

UNIDAD 1

Evolución Histórica

Las primeras medidas de Protección Social

Durante la Edad Media el problema de la pobreza dio lugar a distintas medidas de protección social basadas en la solidaridad mutua a través de **asociaciones de carácter corporativo o profesional (cofradías o gremios)**, que protegían a la gente que “caía en la desgracia” ayudaban a las viudas y huérfanos y llegaron, incluso, a fundar hospitales. Por otro lado, aparece la **Iglesia** y las **instituciones caritativas privadas** con la idea de ayudar a aquellas personas que tenían algún tipo de necesidad. La intervención de la autoridad pública era casi nula.

En la Edad Moderna la **Autoridad Pública** comienza a arbitrar algunas medidas de protección social a través del principio mutualista y empezaron a aparecer las primeras instituciones de ahorro popular.

En la Época Liberal, el ascenso de la burguesía, los principios individualistas y el triunfo del liberalismo económico llevaron a la sociedad de ese momento a una cierta indefensión frente a las necesidades sociales. Para el liberalismo económico la pobreza y las privaciones de las clases inferiores son un hecho inevitable y necesario, y la protección de las necesidades sociales pasa única y exclusivamente por el ahorro de los individuos. Se presumía que las personas tenían la capacidad de ahorrar por si en algún momento llegaban a tener una necesidad. Se crean de esta manera **instituciones de ahorro popular**: las Cajas de ahorro.

En la primera mitad del siglo XIX se comenzó a poner de manifiesto la incapacidad del liberalismo económico para hacer frente a las necesidades sociales que planteaba la nueva sociedad industrial. Ésto nos traslada a Alemania con la crisis de la Revolución Industrial donde se sitúa el origen moderno de la Seguridad Social:

Los Seguros Sociales

Sistema de Otto von Bismarck (1880-1890 Alemania)

Los problemas principales que debían ser cubiertos eran:

-La protección de las familias numerosas y de los menores y mujeres que trabajaban jornadas agobiantes sin límite horario.

-Los accidentes de trabajo en las fábricas, ya que aquellas personas que los sufrían quedaban sin empleo e incluso algunos quedaban imposibilitados de volver a trabajar. No existían las ART, ni ningún tipo de seguro.

Los trabajadores que ya estaban organizados en asociaciones sindicales contrataban seguros privados o contaban con fondos de aseguramiento para estas contingencias.

Con las leyes de Bismark el estado alemán dio origen a lo que se puede considerar el **primer sistema de seguridad social**. En primer lugar este sistema era contributivo, porque estaba destinado a aquellos que realizan una contribución y en consecuencia reciben una

contraprestación, es decir, a los trabajadores y trabajadoras. Se creó el seguro por enfermedad obligatorio, el seguro por accidente de trabajo, por invalidez y por despido. Lo revolucionario de estos sistemas era que se consideraba obligatorio para todos los trabajadores. Deja de haber una **responsabilidad del seguro privado** para pasar a una **responsabilidad del seguro social**, con aportes de los empleadores y del Estado, el trabajador no aportaba.

Sistema de Beveridge (1941-1942 Inglaterra)

A mediados del siglo XX Inglaterra se encontraba inmersa en la Segunda Guerra Mundial. Beveridge se enfoca en el desarrollo de un sistema de la Seguridad Social que incluya a toda la sociedad en su conjunto, ya que las consecuencias de la guerra iban a ser para todos. Se trataba de un sistema contributivo y no contributivo.

Beveridge preside una Comisión de Reforma de los Seguros sociales y realiza un estudio donde sienta el **principio de la extensión de la Seguridad Social** a toda la población, derecho que fue consagrado en diversas Declaraciones Internacionales. Con este informe se introduce la idea de que el Estado intervenga a fin de cubrir las necesidades respecto de las cuales no existía ninguna clase de financiación.

El estudio reveló dos defectos:

- La insuficiencia de los seguros, planteando como remedio la extensión en cuanto a las personas protegidas (ámbito subjetivo) y en cuanto a las prestaciones (ámbito objetivo).
- La complejidad de las instituciones, proponiendo como remedio la unificación.

Según el informe, para que el sistema de Seguridad Social pueda lograr plenamente sus objetivos, deben darse los siguientes **presupuestos generales**:

- a) Situación de pleno empleo.
- b) Servicio gratuito de salud, para todos los ciudadanos, con la triple función de prevenir, curar y en sus casos rehabilitar.

	Sistemas Bismarckianos	Sistemas Beveridgeanos
Sujetos protegidos	Estaba dirigido a los trabajadores, considerando como tales a los que con su actividad laboral, hayan aportado un esfuerzo útil a la sociedad. El derecho a la seguridad social es un derecho derivado del trabajo y de las relaciones laborales.	Protegen a todos los individuos de la sociedad, con independencia de su actividad profesional. El derecho a la seguridad social se presenta como un derecho de todo ciudadano.

Prestación	Garantizan el salario de los trabajadores, que se concibe como remuneración indirecta del trabajo, "salario diferido".	Tienden a garantizar un nivel de vida adecuado. Las prestaciones no debían ser proporcionales al salario ganado durante la vida activa por el sujeto protegido, sino que se fijaban en función del coste de vida y eran uniformes para todos.
Financiación	La financiación se apoya en las cotizaciones de empleadores y trabajadores. Sólo hay derecho a la prestación si se ha cotizado en monto y duración como para capitalizar un fondo con el que sostener las prestaciones.	La protección se financia mediante impuestos comunes y especiales. Como las prestaciones son uniformes corresponden cotizaciones igualmente uniformes para cada una de las categorías de población que se establecieron.
Gestión	La propia técnica de estos sistemas fue heredada de los sujetos privados y permite la pluralidad de entes.	Confían unitariamente al Estado o a un ente instrumental la gestión. Entonces, el sistema en su conjunto aparece como un servicio público.

Derecho de la Seguridad Social

El **Derecho de la Seguridad social** es un derecho social que tiene en miras el bienestar común, regula la cobertura de necesidades emergentes de las contingencias a que pueden estar expuestos una persona y el grupo familiar a cargo. Está compuesto por un conjunto de principios y normas formales y materiales, internas e internacionales.

Es un sistema mixto porque tiene rasgos contributivos y no contributivos. Si una persona cotiza va a un sistema contributivo, si no cotiza va a un sistema no contributivo. Los **aportes** los paga el trabajador. La **contribución** la paga el empleador. Si yo antes de sufrir la contingencia realicé algún aporte o contribución será contributivo (jubilación). En cambio, si el Estado me otorga la prestación sin que yo haya realizado un aporte o contribución previa será no contributivo (asignación universal por hijo).

La **Seguridad Social** es el *sistema* ideado para *promover el bienestar general* de las personas a través del otorgamiento de los **beneficios de la seguridad social** que tendrán carácter **integral e irrenunciable**.

Características del Derecho de la Seguridad Social

Autonomía: independencia de una rama del derecho respecto de otras.

-Autonomía legislativa: consiste en el conjunto de leyes dictadas bajo los principios de la Seguridad Social que captan realidades sociales individuales y que tienen como fin la protección de las personas afectadas por una contingencia. La constitución ordena el dictado de un Código en materia de Seguridad Social, pero al día de hoy no lo tenemos.

-Autonomía científica: las diversas instituciones del Derecho de la Seguridad Social son susceptibles de ser organizadas pormenorizadamente para su estudio y desarrollo.

-Autonomía jurisdiccional: es la organización tribunalicia especializada encargada de atender los conflictos emergentes de la aplicación de la Ley de Seguridad Social. En la actualidad, tenemos una Primera Instancia compuesta por 10 Juzgado Federales y 2 Fiscalías de 1º Instancia, y una Cámara Federal de la Seguridad Social que cuenta con 3 Salas y 2 Fiscalías de Cámara.

-Autonomía doctrinaria: exposiciones de intelectuales desarrollados en torno a la Seguridad Social.

-Autonomía didáctica: consiste en la enseñanza especializada del Derecho de la Seguridad Social especialmente en el ámbito universitario.

Orden público: atributo del que están investidas las normas que regulan la salvaguarda o el goce de los derechos esenciales de las personas y de la sociedad.

Naturaleza tuitiva de las normas: significa que las leyes de la seguridad social, si bien determinan obligaciones, también tienen la finalidad de proteger a las personas.

Internacionalidad: es la tendencia del Derecho de la Seguridad Social en dictar normas en cada país o región con condiciones y requisitos similares de modo que, en cualquier circunstancia y lugar, se tenga acceso a igual cobertura.

Derecho evolutivo: implica que el Derecho de la Seguridad Social debe adaptarse permanentemente a las nuevas realidades en que se mueve el hombre.

Carácter federal de las normas.

Principios y Reglas del derecho de la Seguridad Social

Solidaridad: Por un lado tenemos la solidaridad clásica donde quién está en mejores condiciones debe ayudar a quien está en inferioridad de condiciones. Por otro lado tenemos la solidaridad intergeneracional donde las personas que se encuentran trabajando van a financiar las prestaciones de aquellas personas que no se encuentran trabajando, pero perciben alguna jubilación o pensión.

Subsidiaridad: es el principio a través del cual el Estado reconoce que las contingencias debieran ser cubiertas por cada una de las personas que integran la sociedad, pero cuando eso no ocurre el Estado actuará de manera subsidiaria. Los sistemas de la seguridad social tienden a subsidiar a algún sector social frente a contingencias que lo desequilibran. Esta obligación del Estado es indelegable y debe brindarla en todo momento, tanto por sí como por medio de los organismos que lo componen.

Universalidad: la cobertura de servicios de la seguridad social se extiende a todos los individuos y grupos que integran la sociedad sin ninguna excepción. Está basado en el principio de igualdad, en virtud del cual todas las personas tienen derecho a la cobertura de las contingencias a las que pueden estar expuestas durante su vida.

Integralidad: se busca que la prestación que se otorgan para cubrir la contingencia la cubra de la manera más completa posible. Que tienda al amparo de la totalidad de las contingencias que acechan al hombre.

Unidad: la seguridad social debe ser regulada por una legislación única, organizada y ejecutada por medio de una estructura financiera y administrativa única.

Inmediatez: consiste en proveer al beneficiario de la seguridad social de los medios instrumentales a fin de lograr la más inmediata y rápida satisfacción de la necesidad acarreada por la contingencia.

Igualdad: la seguridad social está obligada a brindar igual cobertura a todos los individuos, con la única condición de que estén en igualdad de circunstancia.

Internacionalidad: la seguridad social emplea dos grandes medios: a) la previsión social y b) la asistencia social. La diferencia es que la previsión social es de carácter contributiva, en cambio, la asistencia social es “no contributiva”.

Pro homine: En virtud de este principio, ante la duda, se debe buscar la norma más beneficiosa para la persona a los fines de acceder a la seguridad social.

Prohibición de regresividad: La prohibición de regresividad impone un deber formal, operativo e inmediato que es impedir la regresividad en el grado de tutela de los derechos, los cuales deben ampliarse y mejorarse.

Irrenunciabilidad: No se puede renunciar a participar en el sistema de la seguridad social. Empero, sí es posible renunciar al ejercicio del derecho o uso de la prestación.

Relaciones con el Derecho de la Seguridad Social:

Relación entre el Derecho de la Seguridad Social y el Derecho Constitucional:

Los derechos de la seguridad social surgen del derecho constitucional sobre todo del artículo 14 bis que se incorpora con la reforma constitucional de 1957 y que consagra los derechos que son regulados por el Derecho de la Seguridad Social. Habla de **derechos implícitos** que son los “*beneficios de la Seguridad Social que tendrán carácter integral e irrenunciable*” y tienen que ver con los derechos que puede gozar una persona a lo largo de su vida por encontrarse afectada por una contingencia, y por otro lado, de **derechos explícitos** que son las “*jubilaciones y pensiones móviles, la protección integral de la familia; la defensa del bien de la familia, la compensación económica familiar; el acceso a una vivienda digna*”.

Relación entre el Derecho de la Seguridad Social y el Derecho Internacional:

Con la reforma constitucional de 1994 se introducen una serie de tratados sobre DDHH de jerarquía constitucional enumerados taxativamente en el art. 75, inc. 22. Estas normas amplían las declaraciones derechos y garantías contenidas en la primera parte de la

constitución nacional y consagran dos principios de la Seguridad Social derivados del Derechos Internacional, el principio *pro homine* y el de *prohibición de regresividad*.

Relación entre el Derecho de la Seguridad Social y Derecho del Trabajo:

Si bien ambos son derechos protectorios, la diferencia radica en los sujetos de derecho. En el derecho laboral los sujetos son individualmente los trabajadores. Mientras que los sujetos de la seguridad social son todas las personas que habitan en un país determinado, aunque no trabajen nunca.

Relación entre el Derecho de la Seguridad Social y el Derecho Administrativo:

Existe una organización administrativa del trabajo compuesta por diferentes órganos a los que se les atribuyen funciones vinculadas al régimen del trabajo y de la seguridad social, como la fiscalización del fiel cumplimiento de las leyes y reglamentos laborales.

Convenio 102 de la OIT: es una norma mínima dentro del Derecho de la Seguridad Social que va a marcar las bases de cómo los estados deben legislar en esta materia. Nuestro país lo firmó y ratificó y se convirtió en normativa local.

UNIDAD 2

Fuentes del Derecho de la Seguridad Social - Pirámide de Kelsen:

1. Constitución Nacional y Tratados Internacionales con Jerarquía Constitucional:

-Constitución de 1853: carencia de normas de protección social por su concepción individualista y liberal. El Estado debía abstenerse de introducirse en la propiedad por el respeto de la libertad individual.

-Constitución de 1949: contenía numerosas disposiciones en materia de seguridad social, pero fue anulada por el gobierno de facto. El rol del Estado era el de un estado presente, intervencionista.

-Reforma de 1957: introduce las principales normas en materia de seguridad social a través del 3° párrafo del art. 14 bis, vigente en la actualidad.

-Reforma 1994: reafirma entre las atribuciones otorgadas al Congreso, la de dictar los códigos del trabajo y seguridad social en cuerpos unificados o separados. Sin embargo, este imperativo no se ha cumplido, por ello el Derecho de la Seguridad Social está constituido por normas formales y materiales que determinan los derechos y las obligaciones de los habitantes a fin de acceder a los beneficios que este plexo normativo determina. A su vez, en la reforma se establece que las provincias y la C.A.B.A. pueden conservar organismos de seguridad social para empleados públicos y profesionales.

2. Tratados Internacionales: a partir de la reforma constitucional de 1994, los tratados internacionales adquieren jerarquía superior a las leyes. En tanto incluyan materias del ámbito de la seguridad social, constituirán fuente formal de ese derecho.

3. Convenios de la OIT: según la jurisprudencia de la Corte Suprema, éstos no tienen el carácter de obligatorio de los convenios internacionales.

4. Leyes dictadas por el Congreso: reglamentan los principios consagrados en la Constitución.

5. Decretos dictados por el Poder Ejecutivo: emanan de la potestad reglamentaria conferida por la Constitución Nacional al Poder Ejecutivo. Pueden apartarse de la estructura literal de la ley, pero deben ajustarse a su espíritu.

6. Resoluciones o Disposiciones dictados por los Ministerios: se da cuando el sujeto titular de un derecho subjetivo con fundamento en una norma de seguridad social formula una solicitud o reclamo ante un organismo que es el sujeto obligado al otorgamiento de la prestación de dar o de hacer. Éste concederá o denegará el beneficio mediante una resolución, que siempre está sujeta a revisión judicial.

7. Jurisprudencias, Doctrinas y Costumbres (en ese orden): la jurisprudencia se manifiesta como una forma habitual de pronunciarse de los órganos jurisdiccionales del Estado. Su obligatoriedad es relativa, porque un juez o tribunal podría apartarse de los precedentes fundamentando su disidencia.

8. Convenios Colectivos de Trabajo: si bien esta fuente fue de gran importancia porque dio origen a diferentes normas en materia de asignaciones familiares, tiene limitaciones para regular esta materia porque los organismos administrativos de la seguridad social no son parte de los convenios colectivos de trabajo.

Artículo 14 bis

“El Estado otorgará los **beneficios de la seguridad social**, que tendrá **carácter de integral e irrenunciable**”: Se busca establecer una cobertura de contingencias sea amplia y total, que abarque a toda la población. Además pretende impulsar al legislador al desarrollo de una legislación ordinaria que permita la operatividad de esta norma. Además los derechos son irrenunciables, no pueden transferirse, cederse ni renunciarse. No admite una voluntad en contrario en cuanto al ingreso al sistema.

“La ley establecerá: el **seguro social obligatorio**, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir **superposición de aportes**”: Se pretende identificar al seguro social como un medio para lograr el fin que es la seguridad social. La facultad de legislar en materia de Seguridad Social corresponde a la Nación. Que se prohíba la superposición de aportes tiene que ver con que por una misma actividad no se puede aportar más que una cotización y si un mismo sujeto cumple diversas actividades, cada una de ellas queda sometida a la obligación de soportar la contribución.

“**Jubilaciones y pensiones móviles**”: la Corte dice que la atención a los recursos disponibles del sistema puede ser útil a los fines de determinar el contenido económico de la movilidad jubilatoria.

“**La protección integral de la familia. La defensa del bien de familia**”: el único sistema de Seguridad Social que en vida utiliza toda la familia es la Obra Social.

“**Compensación económica familiar**”: tiene que ver con las asignaciones familiares.

“**Acceso a una vivienda digna**”

UNIDAD 3

Sujetos obligados y beneficiarios

El **sujeto activo** es el beneficiario de la prestación, todo hombre dentro de la sociedad y el **sujeto pasivo** es el obligado, aquel que debe cumplir con las prestaciones (el Estado, la obra Social, la prepaga, la ART, etc.). Para que los derechos puedan hacerse efectivos tenemos una organización administrativa de la seguridad social.

Entes gestores y entes de control de la Seguridad Social

El decreto 2741/91 creó la **Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS)**, como organismo descentralizado del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Cuya facultad era la de administrar y recaudar los fondos correspondientes a regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones, de trabajadores en relación de dependencia y autónomos, de subsidios y asignaciones familiares y al Fondo Nacional de Empleo, así como la fiscalización del cumplimiento de las respectivas obligaciones. Gestiona el SIPA (sistema integral previsional argentino), el régimen de asignaciones familiares y el sistema integral de prestaciones por desempleo.

El decreto UN 507/93 designó a la **Dirección General Impositiva (DGI)** como la encargada de aplicar, recaudar, fiscalizar y ejecutar judicialmente los recursos de la seguridad social correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones. Los fondos provenientes de dicha recaudación se transfieren automáticamente a la ANSeS para su administración.

En 1996 se creó la **AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos)**, como resultado de la fusión de la DGI y de la Administración Nacional de Aduanas.

Objeto. Contingencias sociales. Sistemas y Subsistemas

El **objeto** del sistema de la Seguridad Social es la **prestación** que satisface las **contingencias** del hombre. La **contingencia** es toda aquella necesidad que puede sufrir una persona a lo largo de su vida y que el Estado debe y quiere cubrir (PdeE). La necesidad se convierte en contingencia cuando el Estado la reconoce como tal, a partir de ahí va a estar obligado a otorgar una cobertura que permita hacer frente a esa necesidad. El bienestar de las personas se mantiene mediante la cobertura de las contingencias.

Clases de contingencias:

Patológicas: Enfermedades y accidentes inculpables, invalidez o accidente de trabajo.

Económicas: Desempleo.

Sociales: Cargas de familia.

Biológicas: Maternidad, niñez, vejez y muerte.

Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS)

Está constituido por los siguientes subsistemas:

-Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)

-Subsistema de Asignaciones Familiares

-Ley de Riesgos del Trabajo

-Sistema Nac. de Seguro de la Salud y el Régimen Nac. Obras Sociales

-Sistema Integral de Prestaciones por Desempleo

Rol del Estado: El Rol del Estado frente a estas contingencias y subsistemas es un **rol activo** porque se busca constantemente la implementación de medidas tendientes a encontrar las mejores y más eficaces respuestas para obtener resultados en torno a una más equitativa distribución de la riqueza y la cobertura de las contingencias.

Seguro Social

Es una institución de derecho público mediante la cual el sistema de seguridad social garantiza a la población la cobertura de contingencias sociales, previa realización de aportes y contribuciones. El **asegurado** va a ser la persona afectada por la contingencia social. El **asegurador** va a ser el Estado, quien va a ejercer las funciones resarcitorias a través de organismos públicos (ANSES) o privados legalmente autorizados (obras sociales). La recaudación de las cotizaciones la efectúa el propio Estado a través de la AFIP. Dichas **cotizaciones** están compuestas por los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores. El **premio** será el goce de una prestación en especie o dineraria. El **origen** del seguro es legal.

UNIDAD 4

Financiación de la Seguridad Social:

Para poder cubrir las coberturas el Estado necesita recursos:

-Contributiva: Exige del sujeto protegido una previsión de aportes o contribuciones financieros propios (autónomo) o de un tercero que los ingrese para y por él (empleador).

-No contributiva: Son prestaciones financiadas con recursos provenientes de rentas generales del Estado. En este caso, para el otorgamiento de las prestaciones, no se requiere que el interesado o un tercero hayan efectuado aportes o contribuciones.

Financiación en la Argentina

Contribución Unificada de la Seguridad Social (CUSS): Comprende todos los aportes y contribuciones que se realizan para cada uno de los subsistemas. Los empleadores van a actuar como agentes de retención pagando los aportes para el trabajador. Los trabajadores autónomos pagan sus aportes por sí mismos (no tienen empleador). La percepción y fiscalización de esta contribución está actualmente a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

UNIDAD 5

SISTEMA INTEGRADO PREVISIONAL ARGENTINO (SIPA)

Contingencia: Este subsistema que cubre las contingencias de la **vejez**, la **invalidez** y la **muerte** mediante prestaciones que pueden ser en dinero o en especie. La **vejez (jubilación)** es la etapa de la vida que reporta la exclusión del proceso productivo, la inserción en la clase pasiva, el ocio, la pérdida de la independencia, el abandono, etc.

El **inválido (retiro por invalidez)** según la OIT es aquella persona cuyas posibilidades de obtener y conservar su empleo se hallan realmente reducidas debido a una reducción de su capacidad física o mental. En el SIPA la invalidez es la afectación psíquica, física o psicofísica que le impiden a la persona mantenerse en el mercado de trabajo.

El hecho biológico de la **muerte (pensión)** en el Derecho de la Seguridad Social, genera derecho a obtener un beneficio de pensión, en tanto el de causante tuviese una persona con derecho a la misma. El objeto de la pensión es mantener al grupo familiar en una situación económica similar a la existente antes del fallecimiento.

Evolución histórica:

Su primer antecedente se remonta a 1904 con la Ley 4349, que estableció un régimen previsional para los trabajadores dependientes de la Administración Pública Nacional.

Desde 1904 a 1944 cada actividad fue creando su propia protección creándose organismos denominados Cajas de Jubilaciones de Previsión Social. En 1944 se crea el **Instituto Nacional de Previsión Social** que establece un sistema de previsión social que cubría únicamente a los empleados públicos, pero luego se extendió a los empleados de comercio y a los empleados de la industria.

En 1968 fue creada la **Dirección Nacional de Recaudación Previsional** y se sancionaron las **Leyes 18.037** para los trabajadores en relación de dependencia del ámbito público o privado (menos para policía y militares y administración pública provincial y municipal) y la **18.038** para los autónomos (menos los profesionales). Estas dos leyes establecen distintos tipos de beneficios, como jubilación ordinaria, jubilación por edad avanzada (actual PEA), jubilación por invalidez (retiro por invalidez) y jubilación por fallecimiento (actual pensión por fallecimiento). Ambos regímenes eran contributivos.

Posteriormente, en 1994 la **Ley 24.241** unifica las leyes 18.037 y 18.038, pero sin derogarlas y crea el **Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJIP)** con alcance nacional, el cual se encargaba de cubrir las contingencias de la vejez, la invalidez y la muerte incluyendo a los trabajadores dependientes y autónomos quienes podían optar por 2 sistemas de previsión social:

-El régimen de reparto asistido: fue un régimen previsional público gestionado por Anses que aseguraba un haber jubilatorio mínimo. El rol del Estado quedó reducido al de un garante solidario del régimen previsional.

-El régimen de capitalización: fue un régimen previsional que se financiaba con los aportes que hacían los afiliados al mismo y estaba a cargo de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) que eran entidades privadas que recibían los aportes de los trabajadores y los administraban hasta el momento de su percepción (al

finalizar su vida laboral y jubilarse). Tales administradoras estaban obligadas a producir renta sobre los aportes recibidos.

La afiliación a cualquiera de los regímenes era obligatoria desde los 18 años de edad. La elección del régimen era optativo, pero aquel que optaba por el régimen de capitalización, no podía cambiar al de reparto. En cambio, sí podía hacerlo si elegía el de reparto.

En el año 2007, la Ley **26.222** modificó la ley 24.241 y permitió que los trabajadores afiliados a la jubilación privada pudieran ingresar al sistema público de reparto si lo deseaban. Dicha opción podía efectuarse dentro de un período de 180 días cada 5 años.

Los aportes de los trabajadores indecisos que no elegían por uno u otro sistema dentro de los 180 días de iniciado el vínculo laboral, irían al régimen de reparto.

En el 2008 la Ley **26.425** dispuso la unificación del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones en un único régimen previsional público denominado “**Sistema Integrado Previsional Argentino**” (SIPA). El nuevo sistema limita el otorgamiento de las prestaciones al Estado y se financia con recursos provenientes del pago de aportes y contribuciones previsionales y de impuestos recaudados a tal fin. Se basa en el principio de la solidaridad y elimina el régimen de capitalización, que queda sustituido por el régimen de reparto. Este sistema solidario de reparto garantizaba a los afiliados y beneficiarios del régimen de capitalización idéntica cobertura y tratamiento que la brindada por el régimen previsional público. Los servicios que estos hayan prestado bajo relación de dependencia o en calidad de trabajador autónomo en los períodos en que se encontraban afiliados al régimen de capitalización, serán considerados a los efectos de la liquidación de los beneficios de **prestación básica universal, prestación compensatoria, retiro por invalidez, pensión por fallecimiento y prestación adicional por permanencia**, como si hubiesen sido prestados al régimen previsional público.

Los beneficios de **jubilación ordinaria, retiro por invalidez y pensión por fallecimiento** que, a la fecha de vigencia de la Ley 24.421 sean liquidados por las AFJP bajo las modalidades de retiro programado o retiro fraccionario, serán pagados por el régimen previsional público. Estas prestaciones tendrán la movilidad prevista en el artículo 32.

Además, los beneficios del régimen de capitalización previstos en la Ley 24.241 que, a la fecha de vigencia la ley 26.425, se liquiden bajo la modalidad de **renta vitalicia previsional**, continuarán abonándose a través de las compañías de seguros de retiro.

Organismo que administra: es administrado por el organismo de la Anses.

Financiación:

-Aporte personal de los trabajadores en relación de dependencia por un 11% que estará destinado a financiar las prestaciones del SIPA, más una contribución de su empleador de un 16%. Actualmente la alícuota fue disminuida considerando la actividad y ubicación geográfica de la empresa.

-Aporte personal de los trabajadores autónomos de un 27% que estará destinado a financiar las prestaciones del sistema.

-Impuestos destinados a financiar el régimen previsional público: IVA, Ganancias, Monotributo Impositivo, Gasoil, Naftas, Automóviles Gasoleros, e Impuestos Coparticipados.

Nuestro sistema previsional nacional tenemos está regido por la ANSES, pero hay provincias que no adhirieron a ese sistema nacional y tienen su propio sistema previsional. Es el caso de la provincia de Buenos Aires que tiene su propio **Instituto de Previsión Social (IPS)**. Este IPS va a regir a los empleados estatales. Puede haber personas que trabajen para el Estado y a su vez tengo un trabajo privado, es decir, aporta al Sistema Previsional Nacional y al IPS de la provincia, en este caso se va a regir por el **ANSES**, porque existe un principio denominado **reciprocidad jubilatoria**, por el cual, si tengo varios subsistemas la caja que me va a otorgar mis prestaciones será aquella en la cual tenga más años de aportes que se denominará **caja otorgante**. Las otras a las que también apporto, pero no me van a otorgar serán **cajas participantes**.

La Ley 24.241 es de alcance nacional. Según esta ley, se considera **remuneración**, a los fines del SIPA, a todo ingreso que va a percibir el trabajador en relación de dependencia o autónomo, ya sea en dinero o en especie, por la actividad que realice en concepto de sueldo, SAC, comisiones, propinas, etc. Los ítems sujetos a descuento, todo a aquello que sea deducible de aportes.

-Régimen general

Régimen especial: se rigen por sus propias leyes y la prestación la paga ANSES.

*Magistrados y funcionarios del poder judicial

*Científicos

*Docentes universitarios y de grado

*Personal del servicio exterior

Personal militar, de fuerzas armadas y de seguridad tienen su propia Caja que paga sus haberes previsionales (Caja de la Policía Federal Argentina, Instituto de Ayuda Financiera).

Régimen diferencial: se van a regir por la Ley 24.241 pero tanto la edad jubilatoria como los años de servicio requeridos van a diferir del régimen común. Están establecidos en resoluciones y la razón de ser es que se entiende que por la actividad que realizan la contingencia vejez llega antes y por eso se exigen menores requisitos (menos edad y menor cantidad de aportes). Por otro lado, todas aquellas personas que accedan un beneficio por el régimen diferencial, podrán volver a trabajar, pero no podrán volver a realizar la tarea por la cuál le otorgaron el régimen diferencial.

Prestaciones: Beneficios que otorga el SIPA a las personas adheridas a él y que reúnen ciertos requisitos:

-Personalísimas: solo les corresponden a sus titulares.

-**Inembargables**: con la salvedad de las cuotas por alimentos y litisexpensas hasta un 20%.
-**Imprescriptibles**: la persona puede solicitarlas en cualquier momento mientras cumpla sus requisitos. Lo que es imprescriptible es el derecho, pero no la parte monetaria (no puedo pedir retroactivos).

-**Sólo se extinguen por las causas previstas por la ley**: cada prestación establece sus propias causales de extinción.

-**Inalienables**: las prestaciones no están en el comercio y no pueden ser objeto de transacción. Salvo la prestación básica universal y la prestación compensatoria previa conformidad del beneficiario a favor de organismos públicos, obras sociales, cooperativas, con los cuales el beneficiario convenga el anticipo de las prestaciones.

-**Afectabilidad**: Las prestaciones del Régimen de Reparto están sujetas a las deducciones que las autoridades judiciales y administrativas dispongan en concepto de **cargos** provenientes de créditos a favor de organismos de seguridad social o por la percepción indebida de haberes de jubilaciones, pensiones, retiros o prestaciones no contributivas. Dichas deducciones no podrán exceder el 20 % del haber mensual de la prestación.

Prestación Básica Universal (PBU)

Es el haber jubilatorio mínimo garantizado por el Estado a todos los afiliados al SIPA, que se paga de forma mensual e igualitaria.

Requisitos para su obtención:

-Hombres que hubieran cumplido 65 años de edad.

-Mujeres que hubieran cumplido 60 años de edad. Las mujeres podrán optar por continuar su actividad laboral hasta los 65 años de edad.

-Acrediten 30 años de servicios con aportes computables en uno o más regímenes comprendidos en el sistema de reciprocidad.

Al único fin de acreditar el **mínimo de servicios necesarios** para el logro de la **Prestación Básica Universal** se podrá compensar el exceso de edad con la falta de servicios. En este supuesto, por cada dos años que me exceda de la edad jubilatoria me darán un año de aporte adicional (cada dos años me darán tres). Si me excedo un año, me darán seis meses.

Haber de la prestación: El monto de la PBU es un monto fijo mensual que se va actualizando cada año.

Prestación Compensatoria (PC)

Es el haber jubilatorio complementario y adicional de la PBU a que tienen derecho las personas que al momento de solicitar el beneficio jubilatorio acrediten servicios con aportes en el sistema de reciprocidad jubilatoria anteriores a la plena vigencia de la ley 24.241.

Requisitos:

-Aquellos que acrediten los requisitos para acceder a la prestación básica universal.

-Acrediten servicios aportes comprendidos en el sistema de reciprocidad jubilatorio hasta antes de junio de 1994.

-No se encuentren percibiendo retiro por invalidez, cualquiera fuere el régimen otorgante.

Haber de la prestación:

-Si todos los aportes son en relación de dependencia, cada año de servicio en relación de dependencia que tenga (mínimo 30) me van a dar un 1,5% por cada año de servicio o fracción mayor a seis meses, hasta un máximo de 35 años. Lo mismo sucede si todos los aportes computados fueren autónomos.

-Si se computan servicios con aportes en relación de dependencia y autónomos el haber se establecerá sumando el que resulte para los servicios en relación de dependencia y el correspondiente a los servicios autónomos.

Prestación Adicional por Permanencia (PAP)

Es la suma de dinero que perciben los afiliados al sistema que acrediten los requisitos para acceder a la PBU y no se encuentren percibiendo retiro por invalidez, cualquiera sea el régimen otorgante. Es decir, consiste en el derecho de aquellos afiliados que optaron por el régimen de reparto a partir del 15/7/94, a que les sean reconocidos los años de aportes que van a realizar a él. Es complementario de la PBU y de la prestación compensatoria, conformando con ella el haber total de la jubilación otorgada.

Haber de la prestación: Se determina de la misma manera que para la PBU.

Retiro por invalidez

Esta prestación se otorga cuando el afiliado al sistema contrae una invalidez que le impide continuar prestando servicios, tanto en el ámbito de la relación de dependencia como en el autónomo. Es incompatible con cualquier actividad en relación de dependencia, pero la Ley no prohíbe la registración como autónomo.

Requisitos: Tendrán derecho al retiro por invalidez, los afiliados que:

-Tengan una incapacidad física o intelectual que se haya calificado con un porcentaje del 66% o más.

-No haber alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria ni se encuentren percibiendo la jubilación en forma anticipada.

-Debe cumplir con la regularidad de aportes en los últimos 36 meses. Si tengo aporte de entre 0 y 17 meses me van a considerar aportante irregular con derecho y me van a denegar el beneficio (debo ir por vía judicial). Si tengo entre 18 y 29 meses de aportes seré considerado aportante irregular con derecho y me van a dar un porcentaje sobre el 100% que me darían si cumpliría con la regularidad. Para cumplir con la regularidad debo tener entre 30 y 36 meses. En ese caso recibo el 100%.

Determinación de la invalidez

La determinación de la disminución de la capacidad laborativa del afiliado será establecida por una **comisión médica** cuyo dictamen deberá ser técnicamente fundado. El dictamen de la CMJ podrá ser apelado ante la CMC y luego ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. El recurso de apelación ante la Cámara se interpone dentro de los 5 días de notificada la resolución, tiene que ser fundado y con patrocinio letrado.

Dictamen transitorio por invalidez

La invalidez se determina inicialmente en forma transitoria por 3 años, plazo luego del cual el afiliado deberá ser reexaminado por las comisiones médicas. Las CM tienen la obligación de determinar en el dictamen el grado de incapacidad y los tratamientos de rehabilitación a que pudiere ser sometido el trabajador. El retiro transitorio por invalidez es prorrogable por 2 años más cuando exista la posibilidad de recuperación.

Dictamen definitivo por invalidez

Cuando la comisión médica considere rehabilitado al afiliado, procederá a citarlo y emitirá un dictamen definitivo revocando el derecho a retiro transitorio por invalidez. Transcurridos 3 años desde la fecha del dictamen transitorio, la comisión médica deberá citar al afiliado y procederá a la emisión del dictamen definitivo de invalidez que ratifique el derecho al retiro definitivo por invalidez o lo deje sin efecto. Este plazo podrá prorrogarse excepcionalmente por 2 años más, si la comisión médica considerare que en dicho plazo se podrá rehabilitar al afiliado. El dictamen definitivo será recurrible por las mismas personas y con las mismas modalidades y plazos que las establecidas para el dictamen transitorio.

Haber de las prestaciones: es el promedio de las remuneraciones que perciba el trabajador en los 12 meses anteriores al pedido de la jubilación.

Pensión por fallecimiento

Es una prestación dineraria que tiende a cubrir una contingencia de muerte que, de por sí, implica el desamparo de los beneficiarios del causante que estaban a su cargo (que dependían o compartían para su subsistencia los ingresos de la persona fallecida). Es un porcentaje de la PBU, PC y PAP.

En caso de muerte del jubilado, del beneficiario de retiro por invalidez o del afiliado en actividad, **gozarán de pensión los siguientes parientes del causante:**

-La viuda/ el viudo.

-La conviviente/ el conviviente: si convivieron cinco años o si convivieron al menos dos años pero tuvieron hijos en común.

-Los hijos e hijas solteros e hijas viudas siempre que no gocen de jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva, hasta los 18 años de edad. Superado los 18 años de edad sólo podrán seguir percibiendo la pensión aquellos que tengan alguna condición de discapacidad acreditada y siempre que se pruebe que el fallecido mantenía económicamente a esa persona.

Pensión directa

Cuando la persona que fallece está en actividad y su causahabiente debe pedir la pensión por primera vez. Si al fallecer el causante estaba en actividad y se encontraba aportando regularmente al sistema (30 meses), les corresponde el 70% del ingreso base. En cambio, si lo hacía irregularmente (18 meses de aportes dentro de los 36 anteriores al fallecimiento o 15 años de aportes durante toda su vida laboral), el 50% del ingreso base (sueldo en actividad).

Pensión derivada

La persona que falleció ya estaba jubilada y el causahabiente va a pedir la pensión de esa jubilación que ya existía. Si el causante al fallecer era beneficiario de alguna prestación, los porcentajes serán:

- El 70 % para la viuda, viudo o conviviente, no existiendo hijos con derecho a pensión.
- El 50 % para la viuda, viudo o conviviente, cuando existan hijos con derecho a pensión.
- El 20 % para cada hijo.

Si no hubiere viuda, viudo o conviviente con derecho a pensión, el porcentaje de haber de la pensión del o los hijos se incrementará distribuyéndose por partes iguales.

Prestación por edad avanzada

Es la suma de dinero garantizada para aquellos trabajadores que prestan servicios en relación de dependencia o autónomos y que, a pesar de haber acreditado la edad solicitada para adquirir la PBU, no pueden hacerlo ya que presentan escasos años de servicios computables. Es incompatible con la percepción de toda jubilación, pensión o retiro civil o militar, nacional, provincial o municipal. Además, voy a tener la cobertura del PAMI.

Requisitos:

- Tener 70 años de edad (cualquier sexo).
- Acreditar 10 años de servicios en cualquier sistema de reciprocidad. Al menos cinco de esos 10 años deben estar entre los últimos 8 años inmediatamente anteriores al cese en la actividad.
- Los trabajadores autónomos deberán acreditar, además, una antigüedad en la afiliación no inferior a 5 años.

Haber de la prestación: suma mensual equivalen al 70% de la PBU. A esta suma básica se debe adicionar la prestación compensatoria y la prestación adicional por permanencia que corresponda según los aportes.

Si una persona percibe una prestación por edad avanzada y fallece los causahabientes podrán pedir esta pensión que percibía la persona fallecida.

Todas las **prestaciones** de este subsistema gozan de la **garantía de la movilidad**.

Si una persona se jubila puede reingresar a la actividad y tener un empleo registrado, pero todos los aportes que haga irán al Sistema Nacional de Empleo para financiar la Prestación por Desempleo. Los aportes posteriores a la jubilación no darán derecho a la mejora porque los aportes no van al SIPA, entonces no podré mejorar el haber jubilatorio.

UNIDAD 6

Movilidad de las prestaciones

Cuando una persona solicita un beneficio previsional, lo que hace la ANSES es realizar un cálculo en base a las últimas 120 remuneraciones registradas en el SIPA (lista sábana) y establece el **haber inicial**. Como nuestro país es tan inflacionario haciendo este cálculo sin actualizarlo al valor actual recibiría una prestación muy baja. Por ello se debe actualizar cada remuneración. El haber inicial será aquél con el que me jubilaré/ recibiré la pensión, etc. También me dirán la fecha inicial de pago, el banco donde voy a cobrar y desde cuándo. La **idea de la movilidad** surge con la idea de ir actualizando ese haber inicial para no quedar en desventaja respecto a la inflación que hubo en el país. Se define **movilidad** a la forma de actualizar las prestaciones jubilatorias.

Ley 27.260 de Reparación Histórica

Esta ley establece un **mecanismo de reparación de haberes** financiado a través del Fondo de Sustentabilidad de Organismo y de los ingresos provenientes del denominado blanqueo fiscal. El Estado reconoce que calculó mal y quiere saldar esas deudas. La idea era implementar **acuerdos** que reajusten los haberes de los beneficiarios previsionales. Estos acuerdos transaccionales son homologados judicialmente.

*Además, esta Ley determinó la **emergencia en materia de litigiosidad previsional**.

Beneficiarios incluidos:

- Aquellos que hayan tenido mal calculado el haber inicial o la movilidad.
- Aquellos pensionados o pensionadas de jubilados/das que hayan tenido mal calculado haber inicial o movilidad.

Beneficiarios excluidos: aquellos que tengan regímenes especiales no estarán incluidos.

La ANSES ofrece una **propuesta de reparación histórica** al beneficiario. Si el beneficiario la acepta celebran el acuerdo y se va a la sede judicial para homologarlo y que adquiera la característica de cosa juzgada (no podré volver a reclamar por lo mismo). Esto trajo aparejado el problema de que había personas que posteriormente al acuerdo se arrepentían y querían una mejor propuesta, pero ya no se podía.

El acuerdo transaccional debía acordar algún tipo de retroactivo. La fecha límite era 30 de mayo de 2016.

-Aquellos **beneficiarios previsionales que no hubieran iniciado demanda judicial**, porque no sabían que el haber estaba siendo mal calculado. El Estado ofrecerá el pago de un nuevo haber reajustado, no se pagarán retroactivos.

-Aquellos **beneficiarios previsionales que hubieran iniciado demanda judicial, pero que no tuvieran sentencia firme**. Le ofrecerán un retroactivo desde los dos años previos a la notificación de la demanda y hasta 48 de meses.

-Aquellos **beneficiarios previsionales que hubieran iniciado demanda judicial y que ya tienen sentencia firme**. A estas personas ya se les reconoció el derecho por ende tienen

la posibilidad de ejecutar la sentencia. Se les debe pagar el retroactivo desde los dos años previos a la notificación de la demanda y además ajustar el pago del haber.

Ley 14.499: Esta ley creó un sistema de determinación y movilidad de los haberes jubilatorios, sobre la base del 82% de la remuneración asignada a la función desarrollada por el propio afiliado durante el mejor año de su desempeño en la actividad laboral.

Ley 18.037: Modificó la forma de determinar los haberes de las prestaciones, tomando en cuenta el 70% del promedio de las remuneraciones percibidas durante los 3 mejores años dentro de los 10 últimos de servicios. En el caso de los autónomos, se tomaba en consideración la categoría más alta de los aportes en los últimos 3 años.

Ley de Solidaridad Previsional 24.463 (1995)

Trajo la promesa de agilizar los juicios previsionales. Verdadera finalidad era dilatar la resolución de los juicios previsionales y así posponer la obligación del Estado de otorgar las prestaciones correspondientes. Disponía que en las demandas contra la ANSES el plazo del organismo para contestar sería de 60 días. Las sentencias condenatorias contra este organismo debían ser cumplidas dentro del plazo de 120 días hábiles desde la recepción del expediente administrativo. Las sentencias definitivas serían apelables ante la CSJN. Las prestaciones de los sistemas públicos de previsión tendrían la movilidad que anualmente fije la Ley de Presupuestos.

Ley 26.222 (2007)

Permitió que los trabajadores afiliados a la jubilación privada pudieran ingresar al sistema público de reparto si lo deseaban. Dicha opción podía efectuarse dentro de un período de 180 días cada 5 años. Los aportes de los trabajadores indecisos que no elegían por uno u otro sistema dentro de los 180 días de iniciado el vínculo laboral, irían al régimen de reparto.

Ley 26.417 (primer Ley de Movilidad – 2008)

Esta ley estableció que los haberes previsionales deben ser ajustados 2 veces al año (una en marzo y otra en septiembre) sobre la base de un índice construido a partir de la evolución de los salarios y recursos de ANSES por beneficiario.

Ley 27.426 (2017)

Los haberes debían ser ajustados 4 veces al año (marzo, junio, septiembre y diciembre) y la fórmula se iba a conformar en un 70% por las variaciones del índice general de precios del INDEC y en un 30% por el RIPTE. Establece un haber mínimo del 82% del SMVM. El empleador recién podrá intimar al trabajador a jubilarse cuando cumpla 70 años de edad y cumpla los requisitos para acceder al régimen jubilatorio.

Ley 27.541 (2019)

Es una ley de emergencia económica que reconoce una emergencia sanitaria y económica. Además, suspende momentáneamente la fórmula de movilidad que establecía la Ley

27.426 con la idea de que en el plazo de 180 días el Congreso dicta una nueva Ley con una fórmula más beneficiosa, debiendo el PEN establecer incrementos o actualizaciones a través de decretos.

Ley 27.609 (2020)

Se establece un nuevo índice de movilidad jubilatoria cuya actualización sería cuatrimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre). Además, establece la fórmula a través de una combinación de índices: 50% por la evolución de salarios a través del RIPTE y 50% por la recaudación de ANSES.

Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM)

Esta prestación se crea con la Ley 27.260 y es una prestación no contributiva y vitalicia. Si lo tuviera deberá optar por alguno de esos beneficios o la PUAM. Siempre es conveniente quedarse con la prestación contributiva. Esta prestación tiene las mismas características que las de la Ley 24.241. No genera derecho a pensión. Los beneficiarios tendrán cobertura del PAMI.

Beneficiarios:

- Persona de 65 años o más (cualquier sexo).
- Ser argentino nativo por opción o naturalizado. Si es naturalizado debe tener una residencia mínima en el país de 10 años anteriores a la solicitud del beneficio. Si se trata de un extranjero debe tener residencia legal mínima de 20 años de los cuales 10 deben ser inmediatamente anteriores a la solicitud del beneficio.
- No debe tener otro beneficio de jubilación, pensión o retiro, porque en ese caso deberá optar por uno o por otro.
- No estar cobrando la prestación por desempleo (recién la podrá pedir al finalizar ésta).
- Debe mantener la residencia en el país.

Haber: 80% del haber mínimo garantizado.

Diferencias con la PEA: La PEA pide 70 años, aportes, es contributiva y otorga un porcentaje el 70% de la PBU y calculaba la PC y la PAP. Además, establece goza garantía de un haber mínimo y genera derecho a pensión por fallecimiento.

UNIDAD 7

SUBSISTEMA DE ASIGNACIONES FAMILIARES

Contingencia: Se trata de prestaciones en dinero que se otorgan a los trabajadores en relación de dependencia, a beneficiarios del seguro de desempleo y a quienes perciben un beneficio jubilatorio con el objeto de cubrir las contingencias de **cargas familiares**. El pago de la prestación está sujeto al cumplimiento de ciertos requisitos. Es un subsistema contributivo y no contributivo.

Con la Ley 24.714 la responsabilidad de pagar la asignación familiar ya no está en cabeza del empleador, sino que está en cabeza del trabajador o del beneficiario no trabajador quien deberá solicitar a la Anses el beneficio que quiere percibir, acreditando el cumplimiento de los requisitos.

Organismo que administra: El organismo encargado de administrar y controlar este subsistema va a ser la ANSES a través del SUA (Sistema Único de Asignaciones Familiares) donde va a constar toda la información de los trabajadores o beneficiarios de asignaciones familiares, que son no contributivas. Antes no existía este sistema y la información que tenía Anses era la que nosotros le proporcionábamos. Además, el SUA se va a encargar de pagar las prestaciones abriendo una cuenta a nombre del beneficiario.

Financiación: se va a financiar únicamente por contribuciones a cargo del empleador y serán de un 7,5%. A su vez tiene otras fuentes de financiamientos como multas, intereses, recargos, etc.

Sistema contributivo

-Trabajadores en relación de dependencia: trabajadores en relación de dependencia de la actividad privada, desempleados que se encuentren cobrando la prestación de desempleo y aquellos que se encuentren de licencia percibiendo prestaciones de Riesgos de Trabajo.

-Trabajadores del régimen simplificado de pequeños contribuyentes (Monotributista).

Sistema no contributivo

-Beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino: aquellas personas que cobran jubilación, pensión o un retiro transitorio por invalidez. Es no contributivo porque no tienen un empleador que haga una contribución, no aportan a asignaciones familiares.

-Beneficiarios de Pensiones No Contributivas por Invalidez.

-Beneficiarios de la Pensión Universal para Adulto Mayor (PUAM).

Sistema no contributivo

-Asignación por Embarazo para Protección Social

-Asignación Universal por Hijo

Ambas están destinadas a mujeres embarazadas o a los niños, niñas y adolescentes que pertenezcan siempre a grupos familiares que estén desempleados o se desarrollen en la economía informal.

Las trabajadoras de casas particulares sólo están incluidas en la Asignación por Embarazo para Protección Social, Asignación Universal por Hijo y Asignación por Maternidad.

Clasificación de las asignaciones familiares

-Asignaciones de pago único: se pagan una sola vez por cada acontecimiento. Ejemplo: por nacimiento, por matrimonio, por adopción.

-Asignaciones de pago anual: se pagan una sola vez al año. Ejemplo: asignación por escolaridad.

-Asignaciones de pago mensual: se pagan todos los meses. Ejemplo: asignación por hijo, por hijo discapacitado.

La

ASIGNACIONES CONTRIBUTIVAS

Asignación por Hijo

Consiste en el pago de una suma mensual por cada hijo menor de 18 años de edad que se encuentre a cargo del trabajador. Se abona a un solo progenitor. Es una asignación contributiva. No confundir con la Asignación Universal por Hijo que se abona a aquellos grupos familiares que desarrollan en la economía familiar o se encuentran desocupados.

Requisitos:

-Ser trabajador en relación de dependencia en una empresa incorporada al sistema único de asignaciones familiares o un beneficio de una aseguradora de riesgos del trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.

Asignación por Hijo con Discapacidad

Consiste en el pago de una suma mensual que se abonará al trabajador por cada hijo que se encuentre a su cargo en esa condición sin límite de edad. Se abonará por cada hijo que viva en el país, aunque éste trabaje en relación de dependencia.

Requisitos:

-Ser trabajador en relación de dependencia en una empresa incorporada al sistema único de asignaciones familiares o un beneficio de una aseguradora de riesgos del trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.

-Acreditar la condición de discapacidad.

Asignación Prenatal

Consiste en el pago de una suma equivalente a la asignación por hijo, que se abonará desde el momento de la concepción hasta el nacimiento del hijo. Se abona a una solo de los progenitores.

Requisitos

-Ser trabajador en relación de dependencia en una empresa incorporada al sistema único de asignaciones familiares o un beneficiario de una aseguradora de riesgos del trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.

-Acreditar la condición de gestante entre el tercer y sexto mes de embarazo con un certificado médico.

-Contar con una antigüedad mínima y continuada de tres meses a la fecha de concepción, pudiendo acreditar antigüedad inmediata anterior en otros empleos del régimen de asignaciones familiares o con la prestación por desempleo.

Asignación por Ayuda Escolar Anual

Consiste en el pago de una suma anual que se abona a uno de los progenitores por cada hijo que concurra a un establecimiento educativo, sea público o privado y de cualquier nivel.

Requisitos

- Ser trabajador en relación de dependencia en una empresa incorporada al sistema único de asignaciones familiares o un beneficiario de una aseguradora de riesgos del trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.
- Tener derecho al cobro de la asignación familiar por hijo y/o hijo con discapacidad.

Asignación por Maternidad

Consiste en el pago de una suma igual a la remuneración que la trabajadora hubiera debido percibir en su empleo durante el periodo de licencia legal correspondiente. En caso de que la trabajadora tenga más de un empleo, tiene derecho a la percepción de esta asignación en cada uno de ellos. Si desee extender su licencia, en ese caso no se volverá a abonar la asignación por maternidad.

Requisitos:

- Ser trabajadores en relación de dependencia en una empresa incorporada al sistema único de asignaciones familiares o un beneficio de una aseguradora de riesgos del trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.
- Contar con una antigüedad mínima y continuada de tres meses.

Asignación por Nacimiento/Adopción

Consiste en el pago de una suma de dinero que se abonará en el mes que se acredite tal hecho ante el empleador.

Requisitos:

- Ser trabajador en relación de dependencia, beneficiario de la prestación por desempleo o beneficiario de una aseguradora de riesgos de trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.
- Solicitar el pago de esta asignación dentro de los dos años de la fecha de ocurrido el nacimiento o de dictada la sentencia de adopción.
- Tener una antigüedad mínima y continuada en el empleo de seis meses a la fecha de ocurrido el nacimiento o de dictada la sentencia de adopción.

Asignación por Matrimonio

Consiste en el pago de una suma de dinero, que se abonara en el mes en que se acredite dicho acto ante el empleador. Podrán pedirlo ambos cónyuges siempre y cuando los dos cumplan con los requisitos y no superen los topes en su remuneración.

Requisitos:

- Ser trabajador en relación de dependencia, beneficiario de la prestación por desempleo o beneficiario de una aseguradora de riesgos de trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.
- Solicitar el pago de esta asignación entre los dos meses y dos años de la fecha de celebrado el matrimonio.
- Tener una antigüedad mínima y continuada en el empleo de seis meses a la fecha de celebrado el matrimonio en los casos de trabajadores dependientes.

ASIGNACIONES NO CONTRIBUTIVAS

Asignación Universal por Hijo para Protección Social

Consiste en el pago de una suma de dinero que se abona de manera mensual a uno sólo de los progenitores por cada menor de 18 años que se encuentre a su cargo y sin límite de edad cuando se trate de un discapacitado. Está dirigido a progenitores que trabajan en la economía informal o están desocupados, de lo contrario deberían pedir la Asignación por Hijo contributiva. Si percibo esta asignación voy a percibir también, anualmente, la Asignación por Ayuda Escolar Anual (acreditando la condición de alumno regular).

Requisitos

- Que el menor sea argentino, hijo de argentino nativo o por opción, naturalizado o residente, con residencia legal en el país no inferior a tres años.
- Acreditar la identidad del titular del beneficio y del menor, mediante DNI.
- Acreditar el vínculo entre la persona que percibirá el beneficio y el menor, mediante las partidas y en los casos de adopción, tutelas y curatelas los testimonios judiciales.
- La acreditación de la condición de discapacidad certificada por autoridad competente.
- Hasta los 4 años de edad deberá acreditarse el cumplimiento de los controles y del plan de vacunación obligatorio. Desde los 5 hasta los 18 años acreditarse además la concurrencia de los menores obligatoriamente a establecimientos educativos públicos.
- El titular del beneficio deberá presentar una declaración jurada relativa al cumplimiento de los requisitos. De comprobarse la falsedad de algunos de estos datos, se producirá la pérdida del beneficio, sin perjuicio de las sanciones que correspondan.

Asignación por Embarazo para Protección Social

Consiste en el pago de una suma de dinero que se abonara de manera mensual a la mujer embarazada, desde la concepción hasta el nacimiento del hijo. Se puede pedir a partir de la semana doce de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. Si el embarazo es múltiple igual se abona una sola asignación, porque está destinada a la persona gestante. Esta asignación no será incompatible con la asignación universal por hijo para protección social, ya que ésta última está dirigida al menor.

Requisitos

- Que la embarazada sea argentina nativa o por opción, naturalizada o residente, con residencia legal en el país no inferior a 3 años previos a la solicitud de la asignación.
- Acreditar identidad, mediante DNI.
- La acreditación del estado de embarazo mediante la inscripción en el "Plan Nacer" del Ministerio de Salud. En aquellos casos en que la embarazada cuente con cobertura de obra social, la acreditación del estado de embarazo será mediante certificado médico.
- Si el requisito se acredita con posterioridad al nacimiento o interrupción del embarazo, no corresponde el pago de la asignación por el período correspondiente al de gestación.
- La presentación por parte del titular del beneficio de una declaración jurada relativa al cumplimiento de los requisitos. De comprobarse la falsedad de alguno de estos datos, se producirá la pérdida del beneficio, sin perjuicio de las sanciones que correspondan.

Asignación por Cónyuge

Sólo podrá ser percibida solo por beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino.

Los **beneficiarios del SIPA** van a percibir la Asignación por Hijo, la Asignación por Hijo con Discapacidad, la Asignación por Ayuda Escolar Anual y la Asignación por Cónyuge.

Cuando ambos progenitores se encuentran comprendidos en el Régimen de Asignación Familiar lo va a percibir uno solo de ellos, a decisión de éstos. También puede cambiarse el sujeto beneficiario. Cuando el trabajador tiene más de un empleo y en ambos podría percibir una Asignación Familiar va a percibirla en el que tenga mayor antigüedad, salvo que se trate de la Asignación por Maternidad, en ese caso la cobrará en ambos lados (reemplaza al salario de la trabajadora). Todas estas prestaciones son inembargables y no pueden ser retenidas.

UNIDAD 8

LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

Contingencia: Este subsistema cubre las contingencias de **accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**.

Organismo que administra: el organismo que lo administra y lo controla es la **Superintendencia de Riesgos del Trabajo de la Nación**.

Financiación: se va a financiar a través de una cuota que va a abonar el empleador por cada uno de los trabajadores registrados, de manera mensual. Se abona a la ART que haya elegido.

Evolución Histórica

Hacia 1915 se dicta la Ley **9688 (Ley de accidentes y enfermedades laborales)**. Esta ley protegía al trabajador por el solo hecho de la prestación del servicio. No había obligación de contratar un seguro que cubriera los riesgos de trabajo a los que pudieran estar expuestos los trabajadores, sino que era una facultad del empleador a fin de limitar su responsabilidad si la eventualidad ocurría. El sistema era reparatorio, pero era tarifado, no se obtenía una reparación integral. Además, casi no existían mecanismos de prevención de la siniestralidad laboral y los costos del empleador para con el empleado eran muy altos. Esto generó que el sistema entre en crisis.

En 1995 se sanciona la **Ley de Riesgos del Trabajo (24.557)**, la cual crea un sistema de protección del trabajador ante las enfermedades o accidentes laborales dentro del ámbito del Dcho. de la Seguridad Social que sustituye los regímenes anteriores propios del Dcho. del Trabajo. Además, crea un fondo de garantía que extiende la responsabilidad reparadora no solamente al empleado y a la ART sino que le impone una obligación al Estado, para que se haga cargo en el caso de que la aseguradora no pueda cumplir.

Los **objetivos** de la ley son:

- Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo.
- Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado.
- Promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados para que puedan seguir estando en el mercado laboral.
- Promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

Como novedoso la Ley trae le da empleador la posibilidad de **auto-asegurarse**, siempre que demuestren tener una solvencia económica para hacer frente a las prestaciones de la ley y que puedan garantizar los servicios de asistencia a las contingencias.

Contingencias cubiertas

Accidente de trabajo: acontecimiento súbito y violento (inesperado y que genera un daño) ocurrido en el hecho en ocasión del trabajo (por estar realizando el trabajo o por estar a disposición para trabajar).

Accidente in itinere: acontecimiento súbito y violento ocurrido en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador puede declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las 72 horas al asegurador que el recorrido se modifica por 3 motivos: razones de estudio, concurrencia a otro empleo (se hace cargo el empleador que recibe) y/o atención de un familiar directo enfermo y no conviviente.

Enfermedad profesional: aquellas causadas por las tareas cumplidas por el trabajador o por las condiciones medioambientales del trabajo que se encuentran incluidas en un listado de enfermedades profesionales que elabora el Poder Ejecutivo y revisa anualmente. Las que no estén en el listado no serán consideradas resarcibles, salvo la Comisión Médica determine que la enfermedad es causa directa o inmediata de la ejecución de ese trabajo.

El trabajador o sus derechohabientes deben iniciar el trámite administrativo mediante una **petición fundada** presentada ante la Comisión Médica Jurisdiccional, presentando toda la documentación que demuestre la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades que demuestre la relación causal respecto a su dolencia.

La **Comisión Médica Jurisdiccional** va a tener la primera intervención con el trabajador que tuvo el accidente o sufre la enfermedad, y va a depender del domicilio que tenga el trabajador. La CMJ determina si se trata de un accidente o enfermedad profesional o si no lo es, determina el % de incapacidad y el carácter (definitivo o provisorio). Además, va a determinar las prestaciones en especie que le van a corresponder al trabajador y si debe hacer algún tratamiento o rehabilitación. Todo este procedimiento es gratuito y está a cargo de la ART. La **Comisión Médica Central** va a responder una vez que lo resuelto en Comisión Médica Jurisdiccional haya sido recurrido por alguna de las partes.

Eximentes de responsabilidad: No dan derecho a ningún tipo de protección los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales causados por:

-Dolo del trabajador: Se debe probar en el trabajador la intención de producir un daño para obtener un beneficio. Quedan excluidas la negligencia, imprudencia, descuido o error.

-Caso fortuito o fuerza mayor extraña al trabajo.

-Incapacidad del trabajador preexistente a la iniciación de la relación laboral y acreditada en el examen preocupacional.

El derecho del trabajador a obtener una reparación es irrenunciable, inenajenable y está consagrado en el art. 14 bis de la CN (garantizará los beneficios de la S.S).

Consecuencias de los accidentes de trabajo o de las enfermedades profesionales:

Incapacidad laboral temporaria

Es aquella situación, consecuencia del infortunio laboral, que le impide al trabajador en forma temporaria la realización de sus tareas habituales. Se trata de un impedimento transitorio que tiene una duración máxima de 12 meses contados desde la producción del accidente o desde la primera manifestación invalidante de la enfermedad. Puede finalizar por el alta médica antes del año, porque la incapacidad se convierta en permanente, por transcurrir 12 meses de la primera manifestación o por muerte del damnificado.

En este período, el trabajador percibe una prestación de pago mensual equivalente al IBM que no tiene carácter remuneratorio. Durante los primeros 10 días de la incapacidad laboral temporaria, el pago está a cargo del empleador y desde el día undécimo, está a cargo de la ART hasta 1 año, tanto la prestación dineraria como las prestaciones en especie.

Incapacidad laboral permanente

Es la situación en la que el daño sufrido por el trabajador le ocasiona una disminución permanente en su capacidad laborativa. Puede ser provisoria o definitiva. Será total cuando la incapacidad sea mayor o igual al 66%, si es inferior al 66% será parcial. Las Comisiones Médicas serán las que determinen este porcentaje.

Provisoria: Es una prestación mensual de carácter provisoria que se extenderá por 36 meses. Vencidos ese plazo, si no hubiera recuperación del trabajador afectado, la incapacidad laboral permanente provisoria se considera definitiva. También puede suceder que me otorguen el alta.

Mientras dura la provisionalidad, las ART abonan las siguientes prestaciones mensuales:

-Si la incapacidad es **parcial** (menor al 66%), debe pagar una suma mensual equivalente al IBM multiplicado por el porcentaje de incapacidad, más las asignaciones familiares.

-Si la incapacidad es **total**, debe pagar una suma equivalente al 70% del IBM más las asignaciones familiares.

Definitiva: La incapacidad laboral permanente definitiva puede ser:

-**Parcial:** Se subdivide en leve o grave.

La incapacidad laboral permanente definitiva parcial **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 a:

$53 \times \text{IBM} \times \% \text{ de incapacidad} \times 65 + 20\% \text{ adicional en concepto de daños no reparados siempre que no se trate de un accidente in itinere.}$

La incapacidad laboral permanente definitiva parcial **grave** es aquella en que el grado de incapacidad es mayor del 50% y menor del 66%. La ART debe pagar al trabajador una renta periódica hasta su fallecimiento, cuyo monto es igual a:

IBM x % de incapacidad + 20% en concepto de daños no reparados siempre que no se trate de un accidente in itinere.

-Total: Es aquella en que el grado de incapacidad es del 66% o más.

La ART debe abonar una renta periódica que se determina sobre un capital equivalente a: IBM x 53 x (65/edad del trabajador) + 20% en concepto de daños no reparados siempre que no se trate de un accidente in itinere. Puede reclamarse su pago una sola vez. Los montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE y se aplica el incremento del 20% en concepto de daños no reparados siempre que no sea un accidente in itinere.

Gran invalidez

Es la situación en la que el daño sufrido por el trabajador le ocasiona una incapacidad laboral permanente total y necesita la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de la vida (los relativos a la alimentación, higiene, vestido, entre otros). La incapacidad es del 66% o más. Además de las prestaciones previstas para la incapacidad laboral permanente total, la ART debe pagar una prestación de pago mensual de \$8000, que se extingue con la muerte. Puede reclamarse el pago en 1 sola vez. Los montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE y se aplica el incremento del 20% en concepto de daños no reparados siempre que no sea un accidente in itinere.

Cuando una persona tiene una **incapacidad laboral permanente total** o **gran invalidez** y se convierte en definitiva, deja de estar dentro del Subsistema de Riesgos del Trabajo y pasa a estar en el Subsistema Previsional y va a percibir un **Retiro por Invalidez** de carácter vitalicio.

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. El DEC. 1694/09 agregó a las restantes prestaciones un pago único a favor de los derechohabientes de \$120.000. Puede reclamarse su pago una sola vez. Los montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE. También, se aplica el incremento del 20% en concepto de daños no reparados, siempre que no se trate de accidente in itinere.

Prestaciones

Dinerarias: Son sumas de dinero que se abonan al trabajador accidentado o enfermo, de pago único o mensual. Son privilegiadas (gozan del mismo privilegio y franquicias de los créditos por alimentos), irrenunciables, no pueden ser cedidas ni enajenadas y son móviles.

El **plazo de prescripción** es de 2 años, contados desde la fecha en que la prestación debió ser pagada o prestada y, en todo caso, desde el cese de la relación laboral.

El parámetro de determinación de la prestación dineraria está dado por el concepto de “**ingreso base**”. El **Ingreso Base Mensual (IBM)** consiste en multiplicar el Ingreso Base Diario (IBD) por 30,4, que es el promedio de días corridos que tiene cada mes en un año.

En especie: Asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación, recalificación profesional y servicio funerario.

Ente gestor de las prestaciones: ART

Una **ART** es un ente jurídico que tiene a su cargo la gestión de las prestaciones y demás acciones para la cobertura de las contingencias derivadas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

Fondo de Garantía de la Ley de Riesgos del Trabajo

Este fondo tiene por objeto cubrir las prestaciones que correspondan a los damnificados en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, en el supuesto de insolvencia patrimonial del empleador declarada judicialmente. Se trata de los casos en los cuales los empleadores son auto-asegurados o no se han afiliado a ninguna ART. El Fondo de Garantía de la LRT será administrado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y se determinará anualmente por la SRT por períodos que comiencen el 1 de julio de cada año y finalicen el 30 de junio del año siguiente.

El costo de las enfermedades profesionales no incluidas en dicho listado, pero reconocidas en virtud del procedimiento descripto, se cubre con recursos del **Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales**.

Fondo de Reserva de la Ley de Riesgos del Trabajo

Este fondo se utiliza para abonar o contratar las prestaciones que estén a cargo de la ART cuando éstas son liquidadas y no pueden hacer frente a sus obligaciones. El Estado deja su rol pasivo y asume un rol subsidiario. Es administrado por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Se forma con los recursos previstos en la LRT y con un aporte a cargo de las ART cuyo monto será anualmente fijado por el Poder Ejecutivo Nacional.

Obligatoriedad de las Comisiones Médicas – Fuero Competente

Una vez que agotamos la instancia administrativa en las Comisiones Médicas el trabajador puede iniciar una acción judicial ante la justicia laboral ordinaria. Antes era competencia de la Cámara Federal de la Seguridad Social, ahora está dentro del fuero laboral.

Opción excluyente u opción con renuncia

El trabajador damnificado o sus derechohabientes deberán elegir entre cobrar la indemnización que ofrece la aseguradora de riesgos de trabajo o bien, reclamar una reparación integral mayor en el marco de un juicio civil.

Si se optase por la vía de la LRT, intervendrán los juzgados laborales de las provincias. En cambio, si se elige la vía civil, será competente la justicia civil.

UNIDAD 9

SUBSISTEMA DE SALUD Y OBRAS SOCIALES

Contingencia: Este subsistema cubre las contingencias de **enfermedades inculpables**. Es un sistema contributivo.

Organismo que administra: va a ser controlado y administrado por la **Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación**.

Financiación: Los trabajadores en relación de dependencia van a abonar un 3% de aportes que le servirán para financiarse a él y a su grupo familiar primario (el agente de retención lo hace el empleador). Su empleador va a hacer una contribución del 5%. A su vez el trabajador en relación de dependencia hace un aporte al PAMI del 3% y su empleador una contribución del 2%. Los trabajadores autónomos van a ingresar al PAMI un 5%, pero los aportes a la obra social puede no realizarlos. Muchas obras sociales permiten “derivar los aportes” a una prepaga abonando la diferencia para el plan que quiera.

Lo que se trata de proteger con este subsistema es el **derecho a la salud** que está implícito en nuestra Constitución Nacional y en distintos Tratados Internacionales ratificados por nuestro país, razón por la cual el Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud a todos los habitantes de la sociedad, individual y colectivamente.

Según la OMS la **salud** puede definirse como el **estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de la enfermedad o dolencia**.

-Salud pública: hospitales públicos, salas públicas. Los recursos de la salud pública en teoría están destinados a aquellos que no tienen salud de Seguridad Social.

-Salud dentro del Derecho de la Seguridad Social: El que está obligado esencialmente a otorgar los Beneficios de la Seguridad Social es el Estado, pero éste delega esa facultad en: las Obras Sociales, el PAMI y las empresas de medicina prepaga. Si alguna de estas falla interviene la Salud Pública como rol subsidiario del Estado a través del **Fondo Solidario de Redistribución**.

La finalidad principal del **Fondo Solidario de Redistribución** es brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas con destino a la incorporación de personas sin cobertura y carentes de recursos y financiar planes y programas de salud. Se integra con diversos recursos, a saber: un porcentaje de las sumas que perciban las obras sociales en concepto de aportes y contribuciones, el 50% de recursos de distinta naturaleza que también puedan percibir las obras sociales, reintegros de los préstamos que realiza el fondo, el producido de las multas que se apliquen en virtud de la Ley 23.661, la sumas que establezca el Presupuesto General de la Nación, etc.

Sistema Nacional de Seguro de Salud (Ley 23.661)

Este sistema tiene los alcances de un seguro social e efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica,

cultural o geográfica. Busca proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Beneficiarios

- Beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.
- Trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones.
- Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales.

La **financiación** del Sistema Nacional del Seguro de Salud será provista:

- Con los recursos brutos, que como mínimo deben destinar las obras sociales a la cobertura de prestaciones médicas.
- Con los aportes que se determinen en el Presupuesto General de la Nación.
- Con los aportes que determine el Presupuesto General de la Nación.
- Con las sumas que ingresen en el Fondo Solidario de Redistribución.

Garantías por las que debe velar el Estado

- Disponibilidad:** garantía del Estado a través de la cual es responsable de administrar todos los medios que tenga disponibles para contar con todos los recursos para tutelar el derecho a la salud. Ejemplo: UPA para aquellos que tienen hospitales muy lejos.
- Calidad:** los recursos tienen que tener condiciones sanitarias adecuadas. Ejemplo: luz, agua, etc.
- Accesibilidad:** los recursos deben ser accesibles a todos los integrantes de la sociedad sin discriminación alguna.

Las **obras sociales** son organismos de la Seguridad Social, financiadas mediante el aporte y la contribución obligatoria de trabajadores y empleadores respectivamente, sujetas a contralor estatal, que tienen por finalidad administrar las prestaciones que cubren las contingencias vinculadas a la salud. Los beneficiarios tienen la opción de elegir afiliarse a la entidad que le ha de prestar esos servicios.

Beneficiarios

- Beneficiarios titulares:** trabajadores en relación de dependencia (sector público y privado), jubilados y pensionados nacionales y beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.
- Beneficiarios del grupo familiar primario:** va a estar integrado por el cónyuge o conviviente (acreditada la convivencia) del titular de la obra social; hijos solteros hasta los 21 años de edad salvo que estén realizando algún estudio avalado oficialmente en ese caso se extiende hasta los 25 años de edad (salvo que ya tengan trabajo con obra social como titular o hayan sido emancipados), si presentan algún tipo de discapacidad no habrá límite de edad; también se puede incluir a los hijos del cónyuge/conviviente siempre y cuando no estén a cargo del otro progenitor; menores con el mismo trato familiar que los hijos o

menores que hayan sido dados en adopción por tutela o curatela declarada judicial o administrativamente.

-Beneficiarios adherentes: los adherentes son aquellos ascendientes o descendientes que el titular quiere agregar a su obra social. Depende de que el estatuto de la obra social lo permita. Deberá abonar un 1,5% por cada persona adherida.

Mientras sea empleado en relación de dependencia (público o privado), tenga una jubilación o pensión, o beneficiario de una pensión contributiva nacional seguirá siendo beneficiario titular. Cuando el beneficiario titular pierda su calidad de titular perderán la calidad de beneficiarios los integrantes de su grupo familiar primario y/o adherentes.

Régimen para monotributistas: El pequeño contribuyente que adhiera al régimen simplificado podrá elegir entre las obras sociales existentes a fin de garantizarse cobertura de salud tanto para él, como para su grupo familiar primario.

Si el **empleo registrado se extingue** por el motivo que sea el beneficiario titular seguirá manteniendo su calidad de beneficiario durante tres meses sin obligación de realizar aportes (para ello requiero tener al menos tres meses de antigüedad al momento de extinguirse la relación laboral). Lo mismo sucede cuando tengo un accidente de trabajo o enfermedad profesional y me encuentro bajo el Régimen de Riesgos del Trabajo o tengo una enfermedad inculpable y no estoy yendo a trabajar. Mantengo la calidad de beneficiario titular mientras subsista esta condición.

Cuando el **trabajador es suspendido** en su trabajo **sin goce de remuneración** va a mantener la calidad de beneficiario por tres meses, pero si la suspensión es mayor a esos tres meses, podrá seguir siendo beneficiario pero el aporte y la contribución que hacía el empleador deberá hacerla el trabajador suspendido. Si tengo una licencia sin goce de sueldo sucede lo mismo.

En el caso de los **trabajadores de temporada**, en el período de actividad se maneja como cualquier trabajador bajo relación de dependencia, pero en el período de inactividad deberá hacerse cargo de los aportes y de las contribuciones el trabajador, si quisiera mantener la obra social.

En caso de que el **trabajador o titular fallezca**, su grupo familiar primario va a mantener la calidad que posean de beneficiarios por tres meses más, vencidos los cuáles podrán optar por seguir cumpliendo con los aportes y contribuciones que le correspondían al trabajador hasta que alguno de los trabajadores sea beneficiario titular de otra obra social.

Muchos jubilados y pensionados continúan con la obra social que tenían en actividad, eso significa que esa obra social en su estatuto permite tener como afiliados a jubilados y pensionados (Ley 23.660). Si esto no estuviera permitido serán dirigidos al PAMI (no van a la Ley 23.660).

Las **Obras Sociales Reguladas** son aquellas que se rigen por la Ley 23.660 como las obras sociales de empresas y sociedades del estado, las constituidas por convenios con empresas privadas o públicas, las del personal civil y militar de las fuerzas armadas y de seguridad, las sindicales, etc. Las **Obras Sociales Desreguladas** son aquellas que no se

rigen por la Ley 23.660 y en razón de ello no gozan de ciertas garantías que tiene dicha Ley. No permiten la derivación de aportes y aunque tenga otra obra social o empresa de medicina prepaga, soy un afiliado cautivo y tengo que seguir pagando esos aportes.

Destino de los recursos: Con el fin de asegurar que las obras sociales no desvíen los recursos recibidos en cuestiones ajenas a la prestación de salud, la ley 23.660 dispone que éstas deberán destinar como mínimo el 80% de sus recursos brutos (deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución) a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro a sus beneficiarios.

Organismo de contralor: La **Superintendencia de Servicios de Salud** es el ente encargado de la supervisión y fiscalización de los agentes del seguro de salud, fiscaliza el cumplimiento del Plan Médico Obligatorio y la calidad de la atención médica. Funciona como un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional con autarquía administrativa, económica y financiera. Su dirección es unipersonal, siendo designada por el P.E a propuesta del Ministerio de Salud.

Cobro de aportes y contribuciones

Hoy en día la AFIP es el organismo de contralor que se encarga de recaudar y fiscalizar en materia tributaria y de cotizaciones con destino a la Seguridad Social. Sin embargo, delegó en las **Obras Sociales** la tarea de reclamar los aportes y contribuciones que los empleadores adeuden respecto de sus trabajadores en relación de dependencia y serán quienes inicien una **ejecución fiscal** contra el empleador que realizó una retención indebida de aportes (no los ingresó). En capital federal será competente el fuero federal de la Seguridad Social y si lo inicio en una provincia será competente el fuero federal civil y comercial. La competencia es prorrogable. Para la ejecución es suficiente el **certificado de deuda** (título ejecutivo) expedido por las obras sociales o los funciones en qué aquellas hubieran delegado esa facultad. Con este certificado la obra social está facultada para realizar inspecciones y labrar actas de infracción y así determinar la deuda que puede tener el empleador. Finalmente, la obra social dicta una decisión fundada, revisable administrativamente ante la propia obra social. Lo que ésta resuelva, podrá ser apelado ante la AFIP, dando por concluido el reclamo administrativo. Agotada la vía administrativa, el empleador podrá apelar judicialmente ante la Cámara Federal de Apelaciones de la S.S.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)

La Ley 19.032 crea al PAMI como una persona jurídica de derecho público no estatal (no es salud pública es salud de la seguridad social) con el fin de otorgar a jubilados y pensionados del régimen nacional y a su grupo familiar primario servicios médicos asistenciales destinados a la protección y recuperación de la salud. Para aquellas personas que poseen una pensión no contributiva, la Ley que crea esa pensión debe establecer qué cobertura médica o de salud van a tener y en la mayoría de los casos es el PAMI.

Los jubilados y pensionados realizan un aporte destinado al PAMI de entre el 3% y el 6% dependiendo el haber que posean.

Salud y Medicina Prepaga

En estos casos la cobertura de la contingencia enfermedad está a cargo en forma exclusiva o concomitante, del propio interesado quien tiene la facultad de celebrar contratos con entidades privadas que se constituyen a efectos de solventar las necesidades emergentes de la pérdida del bien salud. Estas empresas deben cubrir como mínimo las mismas prestaciones dispuestas para las obras sociales. A diferencia de las obras sociales, la **adhesión a la empresa de medicina prepaga es voluntaria**.

Estas empresas tienen planes de adhesión preestablecidos, a pesar de ello, ese contrato es revisado por el **Ministerio de Salud de la Nación**, que es la autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación les permite a las empresas de medicina prepaga cobrar a las personas mayores de 65 años un porcentaje mayor dentro de los planes y contratos. Ese valor mayor lo define la autoridad de aplicación no la empresa de medicina prepaga. Si previo a cumplir los 65 años tuve 10 años como afiliado a esa empresa de medicina prepaga no me pueden aumentar o tener rangos diferenciales por edad, me deben cobrar por el mismo plan el mismo precio que le cobran a una persona menor de 65 años.

Programa Médico Obligatorio

Consiste en el conjunto de prestaciones básicas que las obras sociales, las entidades de medicina prepaga y el PAMI deben cumplir. Este PMO tiene prestaciones básicas y esenciales que deben ser garantizadas desde el primer día en que soy titular de esa empresa médica prepaga. Tienen ser cubiertas **sin carencias, sin preexistencias y sin exámenes de admisión**. Incluye: atención primaria, plan materno infantil, prestaciones, medicamentos, internación, traslados en ambulancias, prótesis, rehabilitación, etc. Si se les permite otorgar planes de **cobertura parcial** en lo que es servicio odontológico o en servicios de emergencia médica o traslados sanitarios. En los planes de medicina prepaga se incluye o se da cobertura al grupo familiar, si así lo desea quien se quiera afiliar, para ello se debe armar un plan.

Rescisión: Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con 30 días de anticipación. Las empresas de medicina prepaga sólo pueden rescindir el contrato con el usuario cuando éste incurra, como mínimo, en la falta de pago de 3 cuotas consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada.

Fallecimiento del Titular: El fallecimiento del titular no implica la caducidad de los derechos de su grupo familiar integrantes del contrato.

SISTEMA INTEGRAL DE PRESTACIONES POR DESEMPLEO

Contingencia: la contingencia que va a cubrir este subsistema es el desempleo. Es una contingencia económica-social. El **desempleo** produce una pérdida o una reducción en la capacidad de ganancia, lo que deriva en un desequilibrio en la satisfacción de necesidades básicas o vitales de las personas. El **objetivo** de este subsistema es proveer al trabajador que perdió el empleo el dinero o los recursos suficientes para hacer frente a las necesidades que hacía con el salario que percibía en su trabajo.

Organismo que administra: Administración Nacional de la Seguridad Social.

Financiación: se va a financiar con un 1,5% de contribuciones a cargo del empleador.

Beneficiarios:

-Trabajadores dependientes que cesan en la prestación de servicios involuntariamente.

Requisitos

-Que su trabajo se rija por la **Ley Nacional de Contrato de Trabajo**. No se aplica a trabajadores agrarios, trabajadores de la administración pública ni del régimen de casas particulares.

-Que se encuentren en **situación legal de desempleo**, no tener más vínculo laboral **por causas ajenas a su voluntad**: Despido sin justa causa, Despido por fuerza mayor o por reducción de tareas no imputables al trabajador, Despido por denuncia del trabajador por justa causa, Despido por fallecimiento, muerte o invalidez del empleador individual o Extinción del contrato por concurso o quiebra del empleador o por motivo económico.

-Haber estado **inscripto en el Registro Único del Sistema Laboral**. Es decir, estar registrado. Si tenía un trabajo informal no podrá acceder a la prestación por desempleo.

-Tener registrados seis meses de aportes en los tres años anteriores al momento en que se produce el distracto laboral (haber cotizado al Fondo Nacional de Empleo).

-Solicitar la prestación en el plazo de 90 días a partir del cese laboral. Si no cumple el plazo lo va a percibir, pero reducido.

La **duración de la prestación de empleo** dependerá del período que el trabajador haya cotizado dentro de esos tres últimos años en el último empleo. Si coticé entre 6 y 11 meses me darán la prestación por dos meses. Si coticé entre 12 y 23 meses la prestación será por cuatro meses. Si coticé entre 24 y 35 meses será por ocho meses. Si coticé los tres años será por doce meses.

*Si una persona **renuncia** a su empleo no va a cobrar este fondo de desempleo. Tampoco van a estar contribuidos los **monotributistas** o **responsables inscriptos**, porque son sus propios generadores de empleo.

El **Consejo Nacional de Empleo, Productividad y SMV** va a determinar y calcular cuál va a ser el porcentaje que va a cobrar inicialmente el trabajador de acuerdo a la remuneración que tuvo. Ese valor inicial no lo voy a cobrar siempre, a medida que van pasando los meses

se va disminuyendo el valor (es decreciente), porque la idea es que la persona busque un nuevo empleo. Del quinto al octavo mes se cobra un 85% del monto inicial que cobre, del noveno al mes doce voy a cobrar el 70%. Además, este Consejo va a fijar un mínimo y un máximo de la prestación. Si la persona consigue un nuevo empleo debe comunicarlo a la ANSES y se va a interrumpir la prestación. Si no avisa y la información llega a ANSES, se le puede aplicar un cargo y pedir que devuelva la plata que cobró indebidamente.

Mientras la persona perciba la prestación también tendrá **obra social**. Durante los primeros tres meses será la misma obra social que tenía mientras trabajaba, luego dependerá del estatuto de la obra social si continúa con esa o si el Estado deberá hacerse cargo de brindarle una obra social. Durante el tiempo que se cobra el desempleo se cobran las **asignaciones familiares contributivas**.

Procedimiento

Si me presento ante la ANSES a pedir la prestación ésta tendrá 45 días hábiles administrativos para responder. Si no tengo respuesta, transcurridos esos 45 días debo interponer pronto despacho y si transcurren 30 días hábiles más se entiende como una respuesta negativa y se configura el silencio de la administración quedando expedita la vía judicial ante la Cámara Federal de la Seguridad Social para interponer un recurso en los próximos 30 días. Lo mismo sucede cuando ANSES me deniega la prestación, a partir de que me notifican fehacientemente de la denegatoria tendré habilitada la vía judicial.

UNIDAD 10

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El **reclamo administrativo previo** es obligatorio para todas las cuestiones que yo necesite reclamar a todo lo que es la Administración Pública Nacional (incluida Anses). Se aplicará la ley 19.549 de procedimiento administrativo.

Quedan **excluidos** de realizar un reclamo administrativo previo:

-Los organismos militares, de defensa y seguridad, que poseen sus propios reglamentos de procedimiento.

-Cuando el administrado trate de repetir lo mal pagado o lo pagado en exceso. Se inicia una acción judicial de repetición.

-Daños y perjuicios extracontractuales (por un acto de la administración que no se deriva de un contrato).

-Cuando existen **vías de hecho**, es decir, cuando la administración lesiona garantías o derechos constitucionales. Tengo expedita la vía judicial de forma directa. Por ejemplo: la Administración me da de baja un beneficio sin notificarme.

El procedimiento administrativo comienza con la presentación de un reclamo administrativo, en el cual va a existir una pretensión (aquello que se solicita a la administración). Para la presentación de este reclamo no se requiere ningún formalismo específico, aunque en algunos casos se le pide al administrado que cumpla con una vía específica. Sí debe haber coincidencia entre lo peticionado en sede administrativa y en sede judicial. De modo que lo que no se pidió en sede administrativa, luego no puede ser solicitado en sede judicial.

El administrado no sólo tiene derecho a ser oído, sino también a obtener una respuesta de la administración, la cual tendrá un plazo de **90 días hábiles administrativos** para expedirse (el plazo en realidad es de 60 días hábiles administrativos, pero se extendió por la Ley de Emergencia). **La administración tiene 3 alternativas:**

-**Expedirse favorablemente** y en ese caso se agota el procedimiento administrativo.

-**Expedirse desfavorablemente** y en ese caso con la negativa al reclamo se agota la vía administrativa y queda expedita la vía judicial por la vía ordinaria.

-**Silencio:** el silencio o la ambigüedad de la Administración frente a pretensiones que requieran de ella un pronunciamiento concreto, se interpretarán como **negativa**. Sólo mediando disposición expresa podrá acordarse al silencio sentido positivo. Vencido el plazo que tiene la administración para expedirse, el interesado requerirá pronto despacho y si transcurren otros 45 días hábiles administrativos (antes eran 30) sin producirse esa resolución se considera que hay silencio de la administración.

El silencio de la administración otorga 2 alternativas:

-Se agota el procedimiento administrativo y queda **expedita la vía judicial**. Se le va a requerir al juez que resuelva la cuestión de fondo, ya que por el silencio el administrado interpreta que la administración denegó su reclamo.

-Se puede interponer **amparo por mora**: A través del amparo por mora, lo que se le solicita al juez es que intime a la autoridad administrativa interviniente a que, en el plazo que le fije, informe sobre las causas de la demora. Contestado el requerimiento o vencido el plazo sin que se lo hubiere evacuado, se resolverá sobre la mora, librando la orden si correspondiere para que la autoridad administrativa responsable despache las actuaciones en el plazo prudencial que se establezca.

PROCESO JUDICIAL

El proceso judicial se inicia con una demanda que se debe interponer en el plazo de **90 días hábiles judiciales** desde que me notificaron de la denegatoria (bajo apercibimiento de decretar la caducidad de instancia y tener que realizar el reclamo otra vez), o en cualquier momento si se produjo el silencio de la administración. El **objeto de la demanda** debe ser **idéntico** a lo que reclamé en el reclamo administrativo previo y se debe cumplir con los requisitos del artículo 330 del CPCCN.

Presentada la demanda, el Juzgado la recibe y en primer lugar le va a dar traslado al Fiscal quien se va a expedir sobre la **competencia** y la **habilitación de instancia**. Existen 2 jurisdicciones competentes optativas:

-Los **Juzgados Federales de primera instancia de Capital Federal**. Entienden de todas las cuestiones de S.S, excepto lo relativo a la ley de riesgos de trabajo y el subsistema de salud. El tribunal superior es la Cámara Federal de la S.S.

-Los **Juzgados Federales de primera instancia de las provincias**. Cada provincia cuenta con su tribunal superior para resolver las sentencias apeladas de primera instancia.

Luego analiza la **habilitación de instancia**, es decir, chequea si la demanda debía agotar la vía o no, y en caso de que sí, controla que se haya agotado la vía de la manera correcta.

Si están dadas las condiciones, se corre traslado a la administración para que conteste, pudiendo oponer dentro de los primeros 15 días del plazo para contestar la demanda, **excepciones de previo y especial pronunciamiento**. La oposición de excepciones suspende el plazo para contestar la demanda de todos los emplazados en la causa.

Sólo se admitirán como previas las siguientes **excepciones**:

-Incompetencia del juez.

-Falta de personería en el demandante, en el demandado o en sus representantes.

-Litispendencia.

-Defecto legal en el modo de proponer la demanda.

-Cosa Juzgada.

-Transacción, conciliación y desistimiento del derecho.

-Falta de legitimación para obrar en el demandante o en el demandado cuando fuere manifiesta.

-Prescripción.

-Inadmisibilidad de la pretensión.

Se da **traslado al actor de las excepciones** de la demandada, quien deberá contestarlo dentro de los 5 días de notificado. Contestado el traslado o vencido el término para hacerlo, y no habiéndose ofrecido prueba el juez pasa a resolver debiendo pronunciarse en un plazo de 15 días. Si se hubiese ofrecido prueba y el Juez la considerase procedente, **se abrirá a prueba** por un plazo que no podrá ser mayor a 10 días.

La mayoría de las veces no se abre a prueba porque se declara la **cuestión de puro derecho**, en ese caso pasan los autos para el dictado de la sentencia. El plazo para el dictado de la sentencia es de 60 días. A pesar de que la demandada resulte vencida, las **costas son por su orden** (cada uno paga los honorarios de sus letrados). La administración una vez que es notificada de la sentencia tiene un plazo de 120 días hábiles para abonar la sentencia condenatoria. Cumplido el plazo, si la administración no cumple, una vez firme la sentencia, se inicia la **ejecución de sentencia** dentro del mismo expediente (en este caso las costas serán a cargo de la vencida). Si hay apelación va a resolver la Cámara dictando sentencia definitiva. En el caso del **amparo por mora** la sentencia no puede ser apelada. No se condena a la administración, sino que se la obliga a dar una respuesta.

PROCEDIMIENTOS URGENTES

Acción de amparo

El **amparo** es una **acción expedita y rápido** que podrá interponer toda persona, contra todo acto u omisión de autoridad pública o particulares que, en forma actual o inminente, lesione, restrinja, altere o amenace con **arbitrariedad o ilegalidad manifiesta**, derechos y garantías reconocidos por la CN., un tratado o una ley. El juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva.

Salvo que se requiera de mayor amplitud de debate y prueba o se trate del derecho a la libertad física, que se debe iniciar una acción de **habeas corpus** o del derecho de toda persona a tomar conocimiento de los datos referidos a ella acción de **habeas data**.

La acción de amparo **no será admisible** cuando:

- a) Cuando **exista una vía administrativa o judicial más idónea** (este inciso está tácitamente derogado, ya que la vía administrativa no es más idónea, no es necesario agotarla, sí es idónea la vía judicial);
- b) Cuando **el acto impugnado emanara de un órgano del Poder Judicial** o haya sido adoptado por expresa aplicación de la Ley de Defensa Nacional (está prohibido demandar por vía del amparo la actividad jurisdiccional de los jueces)
- c) Cuando la intervención judicial **comprometa directa o indirectamente la regularidad, continuidad y eficacia de la prestación de un servicio público**, o el desenvolvimiento de actividades esenciales del Estado (seguridad, administración de justicia, administración, que no son prestadas por privados);
- d) Cuando **se requiera de una mayor amplitud de debate o de prueba** o la declaración de inconstitucionalidad de leyes, decretos u ordenanzas (los jueces avanzaron y declararon la

inconstitucionalidad de la norma en procesos de amparo, amparados en la reforma de la CN).

e) Cuando la demanda no hubiese sido presentada dentro de los 15 días hábiles desde que hubo afectación de derechos.

Tutela autosatisfactiva

La **tutela autosatisfactiva** procede en situaciones en las que es necesario otorgar una respuesta inmediata. Consiste en un **requerimiento urgente** formulado al órgano jurisdiccional que se agota con su despacho favorable. Desde el momento en que son concedidas el proceso termina y no es necesario iniciar un proceso ordinario para determinar el derecho. El primer despacho que efectúa el juez es la sentencia. Se debe acreditar la verosimilitud de derecho y el peligro en la demora. En estos casos resulta tan claro que el actor tiene derecho a lo que peticiona que no se puede rechazar su pedido. La sentencia es susceptible de ser impugnada por el recurso de apelación.

Medidas cautelares

Las **medidas cautelares** son los **mecanismos** adoptados antes o durante un proceso, destinados a suprimir los riesgos que conlleva la duración del mismo y que pueden tornar ilusorio el derecho reclamado. No resuelven el conflicto, sino que preservan el derecho hasta que el juez se expida.

Presupuestos:

-**Verosimilitud del derecho:** Basta la **simple apariencia** o verosimilitud del derecho, el procedimiento probatorio es meramente informativo y sin intervención de la persona contra la cual se pide la medida.

-**Peligro en la demora:** Es el temor fundado de que ese derecho se frustre durante la sustanciación del proceso tendiente a tutelarlos.

-**Contracautela:** no es un requisito de la medida cautelar, sino que es un monto que fija el juez, discrecionalmente, para hacer frente a los daños y perjuicios que posiblemente se pudieran irrogar con el dictado de la medida cautelar. Es decir, cuando luego del dictado de la sentencia, resulta que la medida había sido otorgada sin asistirle el derecho. Es un requisito para poder ejecutar la medida cautelar.

Características

-Se ordenan **inaudita parte**, es decir, sin oír a la parte contraria. El juez toma la decisión en base a los hechos que afirma el solicitante y las pruebas que aporta.

-Son **provisionales:** la medida obtenida puede ser modificada o dejada sin efecto en cualquier momento si cambian las circunstancias que se tuvieron en cuenta al decretarla.

-Son **acesorias:** no tienen un fin en sí mismas, el fin lo tendrá el proceso principal.