

RESUMEN LIBRE SEGURIDAD SOCIAL

Unidad 1:

Evolución histórica. La idea del riesgo y del seguro. El Seguro Social:

La Seguridad Social, tal y como la conocemos actualmente, es el resultado de una larga evolución histórica. Podemos distinguir, tres fases o etapas de las distintas formas de protección social:

- Las primeras medidas de protección social: Desde sus orígenes hasta la aparición de los seguros sociales.
- Los Seguros Sociales (época clásica): Nacimiento y desarrollo de los seguros sociales, desde el último tercio del siglo XIX hasta la configuración de los sistemas de Seguridad Social, como precedente inmediato.
- Los sistemas de Seguridad Social: A partir de la década de los años cuarenta del siglo pasado hasta el momento actual.

Los sistemas de seguridad social: nacimiento y evolución:

Las primeras medidas de Protección Social:

Durante la Edad Media, el problema de la pobreza dio lugar a medidas de protección social de diverso signo. Por un lado, se adoptaron medidas de protección basadas en la solidaridad o ayuda mutua a través de **asociaciones de carácter corporativo o profesional**. Las Cofradías y Gremios ayudaban a aquellos que caían en desgracia, protegían a las viudas y huérfanos y llegaron, incluso, a fundar hospitales. Por otro lado, la Iglesia e instituciones caritativas privadas tomaron medidas de asistencia social a favor de los pobres.

Por su parte, el Estado únicamente se concentró en la lucha y represión de la mendicidad y otras consecuencias derivadas de la pobreza (policía de los pobres).

En la Edad Moderna, se dio un salto cuantitativo y cualitativo en materia de protección social. Durante los siglos XVI, XVII y XVIII, desde la Autoridad Pública se arbitraron diversas medidas de protección social. La protección fundamental de las necesidades sociales se realizó a través del principio mutualista (hermandades, montepíos) y de las primeras instituciones de ahorro popular (Montes de Piedad).

En la Época Liberal, el ascenso de la burguesía, la exaltación de los principios individualistas (Laissez faire) y el triunfo del liberalismo económico (ADAM SMITH) abocaron a la sociedad del siglo XIX a una cierta indefensión frente a las necesidades sociales.

Para el liberalismo económico la pobreza y las privaciones de las clases inferiores aparecen como un hecho inevitable y necesario, lo que determina que en este momento la protección de las necesidades sociales pasa única y exclusivamente por la previsión individual. Es decir, por el ahorro de los individuos. 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 inmediatamente a Alemania durante el último tercio del siglo XIX y a una realidad política y económica, donde se sitúa el origen moderno de la Seguridad Social: los Seguros Sociales.

Sistema de Otto von Bismarck:

A partir de 1880-1890 los problemas principales que debían ser cubiertos eran:

- El de la protección de las familias numerosas y de los menores y mujeres que trabajaban jornadas agobiantes sin límite horario.
- Los accidentes de trabajo, ya que aquellas personas que los sufrían quedaban marginados (en la calle) para siempre.

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

Con las leyes de Bismarck (1883 y 1889) el estado alemán dio origen a lo que se puede considerar el primer sistema de seguridad social. Los alemanes habían aceptado el liberalismo capitalista pero con una alta contracción autoritaria y paternalista.

La famosa reforma de la seguridad social de Bismarck comenzó en 1883 y este mismo año se creó el seguro de enfermedad obligatorio para todos los trabajadores de dependencia de la industria. En 1884 se dio nacimiento al seguro de accidente de trabajo, y en 1889, a los de invalidez y despido, con lo cual se constituye un sistema bastante complejo.

La importancia y lo revolucionario de estos sistemas era que la inclusión se consideraba obligatoria. **Todos los trabajadores estaban incluidos obligatoriamente, y deja de ser una responsabilidad del seguro privado para pasar a ser una responsabilidad del seguro social, con aportes de los empleadores y del Estado, el trabajador no aportaba.**

Desde el punto de *vista histórico*, la legislación alemana de Bismarck sobre los Seguros Sociales es la que ha constituido el efecto más significativo, como una nueva forma de prestación social que relegaba al pasado, el sistema tradicional de la ayuda en la pobreza: la beneficencia pública y privada.

Los Seguros Sociales nacieron en la Alemania de Bismarck porque, sólo en ella se daban una serie de factores:

- **De orden económico:** el paso del Estado agrario al Estado industrial se precipitó en Alemania en la segunda mitad del siglo XIX provocando el desarrollo de un proletariado urbano muy miserable.
- **De orden ideológico:** existía una corriente de pensamiento económico-social, el llamado "socialismo de cátedra", que se acercaba al intervencionismo del Estado pedido por los socialistas. El Estado no puede quedar indiferente ante la miseria de una parte de la población. Para este fin, debe utilizarse el impuesto.
- **De orden político:** Bismarck comprendió el peligro que para el Imperio Alemán representaba la miseria de las masas obreras, que se afiliaban al socialismo al ofrecerle éste, en sus programas soluciones a sus problemas.
- **De orden jurídico:** existían algunos precedentes que favorecían esta política. Una ley obligaba a los empresarios a asegurar por enfermedad o accidente de trabajo a sus asalariados, empleados domésticos y de comercio que conviviesen con él bajo el mismo techo, y una ley de 1848 obligaba a las empresas industriales ferroviarias a la responsabilidad por accidente de trabajo.

En el sistema alemán el Seguro se declaró obligatorio para todos los individuos sometidos a la ley. El campo de aplicación originario era muy limitado, ya que sólo afectaba a los trabajadores

industriales. Las prestaciones eran económicas, sustitutorias del salario perdido, y proporcionales a este.

La financiación se realizaba por cuotas satisfechas por el trabajador como asegurado directo, el patrono como socio protector obligatorio y el Estado en determinadas ramas (invalidez y vejez).

El dato importante era que la cuantía de la cuota, no era proporcional a las posibilidades del riesgo, sino al salario de los trabajadores, con lo que se rompió con un principio clásico del Seguro Privado.

Sistema de Beveridge. El Informe:

En el año 1941 William Beveridge, profesor de Oxford presidió una Comisión de Reforma de los Seguros Sociales. El informe "Social Insurance and allied Services" es un estudio profundo donde se sientó el principio de la extensión de la Seguridad Social a toda la población, apareciendo la idea del derecho de toda persona a la Seguridad social, derecho que será consagrado en las diversas Declaraciones Internacionales.

Se introduce la idea de la intervención del Estado a fin de cubrir las necesidades respecto de las cuales no existía ninguna clase de financiación.

El informe se refiere a Inglaterra pero sus análisis son válidos para otros países. El estudio reveló dos órdenes de defectos:

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

Las **características** del sistema son:

1. **Campo de aplicación.** Toda la población activa o no activa, superándose el criterio de trabajadores asalariados económicamente débiles. El principio de universalidad tenía plena aplicación. Es decir, busca ampliar el sistema de Bismarck, de modo que se beneficie no sólo al trabajador sino a todo ciudadano.
2. **Riesgos cubiertos.** El gran riesgo es la necesidad. Todos los riesgos que puedan llevar a ella por la pérdida de la capacidad de trabajo o por el desempleo deberán ser cubiertos. Se incluyen los accidentes de trabajo.
3. **Prestaciones.** La lucha contra la indigencia debe garantizar un nivel adecuado de vida. Las prestaciones no deben ser proporcionales al salario ganado durante la vida activa por el sujeto protegido, sino que se fijarán en función del coste de vida y son uniformes para todos. Beveridge declaró "que se entiende por Seguridad Social la garantía de una renta determinada tendente a la liberalización de la necesidad".
4. **Financiación.** Al principio de prestaciones uniformes, corresponde el de cotizaciones igualmente uniformes para cada una de las categorías de población que se establecieron. La formalizaban

por sellos, mediante giros postales. El Servicio Nacional de Salud y las Cargas familiares se financiaban con cargo a los impuestos generales, expresándose así la solidaridad nacional.

5. Administración. Al afirmar Beveridge la unidad de riesgo, la necesidad, concluía con el imperativo de unificar todas las instituciones en un Servicio Público Único bajo la autoridad de un Ministerio de Seguridad Social.

El Informe Beveridge ejerció una influencia considerable sobre la opinión universal y sobre los Derechos positivos tanto en los países de la Commonwealth, como en los propios ordenamientos europeos que, apegados al sistema germánico, no dudaron en acoger algunas de las ventajas del modelo beveridgeano.

De cualquier manera, conviene señalar que ningún sistema de Seguridad Social es hoy puramente bismarkiano y beveridgeano, ni siquiera en los países en que vieron la luz ambos modelos.

	Sistemas Bismarckianos	Sistemas Beveridgeanos
Sujetos protegidos	Consideran como tales a los trabajadores, siempre 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 los individuos en cuanto miembro de la colectividad, con independencia de su actividad profesional. El derecho a la seguridad social se presenta así como un derecho del ciudadano.
Protección	Garantizan el salario de los trabajadores, que se conciben como remuneración indirecta del trabajo, "salario diferido".	Tienden a garantizar un nivel de subsistencia uniforme independiente de los ingresos profesionales. Las prestaciones adquieren, de este modo, un carácter asistencial que poco o nada tiene que ver con el salario.
Financiación	La hacen gravitar principalmente sobre 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.	Ponen en movimiento una solidaridad general y profesional, haciendo financiar la protección mediante impuestos comunes y especiales. Las prestaciones implican una redistribución general de la renta mediante reparto global de la carga entre toda la población y entre grupos profesionales.
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.

Concepto de Derecho de la Seguridad Social:

El Derecho de la Seguridad social es el conjunto de principios y normas formales y materiales, internas e internacionales que, basados en los valores de ética social y teniendo en miras el bien común, regulan la cobertura de las necesidades emergentes de las contingencias de diversas naturalezas, a que pueden estar expuestos una persona y el grupo familiar a cargo.

El Derecho de la Seguridad Social es un Derecho Social, dado que regula las relaciones humanas no ya como individuos, sino como integrantes de lo social. Los titulares de derecho son las personas físicas, no frente a otro particular, sino ante la sociedad en cuanto tal o a través del Estado.

La **Seguridad Social** es el *sistema* ideado para *promover el bienestar general* a través del otorgamiento de los beneficios de la seguridad social que tendrán carácter integral e irrenunciable. Un sistema es un conjunto de principios, instrumentos, órganos que, ordenadamente relacionados entre sí, contribuyen a la obtención de un objetivo determinado. En el caso de la seguridad social, ese objetivo es mantener el bienestar de la persona mediante la cobertura de las diversas contingencias que puedan padecer las personas a lo largo de su vida. Una **contingencia** es una situación que puede darse o no. Son hechos, de diversa naturaleza, que privan al hombre de algún bien o le generan necesidades que obstaculizan su desarrollo integral.

Posee un **sujeto y un objeto**. El sujeto activo es el beneficiario de la prestación (la persona humana, todo hombre dentro de la sociedad), el sujeto pasivo es aquel que debe cumplir con las prestaciones (el Estado, la obra Social, la prepaga, la ART, etc.) y el objeto es la prestación que satisface las necesidades emergentes de las contingencias que afecten al hombre.

Tal sistema se divide en distintos subsistemas de acuerdo a las contingencias que pretende cubrir.

Características del Derecho de la seguridad social:

Los **caracteres** son **peculiaridades diferenciadoras** de esta rama respecto de las demás. Son aquellos **rasgos** que le dan personalidad propia y pertenecen a la naturaleza del Derecho de la Seguridad Social.

Doctrinariamente, se han distinguido:

- **Caracteres esenciales:** Aquellos propios de una rama que la hacen tal y que constituyen los rasgos esenciales diferenciadores de otras ramas del derecho. Son los que conforman su naturaleza, ya que al ser únicos, no se puede concebir una especialidad sin ellos.
- **Caracteres comunes a otras ramas del derecho:** Son aquellos que también podemos encontrar en otras ramas del derecho.

Entre los caracteres esenciales, podemos mencionar:

1) AUTONOMÍA: significa la independencia de una rama del derecho respecto de otras. Existe:

- **Autonomía legislativa:** consiste en el conjunto de leyes dictadas bajo la inspiración de los principios doctrinarios típicos de la Seguridad Social que captan realidades sociales singulares y que tienen como fin la protección de las personas afectadas por una contingencia. El concepto de autonomía legislativa tiene una forma muy típica de ser: se configura el dictado de códigos que prevé la regulación específica donde se reglamenta las instituciones de fondo y de forma.
- **Autonomía científica:** significa que las diversas temáticas e instituciones del Derecho de la Seguridad Social son susceptibles de una sistematización orgánica que da lugar a un estudio homogéneo y extenso. Permite de esta manera, la organización pormenorizada de los diversos temas que componen el objeto del Derecho de la Seguridad Social para su desarrollo catedrático y universitario.

- **Autonomía tribunalicia o jurisdiccional:** es la organización tribunalicia especializada encargada de atender, con procedimientos propios, los conflictos individuales o institucionales emergentes de la aplicación de la Ley de Seguridad Social y con su imperio les da solución.

Es la consecuencia lógica de la autonomía legislativa. En la actualidad, tenemos una Cámara Federal de la Seguridad Social (que cuenta con 3 Salas y 2 Fiscalías de Cámara) y una Primera Instancia (compuesta por 10 Juzgado Federales y 2 Fiscalías de 1° Instancia).

- **Autonomía doctrinaria:** constituye el cúmulo de escritos y exposiciones de intelectuales desarrollados en torno a la Seguridad Social.
- **Autonomía didáctica:** consiste en la enseñanza especializada del Derecho de la Seguridad Social en los ámbitos de enseñanza, especialmente en el universitario.

- 2) **ORDEN PÚBLICO:** es el atributo del que están investidas las normas de carácter general y que regulan la salvaguarda de los derechos esenciales de las personas y de la sociedad. El concepto de orden público tiene un sentido finalista que consiste en lograr la paz a través del goce de los derechos esenciales, individuales y sociales, y que trascienden la voluntad de los individuos, de la sociedad y del Estado.
- 3) **NATURALEZA TUITIVA DE SUS NORMAS:** significa que las leyes de la seguridad social, si bien determinan obligaciones, también tienen la finalidad de proteger a las personas ante las circunstancias derivadas de algún acontecimiento feliz o infeliz.
- 4) **INTERNACIONALIDAD:** es la tendencia del Derecho de la Seguridad Social para dictar normas en cada país o región, crear condiciones, exigir requisitos similares de tal modo que, en cualquier circunstancia y lugar, se tenga acceso a igual cobertura. Este carácter está vinculado a los principios de universalidad e igualdad.
- 5) **DERECHO EVOLUTIVO:** implica que el Derecho de la Seguridad Social debe adaptarse permanentemente a las nuevas realidades en que se mueve el hombre.
- 6) **CARÁCTER FEDERAL DE LAS NORMAS.**

Principios y Reglas del derecho de la Seguridad Social:

1) Solidaridad:

La solidaridad es un principio rector de la seguridad social a través del cual el vínculo que representa una comunidad de intereses o propósitos se materializa en prestaciones para la sociedad. Consiste en la participación de la sociedad en la cobertura de las contingencias que puede sufrir cualquiera de sus componentes.

Quien está en mejores condiciones debe ayudar a quien tiene menos. Se exige esa solidaridad porque hay desigualdad frente a las contingencias. Conduce a la convergencia entre los hombres, que desemboca en la unión para el esfuerzo conjunto que reclama la vida contemporánea. Es el principio que debe formar la unidad de los hombres en orden a la consecución del bien de todos.

La ética social impone al hombre a subordinar el bien individual al bien común. No vivimos aislados, sino en comunidad. Solidaridad significa "***adhesión a la causa del otro***". No es para uno sino para otro trabajador: a) (Entre generaciones) los activos sostienen a los pasivos; b) (General) a mayor sueldo directo mayor sueldo indirecto (aporte) para el sistema.

La Corte Suprema de la Nación ha declarado la obligación de aportar aunque el afiliado no llegase a gozar de ninguno de los beneficios del régimen previsional.

2) Subsidiaridad: es la participación del Estado en la cobertura de las contingencias sociales (el rol de Estado es subsidiario). Los sistemas de la seguridad social tienden a subsidiar, reforzar algún sector social frente a contingencias que lo desequilibran. Esta obligación del Estado es indelegable y éste debe brindarla en todo momento, tanto por sí como por medio de los organismos que lo componen.

Este principio motoriza a la sociedad intermedia y al Estado a actuar cuando los individuos no están capacitados para cubrir una necesidad.

La función subsidiaria del Estado está regida por la “justicia distributiva” que significa el débito que tiene la autoridad (Estado), frente a los particulares de concederles los bienes (en el campo de la Seguridad Social, las prestaciones) que por sí mismos no pueden alcanzar. También, reporta el deber del Estado de imponer las cargas en forma proporcional con la aptitud contributiva del individuo.

Cabe aclarar que la Seguridad Social no reemplaza la responsabilidad del hombre de, a través de su trabajo, arbitrar los recaudos y provisiones necesarios para superar los eventos que se presentan en la vida. El Estado debe asegurar las condiciones generales que permitan al individuo disponer de sus propios medios de existencia.

La Subsidiariedad se manifiesta de diferentes maneras:

1. Cubriendo la contingencia pero no totalmente, sino dejando un porcentaje que debe ser completado por el esfuerzo de quien recibe la prestación.
2. Estableciendo un monto, como las asignaciones familiares.
3. Absteniéndose el Estado de intervenir cuando la iniciativa de los grupos (cajas profesionales provinciales) han organizado adecuadamente la protección de ciertas contingencias sociales.

3) Universalidad: la cobertura de servicios de la seguridad social se extiende a todos los individuos y grupos que integran un todo social sin ninguna excepción. Comienza protegiendo a un grupo y termina protegiendo a la mayor cantidad posible de la población, por solidaridad y filosofía, para paliar problemas sociales y económicos, y por interés, ya que cuando hay protección se puede alcanzar la paz social.

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. Determina el ámbito subjetivo de la seguridad social.

Históricamente la S.S. era una disciplina destinada únicamente al obrero y al trabajador en relación de dependencia de la industria. Pero, paulatinamente se ha ido ampliando el ámbito de aplicación extendiendo los regímenes existentes a personas, grupos o sectores que se encontraban excluidos de ciertos beneficios.

4) Integralidad (material y horizontal): la seguridad social pretende neutralizar los efectos nocivos que producen las contingencias sociales. Busca brindar una prestación equiparable a la contingencia.

La S.S. tiende al amparo de la totalidad de las contingencias sociales que asechan al hombre, no sólo a las derivadas de la imposibilidad del trabajo, sino también en los problemas relativos a la salud; medidas destinadas a impedir o prevenir los eventos dañosos; en los beneficios de ayuda familiar y en las prestaciones económicas por vejez, invalidez y supervivencia.

5) Unidad: pretende crear un sistema de derecho de fondo, de derecho de forma y estructuras administrativas únicas en el gobierno, aunque múltiples de gestión. Rige la unidad de conducción y gestión descentralizada.

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

6) Inmediatez: Consiste en proveer al beneficiario de la seguridad social (el hombre) de los medios instrumentales a fin de lograr la más inmediata y rápida satisfacción de la necesidad acarreada por la contingencia. Es la gestión de la S.S. que tiene que ser urgente e inmediata para atender la contingencia individual.

Ello trae aparejado la instauración de órganos administrativos distribuidos geográficamente con racionalidad, a fin de que el peticionario tenga acceso simple y rápido a ellos, sin necesidad de largos trámites donde el poder de decisión se encuentre muy alejado del origen del trámite.

Los beneficios que otorga la S.S. están destinados a remediar situaciones de desamparo económico, lo cual supone que no sólo se los va a otorgar cuando se acredite el derecho, sino que van a llegar al beneficiario en tiempo oportuno.

7) 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. Se vincula con el principio de la dignidad del hombre y su libertad.

8) 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”.

9) Pro Homine (principio del Derecho Internacional): 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.

10) Prohibición de Regresividad (principio del Derecho Internacional): Este principio está ampliamente conectado con el principio pro homine y con la aplicación progresiva de los tratados de Derechos Humanos.

El criterio de la progresividad supone algunos límites infranqueables a la actividad estatal: la obligación de no regresividad en el goce de los derechos. La prohibición de regresividad impone un deber formal, operativo e inmediato: impedir la regresividad en el grado de tutela de los derechos

consagrados en el Pacto. Tal deber es asimilable al de no discriminar en su goce y ejercicio. Los derechos tienen que ampliarse y mejorarse.

11) 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:

Con la reforma Constitucional efectuada durante el gobierno de facto en 1957, se introdujo el art. 14 bis. Éste consagra los derechos implícitos y explícitos que son regulados por el Derecho de la Seguridad Social:

- a. **Derechos implícitamente enumerados:** la expresión genérica “*beneficios de la Seguridad Social que tendrá carácter integral e irrenunciable*”, contiene implícitamente todos los derechos de que puede gozar una persona a lo largo de su vida y que está afectada por una contingencia.
- b. **Derechos explícitamente enumerados:** son “*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*”.

Posteriormente, la reforma de 1994 ratificó el art. 14 bis y en su art. 75 inc. 22, incluyó como normas constitucionales una serie de tratados que también contienen normas de Seguridad Social.

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

La reforma constitucional de 1994 introduce entre las cláusulas constitucionales con jerarquía de tales, una serie de tratados sobre DDHH que los enumera taxativamente en el art. 75, inc. 22. Por su naturaleza y contenido, fundamentalmente, en lo atinente al reconocimiento de los derechos sociales, sus normas vienen a engrosar el plexo de las “Declaraciones, Derechos y Garantías” contenidas en la Primera Parte de la Constitución Nacional.

Los principios de la Seguridad Social derivados del Derechos Internacional son el principio *pro homine* y el de *prohibición de regresividad*.

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

Tienen en común que ambos son derechos protectorios. El de la Seguridad Social tiende a satisfacer las necesidades que puede sufrir cualquier individuo por padecer determinadas contingencias (accidente, embarazo, etc.).

La diferencia radica en los sujetos de derecho, ya que en el Derecho Laboral los sujetos son individualmente los trabajadores y emprendedores, y colectivamente, las asociaciones sindicales y las cámaras empresariales. En cambio, los sujetos de la seguridad social son todas las personas que habitan una comunidad de un país determinado, aunque no trabajen nunca.

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

La rama del Derecho público interno mencionada, regula las actividades del Estado respecto de la institución y funcionamiento de los servicios públicos y las relaciones del ente gobernante con los particulares por razón de los mismos.

En todos los países, existe una organización administrativa del trabajo. Ésto es, nuevos órganos del Estado instituidos con distintas denominaciones (Ministerio, Departamento o Dirección del Trabajo, Institutos de Seguridad o de Previsión Social) para atribuirles diversas funciones vinculadas al régimen del trabajo y de la seguridad social, la fiscalización del fiel cumplimiento de las leyes y reglamentos laborales.

Unidad 2:

Fuentes formales y materiales:

Las **fuentes formales** son los modos en que se manifiestan las normas jurídicas, mientras que las **fuentes reales o materiales** son todos los factores sociales, económicos, culturales, valorativos, históricos, etc., que han otorgado un determinado contenido concreto a esas normas.

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

1. La Constitución Nacional y las Declaraciones, Pactos, Tratados y Convenios Internacionales con Jerarquía Constitucional.
2. Tratados Internacionales.
3. Los convenios de la OIT.
4. Las Leyes (dictadas por el Congreso).
5. Decretos (dictados por el Poder Ejecutivo – son de administración).
6. Resoluciones o Disposiciones (dictados por los Ministerios).
7. Jurisprudencias, Doctrinas y las Costumbres (en ese orden).
8. Convenios Colectivos de Trabajo.

1) La Constitución Nacional:

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 (Perón): contenía numerosas disposiciones en materia de seguridad social, pero fue anulada por el gobierno de facto que lo sucedió hacia 1955. El rol del Estado era el de un estado presente, intervencionista.

Reforma de 1957: introduce las principales normas en materia de S.S. a través del 3° párrafo del art. 14 bis, vigente en la actualidad. El mismo dispone que *el Estado otorgará los beneficios de la S.S. que tendrá carácter de integral e irrenunciable y que especialmente la ley establecerá: 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; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna.*

Reforma 1994: En su art. 75, inc. 12 reafirma entre las atribuciones otorgadas al Congreso de la Nación, la de dictar los códigos del trabajo y seguridad social en cuerpos unificados o separados. Sin embargo, este imperativo Constitucional 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.

Además, el mencionado artículo en su inc. 23 establece la protección del niño en desamparo.

Por su parte, el art. 126 conserva una disposición que ya contenía el anterior art. 108 y prescribe que las provincias no pueden dictar los códigos Civil, Comercial, Penal y de Minería, después que el Congreso los haya sancionado. Si bien la letra del nuevo texto de la Constitución omite la referencia al “Código de trabajo y seguridad social” debe entenderse que también lo comprende.

El art. 125 de la Constitución Nacional establece que las provincias y la Ciudad de Buenos Aires pueden conservar organismos de seguridad social para los empleados públicos y los profesionales.

Artículo 14 bis:

a) Carácter integral de los beneficios de la S.S: se busca establecer una cobertura de contingencias que sea amplia y total. Esta cláusula puede entenderse como un fenómeno expansivo de la S.S para que se proteja a toda la población.

No instituye ningún derecho inmediatamente exigible, sino que se trata de una cláusula programática que necesita para su operatividad del ulterior desarrollo por la legislación ordinaria. La Constitución ha pretendido impulsar al legislador a establecer una cobertura de contingencias que sea amplia y total.

b) Carácter Irrenunciable: los derechos no pueden transferirse, cederse ni renunciarse. No admite una voluntad en contrario en cuanto al ingreso al sistema. El trabajo del hombre genera el aporte y la contribución que el empleador paga, como salario indirecto. En el caso del trabajador autónomo, sale de su bolsillo.

c) El seguro social obligatorio: Los legisladores constituyentes pretendieron distinguir entre los conceptos de “seguridad social” y “seguro social”, identificando a la primera como un ideal o fin y al segundo como un medio o instrumento para su logro.

d) Entidades Nacionales o Provinciales: la facultad de legislar en materia de S.S. corresponde a la Nación en virtud de la atribución otorgada al Congreso en el art. 75, esta disposición se correlaciona con el art. 125.

El art. 14 bis determina que el seguro social obligatorio estará a cargo de entidades nacionales o provinciales. Deben ser administradas por los interesados, lo que lleva a concluir que los primeros llamados a aportar para formar el fondo de recursos para atender al pago de las prestaciones deben ser los propios interesados.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación interpretó que el art. 14 bis de la Constitución Nacional no especifica el procedimiento a seguir para el logro del objetivo propuesto en cuanto a la evolución del haber, dejando librado el punto al criterio del legislador. Más adelante, estableció que el alcance y contenido de la garantía constitucional de movilidad de las prestaciones no son conceptos lineales de movilidad que dan lugar a una exegesis única, reglamentaria e inmodificable sino opuestamente, pasibles de ser moldeados y adaptados a la evolución que resulta de las

concepciones políticas, jurídicas, sociales y económicas dominantes que imperan en la comunidad en un momento dado.

- e) **Jubilaciones y Pensiones Móviles:** la Corte dice que la atención a los recursos disponibles del sistema puede constituir una directriz adecuada a los fines a determinar el contenido económico de la movilidad jubilatoria, se debe volcar en los haberes el progreso social.
- f) **Protección integral de la familia:** el único sistema de S.S. que en vida (al mismo tiempo) utiliza toda la familia es la Obra Social.
- g) **Compensación económica familiar:** Asignaciones familiares.
- h) **Superposición de aportes:** la normativa del art. 14 bis prohíbe la superposición de aportes. Esto significa 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, independientemente de las otras, a la obligación de obrar o soportar la contribución.

La Corte Suprema de la Nación aclaró que lo que la Constitución prohíbe no es la multiplicidad de aportes, sino la superposición de aportes a cargo de un mismo sujeto cotizante por la misma calidad o carácter en virtud del cual debe aportar.

Declaraciones, Pactos y Convenios Internacionales con Jerarquía Constitucional: el Art. 75 inc. 22 enumera 10 tratados sobre DDHH que deben entenderse como complementarios de los derechos y garantías de los artículos constitucionales. Poseen jerarquía constitucional. Estos tratados internacionales son:

1. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Bogotá 1948.
2. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.
3. Pacto Internacional de Derechos Econ., Sociales y Culturales, N. York 1967.
4. Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación racial, N. York 1968.
5. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), 1969.
6. Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer, 1979.
7. Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

2) Tratados Internacionales: después de la reforma constitucional de 1994, los tratados concluidos con las demás naciones y organizaciones internacionales tienen jerarquía superior a las leyes, en tanto estos tratados incluyan materias que pertenecen al ámbito de la seguridad social, constituyen fuente formal de ese derecho.

3) Convenios de la Organización Internacional del Trabajo: la OIT realiza convenios que son acompañados por recomendaciones, pero según la jurisprudencia de la Corte Suprema, éstos no tienen el carácter de obligatorio de los convenios internacionales.

4) Las Leyes: reglamentan los principios consagrados en la Constitución. Quedan comprendidas tanto las leyes específicas en materia de S.S. como los códigos de fondo que poseen un carácter residual.

- 5) **Decretos**: emanados de la potestad reglamentaria confería al Poder Ejecutivo Nacional por el art. 99 inc. 2 de la Constitución Nacional. La Corte Suprema ha establecido con claridad que los decretos reglamentarios del poder administrador pueden apartarse de la estructura literal de la ley, siempre que se ajusten a su espíritu.
- 6) **Resoluciones de las Agencias, Organismos o Entes Gestores**: el sujeto titular de un derecho subjetivo con fundamento en una norma de la seguridad social debe formular su solicitud o reclamo ante un organismo, agencia o ente gestor que es el sujeto obligado al otorgamiento de la prestación de dar o de hacer indicado en el ordenamiento respectivo. Éste concederá o denegará el beneficio en tanto considere o no reunidos los requisitos a los que la norma subordina el nacimiento del derecho pertinente. Estas resoluciones están sujetas siempre a revisión judicial.
- 7) **Jurisprudencia**: se manifiesta como una repetición, como una forma habitual o uniforme de pronunciarse los órganos jurisdiccionales del Estado. Esta forma denota la influencia de unos fallos sobre los otros y aun la presencia de un conjunto de principios o doctrinas comunes contenidos en esas decisiones. Su obligatoriedad es relativa, porque un juez o tribunal podría apartarse de los precedentes fundamente su disidencia.
En el ámbito del derecho de la S.S. existen 2 vertientes obligatorias que constituyen a la jurisprudencia en 1 fuente importante:
- **Fallos Plenarios**: que dicte la Cámara Federal de la S.S. cuya interpretación legal es obligatoria para la misma Cámara y para los jueces de 1ra instancia. Sólo puede modificarse por un nuevo fallo plenario.
 - **Fallos de la Corte Suprema**: También son obligatorios para los jueces inferiores y los fallos de la Cámara pueden ser aplicables ante la Corte.
- 8) **Convenios Colectivos de Trabajo**: si bien esta fuente fue de gran importancia, puesto que las actuales normas legales en materia de asignaciones familiares se originaron previamente en cláusulas de los CCT, esta institución tiene limitaciones para regular la materia de la S.S., porque los organismos administrativos de la S.S no son parte de los convenios colectivos de trabajo.

Unidad 3

Los sujetos obligados y beneficiarios:

El sujeto activo del sistema de la S.S es el beneficiario de la prestación (la persona humana, todo hombre dentro de la sociedad) y el sujeto pasivo, es aquel que debe cumplir con las prestaciones (el Estado, la obra Social, la prepaga, la ART, etc.).

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 en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El mismo decreto facultaba a la ANSeS para administrar y controlar la recaudación de los fondos correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones, en relación de dependencia y autónomos, de subsidios y asignaciones familiares y al Fondo Nacional de Empleo creado por la ley de empleo 24.013, así como la fiscalización del cumplimiento de las respectivas obligaciones.

Es decir, la ANSES es el organismo a través del cual se materializan y se hacen operativos, los objetivos de gran parte del sistema de la S.S. Su función principal es la gestión y administración de una gama muy amplia de prestaciones, guiándose por los principios rectores de solidaridad, sustentabilidad, igualdad, inclusión, etc.

El decreto UN 507/93 designó a la **Dirección General Impositiva** (DGI) como la encargada de la aplicación, recaudación, fiscalización y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones. Los fondos provenientes de la referida recaudación se transfieren automáticamente a la ANSeS para su administración. Sin embargo, no todos los subsistemas son gestionados por la ANSeS. Sólo gestiona el SIPA, el régimen de asignaciones familiares y el sistema integral de prestaciones por desempleo.

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.

El Rol del Estado:

William H. Beveridge propicia un modelo de cobertura que es de tipo universal, es decir, que su objetivo es la cobertura de toda la población y de todas sus necesidades. Intenta paliar los problemas derivados de la pobreza y otorgar prestaciones que atiendan a la subsistencia de las personas con más bajos recursos.

Comenzó a analizarse cuáles debían ser los roles del Estado y de las organizaciones privadas e incluso de cada individuo, en la cobertura de las contingencias de la seguridad social.

Han sido cuestionados los métodos tradicionales de dar coberturas sociales sobre la base de la llamada **solidaridad intergeneracional**. Ésto es, que la generación activa financie con sus aportes y contribuciones a la generación que ya ha pasado a la actividad.

El desempleo de tipo estructural juega también un rol decisivo en el tema, ya que supone que, además de la consiguiente reducción de trabajadores cotizantes, la comunidad social debe prever seguros o subsidios para la atención de las necesidades mínimas de los desempleados y sus familias. De allí que se hayan ido desarrollando soluciones diversas que contemplan alternativas de diferente participación del sector privado en el ámbito de la seguridad social, observándose de todos modos una tendencia a migrar paulatinamente hacia los sistemas privados.

Respecto a la situación actual, se han dejado de lado las posturas extremas (el estatismo y el neoliberalismo absoluto), para pasar a discutirse cuestiones más útiles y prácticas, tendientes a encontrar los mejores y más eficaces caminos para la obtención de los resultados que se buscan en torno a una más equitativa distribución de la riqueza y la debida atención de las áreas de educación, salud y previsión social, procurando lograr así la disminución de la pobreza.

OBJETO. Contingencias sociales. Sistemas y Subsistemas:

El objeto del sistema de la S.S es la prestación que satisface las necesidades emergentes de las contingencias que afecten al hombre.

Clases de contingencias:

- Patológicas: Enfermedades y accidentes inculpables. Invalidez, accidente de trabajo y riesgos laborales.
- Económicas: Desempleo.
- Sociales: Cargas de familia.
- Biológicas: Maternidad, niñez, vejez y muerte.

El Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) está constituido por los siguientes subsistemas:

1. **Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)**: Ley 24.241 mod. por la ley 26.425.
2. **Régimen de Asignaciones Familiares**: contingencia de cargas de familia. Ley 24.714.
3. **Sistema Integral de Prestaciones por Desempleo**: contingencia de desempleo. Ley 24.013.
4. **Ley de riesgos del trabajo**: contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ley 24.557.
5. **Sistema Nacional del Seguro de la Salud y el Régimen Nacional de Obras Sociales**: contingencia social de enfermedad. Ley 23.661.

Existen otros regímenes que aunque no estén incluidos en el SUSS, son complementarios de éste. Ellos son:

- Programa Nacional de pensiones no contributivas: Está destinado a quienes no pueden acceder a las prestaciones de carácter contributivo y tienen necesidad de cobertura. Comprende a las pensiones no contributivas por vejez e invalidez y pensión no contributiva para las madres de 7 o más hijos.
- Régimen especial para el personal no civil de las fuerzas armadas y de seguridad.
- Otros subsistemas específicos: Cajas previsionales privadas (por ej. Caja de previsión social para abogados y procuradores de la pcia. de Bs. As. Y cajas previsionales para empleados públicos no incorporados al SIPA).

Financiación de la S.S: Puede ser de carácter:

- Contributiva: Se la denomina así porque exige del sujeto protegido una previsión de aportes o contribuciones financieros propios o de un 3ro 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 3ro hayan efectuado aportes o contribuciones. No obstante, esas prestaciones se encuentran previstas en las normas de aplicación y su goce puede ser exigido como un derecho del sujeto para el que se establece.

Concepto de seguro social:

Es una institución de derecho público, de carácter instrumental, mediante la cual el sistema de seguridad social garantiza a la población la cobertura de contingencias sociales, previa realización de aportes y contribuciones.

En el seguro social el Estado actúa como ente de derecho público y ejerce 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.

El concepto de seguro social obligatorio, es abarcativo de todos los sistemas contributivos de la seguridad social.

Características:

1. **Obligatorio:** El asegurador es el Estado y está fuera de la órbita de la libertad contractual.
2. El asegurado es la persona afectada actual o potencialmente por una contingencia social.
3. La prima o cotización es el aporte del trabajador y la contribución del empleador.
4. El pago o premio es el goce de la prestación en especie o dineraria.
5. El origen del seguro no es contractual, sino legal.

Unidad 4:

El problema del financiamiento:

El catálogo de necesidades sociales aumenta en el tiempo al compás del desarrollo económico y del mejoramiento del nivel de vida de los ciudadanos. La cobertura de esas necesidades, exige encontrar los recaudos necesarios para su financiación.

Enfrentamos allí una de las grandes problemáticas de esa materia, la contraposición entre los fines y los medios de la seguridad social.

Todas las sociedades comparten el ingreso total entre quienes tienen posibilidad de generarlo y aquellos que carecen de esa posibilidad. Y los planes y programas existentes, están basados no ya en la legislación laboral, sino en el más vasto existir humano, de un existir sin sobresaltos, sin temor permanente a los riesgos del accidente o de la enfermedad, de la maternidad, de la desocupación forzosa, de la vejez y de la muerte.

Los recursos son un patrimonio social de afectan al fin para el cual se han reunido, que los propios integrantes del sistema podrán gestionar y controlar, y el Estado debe asumir un rol activo de controlar del sistema y satisfacer subsidiariamente las necesidades no cubiertas por la actividad de los particulares o sociedades intermedias.

Las fuentes de financiación:

La naturaleza y cuantía de los recursos de la seguridad social, están condicionadas por el nivel de cobertura que brinda el sistema, el tipo de contingencias, los subsistemas que lo integran y las características de las prestaciones que concede.

Las principales fuentes de ingresos son: las cotizaciones de trabajadores y empleadores, las aportaciones públicas, los rendimientos de las inversiones de los activos financieros y los gastos privados directos.

Las cotizaciones sociales, son obligatorias, se establecen como un porcentaje de las remuneraciones percibidas, que se detraen de los salarios en el caso del aporte del trabajador o como suma adicional en la contribución patronal.

Las aportaciones públicas constituyen la fuente habitual de los sistemas de cobertura universal, a través de partidas asignadas en el Presupuesto del Estado, o a través de un presupuesto de la Seguridad Social, que se integra al presupuesto del sector público, pero que configura una entidad presupuestaria independiente. Se aplican generalmente para cubrir las prestaciones no contributivas, las de asistencia sanitaria y de otros servicios sociales de carácter universal.

La financiación en la Argentina:

La contribución unificada de la seguridad social: la creación de la Contribución Unificada de la Seguridad Social (CUSS), se remota al decreto 2284, de 1991, ratificado por la ley 24.307, y la percepción y fiscalización de esta contribución está actualmente a cargo de la Administración Federal de Ingresos Público (AFIP).

Comprende las siguientes cotizaciones:

- a. Aportes y contribuciones a cargo de los trabajadores en relación de dependencia y de los empleadores, con destino al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. 11% y 16%
- b. Los aportes y contribuciones a cargo de los trabajadores en relación de dependencia de los empleadores con destino al INSSJ. 3% y 2%
- c. Los aportes y contribuciones a cargo de los trabajadores en relación de dependencia y de los empleadores con destino al seguro de salud.
- d. Las contribuciones de los empleadores con destino a la constitución del Fondo Nacional de empleo. 1.5%
- e. Los aportes y contribuciones a cargo de los trabajadores en relación de dependencia y de los empleadores con destino al Régimen de Obras Sociales. 3% y 6%
- f. Las contribuciones de los empleadores con destino al régimen de asignaciones familiares. 7.5%

El Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA):

- a. Aporte personal de los trabajadores en relación de dependencia: el aporte fue establecido en el 11% sobre la remuneración definida en el art. 6 de la ley 24.241 y estará destinado a financiar las prestaciones del SIPA.
- b. Aporte personal de los trabajadores autónomos: el aporte de estos trabajadores alcanza el 27% e la renta de referencia o renta presunta, teniendo por destino financiar las prestaciones del sistema.
- c. Contribución a cargo de los empleadores: es del 16, sobre la remuneración definida en el art. 6 de la ley 24.241. pero a partir de medidas adoptadas con posterioridad al año 1994, a través de sucesivos decretos, la alícuota fue disminuida considerando la actividad y la ubicación geográfica de la empresa.

- d. Impuestos destinados a financiar el régimen previsional público: los impuestos afectados parcialmente como recursos del sistema previsional son: IVA, Ganancias, Monotributo Impositivo, Gasoil, Naftas, Automóviles Gasoleros, e Impuestos Coparticipados.

Unidad 5

SUBSISTEMA PREVISIONAL.

Dentro del sistema del Derecho de la Seguridad Social, encontramos el Derecho de la Previsión Social. Las **prestaciones** que otorga el régimen previsional son **sumas de dinero o prestaciones en especie** que se pagan mensualmente cuando ocurra algunas de las contingencias previstas en el mismo (vejez, invalidez y muerte).

La **contingencia vejez** está amparada tanto una de por la legislación nacional como por la internacional. El hombre atraviesa distintas etapas a lo largo de toda su vida y cada ellas significa un crecimiento respecto de la anterior y los valores descubiertos en la fase previa deben permanecer en la siguiente, que a su vez, se enriquece con los propios de la nueva.

Desde el punto de vista de la política social, los problemas que se plantean en cuanto a la vejez, están dados por una etapa de la vida que reporta la exclusión del proceso productivo, la inserción en la denominada clase pasiva, el ocio, la pérdida de la independencia, el abandono, etc.

El concepto **inválido** está referido a la falta de valor en cuanto al ejercicio de las potencias intelectivas, volitivas y sensitivas del hombre y a su aptitud operativa. La Organización Internacional del Trabajo define el término inválido como aquella persona cuyas posibilidades de obtener y conservar su empleo adecuado se hallen realmente reducidas debido a una reducción de su capacidad física o mental.

En el Sistema Previsional Argentino la invalidez es la afectación psíquica, física o psicofísica que junto con los factores complementarios y compensadores le impiden a la persona mantenerse en el mercado de trabajo.

El hecho biológico de la **muerte** genera un sinnúmero de consecuencias en el mundo jurídico. En el Derecho de la Seguridad Social, genera derecho a obtener un beneficio de pensión, en tanto el *de cuius* tenga personas 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. En este aspecto, el haber jubilatorio presunto del causante es participado por los causahabientes con derecho a él.

Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA):

El SIPA es un subsistema de la Seguridad Social que tiene por objeto la protección de la vejez, la invalidez y las consecuencias de la muerte. Es decir, cubre las contingencias de la vejez, la invalidez y la muerte. Está regido por la ley 24.241 y sus modificatorias. Anteriormente, se denominó **Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones** (SIJP), hasta la unificación en un régimen previsional público denominado **Sistema Integrado Previsional Argentino** (ley 26.425).

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.

En 1968 fue creada la Dirección Nacional de Recaudación Previsional y se sancionaron las leyes 18.037 para los trabajadores dependientes del ámbito público o privado (menos para policía y militares y administración pública provincial y municipal) y la 18.038 para los autónomos de cualquier actividad (menos los profesionales).

Ambas normas apuntaban a ordenar las cajas, englobándolas, y a generar nuevos fondos. Estas dos leyes establecían distintos tipos de beneficios, como jubilación ordinaria, jubilación por edad avanzada, jubilación por invalidez y jubilación por fallecimiento.

El régimen es contributivo para ambas leyes. Los requisitos eran: edad, años de servicios trabajados y años de servicios aportados. La ley 18.037 específicamente establecía que los requisitos eran dentro de los 5 años al cese de la prestación de servicios.

La **ley 24.241 (1994)** modifica el sistema previsional y crea el **Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP)** con alcance nacional, el cual se encargaba de cubrir las contingencias de la vejez, la invalidez y la muerte. En virtud de la nueva organización del régimen previsional, los trabajadores (dependientes o autónomos) podían optar por 2 sistemas de previsión social:

- El régimen de reparto asistido (Estado).
- El régimen de capitalización.

El control del régimen de capitalización lo efectuaba la **Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones**, dependiente de la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo. Para la administración del régimen de capitalización se autorizó el funcionamiento de administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones (AFJP), que eran entidades privadas encargadas de recibir los aportes de los trabajadores y administrarlos hasta el momento de su percepción (al finalizar su vida laboral y jubilarse). Tales administradoras estaban obligadas a producir renta sobre los aportes recibidos.

El sistema no era voluntario, lo que era optativo era la elección del régimen. La afiliación a cualquiera de los regímenes era obligatoria desde los 18 años de edad. Aquel que optaba por el régimen de capitalización, no podía cambiar al de reparto. En cambio, podía hacerlo si elegía el de reparto.

En 1995, la **ley 24.463 de solidaridad previsional** modificó el SIJP y dispuso que el régimen previsional público fuera un régimen de reparto asistido, basado en el principio de solidaridad. Además, transformó el fuero de la seguridad social en un fuero federal.

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 estatal si lo deseaban. Dicha opción podía efectuarse dentro de un período de 180 días cada 5 años.

Asimismo, dispuso que los afiliados al Régimen de Capitalización mayores de 55 años de edad (hombres) y mayores de 50 años de edad (mujeres), cuya cuenta de capitalización individual arrojara un saldo que no superara el importe equivalente a 250 MOPRES (\$20.000), serían considerados afiliados al Régimen Previsional Público. Es decir, pasarían directo al régimen de reparto.

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 circunscribe el otorgamiento de las prestaciones al Estado y se

financia con recursos provenientes del pago de aportes y contribuciones previsionales, además de impuestos recaudados a tal fin.

Esta ley elimina el régimen de capitalización, que queda absorbido y sustituido por el régimen de reparto, en las condiciones establecidas por la ley. Este sistema solidario de reparto garantizaba a los afiliados y beneficiarios del régimen de capitalización vigente hasta esa fecha idéntica cobertura y tratamiento que la brindada por el régimen previsional público.

Respecto de los afiliados y beneficiarios del régimen de capitalización, señala que los servicios prestados bajo relación de dependencia o en calidad de trabajador autónomo correspondientes a los períodos en que el trabajador se encontraba afiliado al régimen de capitalización, serán considerados a los efectos de la liquidación de los beneficios establecidos en el art. 17* de la ley 24.241 y sus modificatorias, como si hubiesen sido prestados al régimen previsional público. **Prestación básica universal, prestación compensatoria, retiro por invalidez, pensión por fallecimiento y prestación adicional por permanencia.*

El art. 4 de la ley 26.425 expresa que los beneficios de jubilación ordinaria, retiro por invalidez y pensión por fallecimiento que, a la fecha de vigencia de la mencionada ley, sean liquidados por las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones bajo las modalidades de retiro programado o retiro fraccionario, serán pagados por el régimen previsional público. Estas prestaciones en lo sucesivo tendrán la movilidad prevista en el artículo 32 de la Ley 24.241 y sus modificatorias.

Conforme al art. 5, los beneficios del régimen de capitalización previstos en la Ley 24.241 y sus modificatorias que, a la fecha de vigencia la ley 26.425, se liquiden bajo la modalidad de renta vitalicia previsional, continuarán abonándose a través de la correspondiente compañía de seguros de retiro.

El SIPA obtiene sus recursos a través de la transferencia en especie a la Administración Nacional de la Seguridad Social de los recursos que integraban las cuentas de capitalización individual de los afiliados y beneficiarios al régimen de capitalización del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con las limitaciones que surjan de lo dispuesto por el artículo 6º de la ley 26.425. Dichos activos pasaron a integrar el **Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Régimen Previsional Público de Reparto** creado por el decreto 897/07.

| La totalidad de los recursos únicamente podrán ser utilizados para pagos de los beneficios del Sistema Integrado Previsional Argentino.

La Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) no percibirá por la administración de los fondos comisión alguna de los aportantes al sistema. La totalidad de los aportes correspondientes a los trabajadores autónomos financiará las prestaciones del régimen previsional público.

La ANSES está sujeta a la supervisión de la Comisión Bicameral de Control de los Fondos de la Seguridad Social creada en el ámbito del Honorable Congreso de la Nación.

Esta ley también crea, en el ámbito de la Administración Nacional de la Seguridad Social, el **Consejo del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino**, cuyo objeto será el monitoreo de los recursos del sistema.

Sujetos comprendidos en el SIPA:

Incorporación obligatoria.

Están obligatoriamente comprendidas en el SIPA las personas físicas mayores de 18 años de edad que a continuación se detallan:

a) Personas que desempeñen alguna de las actividades en relación de dependencia que se enumeran en los apartados siguientes, aunque el contrato de trabajo o la relación de empleo público fueren a plazo fijo:

1. Los funcionarios, empleados y agentes que en forma permanente o transitoria desempeñen cargos, aunque sean de carácter electivo, en cualquiera de los poderes del Estado nacional, sus reparticiones u organismos centralizados, descentralizados o autárquicos, empresas del Estado, entre otras. Excepto el personal militar de las fuerzas armadas y del personal militarizado o con estado policial de las fuerzas de seguridad y policiales.
2. El personal civil de las fuerzas armadas y de las fuerzas de seguridad y policiales.
3. Los funcionarios, empleados y agentes que en forma permanente o transitoria desempeñen cargos en organismos oficiales interprovinciales, o integrados por la Nación y una o más provincias, cuyas remuneraciones se atiendan con fondos de dichos organismos.
4. Los funcionarios, empleados y agentes civiles dependientes de los gobiernos y municipalidades provinciales.
5. Las personas que en cualquier lugar del territorio del país presten en forma permanente, transitoria o eventual, servicios remunerados en relación de dependencia en la actividad privada.
6. Las personas que en virtud de un contrato de trabajo celebrado o relación laboral iniciada en la República, o de un traslado o comisión dispuestos por el empleador, presten en el extranjero servicios de la naturaleza prevista en el apartado anterior, siempre que dichas personas tuvieran domicilio real en el país al tiempo de celebrarse el contrato, iniciarse la relación laboral o disponerse el traslado o comisión.
7. En general, todas las personas que hasta la vigencia de la ley 24.241 estuvieran obligatoriamente comprendidas en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones por actividades no incluidas con carácter obligatorio en el régimen para trabajadores autónomos.

Cuando se trate de socios en relación de dependencia con sociedades, se estará a lo dispuesto en el inciso d);

b) Personas que por sí solas o conjunta o alternativamente con otras, asociadas o no, ejerzan habitualmente en la República alguna de las actividades que a continuación se enumeran, siempre que éstas no configuren una relación de dependencia:

1. Dirección, administración o conducción de cualquier empresa, organización, establecimiento o explotación con fines de lucro, o sociedad comercial o civil, aunque por esas actividades no obtengan retribución, utilidad o ingreso alguno.
2. Profesión desempeñada por graduado en universidad nacional o en universidad provincial o privada autorizada para funcionar por el Poder Ejecutivo, o por quien tenga especial habilitación legal para el ejercicio de profesión universitaria reglamentada.
3. Producción o cobranza de seguros, reaseguros, capitalización, ahorro, ahorro y préstamo, o similares.
4. Cualquier otra actividad lucrativa no comprendida en los apartados precedentes.

c) Personas al servicio de las representaciones y agentes diplomáticos o consulares acreditados en el país, como también el dependiente de organismos internacionales que preste servicios en la República.

d) Cuando se trate de socios de sociedades, a los fines de su inclusión obligatoria en los incisos a) o b), o en ambos, serán de aplicación las siguientes normas:

1. No se incluirán obligatoriamente en el inciso a):

- Los socios de sociedades de cualquier tipo cuya participación en el capital sea igual o superior al porcentual que resulte de dividir el número 100 por el número total de socios.
- El socio comanditado único de las sociedades en comandita simple o por acciones. Si hubiera más de un socio comanditado se aplicará lo dispuesto en el punto anterior, tomando en consideración solamente el capital comanditado.
- Los socios de las sociedades civiles y de las sociedades comerciales irregulares o de hecho.
- Los socios de sociedades de cualquier tipo, cuando la totalidad de los integrantes de la sociedad estén ligados por un vínculo de parentesco de hasta el segundo grado de consanguinidad y/o afinidad.

2. Sin perjuicio de su inclusión en el inciso b), cuando un socio quede incluido obligatoriamente en el inciso a) la sociedad y el socio estarán sujetos a las obligaciones de aportes y contribuciones obligatorios por la proporción de la remuneración y participación en las utilidades que el socio perciba y/o se le acrediten en cuenta.

Incorporación voluntaria.

La incorporación al SIPA es voluntaria para las personas mayores de 18 años de edad que a continuación se detallan:

a) Con las obligaciones y beneficios que corresponden a los incluidos en el inciso a) del artículo anterior:

1. Los directores de sociedades anónimas por las asignaciones que perciban en la misma sociedad por actividades especiales remuneradas que configuren una relación de dependencia.
2. Los socios de sociedades de cualquier tipo que no resulten incluidos obligatoriamente conforme a lo dispuesto en el inciso d) del artículo 2 de la ley 24.241.

b) Con las obligaciones y beneficios que corresponden a los incluidos en el inciso b) del artículo anterior:

1. Los miembros de consejos de administración de cooperativas que no perciban retribución alguna por esas funciones, socios no gerentes de sociedades de responsabilidad limitada, síndicos de cualquier sociedad y fiduciarios.
2. Los titulares de condominios y de sucesiones indivisas que no ejerzan la dirección, administración o conducción de la explotación común.
3. Los miembros del clero y de organizaciones religiosas pertenecientes al culto católico apostólico romano, u otros inscritos en el Registro Nacional de Cultos.
4. Las personas que ejerzan las actividades mencionadas en el artículo 2º, inciso b), apartado 2, y que por ellas se encontraren obligatoriamente afiliadas a uno o más regímenes jubilatorios provinciales para profesionales, como asimismo aquellas que ejerzan una profesión no académica autorizada con anterioridad a la promulgación de esta ley. Esta incorporación no modificará la obligatoriedad que dimana de los respectivos regímenes locales.
5. Las amas de casa.

El SIPA considera como sujetos comprendidos a personas que desempeñan tareas en el sistema formal de trabajo autónomo o dependiente y también, abre la posibilidad de la inclusión de otras personas que viven en el territorio de la República y que no trabajan formalmente, como es el caso de los voluntarios.

Sujetos exceptuados:

Quedan exceptuados del SIPA los profesionales, investigadores, científicos y técnicos contratados en el extranjero para prestar servicios en el país por un plazo no mayor de 2 años y por una sola vez, a condición que:

- no tengan residencia permanente en la República y
- estén amparados contra las contingencias de vejez, invalidez y muerte por las leyes del país de su nacionalidad o residencia permanente.

La solicitud de exención deberá ser formulada ante la autoridad de aplicación por el interesado o su empleador. La precedente exención no impedirá la afiliación a este sistema, si el contratado y el empleador manifestaren su voluntad expresa en tal sentido, o aquél efectuare su propio aporte y la contribución correspondiente al empleador.

Actividades simultáneas:

La circunstancia de estar también comprendido en otro régimen jubilatorio nacional, provincial o municipal, así como el hecho de gozar de cualquier jubilación, pensión o retiro, no eximen de la obligatoriedad de efectuar aportes y contribuciones a este sistema, salvo en los casos expresamente determinados en la presente ley.

Las personas que ejerzan en forma simultánea más de una actividad de las comprendidas en los incisos a), b), o c) del artículo 2º, así como los empleadores en su caso, contribuirán obligatoriamente por cada una de ellas.

Financiamiento del SIPA:

Las prestaciones correspondientes al régimen de reparto se financiarán mediante fondos provenientes de:

1. Las contribuciones a cargo de los empleadores. (16 % de la remuneración mensual del trabajador).
2. Los aportes previsionales efectuados por los trabajadores, los cuales ascienden al 11%. Se incluyen todos los rubros que percibe el trabajador, siempre que sean remunerativos.
3. Los aportes de los trabajadores autónomos (27% de la renta presunta).
4. La recaudación del Impuesto sobre los Bienes Personales no incorporados al Proceso Económico y otros tributos de afectación específica al régimen nacional de previsión social o a este régimen.
5. Los recursos provenientes de "Rentas generales" de la Nación.
6. Intereses, multas y recargos.
7. Rentas provenientes de inversiones.
8. Todo otro recurso que corresponda ingresar al régimen de reparto.

Prestaciones:

Las prestaciones son los beneficios que otorga el SIPA a las personas adheridas a él y que reúnen los requisitos legales para su obtención.

Conforme el art. 14 los caracteres de las prestaciones que otorga el sistema son:

a) Personalísimas: significa que solamente pueden gozar de las prestaciones los titulares. Son atribuciones individuales.

b) Inalienables: las prestaciones son un bien que no está en el comercio y que no pueden ser objeto de transacción de ninguna naturaleza. Salvo las prestaciones mencionadas en los incisos a) y b) del artículo 17, las que previa conformidad formal y expresa de los beneficiarios, pueden ser afectadas a favor de organismos públicos, asociaciones sindicales de trabajadores con personería gremial, asociaciones de empleadores, obras sociales, cooperativas y mutualidades, con los cuales los beneficiarios convengan el anticipo de las prestaciones.

c) Inembargables: con la salvedad de las cuotas por alimentos y litisexpensas.

d) Afectabilidad: Las prestaciones del Régimen de Reparto están sujetas a las deducciones que las autoridades judiciales y administrativas competentes 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, salvo cuando en razón del plazo de duración de ésta no resultara posible cancelar el cargo mediante ese porcentaje, en cuyo caso la deuda se prorrateará en función de dicho plazo.

e) Imprescriptibles: el derecho a la titularidad de la prestación es imprescriptible, por ello el transcurso del tiempo en ningún momento lo hace caducar. Sí son prescriptibles los haberes jubilatorios o pensionarios que acuerdan las prestaciones por aplicación del artículo 82 de la ley 18.037 (texto ordenado 1976).

Prescribe al año la obligación de pagar haberes jubilatorios o de pensión, inclusive los provenientes de la transformación o reajuste, devengados antes de la presentación de la solicitud en demanda de los beneficios.

Prescribe a los 2 años la obligación de pagar los haberes devengados con posterioridad a la solicitud.

f) Sólo se extinguen por las causas previstas por la ley: muerte del titular, mayoría de edad de los menores que gozan pensión, etc.

g) Orden Público: surge de las disposiciones contenidas en el art. 14 bis de la Constitución Nacional, de la obligatoriedad de adhesión al sistema previsional y por consiguiente, de la obligación de aportar a él y la irrenunciabilidad a dicho derecho. El orden público implica que los derechos consagrados en la ley deben ser gozados por estar en juego el bien de la sociedad y el de cada uno de sus integrantes.

h) Unicidad: la ley consagra el principio de beneficio único.

i) Compatibilidad: está referido a que la prestación o jubilación del Sistema Integrado Previsional Argentino es compatible con la remuneración o renta obtenida con el trabajo, tanto en relación de dependencia como autónomos.

Todo acto jurídico que contraríe lo dispuesto precedentemente será nulo y sin valor alguno.

Enumeración de las prestaciones:

El régimen instituido por el SIPA otorgará las siguientes prestaciones:

1. Prestación básica universal.
2. Prestación compensatoria.
3. Retiro por invalidez.
4. Pensión por fallecimiento.
5. Prestación adicional por permanencia.
6. *Prestación por edad avanzada.*

Todas estas prestaciones tienen un carácter dinerario. Empero, existen otras que son en especie. Tales servicios son el tratamiento de rehabilitación psicofísica y de recapitación laboral o tratamientos médicos curativos de probada eficiencia.

Estos servicios son de carácter gratuito para el afiliado y se financian con el **Fondo para el Tratamiento de Rehabilitación Psicofísica y Recapitación Laboral**. Tal fondo está constituido por los recursos que a tal efecto determine el Poder Ejecutivo Nacional, y el 30 % del haber de retiro transitorio por invalidez que se les descontará a los afiliados que no cumplan regularmente los tratamientos de rehabilitación o recapitación laboral prescritos por la comisión médica.

Análisis de las prestaciones:

1) 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. En este supuesto, se aplicará la escala del artículo 128.
- 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 la proporción de 2 años de edad excedentes por 1 de servicios faltantes.

A los efectos de cumplimentar los requisitos establecidos precedentemente, se aplicarán las disposiciones de los artículos 37 y 38, respectivamente.

Caracteres:

1. No es proporcional con el haber de actividad del beneficiario. Su determinación depende de criterios matemático-financieros, basados en la relación existente entre la masa salarial y contributiva de los aportantes y el número de éstos.
2. Participa de la naturaleza jurídica de la jubilación.
3. Responde al concepto de solidaridad de forma mínima.
4. Responde al concepto constitucional del art. 14 bis, conforme al cual el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social.

5. Responde a los principios de universalidad e igualdad.
6. Es móvil en función de lo determinado por el art. 32 de la ley 24.241.
7. Es garantizada. El Estado la brinda en función de su responsabilidad de velar por el bienestar general.

Haber de la prestación:

En un principio, el haber mensual de la Prestación Básica Universal estaba determinado de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Para los beneficiarios que acrediten 30 años de servicios en las condiciones del inciso c) del artículo 19, el haber será equivalente a 2,5 el aporte medio previsional obligatorio.
- b) Para los beneficiarios que acrediten más de 30 y hasta 45 años como máximo de servicios en las condiciones preindicadas, el haber se incrementará en un 1 % por año adicional sobre la suma a que alude el inciso a).

Empero, la ley 26.417 modificó dicha metodología de cálculo y estableció un monto fijo en pesos. Así, el art. 4 de dicha ley expresa que el monto del haber mensual de la PBU para los beneficiarios que acrediten 30 años de servicios tiene un valor equivalente a los \$326 y para los que acrediten más de 30 años hasta un máximo de 45 años de servicios con aportes, se incrementa en un 1% por año excedente (su monto puede incrementarse hasta un 15%).

Para el cálculo de la PBU, son computables los servicios comprendidos en el SIPA y también los prestados con anterioridad. Dicho cómputo comprenderá exclusivamente las actividades desarrolladas hasta el momento de solicitar la prestación básica universal.

El concepto tipo de **jubilación**, tiene por objeto cubrir económicamente las contingencias vejez e invalidez, creando beneficios pecuniarios a favor de las personas de avanzada edad o inválidas.

Consiste en el pago mensual de una suma de dinero en proporción a la nómina salarial o renta presunta y a las aportaciones realizadas al sistema con el fin de mantenerles, en principio, el estatus económico adquirido en la plenitud de su vida activa.

Es un axioma que la jubilación tiene por objeto y causa final cubrir el riesgo de subsistencia y ancianidad.

Es importante diferenciar entre el **DERECHO A LA JUBILACIÓN** y *DERECHO DE LA JUBILACIÓN*. **Derecho a la jubilación** es el derecho en expectativa sujeto a condición que tienen todas las personas al ingresar al Sistema Previsional. Está sujeto al cumplimiento de dos grandes requisitos: años de edad y años de servicios computables, que pueden variar según se encuentren afiliados al SIPA o a regímenes especiales o diferenciales.

En cambio, el *derecho de la jubilación*, es el derecho a percibir una suma de dinero, generalmente en forma mensual, a partir del acto administrativo que otorga el beneficio.

La jubilación presenta los siguientes **caracteres**:

1. La jubilación entraña la posesión de un estado: el de jubilado.
2. La jubilación es una prestación de naturaleza jurídica de la seguridad social de carácter monetario.
3. Es un derecho personalísimo.
4. Es un derecho garantizado por el Estado.
5. Es móvil.

6. Los montos máximos y mínimos del haber jubilatorio son determinables en relación con lo aportado desde el ingreso al Sistema Jubilatorio.
7. Ley aplicable: el derecho a la jubilación se rige en lo sustancial por la ley vigente a la fecha de cese en actividad o a la solicitud del beneficio, lo que ocurra primero, y siempre que a esa fecha el peticionario fuera acreedor a la prestación.

Para las pensiones el derecho a la prestación se rige por la ley vigente a la fecha de la muerte del causante. En la jubilación por invalidez, será ley aplicable la vigente a la fecha del cese o a la solicitud del beneficio si en ese momento tuviese la invalidez determinada en el art. 48 de la ley 24.241.

2) Prestación Compensatoria: *antes del 94*

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.

La norma reconoce los servicios y aportes que venía realizando el trabajador dependiente o autónomo al sistema previsional antes de la entrada en vigencia de la ley 24.241.

Requisitos:

1. Acrediten los requisitos para acceder a la prestación básica universal.
2. Acrediten servicios con aportes comprendidos en el sistema de reciprocidad jubilatorio.
3. No se encuentren percibiendo retiro por invalidez, cualquiera fuere el régimen otorgante.

Caracteres:

1. El integrativa del haber final jubilatorio.
2. Es proporcional a las remuneraciones del peticionante.
3. Participa de los demás caracteres enunciados para la PBU.
4. Es tarifaria, puesto que tiene un límite de años de servicios (35) para determinar el monto que le corresponde.

Haber de la prestación: El haber mensual de prestación compensatoria se determinará de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Si todos los servicios con aportes computados fueren en relación de dependencia, el haber será equivalente al 1,5 % por cada año de servicio con aportes o fracción mayor de 6 meses, hasta un máximo de 35 años. Ello se calcula sobre el promedio de las remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones, actualizadas y percibidas durante el período de 10 años inmediatamente anteriores a la cesación en el servicio.
- b) Si todos los servicios con aportes computados fueren autónomos, el haber será equivalente al 1,5 % por cada año de servicios con aportes o fracción mayor de 6 meses, hasta un máximo de 35 años. Ello se calcula sobre el promedio mensual de los montos actualizados de las categorías en que revistió el afiliado, ponderado por el tiempo con aportes computados en cada una de ellas.
- c) Si se computaren sucesiva o simultáneamente 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, ambos en proporción al tiempo

computado para cada clase de servicios. Si el período computado excediera de 35 años, se considerarán los 35 años más favorables.

Para establecer el promedio de las remuneraciones no se considerará el sueldo anual complementario ni los importes que en virtud de lo establecido en el segundo párrafo del artículo 9º excedan el máximo fijado en el primer párrafo del mismo artículo.

El haber máximo de la prestación compensatoria será equivalente a 1 vez el AMO por cada año de servicios con aportes computados.

3) Prestación Adicional por Permanencia: 94 en adelante

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.

Este beneficio es complementario de la PBU y de la prestación compensatoria, conformando con ella el haber total de la jubilación otorgada.

Requisitos:

- Acreditar los requisitos para acceder a la PBU.
- No percibir retiro por Invalidez, cualquiera sea el régimen otorgante.

Caracteres:

1. Es integrativa del haber final jubilatorio.
2. Es proporcional a las remuneraciones del peticionante.
3. Participa de los demás caracteres enunciados para la PBU.
4. Es incompatible con el retiro por invalidez.

Haber de la prestación: Se determinará computando el 1.5% por cada año de servicio con aportes realizados al régimen, en igual forma y metodología que la establecida para la prestación compensatoria.

4) 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.

La **invalidez** es la contingencia de carácter patológico que afecta la capacidad física o psíquica o ambas de una persona y que, por ende, le impide permanecer en el mercado activo de trabajo.

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

- a) Se incapaciten física o intelectualmente en forma total por cualquier causa. Se presume que la incapacidad es total cuando la invalidez produzca en su capacidad laborativa una disminución del 66 % o más. Se excluyen las invalideces sociales o de ganancias.
- b) No hayan alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria ni se encuentren percibiendo la jubilación en forma anticipada.

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 Comisión Médica Local podrá ser apelado ante la Comisión Médica Central 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.

No da derecho a la prestación la invalidez total temporaria que sólo produzca una incapacidad verificada o probable que no exceda del tiempo en que el afiliado en relación de dependencia fuere acreedor a la percepción de remuneración u otra prestación sustitutiva, o de 1 año en el caso del afiliado autónomo.

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 Comisiones Médicas tienen la obligación de determinar en el dictamen el grado de incapacidad y los tratamientos de rehabilitación a que pudiere ser sometido el postulante, creando todo un sistema de prestación de servicios gratuitos a tal fin.

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 conforme los informes recibidos, considere rehabilitado al afiliado, procederá a citarlo a través de la administradora, 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, a través de la administradora, y procederá a la emisión del dictamen definitivo de invalidez que ratifique el derecho al retiro definitivo por invalidez o lo deje sin efecto en un todo

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:

El haber jubilatorio de los retiros por invalidez es el promedio de las remuneraciones que perciba el trabajador en los 12 meses anteriores al pedido de la jubilación.

Existen 2 formas de determinar el haber del retiro por invalidez:

- Las personas que se encuentren efectuando regularmente sus aportes percibirán el 70% del ingreso base.
- Las personas que estuviesen cumpliendo, en forma irregular con sus obligaciones de aportar, pero conservan sus derechos, perciben el 50% del ingreso base.

El ingreso base es el promedio mensual de las remuneraciones y/o rentas imponibles declaradas hasta 5 años anteriores al mes en que se declare la invalidez transitoria del afiliado. Se llama ingreso base porque es la cantidad de dinero sobre la cual se determinará el porcentaje para establecer el haber.

5) 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).

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

- a) La viuda.
- b) El viudo.
- c) La conviviente.
- d) El conviviente.
- e) Los hijos solteros, las hijas solteras y las hijas viudas siempre que no gozaran de jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva, salvo que optaren por la pensión que acuerda la presente, todos ellos hasta los 18 años de edad. Esta limitación de edad no rige si los derechohabientes se encontraran incapacitados para el trabajo a la fecha de fallecimiento del causante o incapacitados a la fecha en que cumplieran 18 años de edad.

Se entiende que el derechohabiente estuvo a cargo del causante cuando concurre en aquél un estado de necesidad revelado por la escasez o carencia de recursos personales, y la falta de contribución importa un desequilibrio esencial en su economía particular.

En los supuestos de el o la conviviente, se requerirá que el o la causante se hallase separado de hecho o legalmente, o haya sido soltero, viudo o divorciado y hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio durante por lo menos 5 años inmediatamente anteriores al fallecimiento. El plazo de convivencia se reducirá a 2 años cuando exista descendencia reconocida por ambos convivientes.

El o la conviviente excluirá al cónyuge supérstite cuando éste hubiere sido declarado culpable de la separación personal o del divorcio. En caso contrario, y cuando él o la causante hubiere estado contribuyendo al pago de alimentos o éstos hubieran sido demandados judicialmente o el o la causante hubiera dado causa a la separación personal o al divorcio, la prestación se otorgará al cónyuge y al conviviente por partes iguales.

En caso de no existir derechohabientes (según la enumeración mencionada anteriormente), se abonará el saldo de la cuenta de capitalización individual a los herederos del causante declarados judicialmente.

Caracteres: Participa de todos los enumerados respecto de las prestaciones previsionales.

Haber:

Para acreditar la regularidad en caso de muerte del trabajador, el DEC 490/99 dispone que se deben acreditar 30 años de aportes.

- Pensión directa (se otorga a los causahabientes de un trabajador activo): Si al fallecer el causante, éste estaba en actividad y no prestó 30 años de servicios, los porcentajes que le corresponden a cada derechohabiente se aplicarán sobre la prestación de referencia del causante que se determina en el art. 97. Es decir, que si el causante 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 (se otorga a los causahabientes de un jubilado): Si el causante al fallecer era beneficiario de alguna prestación, los porcentajes se aplicarán sobre el importe de la prestación que se encontraba percibiendo. Los porcentajes a que se hace referencia serán:
 - a) El 70 % para la viuda, viudo o conviviente, no existiendo hijos con derecho a pensión.
 - b) El 50 % para la viuda, viudo o conviviente, cuando existan hijos con derecho a pensión.
 - c) 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 el porcentaje fijado en el inciso b).

La suma de las pensiones de todos los beneficiarios no podrá exceder el 100 % de la prestación del causante. En caso de que así ocurriera, la pensión de cada uno de los beneficiarios deberá recalcularse.

6) 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.

Tendrán derecho a esta prestación los afiliados que:

1. Hubieran cumplido 70 años, cualquiera fuera su sexo.
2. Acrediten 10 años de servicios con aportes computables en uno o más regímenes jubilatorios comprendidos en el sistema de reciprocidad, con una prestación de servicios de por lo menos 5 años durante el período de 8 inmediatamente anteriores al cese en la actividad.
3. Los trabajadores autónomos deberán acreditar, además, una antigüedad en la afiliación no inferior a 5 años.

El haber mensual de la prestación por edad avanzada será equivalente 70 % de la Prestación básica universal. A esta suma básica se debe adicionar la prestación compensatoria y la prestación adicional por permanencia que corresponda.

El goce de la prestación por edad avanzada es incompatible con la percepción de toda jubilación, pensión o retiro civil o militar, nacional, provincial o municipal.

Si el afiliado mayor de 65 años se incapacitare, tendrá derecho a la prestación por edad avanzada. En caso de fallecimiento, el haber de pensión de los causahabientes será equivalente al 70 % del que le hubiera correspondido percibir al causante (PBU).

Unidad 6:

Movilidad de las prestaciones:

Es primordial que la llamada tasa de sustitución (el porcentaje del ingreso del afiliado que representa el beneficio que obtiene del régimen previsional y que se define en la oportunidad del

otorgamiento de la prestación) se mantenga y prolongue durante todo el tiempo que el beneficio deba ser percibido por éste o sus derechohabientes.

Se define **movilidad** a la forma de actualizar las prestaciones jubilatorias. Se actualizan en los meses de marzo y diciembre. Es un porcentaje que va a estar determinado por un coeficiente que se va a establecer de acuerdo los ingresos del organismo y los beneficiarios, tomándose los meses anteriores.

La movilidad jubilatoria está consagrada en el art. 14 bis de la CN y los fallos determinan que los haberes jubilatorios tienen necesariamente que guardar relación con los haberes de los activos.

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 al cargo, ocio o función desarrollada por el propio afiliado durante el mejor año de su desempeño en la actividad laboral. Es decir, un 82% del aumento que recibían los activos.

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.

También, cambió el sistema de movilidad la que se efectuaría mediante la utilización de índices de corrección o coeficientes de actualización, determinados en función del promedio general de los incrementos salariales de los trabajadores de todo el país.

Ley de solidaridad previsional (ley 24.463):

Esta ley fue dictada el 8 de marzo de 1995 y traía consigo la promesa de agilizar los juicios previsionales. Lamentablemente, detrás de dichas promesas venía solapada la verdadera finalidad de la ley: dilatar la resolución de los juicios previsionales y así posponer la obligación del Estado de otorgar las prestaciones correspondientes.

La ley de solidaridad previsional disponía que en las demandas contra la ANSES, se aplicaría un procedimiento ordinario, por lo que el plazo del organismo para contestar es de 60 días.

El art. 15 de la mencionada ley establecía que las resoluciones de la Administración Nacional de Seguridad Social podían ser impugnadas ante:

- Los Juzgados Federales en lo contencioso - administrativo de la Capital Federal.
- Los juzgados con asiento en las provincias.

Dentro del plazo de caducidad previsto en el artículo 25, inc. a) de la Ley 19.549, mediante demanda de conocimiento pleno.

Las sentencias condenatorias contra la Administración Nacional de la Seguridad Social serán cumplidas dentro del plazo de los 120 días hábiles, contado a partir de la recepción efectiva del expediente administrativo correspondiente.

Por otro lado, el art. 19 establecía que las sentencias definitivas de la Cámara Federal de la Seguridad Social serían apelables ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación por recurso ordinario, cualquiera fuere el monto del juicio.

A raíz del gran número de causas recurridas, la Corte terminó convirtiéndose en una especie de 3ra instancia, contrariándose lo dispuesto por los artículos 116 y 117 de la CN.

Según el inc. 2 del art. 7, todas las prestaciones de los sistemas públicos de previsión de carácter nacional tendrían la movilidad que anualmente determinara la Ley de Presupuesto. Dicha movilidad podía ser distribuida en forma diferenciada a fin de incrementar las prestaciones mínimas. En ningún caso esta movilidad podía consistir en una determinada proporción entre el haber de retiro y las remuneraciones de los activos.

Esta ley buscaba sanear mediante el otorgamiento de Bonos de Consolidación en Moneda Nacional a 16 años, las diferencias que se mantenían entre los haberes de los jubilados y los activos.

La ley 24.463 congestionó aún más el fuero, lo que posteriormente dio lugar al dictado de la ley de organización del fuero de la S.S por la cual se crea el fuero federal de S.S, integrado por 10 tribunales de 1ra, 2 fiscalías (dependientes del MPF) y se denomina a la sala como Cámara Federal de S.S (compuesta por 3 salas).

Ley 26.222:

Dispone que las personas físicas enumeradas en el art. 2 de la ley 24.241 podían optar por el régimen previsional público de reparto o por el de capitalización, dentro del plazo de 90 días contados desde la fecha de ingreso a la relación laboral de dependencia o a la de inscripción como trabajador autónomo.

Además, estableció el traspaso obligatorio al Régimen de Reparto de aquellos afiliados al régimen de capitalización hombres mayores de 55 años de edad y mujeres mayores de 50 años de edad titulares de cuentas de capitalización individual que arrojaban un saldo que no superaba el importe equivalente a \$20.000.

Ley 26.417:

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 26.426:

Elimina el régimen de capitalización, creando el SIPA, el cual es un régimen de reparto solidario sostenido a través de recursos propios (aportes y contribuciones), multas fijadas por los organismos de control de la S.S, donaciones, legados e impuestos (IVA, hidrocarburos, cigarrillos).

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.

Por este sistema, se actualizan los haberes de los jubilados de las leyes 18.037 y 24.241 teniéndose en cuenta diferentes situaciones:

- 1) Si los jubilados hubieran iniciado demanda judicial y tuvieran sentencia firme al 30 de mayo de 2016, se les abonará la liquidación que arroje según los parámetros de la sentencia. Si no tuvieran sentencia firme, se liquidará de acuerdo al índice general de remuneraciones.

Respecto de la forma de pago de las liquidaciones, en ambos casos, el retroactivo se % en 2 partes:

a) 50% en 1 cuota con el haber reajustado;

b) el otro 50% se abona en cuotas trimestrales en un total de 12 cuotas.

2) Si los jubilados no hubieran iniciado demanda judicial, el Estado ofrecerá el pago de un nuevo haber reajustado conforme al índice general de remuneraciones. Este ofrecimiento debe ser aceptado en todos los casos por los jubilados y comenzarán a percibir el haber desde el momento de la aceptación del ofrecimiento que podrá ser por homologación judicial o no.

El nuevo haber reajustado seguirá gozando de los beneficios de la ley 26.417 (movilidad 2 veces al año).

Criterios jurisprudenciales aplicados a lo largo del tiempo:

2005 "Sánchez, María del Carmen c/ ANSeS s/ reajustes varios":

El tribunal consideró que la ley de convertibilidad no había drogado en forma expresa el sistema de movilidad contemplado en el régimen de la ley 18.037 (índice de corrección salarial).

2007 "Badaro, Adolfo Valentín c/ ANSeS s/ reajustes varios"

La Corte reafirmó la competencia del Congreso para establecer las pautas de movilidad, advirtió la existencia de un achatamiento en la escala de prestaciones que perjudicaba a quienes percibían haberes más elevados.

También, exhortó al Congreso y al PEN para que tomaran las medidas necesarias para subsanar la merma sufrida en los haberes jubilatorios de mayor cuantía.

Además, puntualizó que la ley 24.463 había consagrado un régimen de movilidad con un nivel de protección menor que el que tenían los existentes hasta el momento de su entrada en vigencia, y dado que el único aumento en el beneficio jubilatorio del actor resultaba insuficiente para reparar su deterioro, declaró la inconstitucionalidad del art. 7 apartado 2 de dicha norma.

Por último, el Máximo Tribunal aclaró que las consideraciones expuestas en torno al ajuste de la prestación del actor por el período reclamado se limitaban al caso concreto.

2009 "Eliff, Alberto José c/ ANSeS s/ reajustes varios":

El tribunal señaló que la resol 140/95 excedió la facultad de reglamentar la aplicación del índice salarial a utilizar que la ley 24.241 delegó en el organismo (ANSES).

La corte consideró que la prestación previsional sustituiría el ingreso que el peticionante tenía como consecuencia de su labor, de modo que, el nivel de vida asegurado por la jubilación debe guardar una relación justa con el que proporcionaban las remuneraciones que venía recibiendo.

Se estableció que la prestación compensatoria y el adicional por permanencia debían ser actualizadas de acuerdo al índice de corrección de salarios. Dichas actualizaciones comprendían las actualizaciones hasta el año 2006.

2015 Fallo Quiroga, Carlos Alberto c/ ANSeS s/ reajustes varios":

En este fallo, la parte actora, jubilado de la ley 24.241, pretendía el reajuste de sus haberes y su movilidad.

En relación a la **actualización** del haber previsional, la Sra. Procuradora General, señala que el tribunal no puede soslayar que la elección del método de actualización requiere tener en cuenta

el carácter solidario del sistema de reparto y del actual SIPA. Por ello, quien determine cuál es el índice correspondiente que permite resguardar los derechos de los jubilados, lo hará en forma generalizada y en condiciones de igualdad, con los recursos previsionales existentes.

En cuanto a la movilidad de las prestaciones, sostiene que el régimen de movilidad creado por la ley 26.417 cumple con el objeto de mantener una razonable proporcionalidad entre los salarios de actividad y los haberes de retiro, a la vez que asegura la sustentabilidad intertemporal del sistema previsional argentino.

Finalmente, la Corte dispone que la PBU, que nunca había sido reajustada, tenía que ser actualizada en el caso concreto, puesto que el actor había demostrado que en el momento de la liquidación había sufrido un perjuicio económico.

A partir de estas 4 sentencias, los tribunales de 1ra instancia van readecuando sus Resoluciones y reservando para la etapa de ejecución de sentencia la aplicación o no del fallo Quiroga, siempre que se acredite el perjuicio del jubilado.

Unidad 7

Las asignaciones familiares

Son prestaciones del derecho de la seguridad social que se otorgan a los trabajadores en relación de dependencia, tanto de la actividad privada como pública, a beneficiarios del seguro de desempleo y a quienes perciben un beneficio jubilatorio con el objeto de cubrir las contingencias sociales de cargas de familia.

Fueron creadas a efectos de cubrir las necesidades de la Sociedad familiar cuya economía puede verse afectada en virtud de esta nueva relación que le impone.

La naturaleza jurídica es la de ser una prestación del a seguridad social, un auxilio a la necesidad emergente de la vinculación familiar, un beneficio social que se otorga a cierto grupo social, diferenciándose sustancialmente del concepto de salario como contraprestación por los trabajos realizados.

Se financian a través de un sistema contributivo solidario y está gerenciado, en la actualidad, por la ANSeS

Ante los conflictos que se generen, será competente para resolverlos la justicia federal de la seguridad social por la materia de que se trate.

Sujetos comprendidos

- a. Trabajadores en relación de dependencia
- b. Beneficiarios de la ley sobre riesgos de trabajo
- c. Beneficiarios del seguro de desempleo
- d. Beneficiarios del sistema integrado previsional argentino
- e. Beneficiarios del régimen de pensiones no contributivas por invalidez

Quedan exceptuados de la ley

- a. Trabajadores del servicio domestico

Financiamiento: las asignaciones familiares se financian

- a. Una contribución patronal del 9 %
- b. Una contribución de igual cuantía a la establecida en el punto anterior, a cargo del responsable del pago de prestaciones dinerarias derivadas de la ley 24.557, sobre Riesgos de Trabajo
- c. Intereses, multas y recargos
- d. Rentas provenientes de inversiones
- e. Donaciones, legados y otro tipo de contribuciones

Clasificación de las asignaciones familiares

- a. **Asignaciones de pago único:** se pagan una sola vez por cada acontecimiento. Ellas son: asignación pro matrimonio, por nacimiento o por adopción.
- b. **Asignaciones de pago anual:** se pagan una sola vez al año, es el caso de la asignación por escolaridad.
- c. **Asignaciones de pago mensual:** se pagan todos los meses y son: asignación por hijo, por hijo discapacitado

Asignaciones de pago único

- a. **Asignación por matrimonio (art. 14):** consiste en el pago de una suma de dinero, que se abonara en el mes en que se acredite dicho acto ante el empleador. Para el goce de este beneficio se requerirá una antigüedad mínima y continuada en el empleo de seis meses.

Solo podrá solicitarse una vez que hayan pasado los 2 meses de ocurrido el matrimonio.

Trámite:

1. debe, el titular, presentarse en la sucursal de Correo Argentino más cercana a su domicilio con la siguiente documentación: original y fotocopia de primera y segunda hoja del DNI del trabajador, si es extrajera debe agregar fotocopia de la tercera hoja.
2. original y fotocopia de primera y segunda hoja del DNI del cónyuge.
3. Original y fotocopia del Acta de matrimonio o cualquier otro documento expedido por el Registro Nacional o Provincial de las personas donde conste acta, tomo y folio y original.
4. Copia de la partida de matrimonio.

Requisitos:

1. Ser trabajador en relación de dependencia, beneficiario de la prestación por desempleo o beneficiario de una asegurada de riesgos de trabajo o beneficio de la Pensión Honorífica de Veteranos de guerra del atlántico sur.
2. Solicitar el pago de esta asignación dentro de los dos años de la fecha de celebrado el matrimonio.
3. 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.

- b. **Asignación por nacimiento/adopción (arts. 12 y 13):** consiste en el pago de una suma de dinero que se abonará en el mes que se acredite tal hecho ante el empleador. Para el goce de esta asignación se requerirá una antigüedad mínima y continuada de seis meses a la fecha del nacimiento.

Trámite

1. Original y fotocopia de primera y segunda hoja del DNI del trabajador. Si es extranjero debe agregar fotocopia de la tercer hoja.

2. Original y fotocopia de primera y segunda hoja del DNI del recién nacido constancia del DNI en trámite emitida por el Registro Civil.
3. Original y fotocopia del acta de nacimiento, o cualquier otro documento expedido por el registro nacional o provincial de las personas donde conste acta, tomo y folio.

Requisitos:

1. Ser trabajador en relación de dependencia, beneficiario de la prestación por desempleo o beneficiario de una aseguradora de riesgos de trabajo o beneficiario de la Pensión Honorífica de Veteranos de guerra del atlántico sur.
2. 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.
3. 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 en los casos de empleados dependientes.

Asignaciones de pago anual:

- a. **Asignación por ayuda escolar anual (art. 10):** se abona a uno solo de los progenitores/guardadores/tutores o curados a la persona

Trámite: se debe acreditar ante la ANSeS la asistencia al ciclo lectivo anterior y presentar la siguiente documentación:

1. Formulario PS 2.51 "DDJJ Solicitud Asignación Familiar por Ayuda Escolar Anual – SUAF".
2. Certificado escolar de inicio del ciclo lectivo correspondiente al año en curso o el certificado de inicio de tratamiento de rehabilitación y / o enseñanza diferencial.

Requisitos

1. Ser trabajador en relación de dependencia en una empresa incorporada al sistema único de asignaciones familiares o un beneficiario de una aseguradora de riesgos.
2. Del trabajo incorporada al sistema único de asignaciones familiares.
3. Tener derecho al cobro de la asignación familiar por hijo y/o hijo con discapacidad.
4. En caso de haber percibido la asignación familiar en forma automática no deberá presentar ningún formulario ni certificado escolar, excepto que ANSeS se lo solicite.

Asignaciones de pago mensual

- a. **Asignación prenatal (art. 9):** consiste en el pago de una suma equivalente a la asignación por hijo, que se abonara desde el momento de la concepción hasta el nacimiento del hijo. Se abona a uno solo de los progenitores. **Trámite:** se debe presentar la documentación requerida ante el empleador, debiendo tenerse en cuenta que la acreditación del embarazo debe efectuarse entre el tercer y sexto mes.

Requisitos

1. 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.
2. 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.
- b. **Asignación por maternidad (art. 11):** 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 más de un empleo, tiene derecho a la percepción de esta asignación en cada uno de ellos.

También corresponde el pago de esta Asignación en los siguientes casos

1. Interrupción del embarazo, siempre que este tuviera lugar cumplidos los ciento ochenta días de gestación.
2. Alumbramiento sin vida.

3. Nacimiento anticipado durante la licencia preparto.
4. Nacimiento con vida anterior al inicio de la licencia preparto.
5. Nacimiento a término en el cual nos e haya iniciado la licencia por maternidad por no haberse denunciado el estado de embarazo

Trámite: se debe presentar ante la ANSeS, dentro del plazo de 120 días de ocurrido el parto, la siguiente documentación:

1. Original del formulario PS. 2.55 "DDJJ novedades unificadas – sistema único de asignaciones familiares" por cada uno de los empleos
2. Datos del certificado medico y medico certificante
3. Original y fotocopia del certificado de nacimiento, o en su caso, de defunción.

Requisitos:

1. 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.
2. Contar con una antigüedad mínima y continuada de tres meses.
- c. **Asignación por hijo (art. 7):** consistirá 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 una solo de los trabajadores.

Tramite: el titular debe presentarse ante ANSeS con la siguiente documentación:

1. Titular casado legalmente con el padre del hijo: original y fotocopia del certificado de matrimonio.
2. En caso de estar divorciados: fotocopia autenticada de la sentencia de divorcio de la que surja la tenencia de los hijos.
3. En caso de estar separados. Fotocopia autenticada de la tenencia legal u original y fotocopia de la tenencia de hecho de los hijos.
4. Hijos adoptivo: fotocopia autenticada del testimonio de sentencia de adopción

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.

- d. **Asignación por hijo con discapacidad (art. 8):** consiste en el pago de una suma mensual que se abonara al trabajador por cada hijo que se encuentre a su cargo en esa condición sin límite de edad. Esta asignación se abonara por cada hijo discapacitado que resida en el país, soltero, viudo, divorciado o separado legalmente, matrimonial o extramatrimonial, aunque éste trabaje en relación de dependencia. Cuando el hijo con discapacidad sea mayor de edad y no tenga madre ni padre ni curador se abona esta asignación al pariente porconsanguinidad o afinidad cuya obligación alimentaria sea declarada o reconocida por autoridad judicial competente.

Trámite: se deberá presentar ante ANSeS la siguiente documentación

1. Titular casado legalmente con el padre del hijo con discapacidad: original y fotocopia del certificado de matrimonio.
2. En caso de estar divorciados: fotocopia autenticada de la sentencia de divorcio de la que surja la tenencia de los hijos.
3. En caso de estar separados: fotocopia autenticada de la tenencia legal u original y fotocopia de la tenencia de hecho de los hijos.
4. Menores en guarda, tutela o curatela. Fotocopia autenticada del testimonio o certificado expedido por autoridad judicial o administrativa competente.
5. Titular pariente por consanguinidad o afinidad con el discapacitado cuya obligacionalimentaria sea declarada o reconocida por autoridad judicial competente: original y fotocopia del a partida de nacimiento del discapacitado, original y fotocopiadela partida de defunción de sus padres y fotocopia autenticada del testimonio de sentencia judicial u original y fotocopia de información sumaria de la que surjan las exigencias correspondientes.

6. Original y fotocopia de la partida de nacimiento. Supletoriamente se aceptarán los testimonios, copias certificadas, libretas de familia o cualquier otro documento expedido por la dirección general o sus dependencias.
7. Autorización expresa de ANSeS vigente.

Requisitos:

1. 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.
2. Acreditar la condición de discapacidad.
- e. **Asignación por cónyuge (art. 16):** podrá ser percibida solo por beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino o de la Pensión Honorífica de Veteranos de Guerra del Atlántico Sur.

Trámite:

1. Original del formulario PS. 6.18 u original del formulario PS.2.14 en el que se encuentre declarada la cónyuge.
2. Original y fotocopia del certificado de matrimonio.
3. Si el matrimonio se produjo en el extranjero: original y fotocopia de la partida de matrimonio que deberá estar traducida, visada por el consulado argentino y legalizada por el ministerio de relaciones exteriores, comercio internacional y culto de la República Argentina.

Nacimiento de hijo con síndrome de Down: se otorga una licencia especial por el plazo de seis meses a la trabajadora que dé a luz un bebé con síndrome de Down. Durante esos meses percibirá la asignación por maternidad debiendo comunicarle fehacientemente al empleador dicha circunstancia y presentar certificado médico expedido por autoridad sanitaria oficial.

Menores de 18 años con cargas de familia: se deberá presentar la siguiente documentación: original y fotocopia de las partidas de nacimiento de los padres menores y del recién nacido, original y fotocopia de información sumaria con la que se acredite la convivencia del solicitante con los menores y que los tiene a su cargo.

Asignación universal por hijo para protección social (art. 14 bis):

Consistirá en una prestación monetaria no retributiva de carácter mensual, que se abonará a uno solo de los padres, tutor o curador o pariente por consanguinidad hasta el tercer grado, por cada menor de 18 años que se encuentre a su cargo y sin límite cuando se trate de un discapacitado.

Requisitos

1. 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 (3) años previos a la solicitud.
2. Acreditar la identidad del titular del beneficio y del menor, mediante Documento Nacional de Identidad.
3. Acreditar el vínculo entre la persona que percibirá el beneficio y el menor, mediante la presentación de las partidas correspondientes y en los casos de adopción, tutelas y curatelas los testimonios judiciales pertinentes.
4. La acreditación de la condición de discapacidad será determinada en los términos del artículo 2º de la Ley Nº 22.431, certificada por autoridad competente.
5. Hasta los CUATRO (4) años de edad —inclusive—, deberá acreditarse el cumplimiento de los controles sanitarios y del plan de vacunación obligatorio. Desde los CINCO (5) años de

edad y hasta los DIECIOCHO (18) años, deberá acreditarse además la concurrencia de los menores obligatoriamente a establecimientos educativos públicos.

6. El titular del beneficio deberá presentar una declaración jurada relativa al cumplimiento de los requisitos exigidos por la presente y a las calidades invocadas, 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 (art. 14 quater): todas aquellas mujeres embarazadas podrán acceder a la asignación por embarazo para protección social, la cual consiste en una prestación monetaria no retributiva mensual que se abonará a la mujer embarazada desde la decimo segunda semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo.

La percepción de esta asignación no será incompatible con la asignación universal por hijo para protección social por cada menor de 18 años o sin límite cuando se trate de un discapacitado, a cargo de la mujer embarazada.

Para acceder a la Asignación por Embarazo para Protección Social, se requerirá:

1. Que la embarazada sea argentina nativa o por opción, naturalizada o residente, con residencia legal en el país no inferior a TRES (3) años previos a la solicitud de la asignación.
2. Acreditar identidad, mediante Documento Nacional de Identidad.
3. La acreditación del estado de embarazo mediante la inscripción en el "Plan Nacer" del MINISTERIO DE SALUD. En aquellos casos que prevea la reglamentación, en que la embarazada cuente con cobertura de obra social, la acreditación del estado de embarazo será mediante certificado médico expedido de conformidad con lo previsto en dicho plan para su acreditación.
4. 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.
5. La presentación por parte del titular del beneficio de una declaración jurada relativa al cumplimiento de los requisitos exigidos por la presente y a las calidades invocadas. De comprobarse la falsedad de alguno de estos datos, se producirá la pérdida del beneficio, sin perjuicio de las sanciones que correspondan.

Otras prestaciones de seguridad social protectorias de la familia

- a. **Plan jefas y jefes de hogar:** todos los jefes o jefas de hogar desocupados gozaran del derecho familiar de inclusión social.

Para acceder al beneficio se requerirá:

1. Condición de jefe o jefa de hogar en situación de desocupado.
 2. Hijos a cargo mediante la presentación de la correspondiente partida de nacimiento.
 3. Escolaridad en condición de alumno regular.
 4. Control sanitario y cumplimiento de los planes nacionales de vacunación.
 5. Condición de discapacitado de los hijos a cargo.
 6. Residencia permanente en el país en caso de ciudadanos extranjeros.
 7. Para el caso de los jóvenes, su condición de desocupado mediante simple declaración jurada.
 8. Para los mayores de 60 años, su condición de desocupado y no acceso a beneficio previsional.
 - 9.
- b. **Vivienda familiar:** crea una garantía para que el lugar habitacional de la familia sea acorde a su constitución y a su finalidad.
 - c. **Educación:** se encuentra la prestación de servicio educacional tanto público como privado que el Estado crea, reglamenta, controla y fomenta.

- d. Turismo:** el denominado turismo social, a cargo del Estado y de las sociedades intermediarias tales por ejemplo asociaciones de trabajadores, también constituyen una forma de reconocimiento a la familia del derecho a la expansión y al traslado motivados por diversas razones, ya sea salud, religión, cultura o simplemente esparcimiento.

Unidad 8

Ley 9688 y sus reformas. Ley 24.557 y sus reformas. Los riesgos del trabajo: su pertenencia al Derecho del Trabajo o al de la Seguridad Social.

Hacia 1915 se dicta la ley **9688 (Ley de accidentes y enfermedades laborales)**, siendo la primera normativa que reguló esta materia en nuestro país. La mencionada 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 ésto era una facultad del empleador a fin de limitar su responsabilidad si la eventualidad ocurría. Tampoco, se reglaban mecanismos e incentivos para la prevención de accidentes y enfermedades laborales.

La ley 9688 establecía un procedimiento breve de reparación y la determinación del porcentaje indemnizatorio estaba vinculado directamente con el porcentaje de incapacidad y las remuneraciones del trabajador.

Además, disponía que el trabajador incapacitado tenía la opción de recurrir a la vía civil para obtener una reparación integral.

En 1991 se dicta la ley **24.028 de Accidentes de Trabajo**, la cual establecía una indemnización tarifada con un tope de 55.000 dólares en caso de invalidez total o muerte del trabajador.

En 1995 se sanciona la **Ley de Riesgos del Trabajo (24.557)**, la cual crea un sistema de protección del trabajador ante las eventualidades de enfermedades o accidentes laborales dentro del ámbito del Dcho. de la Seguridad Social. Este sistema sustituyó los regímenes anteriores propios del Dcho. del Trabajo.

Los **objetivos** de la ley son:

1. Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo.
2. Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado.
3. Promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados.
4. Promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

Como podemos ver, la ley de Riesgos del Trabajo tiene objetivos sociales que exceden la relación del contrato individual de trabajo e incursiona en temas de actualidad palpable. No califica al accidente de trabajo simplemente como un daño (ello de ser cierto, lo será parcialmente). Persigue que el trabajador que padece una incapacidad siga siendo una persona útil para sí y para la sociedad.

Las **partes** mencionadas en esta ley son: el trabajador, ART, la Comisión Médica Jurisdiccional y la Comisión Médica Central.

Como órganos de control y fiscalización la ley menciona a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y a la Superintendencia de Seguros.

La ley 20.091 (Ley de Seguros) es de aplicación en todo lo relacionado con la administración y funcionamiento de las ART.

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*).

Los principales cambios introducidos por la ley 24.557 respecto de los regímenes anteriores son:

1. La exclusión del empleador como sujeto pasivo directo.
2. Universalidad: Todos los trabajadores, independientemente del ámbito en el que estén comprendidos, están amparados por esta ley. Se incluyen a todos aquellos que realicen actividades no remuneradas (por ej. bomberos) y a las trabajadoras de servicio doméstico.
3. Dispone un sistema solidario e integral: Busca reparar el daño del trabajador en su totalidad.
4. La creación del sistema de aseguramiento obligatorio por Aseguradoras de Riesgos del trabajo (ART y ART mutual) o por autoseguro:

La **Ley de Riesgos del Trabajo** se fundamenta en un sistema de responsabilidad individual de los empleadores, a los cuales se les impone un **seguro obligatorio** que deben contratar en entidades aseguradoras de derecho privado especializadas en riesgos del trabajo (ART y ART mutual) o por autoseguro.

De este modo, pueden autoasegurarse, además del Estado Nacional, las provincias y las municipalidades, las empresas que tengan un capital mínimo de \$3.000.000 y que acrediten solvencia patrimonial, económico y financiera para afrontar las prestaciones que establece la ley (médicas, farmacológicas, traumatológicas, servicio fúnebre, etc.). El empleador podrá canalizar estas prestaciones a través de convenios con distintas instituciones y deberá contar con la autorización para autoasegurarse.

La **Superintendencia de Riesgos del Trabajo** se ocupa de verificar el normal funcionamiento del sistema y controlar tanto a las ART como a las empresas autoaseguradas.

El empleador no afiliado ni autoasegurado, debe responder directamente en caso de siniestro laboral.

5. La creación de un listado taxativo de enfermedades profesionales e indemnizables.
6. Prestaciones dinerarias mensualizadas más una suma adicional de pago único.
7. La sustanciación y resolución de los conflictos fuera del ámbito del Poder Judicial con otorgamiento de facultades a las Comisiones Médicas.

Obligaciones de las partes:

Empleador:

1. Adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.
2. Cumplir con el seguro obligatorio contratando con la ART o por autoseguro. Para que un empleador pueda dar de baja el contrato con una ART, es necesario que contrate con otra.
3. Pagar de la póliza.
4. Cumplimentar la Ley de Seguridad e Higiene en el trabajo, dotando a los empleados de los elementos de seguridad y protección correspondientes.
5. Cumplir con planes de readecuación que disponga la ART.
6. Informar dentro de las 72hs de los siniestros a la ART.

Si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se hubiere producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, éste deberá pagar al Fondo de Garantía una suma de dinero cuya cuantía se graduará en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo será de \$ 30.000.

La SRT es el órgano encargado de constatar y determinar la gravedad de los incumplimientos, fijar el monto del recargo y gestionar el pago de la cantidad resultante.

La ART está obligada a brindar las prestaciones al trabajador accidentado o enfermo, aún en el caso del incumplimiento del empleador.

Empleado:

1. Adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.
2. Respetar las medidas de seguridad.
3. Denunciar el accidente o la enfermedad al empleador.
4. Cumplir con todo el tratamiento médico indicado.
5. Someterse a todas las consultas o revisiones médicas.
6. Realizar la recalificación profesional, en el caso de corresponder.

ART:

1. Adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.
2. Evaluar los riesgos de cada empresa en forma periódica.
3. Realizar visitas periódicas para verificar que se cumplan con las indicaciones de mejoramiento brindadas y con las disposiciones de la Ley de Seguridad e Higiene.
4. Llevar un libro o registro de siniestralidad, con el cual podrán elevar a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo todas las modificaciones o planes con el fin de reducir la siniestralidad en determinadas actividades.
5. Verificar el cumplimiento en los tiempos determinados por la Ley de Riesgos de Trabajo, de todos los planes de readecuación.

Ámbito subjetivo:

1. Están obligatoriamente incluidos en el ámbito de la LRT:
 - a) Los funcionarios y empleados del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
 - b) Los trabajadores en relación de dependencia del sector privado.
 - c) Las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.
2. El Poder Ejecutivo Nacional podrá incluir en el ámbito de la LRT a:
 - a) Los trabajadores domésticos.
 - b) Los trabajadores autónomos.

- c) Los trabajadores vinculados por relaciones no laborales.
- d) Los bomberos voluntarios.

- El **trabajador** es el **sujeto de la prevención y de la curación o resarcimiento** como consecuencia de haber sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.
- El **empleador** es el **sujeto obligado** a contratar los servicios de una aseguradora de riesgos del trabajo (ART) y debe contribuir mensualmente a su financiamiento mediante el pago de las contribuciones.
- Las **Aseguradoras de Riesgos del Trabajo** (ART y ART mutual) son las obligadas a otorgar las prestaciones en dinero y en especie a los trabajadores damnificados.
- Las distintas **Superintendencias** son **entes de control** que supervisan tanto a las ART como a las comisiones médicas.
- El **Ministerio de Trabajo** reglamenta la LRT por medio de resoluciones y decretos.

CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

Concepto de accidente de trabajo:

Se considera **accidente de trabajo** a todo **acontecimiento súbito y violento** ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

1. El **acontecimiento súbito y violento** implica que el hecho productor de la contingencia no puede ser dominado por el normal obrar de una persona y es de tal magnitud, que produce un daño. Se requiere que sea un acontecimiento no previsto ni querido. Debe ser una causa violenta exterior. Es un hecho unitario en el tiempo, breve, que se agota en sí mismo.
2. **Ocurrido por el hecho del trabajo** quiere decir que un accidente se produjo por el hecho del trabajo, de modo que éste ha sido la **causa directa** del accidente de trabajo. Existe una correlación entre el trabajo, el tiempo en que se lo está prestando y el padecimiento del accidente. Por ej. el trabajador se corta la mano manejando una sierra mecánica.
3. **En ocasión del trabajo:** Son los accidentes producidos no directamente por el trabajo, sino que el trabajo ha sido el condicionante del accidente. No es causa, sino condición. En este caso, el accidente ocurre en circunstancias en que el trabajador se halla bajo la subordinación patronal no obstante que en ese momento no esté realizando sus propias tareas. Por ej. accidente sufrido por un trabajador en el momento de descanso que se produce en el lugar de trabajo.
4. Dentro de los accidentes de trabajo encontramos el **accidente de trabajo in itinere**. Éste es el ocurrido en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar del trabajo o viceversa, siempre que el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las 72 horas ante el asegurador, que el recorrido de su casa al trabajo o viceversa, se modifica por 3 motivos:

- Razones de estudio: El trabajador sale de trabajar para dirigirse a la universidad o a otra casa de estudios.
- Concurrencia a otro empleo: En este caso, se hace cargo del pago de la indemnización el empleador del trabajo que recibe.
- Atención de familiar directo enfermo y no conviviente.

El trabajador debe presentar el pertinente **certificado** dentro de los 3 días hábiles de requerido por el empleador.

Concepto de enfermedades profesionales:

Las **enfermedades profesionales** son las causadas por las tareas cumplidas por el trabajador o por las condiciones medioambientales del trabajo y se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que confeccionará y revisará anualmente el PEN. De allí que las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles. La enfermedad profesional es un concepto legal y el listado es un listado cerrado.

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

En este caso, 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 con eficiencia causal directa respecto de su dolencia.

Recibida la documentación, la Comisión Médica Jurisdiccional da traslado al empleador y a la ART para que formulen los descargos respectivos.

La Comisión Médica Jurisdiccional debe sustanciar la petición con audiencia de los interesados, del empleador y la ART, emitiendo resolución fundada en peritajes científicos.

Si la Comisión Médica Jurisdiccional entendiese que la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos, hasta que se resuelva la situación del trabajador, la ART está obligada a brindar todas las prestaciones de la LRT.

Asimismo, la Comisión Médica Jurisdiccional deberá requerir de inmediato la intervención de la Comisión Médica Central para que convalide o rectifique dicha opinión.

La Comisión Médica Central deberá expedirse dentro de los 30 días de recibido el requerimiento de la Comisión Médica Jurisdiccional.

- Si el pronunciamiento de la Comisión Médica Central no convalida la opinión de la Comisión Médica Jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo. El trabajador podrá apelar ante la Cámara Federal de la S.S dentro de los 10 días de la resolución denegatoria. La apelación debe ser fundada (en sede administrativa) y con patrocinio letrado.
- En cambio, si la Comisión Médica Central convalida el pronunciamiento, debe fijar el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondan.

El alcance de la decisión se circunscribe al caso individual resuelto y, en principio, no importa la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente. Sin embargo, la Comisión

Médica Central debe remitir a la SRT todos los casos aprobados, la cual a su vez los envía al Comité Consultivo Permanente para la eventual modificación del listado de enfermedades.

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

Eximentes de responsabilidad:

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

1. Dolo del trabajador: Para que se configure el dolo es necesario probar en el trabajador la intención de producir un daño para obtener un beneficio. Por lo tanto, quedan excluidas la negligencia, imprudencia, descuido, error o imprevisión.
2. Caso fortuito o fuerza mayor extraña al trabajo.
3. Incapacidad del trabajador preexistente a la iniciación de la relación laboral y acreditada en el examen preocupacional.

CONSECUENCIAS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO O DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES:

- 1) Incapacidad laboral temporaria
- 2) Incapacidad laboral permanente
 - Provisoria: parcial o total
 - Definitiva
 - Parcial: leve o grave
 - Total

1) 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.

En este período, el trabajador percibe una prestación de pago mensual equivalente al ingreso base mensual (pago mensual del salario por enfermedad del art. 208 de la LCT) 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.

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

- Alta médica producida antes de transcurrido 1 año contado desde su manifestación.
- Declaración del estado de incapacidad laboral permanente.
- Transcurso de 1 año desde la primera manifestación invalidante. La ley crea una presunción por la cual, después de 1 año, la eventual incapacidad que tiene el trabajador no es tratada como temporaria, sino que entra en la categoría de permanente (parcial o total).
- Muerte del damnificado.

Si el trabajador damnificado, dentro del mencionado plazo de 2 años, se hubiera reincorporado al trabajo y volviera a estar de baja por idéntico accidente o enfermedad profesional, su situación de incapacidad laboral temporaria continuará hasta el alta médica, declaración de Incapacidad Laboral Permanente, en caso de corresponder, su deceso o hasta completar 2 años efectivos de baja, sumándose todos los períodos en los cuales se hubiera visto impedido de trabajar.

2) 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.

- **Provisoria:** Se extiende hasta los 36 meses, lapso que se puede ampliar por un máximo de 24 meses más. Vencidos los plazos indicados, si no hubiera recuperación del trabajador afectado, la incapacidad laboral permanente provisoria se considera definitiva.

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

- Si la incapacidad es parcial (menor al 66%), debe pagar una suma mensual equivalente al valor mensual del Ingreso Base multiplicado por el porcentaje de incapacidad, más el salario familiar. (IB X % DE INCAPACIDAD + SALARIO FAMILIAR).
- Si la incapacidad es total, debe pagar una suma equivalente al 70% del valor mensual del Ingreso Base, más las asignaciones familiares. (70% X IB + SALARIO FAMILIAR).

- **Definitiva:** La incapacidad laboral permanente definitiva puede ser:

1. 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:

$53 \times \text{INGRESO BASE MENSUAL} \times (\% \text{ DE INCAPACIDAD}) \times (65 - \text{EDAD DEL TRABAJADOR}) + 20\% \text{ Adicional por cualquier otro daño.}$

Para este pago único, rige un piso que resulta de multiplicar \$180.000 por el % de incapacidad. De acuerdo a lo establecido por la ley 26.773, dicho monto se incrementa con la aplicación del índice RIPTE.

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:

$\text{INGRESO BASE MENSUAL} \times \% \text{ DE INCAPACIDAD} + 20\% \text{ por cualquier otro daño.}$

El valor esperado de la renta periódica no puede ser inferior a \$180.000. El DEC. 1694/09 adicionó un importe de pago único complementario de \$80.000. Puede reclamarse su pago en 1 sola vez. De acuerdo a lo establecido por la ley 26.773, dicho monto se incrementa con la aplicación del índice RIPTE.

2. **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: INGRESO BASE MENSUAL X 53 X (65: EDAD DEL TRABAJADOR) + 20% por cualquier otro daño.

Puede reclamarse su pago en 1 sola vez. El piso de este beneficio dinerario es de \$180.000 y el DEC. 1694/09 agregó a la renta periódica un pago único de \$100.000.

De acuerdo a lo establecido por la ley 26.773, dichos montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE.

3) 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).

Además de las prestaciones previstas para la incapacidad laboral permanente total, la ART debe pagar una prestación de pago mensual, cuyo importe equivale a \$8000, que se extingue con la muerte. En este supuesto, el DEC. 1694/09 adiciona a las demás prestaciones un pago único de \$100.000.

Puede reclamarse el pago en 1 sola vez. De acuerdo a lo establecido por la ley 26.773, dichos montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE. También, se aplica el incremento del 20% por cualquier otro daño.

4) Fallecimiento:

Las prestaciones son las mismas que en el caso de incapacidad laboral, permanente, definitiva total y corresponde que los derechohabientes (*del art. 53 de la 24.241*) perciban además, la pensión por fallecimiento.

En este caso, el DEC. 1694/09 agregó a las restantes prestaciones un pago único a favor de los derechohabientes de \$120.000.

Puede reclamarse su pago en 1 sola vez. Los montos se incrementan con la aplicación del índice RIPTE. También, se aplica el incremento del 20% por cualquier otro daño, con un piso en caso de fallecimiento e incapacidad total de \$70.000.

PRESTACIONES: La LRT prevé 2 tipos de prestaciones:

1) **Dinerarias:** Son sumas de dinero que se abonan al trabajador accidentado o enfermo, de pago único o mensual. Entre sus caracteres podemos mencionar que 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. Resulta indiferente la fecha del accidente de trabajo o de la manifestación o el de consolidación de la enfermedad, que eran fechas de interés para las leyes anteriores.

El sistema de la ley de riesgo de trabajo dispone una alteración sustancial del régimen de prescripción porque los derechos de la víctima nacen con la denuncia de los hechos causantes de daños derivados del trabajo o la denuncia efectuada por sus derechohabientes.

Las acciones para el reclamo del pago de los créditos de las ART, la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y la Superintendencia de Seguros de la Nación, prescriben a los 10 años desde la fecha en que debió ser efectuado el pago.

El parámetro de determinación de la prestación dineraria está dado por el concepto de “**ingreso base**”, el cual puede ser considerado como un valor similar al salario diario o al mensual.

- **El Ingreso Base Diario (IBD)** es la cantidad que resulte de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones, con destino al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, devengadas en los 12 meses anteriores a la primera manifestación invalidante o en el tiempo de la prestación de servicio (si fuera menor al año), por el número de días corridos comprendidos en el período considerado.
- **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.

2) En Especie: Las **prestaciones en especie** son **servicios y beneficios** para asistir al trabajador.

La ART debe disponer, con carácter de servicio propio o contratado por terceros, de la infraestructura para proveer estas prestaciones.

La ley establece las siguientes:

- a) Asistencia médica y farmacéutica.
- b) Prótesis y ortopedia.
- c) Rehabilitación.
- d) Recalificación profesional.
- e) Servicio funerario.

Las ART podrán suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las comisiones médicas, a percibir las prestaciones en especie de los incisos a), c) y d).

Las prestaciones a que hacen referencia los incisos a), b) y c), se otorgarán a los damnificados hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes.

ENTE GESTOR DE LAS PRESTACIONES: ART

Concepto:

Una **ART** es un ente jurídico de derecho privado que, reuniendo requisitos legales, 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.

Derechos:

- 1) Controlar la ejecución del plan de mejoramiento.
- 2) Contratar con los beneficiarios el pago de una renta periódica.

- 3) Suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las Comisiones Médicas, a percibir las prestaciones en especie de asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia y rehabilitación.
- 4) Percibir la cuota mensual a cargo del empleador.
- 5) Contratar y fijar libremente la prima con sus afiliados.

Deberes:

- 1) Adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.
- 2) Incluir en los contratos celebrados con los empleadores un plan de mejoramiento de las condiciones de higiene y seguridad.
- 3) Denunciar a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo el incumplimiento de los empleadores de los planes de mejoramiento.
- 4) Realizar las prestaciones en especie.
- 5) Abonar las prestaciones dinerarias que correspondan.

Prohibiciones:

- 1) No pueden rechazar la afiliación de ningún empleador incluido en su ámbito de actuación.
- 2) No pueden fijar cuotas en violación a las normas de la LRT ni destinar recursos a objetos distintos de los previstos en esta ley.
- 3) No podrán realizar exámenes psicofísicos a los trabajadores antes de la celebración de un contrato de afiliación.

Fondo de garantía de la LRT:

El Fondo de Garantía 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. Adviértase que se trata de los casos en los cuales los empleadores son autoasegurados o no se han afiliado a ninguna ART.

El Fondo de Garantía de la LRT será administrado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Tal administración alcanza no sólo a la utilización de los recursos para cumplir el objeto, sino también a los excedentes.

El Fondo de Garantía contará con los siguientes recursos:

- a) Los previstos en la LRT, incluido el importe de las multas por incumplimiento de las normas sobre daños del trabajo y de las normas de higiene y seguridad.
- b) Una contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados, a fijar por el Poder Ejecutivo nacional.
- c) Las cantidades recuperadas por la SRT de los empleadores en situación de insuficiencia patrimonial.
- d) Las rentas producidas por los recursos del Fondo de Garantía de la LRT, y las sumas que le transfiera la SRT.
- e) Donaciones y legados.

El Fondo de Garantía se determina anualmente por la SRT por períodos que comiencen el 1 de julio de cada año y finalicen el 30 de junio del año siguiente. Dentro de los 30 días de finalizado

cada ejercicio anual, la SRT deberá presentar un estado de resultados de la aplicación del Fondo de Garantía.

Fondo de Reserva de la LRT:

Con los recursos del Fondo de Reserva de la LRT se abonarán o contratarán las prestaciones a cargo de las ART que éstas dejaran de abonar como consecuencia de su liquidación.

Este fondo será administrado por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Se formará 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.

Los fondos de garantía y de reserva se financiarán exclusivamente con los recursos previstos por la LRT. Dichos recursos son inembargables frente a beneficiarios y terceros. Dichos fondos no formarán parte del presupuesto general de la administración nacional.

Ley 26.773: Esta ley forma parte integrante de la LRT.

El art. 3 de esta ley dispone que cuando el daño se produzca en el lugar de trabajo o lo sufra el dependiente mientras se encuentre a disposición del empleador, el damnificado (trabajador víctima o sus derechohabientes) percibirá junto a las indemnizaciones dinerarias previstas en la LRT, una indemnización adicional de pago único en compensación por cualquier otro daño no reparado por las fórmulas allí previstas, equivalente al 20% de esa suma.

En caso de muerte o incapacidad total, esta indemnización adicional nunca será inferior a \$70.000.

La ley establece lo que se denomina la **“opción excluyente” u “opción con renuncia”**, según la cual 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.

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

Cabe aclarar que la percepción de prestaciones en dinero, sea imputable a la sustitución de salarios o en la etapa de curación, así como la percepción de prestaciones en especie o de las sumas por gran invalidez, no implican el ejercicio de la opción excluyente.

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

Los obligados al pago de la reparación por la ley 24.557 (ART) tienen 15 días desde la notificación de la muerte del trabajador, o de la homologación o determinación de incapacidad de la víctima de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, para notificar fehacientemente a los damnificados los importes que les corresponden percibir e indicar que se encuentran a su disposición para el cobro, precisando cada concepto en forma separada.

A partir de este momento, el trabajador o sus derechohabientes, pueden ejercer la opción para ejercer la vía judicial que pretendan. Si eligen la vía de reparación de la LRT, luego no podrán optar por la civil.

Las acciones judiciales en el medio civil sólo podrán iniciarse una vez recibida la notificación fehaciente antes mencionada. En estos casos, la prescripción de esa acción se computará a partir del día siguiente de dicha notificación, entendiéndose que la misma es bienal por tener origen en una relación laboral.

Unidad 9:

Introducción:

El derecho a la salud parecería tener una naturaleza mixta y compleja, al participar de las características tanto de los derechos individuales como de los sociales.

En consecuencia, en lo que respecta a la Argentina, la CN de 1853 y 1860 no contenía mención expresa sobre el derecho a la salud, atento a las ideologías entonces vigentes, para las cuales, el cuidado de la salud importaba, en principio, una cuestión a atender por cada individuo. Así, el derecho a la salud no fue inicialmente incluido de manera expresa, sino implícita a través del art. 33 de la CN (Dchos. no enumerados). Se trataba de un derecho individual anexo al derecho a la vida y su sujeto pasivo era el Estado que debía abstenerse de violar o dañar la salud.

A partir de la reforma del 94', el art. 75 inc. 22 de la CN otorga jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales sobre DDHH, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. De esta forma, el derecho a la salud ha sido definitivamente incorporado al conjunto de derechos fundamentales como un derecho social que, además de requerir al Estado un deber de abstención, requiere acciones positivas para garantizar el disfrute de este derecho.

Definición de salud para 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.

- **Estado:** Este vocablo significa "*permanencia*" y no es otra cosa que explicitar que la salud es de la naturaleza de la persona. Así, constituye un factor esencial que hace a la dignidad del ser humano.
- **Completo bienestar:** El sustantivo "*bienestar*" calificado por el adjetivo "*completo*" indica el total goce de la dignidad del hombre.
- **Físico:** El bienestar está referido al aspecto físico de la persona, su cuerpo.
- **Mental:** El ser humano es esencialmente uno física y mentalmente. Una persona afectada en sus facultades mentales es una persona enferma, con el agravante de que este tipo de enfermedad afecta la capacidad de discernimiento y de libertad del sujeto.
- **Social:** La carencia de planes de erradicación de epidemias, de información adecuada, de los bienes que hagan plena la vida del hombre, como la falta de vivienda, de alimentación o de los bienes culturales, son factores de índole social que afectan a la salud psicofísica del hombre.

Características del sector salud:

El que está obligado esencialmente a otorgar los beneficios de la seguridad social respecto de la salud es el Estado según el art. 14 bis de la CN. Empero, éste delega esa facultad en:

- Obras Sociales.
- Prepagas.
- PAMI

Esa delegación, en manera alguna significa, que el Estado deba desligarse de la obligación p etra constitucional, sino que por el contrario, debe hacer vigente el rol subsidiario que tiene frente a los individuos y a las sociedades intermedias que por diversas razones no puedan afrontar el otorgamiento de prestaciones cuando éstas ocurran. Ello lo hace a través del **Fondo Solidario de Redistribución**.

LA SALUD Y LAS OBRAS SOCIALES. EVOLUCIÓN HISTÓRICA:

En la década de 1940 la atención de la salud se ve como un derecho y el Estado pasó a ser el responsable o garante de la prestación. Esta época se caracterizó por el crecimiento urbano, la mayor industrialización y diversas crisis sociales derivadas de la situación de posguerra.

A partir de 1943 surge el sindicalismo. Los sindicatos prestan servicios de salud como un beneficio social y crean las obras sociales sobre la base del mutualismo, agregándose la obligación impuesta por el Estado del aporte patronal sobre la nómina salarial respecto de los empleados afiliados al sindicato.

Cabe destacar que la primera norma legal que procur  regular el funcionamiento de las obras sociales fue la ley 18.610. Algunos de los aspectos más importantes de la misma son:

1. Recepta todas las obras sociales del Estado, las mixtas, las paraestatales y sindicales.
2. Se trataba de una norma de alcance nacional.
3. Vuelve obligatoria la cobertura para el trabajador dependiente y su grupo familiar primario.
4. El financiamiento se efectuaba con aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores de todo el personal en actividad, se encuentren o no afiliados al sindicato.
5. Crea el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) como órgano de contralor del funcionamiento y recursos de las Obras Sociales.
6. Dispone que las asociaciones profesionales que no otorgaran servicios de salud debían hacerlo en forma directa o indirecta.
7. Crea el Fondo Solidario de Redistribución. Ello incrementa la capacidad destinada a prestaciones para la asistencia financiera de las obras sociales que lo requieran.

Con posterioridad, se pretendió modificar las falencias del sistema a partir de la ley 22.269. Sus puntos más salientes fueron:

1. Obligaba a las obras sociales a destinar como mínimo el 80% de sus recursos a las prestaciones médico asistenciales.
2. Prohibía a las obras sociales redirigir recursos a otras prestaciones sociales no vinculadas con la prestación médica. Por ej. turismo.
3. Eleva el monto de los aportes y contribuciones que obligatoriamente debían abonar los trabajadores y empleadores respectivamente.
4. Dio a los trabajadores la posibilidad de optar por otra prestadora de salud (sea obra social o prepaga) distinta a la que le hubiera correspondido en razón del sector de actividad al que pertenecía. Si el dependiente hacía uso de este derecho, debía derivar el 90% de su aporte personal al ente que hubiera elegido, mientras que el 10% restante tenía que ser dirigido a la obra social a la que había pertenecido hasta ese entonces.

5. Extendía la cobertura médico-asistencial más allá de la vigencia del contrato de trabajo en caso de despido o muerte del trabajador.

Actualmente, las obras sociales están reguladas por la ley 23.660.

Concepto de obra social:

Las **obras sociales** son organizaciones de la seguridad social, financiadas mediante el aporte y la contribución obligatorios de trabajadores y empleadores respectivamente, sujetas a contralor estatal e integradas al Sistema Nacional del Seguro de Salud, cuyos fines son la prestación de servicios de salud y sociales a beneficiarios, quienes tienen la opción de elegir afiliarse a la entidad que le ha de prestar esos servicios.

Es decir, son organismos de S.S, sujetos de derecho y agentes naturales del Seguro de Salud que tienen por finalidad la administración de las prestaciones que cubren las contingencias vinculadas a la salud.

Naturaleza jurídica:

- 1) Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados, las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado y toda otra entidad creada o a crearse no expresamente enumerada en la ley, funcionarán como **entidades de derecho público no estatal**.

Contarán con individualidad jurídica, financiera y administrativa. Tendrán el carácter de sujeto de derecho con el alcance que el Código Civil y Comercial establece para las personas jurídicas.

- 2) Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo, las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios y las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas, tendrán el carácter de **sociedades civiles de dcho. privado**.

Funcionarán con individualidad administrativa, contable y financiera.

- 3) Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que hayan sido creados por leyes de la Nación, mantendrán la misma personalidad establecida por la citada ley. Así, mantendrán sus modalidades administrativas, contables y financieras conforme a las leyes que le dieron origen.

Tipos: Existen dos tipos de obras sociales:

- **De autogestión administrativa:** Son personas jurídicas privadas a las que la ley le atribuye la realización de un cometido público: prestación sanitaria (sindicales y de profesionales).
- **De cogestión administrativa:** Pertenecen a la administración pública con participación de grupos corporativos. Son institutos de derecho público, cuyo cometido principal también es público y es prestado por entidades públicas o privadas por delegación. El vínculo de la obra social con sus afiliados no es contractual sino legal.

Obras sociales comprendidas en la ley 23.660:

1. Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo.
2. Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación.
3. Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados.
4. Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado.
5. Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios.
6. Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas.
7. Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación.
8. Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la ley 23.660.

Prestaciones:

Las obras sociales destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud. Deberán, asimismo, brindar otras prestaciones sociales. Por ej. prestaciones turísticas, de vivienda, recreativas, etc.

Beneficiarios de las obras sociales:

1. Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del P.E o en sus organismos autárquicos y descentralizados, en empresas y sociedades del Estado.
2. Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
3. Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.
4. Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas anteriormente. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los 21 años no emancipados, los hijos solteros mayores de 21 años y hasta los 25 años inclusive que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos discapacitados sin límite de edad, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa.
5. Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar la inclusión como beneficiarios de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo. En este caso, se fija un aporte adicional del 1.5% por cada una de las personas que se incluyan.

El carácter de beneficiario de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, así como también de la de su grupo familiar y personas que convivan con el afiliado, subsiste mientras se mantenga el contrato de trabajo o la relación de empleo público y el trabajador reciba remuneración del empleador.

El plexo normativo prevé casos en los que este carácter se extiende más allá de concluido el contrato de trabajo o la relación de empleo público:

TRABAJADORES QUE PERMANECEN EN LA OBRA SOCIAL SIN OBLIGACIÓN DE EFECTUAR APORTES

1. En caso de extinción del contrato de trabajo, los trabajadores que se hubieran desempeñado en forma continuada durante más de 3 meses, mantendrán su calidad de beneficiarios durante un período de 3 meses contados de su distracto.
2. En caso de interrupción del trabajo por causa de accidente o enfermedad inculpable, el trabajador mantendrá su calidad de beneficiario durante el plazo de conservación del empleo sin percepción de remuneración.
3. En caso que el trabajador deba prestar servicio militar obligatorio por llamado ordinario, movilización o convocatorias especiales.
4. Trabajadores suspendidos sin remuneración durante 3 meses.

TRABAJADORES CON OBLIGACIÓN DEL PAGO DE APORTES A SU CARGO Y DE LA CONTRIBUCIÓN A CARGO DEL EMPLEADOR.

1. Suspensiones mayores a 3 meses.
2. Trabajador con licencia sin goce de remuneración por razones particulares.
3. Trabajadores de temporada en el período de inactividad.
4. Mujeres en situación de excedencia.
5. Grupo familiar primario más allá de los 3 meses de fallecido el afiliado.

Autónomos: No están incluidos en la Ley de Obras Sociales, sino en la ley 23.661.

Gobierno y administración de las obras sociales:

1. Las obras sociales sindicales son patrimonio de los trabajadores que las componen. Serán conducidas y administradas por autoridad colegiada que no supere el número de 5 integrantes, cuyos miembros serán elegidos por la asociación sindical con personería gremial signataria de los convenios colectivos de trabajo que corresponda.
2. Las obras sociales e institutos de administración mixta, se rigen de acuerdo con las leyes especiales que les dieron origen.
3. Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y de sus organismos autárquicos y descentralizados, se rigen por un cuerpo colegiado con representantes de la Subsecretaría de Estado de la Nación y los propios beneficiarios.
4. Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado serán conducidas y administradas por un directorio análogo al caso anterior.
5. Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios serán administradas por una autoridad colegiada de hasta 5 miembros en representación de los beneficiarios, designados conforme a lo establecido en sus respectivos estatutos.
6. Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas, serán administradas de conformidad con lo dispuesto en los respectivos acuerdos.
7. Las asociaciones de obras sociales serán conducidas y administradas por cuerpos colegiados que no superen el número de 7 miembros elegidos por las obras sociales integrantes de la asociación.
8. Las obras sociales que adhieran a la presente ley mantendrán su propio régimen de administración y gobierno.

Financiación de las obras sociales:

Está basada en el sistema contributivo y solidario, que consiste en una contribución a cargo del empleador equivalente a un porcentaje de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia (6%) y por un aporte de los propios trabajadores equivalente a un porcentaje de su remuneración (3%). Si el afiliado titular tuviese beneficiarios a su cargo (mujer, hijos, etc.), deberá efectuar un aporte extra de 1.5% por cada uno de ellos.

Los empleadores, dadores de trabajo o equivalentes en su carácter de agentes de retención deberán depositar la contribución a su cargo junto con los aportes que hubieran debido retener, dentro de los 15 días corridos, contados a partir de la fecha en que se deba abonar la remuneración.

Cabe aclarar que en el caso de jubilados y pensionados, así como de desempleados beneficiarios del seguro de desempleo, el agente de retención resultará ser el órgano encargado de abonar las prestaciones previsionales respectivas (ANSES).

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.

Las obras sociales que recauden centralizadamente deberán remitir mensualmente el 70% de lo recaudado en cada jurisdicción para atender las necesidades de salud de sus beneficiarios residentes en la misma jurisdicción. Asimismo, asegurarán en sus estatutos mecanismos de redistribución regional solidaria que asegure el acceso de sus beneficiarios a los servicios de salud sin discriminaciones de ningún tipo.

Las obras sociales destinarán a sus gastos administrativos, excluidos los originados en la prestación directa de servicio, hasta un 8% de sus recursos brutos (deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución).

Organismo de contralor:

La ley 23.660 creaba como organismo de contralor a la ***Dirección Nacional de Obras Sociales***, la cual funcionaba dentro del Ministerio de Salud y Acción Social.

En la actualidad el DINOS y sus atribuciones se encuentra fusionado junto con otros entes en la ***Superintendencia de Servicios de Salud***. Ésta funciona como un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional con autarquía administrativa, económica y financiera. Entre sus fines podemos encontrar:

- Es el ente de supervisión y fiscalización de los agentes del seguro de salud.
- Fiscaliza el cumplimiento del Plan Médico obligatorio y la calidad de atención médica.
- Supervisa el cumplimiento del ejercicio de la acción.

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 que concentra las actividades de recaudación y fiscalización en materia tributaria y de cotizaciones con destino a la S.S. Sin embargo, ésta ha delegado en las obras sociales la tarea de reclamar los aportes, contribuciones, recargos, intereses y actualizaciones que los empleadores adeuden respecto de sus trabajadores en relación de dependencia.

Para ello, la ley 23.660 remite a la vía del apremio, siendo suficiente el “**certificado de deuda**” (título ejecutivo), expedido por las obras sociales o los funcionarios en que aquéllas hubieran delegado esa facultad.

Antes de la emisión del certificado de deuda, la obra social está facultada para realizar inspecciones y labrar actas de infracción, a fin de determinar la deuda que pueda tener el respectivo empleador. Dichas actas gozan de la presunción ***juris tantum*** de veracidad de su contenido.

A fin de que tal acto sea eficaz, se debe brindar la posibilidad de discutir la deuda verificada al supuesto deudor, quien ofrecerá y producirá las pruebas que hicieran a su derecho.

Finalmente, la obra social debe dictar 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 dador de trabajo disconforme con el reclamo de la obra social, podrá apelar judicialmente ante la Cámara Federal de Apelaciones de la S.S.

Documentación:

Las obras sociales presentarán anualmente, en lo referente a su responsabilidad como agentes del seguro, la siguiente documentación ante la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL):

- a) Programa de prestaciones médico-asistenciales para sus beneficiarios.
- b) Presupuesto de gastos y recursos para su funcionamiento y la ejecución del programa.
- c) Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros del período anterior.
- d) Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de confeccionar un registro de los mismos.

Sistema Nacional de Seguro de Salud (Ley 23.661):

En 1988 se creó el Sistema Nacional del Seguro de Salud, bajo la égida y administración de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Éste tiene los alcances de un seguro social a 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. Tales prestaciones deben responder al mejor nivel de calidad disponible y garantizar a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

La autoridad pública se constituye en el conductor general del sistema y las sociedades intermedias consolidan su participación en la gestión directa de las acciones. Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema.

Quedan incluidos en el seguro (***beneficiarios***):

- a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.
- b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones.
- c) 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:

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

Fondo Solidario de Redistribución:

Bajo la administración de la **Superintendencia de Servicios de Salud**, funciona un **Fondo Solidario de Redistribución** que se integra con diversos recursos, a saber:

1. Un porcentaje de las sumas que perciban las obras sociales en concepto de contribuciones y aportes y el 50% de los recursos de distinta naturaleza que también puedan percibir las obras sociales.
2. Los reintegros de los préstamos que realice el fondo solidario.
3. Los montos reintegrados por apoyos financieros que se revoquen con más su actualización e intereses.
4. El producido de las multas que se apliquen en virtud de la ley 23.661.
5. Las sumas que se establezcan en el Presupuesto General de la Nación.
6. El 5% de los ingresos que por todo concepto, perciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

La finalidad de este fondo consiste en:

1. Brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas con destino a la incorporación de las personas sin coberturas y carentes de recursos.
2. Atender los gastos administrativos y de funcionamiento de la Superintendencia.
3. Distribuir de forma automática entre los agentes, con el fin de subsidiar a aquéllos que, por todo concepto, perciban menores ingresos promedio por beneficiario obligado, con el propósito de equiparar niveles de cobertura obligatoria.
4. Apoyar financieramente a los agentes del seguro, en calidad de préstamos, subvenciones y subsidios.
5. Financiar planes y programas de salud destinados a beneficiarios del seguro.

Los excedentes del fondo correspondiente a cada ejercicio serán distribuidos entre los agentes del seguro.

Programa Médico Obligatorio:

Consiste en el conjunto de prestaciones básicas que las obras sociales, las entidades de medicina prepaga y el PAMI deben cumplir.

El PMO es de cumplimiento obligatorio para todos los agentes del seguro de salud y obras sociales que adhieran, los cuales deben garantizar las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico.

Los agentes no pueden establecer períodos de carencia ni coseguros distintos a los establecidos en dicho programa.

El PMO comprende: atención primaria; programa de prevención y promoción; plan materno infantil, atención preventiva de cáncer, odontología preventiva, salud sexual y procreación responsable; atención secundaria; prestaciones (consultas, atención odontológica y atención psiquiátrica); medicamentos; internación; traslado en ambulancias; prótesis y ortesis; rehabilitación; hemodiálisis; trasplantes y prácticas de alto costo.

Por ley 24.455, todas las obras sociales y agentes del seguro de salud beneficiarios del fondo solidario de redistribución, deben cubrir los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de pacientes infectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o que dependan de uso de estupefacientes. También, deben encargarse de la cobertura para el programa de prevención de dichas enfermedades.

Desregulación del Sistema de Salud: El derecho del trabajador de elegir libremente una entidad distinta de la que por criterio inicial de asignación le correspondía, había sido objeto de regulación por la ley 22.269.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS:

Este instituto es un ente descentralizado de la Administración Nacional que posee autarquía. Fue creado por la ley 19.032 en 1971, a efectos de cubrir el vacío que se producía en la gran mayoría de beneficiarios del régimen nacional de previsión en la producción de servicios médicos asistenciales y otros complementarios de promoción y bienestar social. Asimismo, se tuvo en mira el sector pasivo que, debido a su edad y a los reducidos haberes que percibe, necesita de mayor protección y asistencia médica.

En el marco del Instituto, sus autoridades instrumentaron un Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

El Instituto tendrá por objeto principal la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los ***jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario***, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud.

Además, podrá prestar otros servicios destinados a la promoción y asistencia social de los afiliados, tales como: subsidios, préstamos, vivienda en comodato, asesoramiento y gestión previsional gratuitos, promoción cultural, proyección, recreación, turismo y todo otro servicio que el Directorio establezca.

Si bien la ley limita el ámbito de aplicación a los jubilados y pensionados del sistema nacional de previsión, también prevé:

- Que mediante convenios con los gobiernos provinciales y municipales, se incorpore a los jubilados y pensionados de las cajas o institutos locales.

- Que a propuesta del Directorio, el Poder Ejecutivo haga extensivo el presente régimen a las personas de 60 o más años de edad o imposibilitadas para trabajar, o que gocen de pensiones graciables, a la vejez o de leyes especiales.

En cuanto a la administración, el régimen se instituye a cargo de un directorio, integrado por representantes de los jubilados, de los cotizantes activos y del Estado, debiendo ser ellos jubilados del régimen nacional de previsión.

El financiamiento del sistema se sustenta en aportes de los propios beneficiarios, de trabajadores en relación de dependencia y autónomos, de contribuciones del Estado, del producido de los aranceles que cobre por los servicios que preste, entre otros, a fin de ampliar el cuadro de las prestaciones de S.S que se otorga a los pasivos.

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.

SALUD Y LA MEDICINA PREPAGA:

La cobertura de la contingencia enfermedad también puede estar a cargo, en forma exclusiva o concomitante, del propio interesado. Éste 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.

Cabe aclarar que le ley 24.754, establece que tales empresas de medicina prepaga deberán cubrir como mín. las mismas prestaciones dispuestas para las obras sociales.

La ley 26.682 dispone que se consideran **Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica**, cualquiera sea el tipo, cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

No pueden desempeñarse como titulares, fundadores, directores, administradores, miembros de los consejos de vigilancia, síndicos, liquidadores o gerentes de las **Empresas de Medicina Prepaga:**

1. Los afectados por las inhabilidades e incompatibilidades establecidas por el artículo 264 de la ley 19.550.
2. Los inhabilitados judicialmente para ejercer cargos públicos.
3. Quienes por sentencia firme hubieran sido declarados responsables de irregularidades en el gobierno o administración de las de las Empresas de Medicina Prepaga.

Autoridad de Aplicación: Es Autoridad de Aplicación el Ministerio de Salud de la Nación. En lo que respecta a la relación de consumo y a la defensa de la competencia serán autoridades de aplicación las establecidas en las leyes 24.240 y 25.156 y sus modificatorias, según corresponda.

De las prestaciones. Obligación:

Los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la ley 26.682 deben cubrir, como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio vigente y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Estos sujetos sólo pueden ofrecer planes de coberturas parciales en:

- a) Servicios odontológicos exclusivamente.
- b) Servicios de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas.
- c) Aquellos que desarrollen su actividad en una única y determinada localidad, con un padrón de usuarios inferior a 5.000.

Todos los planes de cobertura parcial deben adecuarse a lo establecido por la Autoridad de Aplicación.

En todos los planes de cobertura médicoasistencial y en los de cobertura parcial, la información a los usuarios debe explicitar fehacientemente las prestaciones que cubre y las que no están incluidas.

De los contratos. Modelos: Las empresas de medicina prepaga sólo pueden utilizar modelos de contratos previamente autorizados por la Autoridad de Aplicación.

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. En caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, las empresas de medicina prepaga deben comunicar en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de 10 días.

Carencias y Declaración Jurada: Los contratos entre las empresas de medicina prepaga y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio.

Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes.

Admisión Adversa: La edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión.

Personas Mayores de 65 Años: En el caso de las personas mayores de 65 años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.

A los usuarios mayores de 65 años que tengan una antigüedad mayor a 10 años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la ley 26.682, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

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

a) Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los 21 años no emancipados, los hijos solteros mayores de 21 años y hasta los 25 años inclusive que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados a cargo del afiliado titular mayores de 21 años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa.

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

Contratación Corporativa:

El usuario adherido por contratación grupal o corporativa que hubiese cesado su relación laboral o vínculo con la empresa que realizó el contrato con uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, tiene derecho a la continuidad con su antigüedad reconocida en alguno de los planes de uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley, si lo solicita en el plazo de 60 días desde el cese de su relación laboral o vínculo con la empresa o entidad corporativa en la que se desempeñaba.

El sujeto comprendido en el artículo 1º de la presente ley debe mantener la prestación del Plan hasta el vencimiento del plazo de 60 días.

Unidad 10

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO:

Cada vez que se inicie un reclamo ante la Administración Pública se aplicará la ley 19.549 de procedimiento administrativo.

En cuanto al **ámbito de aplicación** de la ley 19.549, ésta se aplicará ante la Administración Pública Nacional centralizada y descentralizada, incluso entes autárquicos.

Quedan excluidos:

- Los organismos militares, de defensa y seguridad, los cuales poseen sus propios reglamentos de procedimiento.
- Cuando el administrado busque repetir lo mal pagado o lo pagado en exceso.
- Daños y perjuicios extracontractuales (por un acto de la administración que no se deriva de un contrato).

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.

Es importante señalar que 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 (que se expida). El plazo de la administración para expedirse es de 60 días hábiles administrativos. Hoy en día, por la vigencia de la ley de emergencia, ese plazo se extendió a 90 días hábiles administrativos.

La administración tiene 3 alternativas:

1. Expedirse favorablemente.
2. Expedirse desfavorablemente.
3. Silencio.

En el primer caso, con la respuesta favorable al reclamo, se agota el procedimiento administrativo. En el segundo caso, con la negativa al reclamo, se agota la vía administrativa y queda expedita la vía judicial.

En el último supuesto, 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. Si las normas especiales no previeren un plazo determinado para el pronunciamiento, éste no podrá exceder de 60 días hábiles administrativos. Vencido el plazo que corresponda, el interesado requerirá **pronto despacho** y si transcurrieren otros 30 días hábiles administrativos sin producirse dicha resolución, se considerará que hay silencio de la Administración. Hoy en día, por la vigencia de la ley de emergencia, ese plazo se extendió a 45 días hábiles administrativos.

El silencio de la administración otorga 2 alternativas:

- Se agota el procedimiento administrativo y queda expedita la vía judicial (art. 10 de la 19.549). Así, por la vía judicial se le requiere 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 (art. 28 de la 19.549): 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 aducida. Contestado el requerimiento o vencido el plazo sin que se lo hubiere evacuado, se resolverá lo pertinente acerca de la mora, librando la orden si correspondiere para que la autoridad administrativa responsable despache las actuaciones en el plazo prudencial que se establezca según la naturaleza y complejidad del dictamen o trámites pendientes.

PROCESO JUDICIAL:

Requisitos de admisibilidad de la pretensión:

La regla general es que antes de iniciar la acción contencioso-administrativa, se debe **agotar la vía administrativa**. Empero, existen ciertos supuestos excepcionales en los que no es necesario agotar la vía administrativa, tales como:

1. Cuando el acto administrativo definitivo de alcance particular hubiera sido dictado por la autoridad jerárquica superior con competencia resolutoria final o por el órgano con competencia delegada.

2. Cuando se impugne directamente un acto administrativo de alcance general emanado de la autoridad jerárquica superior o del órgano con competencia delegada por aquella.
3. Cuando medie una clara conducta de la demandada que haga presumir la ineficacia cierta de acudir a una vía administrativa de impugnación o cuando, en atención a particulares circunstancias de caso, exigirla resultare para el interesado una carga excesiva o inútil.
4. Cuando el tipo de pretensión no necesita el agotamiento de la vía administrativa. Ello se da en los supuestos de:
 - La cesación de una vía de hecho administrativa.
 - La declaración de certeza sobre una determinada relación o situación jurídica regida por el derecho administrativo.
 - Se libre orden judicial de pronto despacho.
 - El silencio administrativo.

En aquellos casos en los que se hubiera agotado a vía administrativa, el interesado tiene 90 días judiciales para presentar la demanda en sede judicial.

Competencia:

En el derecho de la S.S existen 2 jurisdicciones competentes optativas:

- Los juzgados Federales de primera instancia de Cap. Fedral. 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.

Presentación de demanda. Contestación de demanda. Excepciones:

Se deduce la demanda cumpliendo los requisitos del art. 330 del C.P.C.C.N. Luego, se corre traslado a la administración para que conteste y oponga excepciones.

Dentro de los primeros 15 días del plazo para contestar la demanda, la demandada podrá oponer, en un solo escrito, las **excepciones de previo y especial pronunciamiento**.

La oposición de excepciones suspende el plazo para contestar la demanda en relación a todos los emplazados en la causa, aún respecto de aquellos que no las hubieren opuesto.

Con el escrito respectivo se acompañará toda la prueba documental y se ofrecerá la restante.

Del escrito de oposición de excepciones se correrá traslado a la parte contraria, quien deberá contestarlo dentro de los 5 días de notificado, personalmente o por cédula, plazo en el cual deberá agregar la prueba documental y ofrecer la restante.

Contestado el traslado o vencido el término para hacerlo, y no habiéndose ofrecido prueba, o siendo ésta desestimada por el juez llamará autos para resolver, debiendo pronunciarse en un plazo de 15 días.

Si se ofreciere prueba y el Juez la considerase procedente, se abrirá un período para su producción no mayor de 10 días.

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

1. Incompetencia del juez.
2. Falta de personería en el demandante, en el demandado o en sus representantes.
3. Litispendencia.
4. Defecto legal en el modo de proponer la demanda, por no cumplir con los requisitos enumerados en el artículo 27 de la ley 13.133.
5. Cosa Juzgada.
6. Transacción, conciliación y desistimiento del derecho.
7. Falta de legitimación para obrar en el demandante o en el demandado cuando fuere manifiesta.
8. Prescripción.

Inadmisibilidad de la pretensión, por no cumplir con los requisitos previstos en los artículos 14°, 15°, 16°, 18° y 19° de la ley 13.133.

Plazo de producción de las pruebas:

El plazo de prueba será fijado por el Juez y no excederá de 40 días. Dicho plazo es común y comenzará a correr a partir del día siguiente al de la fecha de celebración de la audiencia prevista en el **art. 41 de la ley 13.133**.

Vencido el plazo para la producción de las pruebas, el Secretario lo hará constar por nota puesta en los autos al pie de la última diligencia practicada. Después de ello, de la prueba pedida por las partes y no realizada, sólo podrá producirse aquella que el Juez considerase conducente o necesaria para mejor proveer.

Alegatos:

Una vez producidas todas las pruebas, se pondrán los autos en la Secretaría por el término de 10 días comunes, dentro de los cuales las partes podrán presentar el **alegato** sobre el mérito de la prueba producida.

Presentados los alegatos o vencido el plazo para alegar, el Juez llamará autos para sentencia.

De la sentencia:

La sentencia en el proceso ordinario se dictará dentro del plazo de 60 días desde que la providencia de autos quede firme.

La sentencia que haga lugar a la pretensión podrá decidir:

1. El restablecimiento o reconocimiento del derecho o interés jurídicamente tutelado.
2. La anulación total o parcial del acto administrativo de alcance general o particular impugnado.
3. La cesación de la vía de hecho administrativa controvertida.
4. La declaración de inconstitucionalidad de las normas o actos impugnados en el proceso.
5. La declaración de certeza sobre la relación o situación jurídica regida por el derecho administrativo, motivo de controversia.
6. El resarcimiento de los daños y perjuicios reclamados.

Costas:

El pago de las costas estará a cargo de la **parte vencida** en el proceso. Sin embargo, el juez podrá eximir total o parcialmente del pago de las costas al vencido, siempre que encontrare mérito para ello, expresándolo en su pronunciamiento, bajo pena de nulidad.

Cuando la parte vencida en el proceso fuere un agente público o quien hubiera reclamado un derecho previsional en causas en materia de empleo público o previsional, las costas le serán impuestas sólo si hubiere litigado con notoria temeridad.

PROCEDIMIENTOS URGENTES:

1) Acción de amparo

El **amparo** es una **acción judicial breve y sumaria**, destinada a tutelar el pleno goce de los derechos y garantías reconocidos por la CN, los tratados internacionales o las leyes, con excepción del derecho a la libertad física (protegido por la acción de **habeas corpus**) y del derecho de toda persona a tomar conocimiento de los datos referidos a ella (resguardado por el **habeas data**).

Se inicia con la demanda, acompañando la prueba. Está regulada en el art. 43 de la CN, en la ley 16.986 (a nivel Nacional) y en la ley 13.928 (a nivel provincial).

Conforme al art. 43 de la CN toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva.

En cuanto a su **naturaleza jurídica**, consiste en una garantía constitucional de tipo procesal, necesaria frente a la violación de un derecho.

Se trata de una acción expedita y rápida, por lo que no sólo no encuentra obstáculos formales para su interposición, sino que además, ha de propugnarse la celeridad en su trámite y resolución. Tal característica es fundamental, dado que se aplica a casos que exigen rapidez y eficacia.

Condiciones de procedencia:

Entonces, las condiciones de procedencia de la acción de amparo son:

- 1) Acto u omisión que provenga de un ente público o de particulares.
- 2) Peligro en la demora: Existe una urgencia en la tutela del derecho. Es viable ante la actualidad o inminencia de la afectación de un derecho, por lo que la acción de amparo procederá ante un acto u omisión ya realizado o frente a la posibilidad de su realización.

3) Vulneración de un derecho: La acción de amparo es una garantía que protege todos los derechos consagrados por la CN, los tratados internacionales y las leyes, excepto el derecho a la libertad física (protegido por la acción de **habeas corpus**) y del derecho de toda persona a tomar conocimiento de los datos referidos a ella (resguardado por el **habeas data**).

El acto u omisión desencadenante debe constituir una:

- Lesión: La provocación de un daño o perjuicio al derecho en cuestión.
- Restricción: Es la reducción o cercenamiento al goce de un derecho.
- Alteración: Situación que implica una modificación en la naturaleza del derecho.
- Amenaza: La posibilidad de un daño futuro o inminente al derecho.

4) La acción u omisión atacante debe presentarse con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta:

Es el requisito sustancial de la acción de amparo.

En cuanto a la ilegalidad, debe existir una norma que disponga que ese acto u omisión son contrarios a la ley.

El acto u omisión serán arbitrarios cuando resulten opuestos a lo razonable, no tengan una consecuencia lógica y resulte inequitativa.

Tales características deben ser manifiestas, patentes. Por ello, basta con que expliquemos la situación.

5) Ha de proceder siempre que no exista otro medio judicial más idóneo: Es excepcional y para situaciones extremas en donde no puedan aplicarse otras vías o puedan, pero no sean tan efectivas como el amparo para cumplir con el objetivo deseado.

El art. 43 de la CN nos indica 2 casos:

- No va a ceder, aunque exista medio administrativo. Es decir, no hace falta agotar la vía administrativa.
- Quien elige es el actor, correspondiéndole explicar por qué promovió la acción de amparo y no otro proceso urgente.

La acción de amparo no será admisible cuando:

1. Existan recursos o remedios judiciales o administrativos que permitan obtener la protección del derecho o garantía constitucional de que se trate.
2. El acto impugnado emanara de un órgano del Poder Judicial.
3. La intervención judicial comprometiera directa o indirectamente la regularidad, continuidad y eficacia de la prestación de un servicio público, o el desenvolvimiento de actividades esenciales del Estado.
4. La determinación de la eventual invalidez del acto requiriese una mayor amplitud de debate o de prueba o la declaración de inconstitucionalidad de leyes, decretos u ordenanzas.
5. La demanda no hubiese sido presentada dentro de los 15 días hábiles a partir de la fecha en que el acto fue ejecutado o debió producirse.

Si la acción fuese manifiestamente inadmisibile, el juez la rechazará sin sustanciación, ordenando el archivo de las actuaciones.

Legitimación activa:

La acción de amparo podrá ser deducida por toda persona física o jurídica, por sí o por apoderados. También, podrán deducirla las asociaciones que, sin revestir el carácter de personas jurídicas justificaren, mediante la exhibición de sus estatutos, que no contrarían una finalidad de bien público.

Competencia:

Será competente para conocer de la acción de amparo el juez de Primera Instancia con jurisdicción en el lugar en que el acto se exteriorice o tuviere o pudiere tener efecto.

Se observarán, las normas sobre competencia por razón de la materia, salvo que aquéllas engendraran dudas razonables al respecto, en cuyo caso el juez requerido deberá conocer de la acción.

Cuando un mismo acto u omisión afectare el derecho de varias personas, entenderá en todas esas acciones el juzgado que hubiese prevenido, disponiéndose la acumulación de autos, en su caso.

Cuando la acción fuera admisible, el juez requerirá la autoridad que corresponda un informe circunstanciado acerca de los antecedentes y fundamento de la medida impugnada, el que deberá ser evacuado dentro del plazo prudencial que fije. La omisión del pedido de informe es causa de nulidad del proceso.

El requerido deberá cumplir la carga de ofrecer prueba en oportunidad de contestar el informe, en la forma establecida para el actor.

Producido el informe o vencido el plazo otorgado sin su presentación, no habiendo prueba del accionante a tramitar, se dictará sentencia fundada dentro de las 48 horas, concediendo o denegando el amparo.

2) Tutela autosatisfactiva:

La **tutela autosatisfactiva** es aquella que atiende situaciones en las que es necesario otorgar una respuesta inmediata.

Consiste en un **requerimiento urgente** formulado al órgano jurisdiccional por los justiciables que se agota con su despacho favorable (de ahí que sea autosatisfactiva).

Entonces, no resulta necesaria la iniciación de una ulterior acción principal para evitar su caducidad o decaimiento. La tutela autosatisfactiva implica un proceso autónomo, no cautelar, que se encuentra circunscripto a una petición y que se agotan en su despacho favorable.

Resulta tan claro que el actor tiene derecho a lo que peticona que el demandado no tiene defensa posible y someter al primero a proceso sería una denegatoria de justicia. El derecho que asiste al actor resulta tan evidente que no se puede rechazar su pedido.

De allí, que el primer despacho que efectúa el juez es la sentencia, aunque la misma es susceptible de ser impugnada por el recurso de apelación.

Es una creación doctrinaria, de modo que no cuenta con una legislación que la reglamente. Empero, tiene recepción jurisprudencial.

3) Medidas cautelares:

Las **medidas cautelares** son los **mecanismos** adoptados antes o durante un proceso, destinados a paliar o suprimir los riesgos que conlleva la duración del mismo y que pueden frustrar la realización del derecho reclamado que acoja la sentencia que haya de recaer.

Tienen **naturaleza conservatoria**, de modo que no resuelven el conflicto, sino que preservan el derecho o la situación de hecho de la que se trate hasta que el juez se expida.

Por consiguiente, el proceso cautelar carece de autonomía, pues su finalidad consiste en asegurar el resultado práctico de la sentencia que debe recaer en otro procedimiento principal.

Son 3 los presupuestos de las medidas cautelares:

1. **La verosimilitud del derecho invocado como fundamento de la pretensión principal:** El otorgamiento de una medida cautelar no requiere la prueba determinante y plena del derecho invocado, porque si así fuese podría ocurrir que, en el ínterin, se consumasen los hechos que precisamente tiende a impedir.

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

2. **Peligro en la demora:** Es el temor fundado de que ese derecho se frustre o sufra menoscabo durante la sustanciación del proceso tendiente a tutelarlos. Es decir, la posibilidad de que, en el caso de no adoptarse, sobrevenga un perjuicio o daño inminente que transformará en tardío el eventual reconocimiento del derecho invocado como fundamento de la pretensión.

3. **La prestación de una contracautela por parte del sujeto activo:** Se trata de una caución o garantía que asegure a la otra parte el resarcimiento de los daños que la medida cautelar pudiera ocasionarle en la hipótesis de haber sido pedida indebidamente.

La doctrina resalta como aspectos característicos de las medidas cautelares los siguientes:

1) Se ordenan sin oír a la parte contraria (inaudita parte):

El juez toma su decisión en base a los hechos que afirma el solicitante y a las pruebas que aporta con su petición para acreditarlos.

Por tal razón y con la finalidad de mantener la igualdad de las partes en el proceso, se exige que el peticionante ofrezca una contracautela para garantizar el pago de los daños y perjuicios que pudiese causar a su contraria, por haber obtenido la medida abusando o excediendo el derecho que le otorga la ley.

2) Son provisionales: La medida obtenida puede ser modificada o dejada sin efecto en cualquier momento del proceso si cambian las circunstancias que se tuvieron en cuenta al decretarla.

3) Son accesorias: Porque no tienen un fin en sí mismas, sino que son procesos sirvientes del proceso principal.

Se han desarrollado las llamadas **medidas anticautelares**, las cuales tienden a evitar el exceso o el abuso de una medida cautelar.