en realidad no es así, dado que toda la teoría de la reparación del accidente in itinere se basa en la tesis de sostener que si bien el trayecto no es jornada de trabajo, es un tiempo en el cual el trabajador no está en uso de su tiempo libre.

De todos modos, también resulta aplicable lo normado en el art. 9 de la LCT, y las diversas normas que rigen la no discriminación en materia laboral, por lo que cualquier norma que establezca un trato diferenciado entre la víctima de un accidente in itinere y cualquier otra contingencia cubierta, no superaría el test de constitucionalidad.

Otra de las modificaciones del régimen apunta a eliminar las prestaciones indemnizatorias dinerarias de renta periódica por prestaciones dinerarias de pago único. El derecho a percibir una prestación de pago único se computa desde que se produzca el daño o desde la configuración de la causalidad de la enfermedad profesional.

Pero, sin dudas el punto que más debate ha generado en la doctrina ha sido el restablecimiento de la opción civil.

Así, la ley establece lo que denomina la "opción excluyente" u "opción con renuncia", según la cual el trabajador damnificado -o sus derechohabientes- deberá elegir entre cobrar la indemnización que ofrece la aseguradora de riesgos del trabajo, o bien reclamar una reparación integral mayor en el marco del régimen, o por un juicio civil que tramitará en los Juzgados Civiles con la aplicación de la legislación de fondo, de forma y demás principios correspondientes al derecho civil, pero con aplicación del artículo 277 de la ley de contrato de trabajo en lo que hace a la forma de pago en juicio. Tampoco se habilitan los pacto de cuota litis.

Otro aspecto que genera divisiones en doctrina es la competencia en materia de accidentes con fundamento en el derecho civil.

Parte de la doctrina sostiene que fijar la competencia en un juez que no sea el laboral va contra los principios de especialización y sujeción al juez natural. Quienes sostienen lo contrario afirman que si el trabajador decide libremente abstraerse de la normativa laboral específica (LRT y sus modificatorias) y reclamar una suma mayor con fundamento en el derecho común (como lo haría cualquier ciudadano), la lógica consecuencia es que el litigio se ventile en el fuero civil (esto es, al que iría cualquier ciudadano a reclamar ese mismo derecho).

El momento a partir del cual se puede ejercer la opción está claramente establecido en la norma.

Así, se determina que los obligados al pago de la reparación por la ley 24.557 tienen 15 días desde la notificación de la muerte del trabajador, o de la homologación o determinación de la incapacidad de la víctima de un accidente de trabajo o enfermedad profesional para notificar fehacientemente a los damnificados los importes que les corresponden percibir e indicar que se encuentran a su disposición para el cobro, precisando cada concepto en forma separada, y la percepción de las sumas de dinero ofrecidas o la iniciación de una acción judicial implicará que se ha ejercido la acción con plenos efectos sobre el evento dañoso.

También se establece que las acciones judiciales en el medio civil sólo podrán iniciarse una vez recibida la notificación fehaciente antes señalada. En estos casos, la

prescripción de esa acción se computará a partir del día siguiente de dicha notificación, entendiéndose que la misma es bienal por tener origen en una relación laboral.

Lo antes asentado implica para el trabajador el paso por la vía administrativa del sistema. Las comisiones médicas están vigentes por la ley 24.557, y si bien no hay mención a ellas en la ley 26.773, el paso por las mismas debe tenerse por incorporado al pretendido proceso de aceptación (para que haya notificación al trabajador o derechohabientes, debe haber previamente una incapacidad final declarada por la comisión médica respectiva).

Se trata de un aspecto cuestionable de la reforma, máxime si consideramos los términos en los que la Corte se refiriera a la vía administrativa previa al dictar el fallo "Castillo".

Se aclara que la percepción de prestaciones en dinero, sea imputable a la sustitución de salarios (a partir de los 10 días del siniestro) o en la etapa de curación (ILT), así como la percepción de las prestaciones en especie no implican el ejercicio de la opción excluyente.

En cuanto a la intervención que le toca a las aseguradoras en caso de acciones civiles que tengan como blanco al empleador, la reforma establece que si por sentencia, conciliación o transacción se determina la reparación con fundamento en otros sistemas de responsabilidad, la aseguradora de riesgos del trabajo depositará el importe que hubiera correspondido según la ley 24.557 con más sus intereses, todo lo cual se deducirá hasta su concurrencia del capital condenado o conciliado.

La determinación de la base imponible se realizará sobre el monto total de las remuneraciones y de los conceptos no remunerativos que perciba el trabajador y declare el empleador.

Cabe recordar que, por ejemplo, el artículo 12 de la LRT sólo se refería a "remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones con destino al sistema de jubilaciones (SIJP)".

La ley 26.573 deroga los artículos 19, 24 y 39, incisos 1), 2) y 3), de la ley 24.557 que, respectivamente, se ocupaban de la contratación de una renta periódica, del régimen de alícuotas de las ART en relación con la siniestralidad presunta y de la responsabilidad civil que no es otra cosa que la prohibición del acceso al reclamo por daños y perjuicios ordinarios.

Como las prestaciones indemnizatorias de renta periódica quedan transformadas en prestaciones dinerarias de pago único, con excepción de las prestaciones en ejecución, sólo hará falta accionar requiriendo el pago único en ese último supuesto, y siempre que la aseguradora no acceda al pago único en forma voluntaria.

El derecho a percibir una prestación de pago único se computa desde que se produzca el daño o desde la configuración de la causalidad de la enfermedad profesional.

Asimismo, se adiciona, apuntando específicamente al daño moral propio de las acciones civiles, un veinte por ciento (20%) al capital asignado, con la aparente exclusión del accidente in itinere, con un piso mínimo de \$ 70.000 para los casos de incapacidad total o muerte.

En materia de aseguramiento complementario, el nuevo esquema habilita al empleador para contratar un seguro aplicable a otros sistemas de responsabilidad que puedan ser invocados por los trabajadores damnificados.

Es esperable una mejora respecto del seguro por responsabilidad civil impulsado por el decreto 1694/2009, cuyos resultados no fueron los esperados, debido a los altos costos de las primas.

En lo que hace al criterio de actualización automática de los montos prestacionales, se trata de uno de los aciertos de la ley 26.673.

Ahora, los importes por incapacidad laboral permanente (ILP) y el resto de las indemnizaciones se ajustarán semestralmente según la variación del "índice de remuneraciones imponibles promedio de los trabajadores estables" (RIPTE) que publica la Secretaría de Seguridad Social.

Así, las prestaciones en dinero por incapacidad permanente previstas en dicha ley (y la actualización del decreto reglamentario 1694/2009) que se ajustarán con base al 1 de enero de 2010 conforme con el índice RIPTE.

El mismo criterio de vigencia se aplicará al importe y actualización de las prestaciones adicionales por gran invalidez, más allá de la fecha de determinación de esa condición. La actualización general prevista en el artículo 8 de esta ley (ILP) se efectuará en los mismos plazos que la dispuesta para el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) por el artículo 32 de la ley 24.241 (movilidad de las prestaciones), modificado por su similar, la ley 26.417.

El régimen de alícuotas será definido por las Superintendencias de Seguro y Riesgos del Trabajo, y considerará para ello los índices de siniestralidad, el nivel de riesgo de la actividad y los niveles de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo.

Los empleadores tienen derecho a requerir a la aseguradora toda la información relativa al sistema de alícuotas y prestaciones. Las aseguradoras de riesgos del trabajo deberán ajustar sus gastos de administración y otros no prestacionales a un porcentaje no superior al veinte por ciento (20%) de sus ingresos para estos seguros, y dentro del mismo podrán aplicar sólo un cinco por ciento (5%) a gastos de comercialización o intermediación en las ventas del seguro.

Prescripción.-

El sistema de la LRT dispone una alteración sustancial del régimen de prescripción porque los derechos de la víctima nacen con su reclamo o el de sus derechohabientes. El plazo de prescripción es de dos años: comienza en la fecha en que la prestación debió ser pagada o prestada y, en todo caso, desde el cese de la relación laboral (art. 43, ap. 1, y art. 44, ap. 1). Resulta indiferente la fecha del accidente de trabajo o de la manifestación (sintomatología en las enfermedades profesionales) o el de consolidación de la enfermedad, que eran fechas de interés para las leyes anteriores.

Las acciones para el reclamo del pago de los créditos de las ART, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y la Superintendencia de Seguros de la Nación, prescriben a los diez años desde la fecha en que debió ser efectuado el pago. Para el tratamiento de dichas acciones corresponde la justicia nacional, con competencia en lo laboral, civil o comercial en la Capital Federal, y en las provincias, la de competencia civil o comercial.

Prestaciones médicas

El sistema de riesgos de trabajo está estructurado, en este aspecto, de modo similar al sistema de salud, contratando las aseguradoras y los autoasegurados a sus prestadores *por capitación o por prestación*. A ello se suma la posibilidad de contar con *centros propios*.

En de *capitación*, el prestador médico cobra una determinada suma de dinero por paciente (en este caso, un trabajador). El centro de salud cobra según vaya el paciente a atenderse hasta su recuperación (por ejemplo, si el trabajador requiere ser atendido cinco veces, el nosocomio contratado factura a la aseguradora igual cantidad de veces); es el más utilizado, por ser el más económico.

El de *prestación*, es el pago por paciente, independientemente de las veces que deba ser atendido hasta su curación. Cada enfermedad o accidente genera un solo pago, independientemente de las veces que fuera necesario atender al trabajador hasta su curación. La clave de la rentabilidad está en la rapidez en alcanzar la curación del paciente o dar el alta médica.

Los *centros propios* son una opción para las aseguradoras o empleadores autoasegurados que cuentan con una cantidad y concentración considerable de trabajadores, que presenta la ventaja de ser económicamente más conveniente que la contratación de un tercero, y permite controlar mejor el tratamiento y evolución de los trabajadores accidentados. Las ART que optan por contar con centros propios, recurren a un *mix* (prestadores propios y contratados). En cualquier caso, deben estar inscriptos en el Registro de Prestadores Médicos (decreto 1694/09).

Exámenes médicos: Además de los exámenes que deben realizarse para el diagnóstico, tratamiento y curación de una enfermedad o accidente laboral, existen otros exámenes médicos obligatorios a los trabajadores. Algunos están a cargo del empleador y otros de la ART.

De acuerdo a la res. 37/2010 (BO, 20/1/2010) de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (que reemplazó a la resolución 43/1997 y derogó las resoluciones 28/98 y 54/98), los exámenes de salud que deben ser realizados a los trabajadores son los siguientes: 1) Preocupacional o de ingreso; 2) Periódicos; 3) Previos a una transferencia de actividad; 4) Posteriores a una ausencia prolongada; 5) Previos a la terminación de la relación laboral o de egreso.

Los *exámenes preocupacionales* son obligatorios y de responsabilidad del empleador, sin perjuicio de la posibilidad de que se convenga con la ART su realización. Su función es la de determinar la aptitud psicofísica del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo; no deben ser utilizados como herramienta de discriminación en la selección de personal. Son de utilidad para deslindar responsabilidades futuras, ya que permiten detectar patologías preexistentes al inicio de la relación laboral, para aquellos trabajos en los que eventualmente estuvieren presentes agentes de riesgo (decreto 658/1996). De presentarse enfermedades preexistentes, los exámenes preocupacionales deben ser visados o fiscalizados en organismos o entidades públicas, nacionales, provinciales o municipales que hayan sido autorizados por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Los *exámenes periódicos* tienen por función la detección temprana de las afecciones producidas por el trabajo o los agentes de riesgo a los cuales el trabajador pueda encontrarse expuesto con motivo de sus tareas, con la finalidad de evitar o acotar las consecuencias del desarrollo de enfermedades profesionales. Son obligatorios en aquellas tareas en las que exista exposición a agentes de riesgo. Están a cargo de las ART cuando existe exposición a agentes de riesgo, y en cabeza del empleador cuando tal exposición no se verifique.

Los *exámenes previos a la transferencia de actividad* deben llevarse a cabo antes de un cambio efectivo de tareas. Son obligatorios cuando los cambios impliquen el

comienzo de una eventual exposición a uno o más agentes de riesgo, no relacionados con las tareas que anteriormente efectuaba el trabajador. En este caso, corresponde al empleador la responsabilidad de su realización.

La normativa también dispone, con carácter optativo para la ART, la posibilidad de efectuar *exámenes posteriores a una ausencia prolongada*, con el objetivo de detectar eventuales patologías sobrevenidas durante la ausencia del trabajador (por ejemplo, una licencia por embarazo o la excedencia). Solamente puede realizarse en forma previa al efectivo reinicio de las actividades del trabajador o trabajadora. La responsabilidad de efectuarlos o no, está en cabeza de la Aseguradora, sin perjuicio de la posibilidad de convenir con el empleador su realización. Los casos de ausencia prolongada, deben ser notificados por los empleadores en los plazos y modalidades que cada ART establezca.

Los *exámenes de egreso* tienen la finalidad de comprobar el estado de salud del trabajador al momento de la desvinculación. Permiten la detección y el tratamiento oportuno de las enfermedades profesionales y de secuelas incapacitantes y sirven al empleador y a la aseguradora para constatar el estado de salud al egreso y prevenirse -al menos en alguna medida- de posibles responsabilidades. Tienen carácter optativo, y deben realizarse entre los 10 días anteriores y los 30 días posteriores a la terminación de la relación laboral. La realización de estos exámenes es responsabilidad de la ART; nada obsta a que ésta pacte con el empleador su realización, siendo carga del empleador de tareas notificar a su ART el cese de la relación laboral, en los plazos y modalidades que cada ART establezca.

Todos los exámenes médicos son obligatorios para el trabajador, el cual debe proporcionar con carácter de declaración jurada, la información sobre sus antecedentes médicos y patologías que los afecten y de los cuales tengan conocimiento, siempre con salvaguarda al derecho del interesado al resguardo en el ámbito de la intimidad de la información considerada sensible. Para tener validez los exámenes deben ser efectuados en centros habilitados por la autoridad sanitaria y bajo la responsabilidad de un médico del trabajo, debidamente habilitado ante la autoridad competente.

Prestaciones en especie.-

Las prestaciones están contempladas en los capítulos IV y V de la ley 24.557 (arts. 11 a 20). La ley cubre dos tipos de prestaciones: en especie y dinerarias. Las prestaciones en especie (art. 20) son servicios y beneficios para asistir al trabajador. La ley establece las siguientes: asistencia médica y farmacéutica; prótesis y ortopedia; rehabilitación; recalificación profesional y servicio funerario. Las ART deben disponer, con carácter de servicio propio o contratado con terceros, de infraestructura para proveer estas prestaciones. Deben otorgarlas hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes.

Prestaciones dinerarias.-

Las prestaciones dinerarias (arts. 11 a 19) apuntan a cubrir la pérdida de los ingresos del trabajador por no poder concurrir a prestar tareas en virtud de su incapacidad. Para fijar su cuantía es necesario determinar la incapacidad, el ingreso base diario y mensual, la edad del trabajador y las cargas de familia. La percepción de las prestaciones dinerarias es compatible con el desempeño de actividades remuneradas. Previo a la reforma de la ley 26773 podía consistir: en una suma fija -similar a la fijada en las leyes anteriores-; en una renta periódica: una suma que se abona en forma mensual -prestación mensual-

hasta los 65 años o de por vida, según los casos; o en ambas. Para establecer cuál de ellas corresponde se toma en consideración el porcentaje de incapacidad que padece el trabajador. Actualmente, los pagos bajo la forma de renta han sido eliminados, al establecer el art. 2 último párrafo de la ley 26.773 que "El principio general indemnizatorio es de pago único, sujeto a los ajustes previstos en este régimen".

El ingreso base diario (IBD) surge de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones con destino al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, devengadas en los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante o al tiempo de prestación de servicio (si fuera menor que un año), por el número de días corridos comprendidos en el período considerado (art. 12, LRT, texto según decreto 1278/2000). El ingreso base mensual (IBM) consiste en multiplicar la cantidad obtenida (ingreso base diario) por 30,4 (365%12), que es el promedio de días corridos que tiene cada mes en un año (art. 12, LRT, texto según decreto 1278/2000).

Estas prestaciones dinerarias varían según el grado de incapacidad del trabajador (parcial -leve o grave- y total) y su carácter (temporaria, provisoria o permanente).

Pueden presentarse las siguientes situaciones:

- I) Incapacidad laboral temporaria.
- II) Incapacidad laboral permanente: A) provisoria: parcial o total.
 B) definitiva: 1) parcial: leve o grave
 2) total
- III) Gran invalidez
- IV) Fallecimiento

Las pautas generales son las siguientes:

Si un trabajador padece una enfermedad profesional o sufre un accidente de trabajo que lo incapacita para prestar tareas, durante los diez primeros días percibe su salario habitual que paga su empleador. Desde el undécimo día en adelante su remuneración es abonada por la ART.

Para determinar la cuantía de las prestaciones dinerarias se considera ingreso base la cantidad que resulte de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones, con destino al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, devengadas en los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante, o en el tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado (art. 4º, decreto 1278/2001).

Cuando se determina una incapacidad laboral permanente menor que el 50%, la ART le abona al trabajador una indemnización que consiste en una suma fija que surge de tomar en cuenta la edad, el salario y el porcentaje de incapacidad. El piso es igual al porcentaje de la incapacidad multiplicado por \$ 180.000; la suma surge de multiplicar 53 (cantidad de salarios que reconoce el sistema desde la reforma del decreto 1278/2000) x (salario mensual) x (porcentaje de incapacidad) x (coeficiente de edad que surge de 65/edad del trabajador).

Si la incapacidad es superior al 50% e inferior al 66%, en base a la doctrina judicial de la CSJN y los términos de la ley 26.773, se puede optar por su efectivización en un solo pago. Aquí, la ART paga al trabajador una renta periódica mensual hasta obtener el beneficio jubilatorio. Esa renta es igual al valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad, con un piso de \$ 180.000. El decreto

1278/2000 (BO, 3/1/2001), adicionó a las prestaciones dinerarias de pago periódico cuando la incapacidad es mayor al 50% e inferior al 66%, un importe de pago único de \$ 30.000. El decreto 1694/09 (BO 6/11/09) la elevó a \$ 80.000.

Si la incapacidad es igual o mayor que el 66%, o se produce el fallecimiento del trabajador, en base a la doctrina judicial de la CSJN y los términos de la ley 26.773, se puede optar por su efectivización en un solo pago. En tal caso, el trabajador o sus derechohabientes percibirán una renta vitalicia con un piso de \$ 180.000 y tendrán derecho, además, a la jubilación o pensión por invalidez. El monto de la renta vitalicia mensual varía en virtud de la expectativa de vida de quien lo cobra: cuanto menos edad tiene el beneficiario menor es el monto que percibe por mes; depende de la remuneración del trabajador y de su edad (o, por ejemplo, de la edad de la viuda). El decreto 1278/2000 incorporó además de la renta un pago único, que en los casos de incapacidad absoluta (66% o más) era de \$ 40.000, y en caso de fallecimiento del trabajador es de \$ 50.000 (ahora \$ 120.000, decreto 1694/09). Si el trabajador tenía una incapacidad igual o superior al 66% y requiere la asistencia continua de otra persona, la ART estaba obligada a abonar una prestación mensual de 3 Mopres (\$ 240). En virtud de lo normado en el decreto 1694/09, esa pensión mensual alcanza los \$ 2000 (art. 5).

De acuerdo a lo dispuesto en la ley 26.673 (BO del 26/10/2012) todos los montos referidos deben incrementarse con la aplicación del índice RIPTE (Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables). También se debe aplicar el incremento del 20% por cualquier otro daño, con un piso en caso de fallecimiento e incapacidad total de \$ 70.000.

Ejemplificando, al cierre de esta edición, el último RIPTE fijado y publicado por el MTSS era el de noviembre de 2012 (\$ 789,52), mientras que el índice RIPTE correspondiente a enero de 2010 ascendía a \$ 344,73.- O sea: $789,52 \% / 344,73 = 2,29$ (valor del RIPTE). Si el capital nominal fuese \$ 35.000.-, ello nos da un capital nominal ajustado por índice RIPTE de $35.000 \times 2,29 = \$ 80.150.-$

I. Incapacidad laboral temporaria: es la que inhabilita temporariamente al trabajador para prestar tareas. Se trata de un impedimento transitorio que tiene una duración máxima de doce meses contados desde la producción del accidente o desde la primera manifestación invalidante de la enfermedad. En este período el trabajador percibe una prestación de pago mensual equivalente al ingreso base mensual que no tiene carácter remuneratorio. Durante los diez primeros días de la incapacidad laboral temporaria el pago está a cargo del empleador, y desde el día undécimo está a cargo de la ART tanto la prestación dineraria -pago mensual del salario por enfermedad (art. 208, LCT)- como las prestaciones en especie.

La incapacidad laboral temporaria se extiende hasta la presencia de cualquiera de las siguientes circunstancias que producen su cese: alta médica producida antes de transcurrido un año contado desde su manifestación; declaración del estado de incapacidad permanente; transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante; muerte del damnificado.

II. Incapacidad laboral permanente: comienza con la finalización de la incapacidad temporaria. Puede ser provisoria o definitiva.

a) Incapacidad laboral permanente provisoria: se extiende hasta los treinta y seis meses, lapso que se puede ampliar por un máximo de veinticuatro meses más.

Drao GADA.

Vencidos los plazos indicados, si no hubiera recuperación del trabajador afectado, la incapacidad laboral permanente se considera definitiva. Mientras dura la provisionalidad, las ART abonan al trabajador las siguientes prestaciones mensuales:

- Si la incapacidad es parcial, es decir, menor que el 66%, debe pagar una suma mensual equivalente al valor mensual del IB (ingreso base) multiplicado por el porcentaje de incapacidad, más el salario familiar ($IB \times \% \text{ incapacidad} + \text{salario familiar}$).

- Si la incapacidad es total, debe pagar una suma equivalente al 70% del valor mensual del IB, más las asignaciones familiares ($70\% \times IB + \text{salario familiar}$).

El art. 6 del decreto 1694/09 dispone que en prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o permanente provisoria se calcularán, liquidarán y ajustarán de acuerdo al art. 208 de la LCT.

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

1) INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE DEFINITIVA PARCIAL: puede ser leve o grave.

a) *Leve*: es aquella en que el grado de incapacidad es inferior o igual al 50%. Se abona como pago único al cesar la incapacidad temporaria, a cargo de la ART, una suma equivalente al valor resultante de multiplicar 53 veces el IB ($IB \times 53$) por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente de edad, que surge de dividir 65 por la edad del trabajador damnificado a la fecha de la invalidez ($IB \times 53 \times \% \text{ incapacidad} \times [65/\text{edad}]$). Para este pago único rige un piso que resulta de multiplicar \$ 180.000 por el porcentaje de incapacidad (decreto 1694/09). De acuerdo a lo establecido en la ley 26.673 (BO del 26/10/2012) dicho monto se incrementa con la aplicación del índice RIPTE (Remununeración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables). También se aplica el incremento del 20% por cualquier otro daño.

b) *Grave*: es la de grado mayor que el 50% y menor que el 66%. La ART debe pagar al trabajador una renta periódica hasta su fallecimiento, cuyo monto es igual al IB multiplicado por el porcentaje de incapacidad ($IB \times \% \text{ incapacidad}$). El valor esperado de la renta periódica no puede ser inferior a \$ 180.000 (decreto 1694/09). El decreto 1694/09 adicionó un importe de pago único complementario de \$ 80.000 (art. 11, ap. 4, de la LRT). Puede reclamarse su pago en una sola vez. De acuerdo a lo establecido en la ley 26.673 (BO del 26/10/2012) dichos montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE (Remununeración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables). También se aplica el incremento del 20% por cualquier otro daño.

2) INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE DEFINITIVA TOTAL: es aquella cuyo grado de incapacidad es del 66% o más. En el período de provisionalidad de esta incapacidad la ART paga una suma igual al 70% del salario del trabajador más las asignaciones familiares (el trabajador no tiene derecho a las prestaciones del sistema previsional). Al ser definitiva debe abonar una renta periódica que se determina actuarialmente sobre un capital equivalente al IB multiplicado por 53 y por el coeficiente de edad que surge de dividir 65 por la edad del trabajador afectado ($\text{capital} = IB \times 53 \times [65/\text{edad}]$). El pago de la renta periódica (art. 19) comienza en la fecha de declaración del carácter definitivo de la incapacidad permanente parcial y se extingue -según los casos- con la muerte del beneficiario o en la fecha en que esté en condiciones de acceder a los beneficios jubilatorios. Puede reclamarse su pago en una sola vez.

LOS CALCULOS HAY QUE VERLOS EN EL
POWER POINT

El piso de este beneficio dinerario es de \$ 180.000 (decreto 1694/09). Además, debe recibir las prestaciones que por retiro definitivo por invalidez establezca el régimen previsional al que estuviera afiliado. La renta está a cargo de la Administración Nacional de la Seguridad Social, en forma complementaria al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), pero su capital será integrado por la ART. El decreto 1694/09 agregó a la renta periódica un pago único de \$ 100.000 (art. 11, ap. 4, de la LRT). De acuerdo a lo establecido en la ley 26.673 (BO del 26/10/2012) dichos montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE (Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables). También se aplica el incremento del 20% por cualquier otro daño.

III. Gran invalidez: se trata de la incapacidad laboral permanente total, en la que el trabajador afectado necesita de la asistencia continua de otra persona. Además de las prestaciones previstas para la incapacidad laboral permanente total, la ART debe pagar una prestación de pago mensual cuyo importe equivale a \$ 8000 (decreto 1694/09), que se extingue con la muerte. También en este supuesto el decreto 1694/09 adiciona a las demás prestaciones un pago único de \$ 100.000 (art. 11, ap. 4, de la LRT). Puede reclamarse su pago en una sola vez. De acuerdo a lo establecido en la ley 26.673 (BO del 26/10/2012) dichos montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE (Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables). También se aplica el incremento del 20% por cualquier otro daño.

IV. Fallecimiento: las prestaciones son las mismas que en el caso de incapacidad laboral permanente definitiva total y corresponde que los derechohabientes perciban, además, la pensión por fallecimiento. En este caso también el decreto 1694/09 agregó a las restantes prestaciones un pago único a favor de los derechohabientes de \$ 120.000 (art. 11, ap. 4, de la LRT). Puede reclamarse su pago en una sola vez. De acuerdo a lo establecido en la ley 26.673 (BO del 26/10/2012) dichos montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE (Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables). También se aplica el incremento del 20% por cualquier otro daño, con un piso en caso de fallecimiento e incapacidad total de \$ 70.000.

En cuanto a los derechohabientes, el decreto 1278/2000 modificó el régimen establecido en la ley 24.557 (art. 18), incluyendo expresamente a los padres del trabajador, en ausencia de los derechohabientes enumerados en el art. 53 de la ley 24.241, y -en defecto de éstos- a los familiares a cargo del trabajador. Los derechohabientes del trabajador acceden a la pensión por fallecimiento prevista en el régimen previsional al que estuviera afiliado el damnificado y a las prestaciones establecidas en el segundo párrafo del ap. 2 del art. 15 de la LRT, además de la prevista en su art. 11, ap. 4. Se considera derechohabientes a las personas enumeradas en el art. 53 de la ley 24.241, quienes concurrirán en el orden de prelación y condiciones allí señaladas.

El decreto 1278/2000 establece que en ausencia de las personas enumeradas en el art. 53 de la ley 24.241, accederán los padres del trabajador en partes iguales; si hubiera fallecido uno de ellos, la prestación será percibida íntegramente por el otro; en caso de fallecimiento de ambos padres, la prestación corresponderá, en partes iguales, a aquellos familiares del trabajador fallecido que acrediten haber estado a su cargo, determinando la reglamentación el grado de parentesco requerido para obtener el beneficio y la forma de acreditar la condición de familiar a cargo.

Este último aspecto fue reglamentado por el art. 5° del decreto 410/2001 (BO, 17/4/2001), dispuso que en caso de fallecimiento de los padres del trabajador siniestrado,

los familiares a cargo de éste con derecho a obtener las prestaciones establecidas en el ap. 1 del art. 18 de la LRT serán los siguientes: a) los parientes por consanguinidad en línea descendente, sin límite de grado; b) los parientes por consanguinidad ascendente, sin límite de grado; c) los parientes por consanguinidad en primera línea colateral hasta el tercer grado. En el primero y en el tercer caso, los parientes deberán ser solteros y menores de 21 años, límite que se elevará a 25 años cuando se trate de estudiantes. Esta limitación no rige si esos derechohabientes estuviesen incapacitados para el trabajo a la fecha de fallecimiento del causante, o incapacitados a la fecha en que cumplieren 21 años. En todos los casos los parientes deben acreditar haber estado a cargo del trabajador fallecido, acreditación que deberán efectuar mediante un procedimiento sumarísimo (información sumaria) previsto para las acciones meramente declarativas, conforme al modo en que esté regulado en las distintas jurisdicciones donde se deba acreditar. Para establecer qué se debe entender por "familiar a cargo" hay que seguir las mismas pautas previstas en el art. 53 de la ley 24.241.

Los importes por incapacidad laboral permanente previstos en las normas que integran el régimen de reparación, se ajustarán - como ya vimos- de manera general semestralmente según la variación del índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), publicado por la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Forma de pago: Resolución SRT N° 1286/2011 (BO del 09/09/2011)

Las prestaciones dinerarias debidas a los trabajadores dispuestas en la LRT y sus modificatorias, a cargo de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo o los Empleadores Autoasegurados, se abonarán en la cuenta sueldo de los trabajadores damnificados prevista por el art. 124 de la LCT, texto según ley 26.590, de acuerdo a los datos suministrados por los empleadores en cumplimiento de lo prescripto por el punto 18 del ap. b) del art. 5 de la Resolución General de la AFIP N° 2988 de fecha 2 de diciembre de 2010.

En el supuesto de no contarse con la información mencionada en el artículo anterior, las prestaciones dinerarias aludidas se abonarán a través de un giro bancario a la Entidad Financiera más próxima a la localidad del domicilio del damnificado. Dicha operación en ningún caso importará costo alguno para el trabajador, debiendo ser asumido por el obligado al pago. El giro bancario podrá efectuarse en otra localidad, a requerimiento del trabajador. Podrá exceptuarse la aplicación de lo dispuesto en los arts. 1 y 2° de la presente resolución, ante el supuesto del trabajador que prestase su conformidad expresa por escrito para que el pago de las prestaciones dinerarias se efectúe por otro medio autorizado por las normas que componen el Sistema de Riesgos del Trabajo. En todos los casos se deberá notificar al trabajador en su domicilio, con 72 hs. de antelación al vencimiento del plazo para hacer efectiva la prestación dineraria, la puesta a disposición y la liquidación del pago; como así también, el lugar y modo en que ella se efectuará. Las Oficinas de Homologación y Visado y las Comisiones Médicas deberán colocar al finalizar las conclusiones médicas o los dictámenes la siguiente leyenda: "Conforme a lo dispuesto por la Resolución S.R.T. N° el pago de la prestación dineraria debida a los trabajadores deberá efectuarse a través de la cuenta sueldo del trabajador o, en su defecto, mediante giro bancario a la entidad financiera más próxima a la localidad de su domicilio. El giro bancario podrá efectuarse en otra localidad, a requerimiento del trabajador. El trabajador será notificado en su domicilio, por el obligado al pago, con 72 hs. de antelación al vencimiento del