

EL SISTEMA DE RIESGO DEL TRABAJO NUEVAMENTE JAQUEADO POR LA LITIGIOSIDAD

POR OSVALDO GIORDANO Y JORGE COLINA



1. Un poco de historia

Desde el advenimiento de la revolución industrial y la institucionalización del trabajo asalariado emerge el concepto de *riesgo profesional* como inherente a la tarea laboral, independientemente de la culpa del trabajador y del empleador. Es el riesgo que produce la máquina o la interrelación del hombre con la máquina. Por esta razón, ya en el siglo XIX en Europa se implementan sistemas de seguro social con foco en la reparación del daño ocurrido por el *riesgo profesional*.

El más emblemático, sin dudas, es el seguro social colectivo para los infortunios laborales y no laborales instaurado por Bismark en Alemania en 1880. Este fue seguido por Inglaterra que, en 1897, teniendo un sistema legal diferente al germano, establece la *Workmen Compensation Act* que es un sistema de indemnizaciones de naturaleza individual aplicado al empleador independientemente de su culpa. A partir de 1900 estos modelos de reparación del daño por el *riesgo profesional* se extienden a Francia, Dinamarca, Bélgica, Rusia y España.

Argentina fue pionera en la región estableciendo un sistema de corte europeo de reparación de daños de los riesgos profesionales con independencia de la culpa. En 1915 se sanciona la Ley 9.688 de protección del trabajador por los riesgos profesionales. De hecho, esta ley fue la primera norma especial de protección laboral y de la seguridad social de carácter universal que se aplicó en la Argentina¹. Al igual que sus símiles europeos, el sistema impuesto por la Ley 9.688 tenía un carácter transaccional: la reparación del daño profesional al

¹ En ese entonces también se empezaron a formar cajas previsionales, pero eran limitadas y de iniciativa propia de ciertos colectivos de trabajadores. No era leyes nacionales de aplicación a todos los trabajadores.

trabajador es automática, independientemente de si hubo culpa o no del empleador, pagada por el empleador, con prestaciones tarifadas y limitadas de forma tal de dar ágil y razonable reparación al trabajador con previsibilidad en los costos laborales.

Así es como esta ley define, por primera vez, taxativamente el accidente laboral², manda a hacer un listado de enfermedades profesionales³ y tarifa los montos indemnizatorios en función del salario. Otra particularidad de la Ley 9.688 es que establecía, con carácter optativo, la posibilidad del empleador de contratar un seguro de cobertura para estas indemnizaciones.

En la historia de aplicación de la Ley 9.688 se destacan dos fenómenos muy importantes. Por un lado, los cuestionamientos y tensiones emanados por interpretaciones de la Justicia. Por el otro, la creciente ampliación de las contingencias cubiertas y los montos resarcitorios. En muchos casos lo segundo fue un derivado de lo primero.

Un punto de quiebre importante se da en 1940 cuando se pasa de la teoría del "riesgo profesional" a la de "riesgo de autoridad del empleador". Esto se produjo con el cambio de la frase "con motivo y en el ejercicio de la ocupación" por "el hecho o en ocasión del trabajo". Subyace en esta cambio legislativo que el fundamento de la obligación del empleador de indemnizar deviene de la autoridad ejercida sobre el trabajador. Un derivado muy importante de este cambio de concepción dio lugar a la aplicación del concepto de concausalidad.

La concausalidad es la obligación de indemnizar enfermedades que no guardan relación directa con el trabajo, pero donde se estima que el trabajo actuó como coadyuvante o acelerante de un proceso incapacitante. Estos incidentes tomaron el nombre de "enfermedad-accidente". No son una enfermedad en el sentido estricto porque no la causa un factor de riesgo inherente al trabajo, pero se produce por una propensión del trabajador agravada o acelerada accidentalmente por el trabajo. Con este concepto, la Justicia abrió el listado de enfermedades ampliando el abanico de dolencias objeto de indemnización.

En la misma tendencia a ampliar la cobertura, en 1960 se incorpora también dentro de la obligación de indemnizar a los accidentes "in itinere". Es decir,

² En su Artículo 1º establece que son "accidentes ocurridos durante el tiempo de la prestación de servicios, ya con motivo y en ejercicio de la ocupación en que se le emplea o por caso fortuito o fuerza mayor inherente al trabajo".

³ En su Capítulo IV de "Enfermedades Profesionales" decía: "Las enfermedades profesionales deberán ser taxativamente enumeradas por el poder ejecutivo en decretos reglamentarios, previo informe de las oficinas técnicas".

siniestros producidos en el trayecto del domicilio del trabajador a la sede del empleador y viceversa.

Lo cierto es que el devenir histórico llevó a que un mecanismo que tuvo origen en un sentido de justicia y previsibilidad se fue convirtiendo en herramientas para el abuso y, consecuentemente, en un factor distorsionante de las relaciones laborales. La reparación de los accidentes de trabajo pasó a ser la cuestión más controvertida del derecho laboral argentino generando una masificación de juicios laborales. Alimentó la furtiva litigiosidad el régimen regulatorio de aranceles profesionales, tanto de abogados como de peritos, que ataban las retribuciones a los montos de las demandas elevando de manera ficticia los costos del procedimiento laboral y la incertidumbre respecto a la contingencia indemnizatoria.

El sistema colapsa en 1992 cuando en el marco del saneamiento fiscal y reformas estructurales se decide liquidar el Instituto Nacional de Reaseguros (INDER). Bajo estas condiciones, las compañías de seguro dejan de brindar cobertura. La razón es que los riesgos laborales con los cambios normativos y jurisprudenciales habían dejado de ser asegurables. La cobertura solo era posible mientras a la litigiosidad la financiada el Estado a través de los quebrantos del INDER. Pero cuando se cerró esta vías espuria de financiación, las compañías de seguros comerciales que se dedicaban el ramo de riesgo del trabajo dejaron de asegurar riesgos no tarifados, ramas de actividad enteras y hasta incluso a determinadas empresas⁴.

En el PAL N° 48 del IERAL de abril de 1990⁵ se señalaba que *“Sólo el subsidio financiado por el conjunto de la sociedad –representado por las pérdidas del INDER– permitió la perdurabilidad del sistema. Consecuentemente, si la decisión política de saneamiento fiscal se mantiene en el tiempo –cuestión sumamente deseable desde el punto de vista macroeconómico– necesariamente hay que asumir que se ha llegado a un punto sin retorno. (...) La situación de inasegurabilidad en el caso de las enfermedades y accidentes del trabajo es explicada por una serie de factores. Sin embargo, es interesante destacar que la intención de mejorar la protección al trabajador, al haber sido canalizada a través de instrumentos inadecuados, junto al activo accionar de*

⁴ Solo a modo de ejemplo se puede nombrar a Algodonera Flandria S.A., Florcade S.A., Macusa Manufacturas del Cuero S.A., Martín Munster S.A., Ardeol SAIC, Sagazola SAICIF, Molino Juan Semino S.A., Perkins Argentina S.A., Alpessa S.A., Frigorífico Hughes S.A. Frigorífico Villa Diego S.A., Carmelo Di Venezia S.A., Sadesa S.A., Molinos Maciel, Cabanellas y Cía, Metalúrgicos Universal S.A.C.I., Unión Carbide de Argentina S.A.I.C.I., Metalúrgica Tandil S.A., entre muchas otras. Fuente: “Litigiosidad en los Riesgos del Trabajo”. UART. Febrero 2004.

⁵ “Enfermedades y Accidentes de Trabajo: necesidad de reformular la legislación”. Programa de Asistencia al Poder Legislativo (PAL) N° 48, abril 1990.

intereses espurios, derivó en una situación indeseable tanto para el empleador como para el trabajador.”

El diagnóstico de la época era contundente de que se necesitaba un replanteo profundo de las reglas de juego del sistema de riesgos del trabajo. Era imprescindible crear un sistema que brinde protección al trabajador y costos predecibles para el empleador. Para ello es necesario hacer asegurables y, por lo tanto, prevenibles, los riesgos de accidentes y enfermedades profesionales. Este diagnóstico es el que da sustento al diseño y sanción de la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557.

2. La Ley sobre Riesgos del Trabajo

Ante el colapso del viejo sistema –que eclosionó con la liquidación del INDER– se hizo imperativo reconstruirlo. El contexto hizo relevante considerar las alternativas con que otros países abordaban la problemática. En el siguiente PAL, el N°49 de setiembre de 1990⁶, se analizaron las dos formas convencionales de abordaje. Una es la del seguro social por la cual un ente estatal se hace cargo de la reparación de los daños socializando los costos por riesgos del trabajo. La alternativa es la de los seguros individuales o autoseguro en donde las empresas internalizan los costos de riesgos del trabajo.

En aquel entonces se concluía que en ambos modelos se podía instrumentar la reparación integral y oportuna de los daños al trabajador. Sin embargo, en el caso de los seguros sociales que socializan los costos, los incentivos a la prevención se diluyen y operan subsidios cruzados entre empresas con menor siniestralidad hacia las de mayor siniestralidad. En contraposición, el caso del seguro individual o autoseguro permite incorporar incentivos a la prevención y evitar los subsidios cruzados entre empresas al variabilizar el costo de la prima del seguro o del gasto por trabajador de la empresa autoasegurada.

En cualquiera de los dos sistemas un ingrediente esencial para la sustentabilidad es hacer asegurable el riesgo mediante una definición precisa de las contingencias laborales cubiertas, del método de cuantificación del daño y su valoración monetaria. Así es como esto dio pie a la creación de la actual Ley sobre Riesgos del Trabajo, sancionada en 1995 con el N° 24.557. El objetivo fue recomponer el sistema bajo un esquema organizativo más moderno. Para ello, fue necesario instrumentar una reforma fundacional.

⁶ “Enfermedades y Accidentes de Trabajo: lineamientos para una reforma de la actual legislación”. Programa de Asistencia al Poder Legislativo (PAL) N° 49, Setiembre 1990.

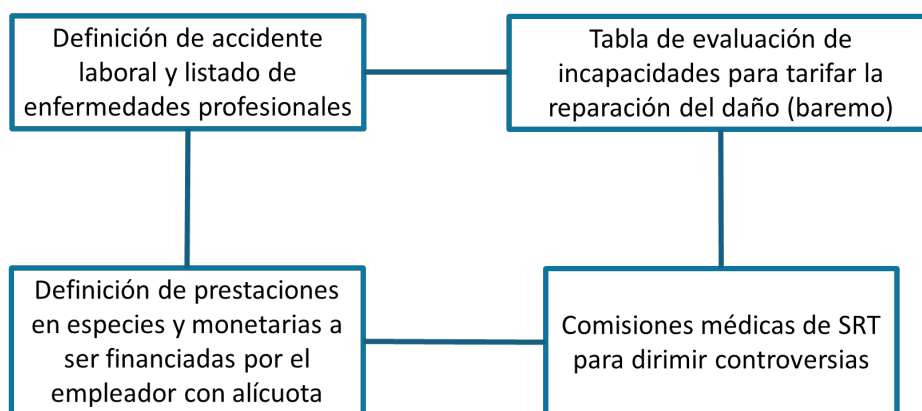
El nuevo sistema reconstruye el espíritu original de la primera Ley 9.688 basada en la reparación del daño profesional al trabajador de manera automática, independientemente de si hubo culpa o no del empleador, pagada por el empleador, con prestaciones tarifadas y limitadas de forma tal de dar previsibilidad a los costos laborales. A diferencia de la vieja ley, con la LRT se crea un seguro social de gestión privada bajo la modalidad de seguro individual o autoseguro. Subyace el objetivo de incorporar incentivos a la prevención y tender a evitar subsidios entre empresas.

El sistema tiene una rectoría específica, a cargo de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), y los pilares de su organización son:

- a. La definición precisa de accidente laboral y el listado de enfermedades profesionales.
- b. La tabla de evaluación de incapacidades para tarifar la reparación del daño (baremo).
- c. La definición de prestaciones en especies y monetarias tarifadas a ser financiadas por el empleador a través de la alícuota del seguro de riesgos del trabajo.
- d. Comisiones médicas, dependientes de la SRT, para dirimir controversias.

Estos cuatro pilares actúan de manera sincronizada como se presenta en la Esquema 1. Con estas reglas, el sistema es regulado por el Estado como un componente de la seguridad social y gestionado descentralizadamente por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) o bien por la decisión de las empresas de autoasegurarse.

Esquema 1. Pilares del Sistema de Riesgos del Trabajo (Ley 24.557)

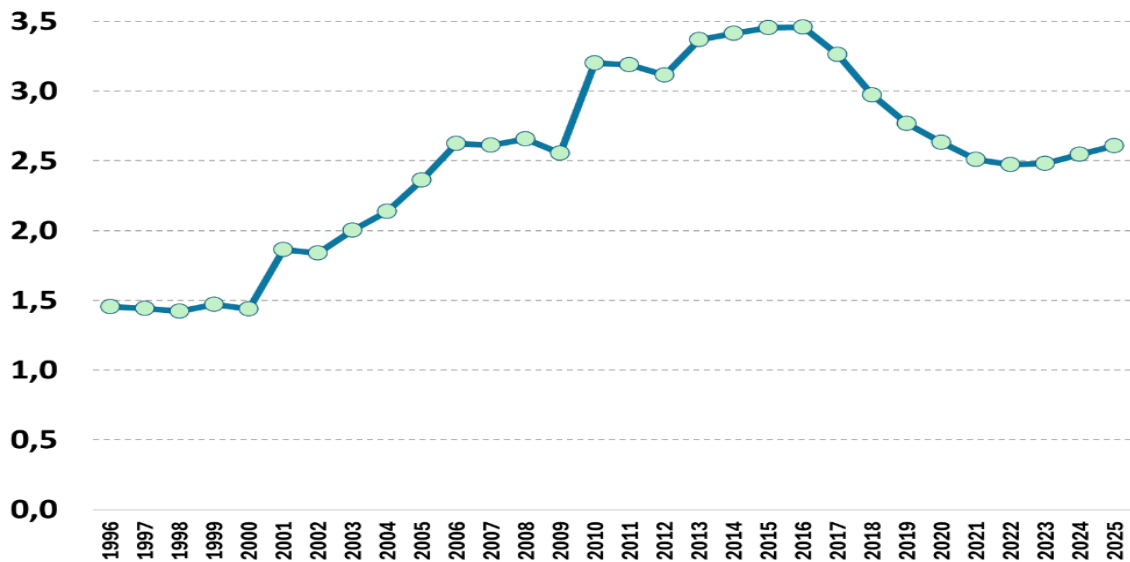


3. Los resultados de la Ley sobre Riesgos del Trabajo

Los mecanismos de cobertura de los riesgos profesionales persiguen diferentes metas que no siempre son fáciles de compatibilizar. En la experiencia acumulada con la aplicación de la LRT, luego de casi 3 décadas de operación y afrontar muchas vicisitudes, las evidencias muestran que, en general, se vienen cumpliendo con los principales objetivos buscados.

Desde el punto de vista de los empleadores el impacto más importante es que dio previsibilidad a los costos por la cobertura de riesgos del trabajo. El precio del seguro estuvo condicionado por diferentes avatares que se fueron dando a lo largo del tiempo (ver Gráfico 1). La alícuota promedio creció desde 1,5% del salario bajo los que opero el sistema en sus primeros años de vida, hasta 3,5% en el 2016. Luego bajó al 2,5% y en la actualidad muestra nuevamente una tendencia ascendente. Más allá de los vaivenes, en general, es un costo comparable al de otros países. Pero el logro más importante es la previsibilidad que permite a los empleadores saber con antelación este componente del costo laboral.

Gráfico 1. Alícuota promedio del seguro por riesgos del trabajo
(en % del salario)



Fuente: IERAL en base a SRT

A los trabajadores también les brindó previsibilidad por la automaticidad de las prestaciones en especie y monetarias. Las prestaciones en especie que reciben son: a) atención médica; b) farmacéutica; c) rehabilitación; e) traslados; y f) recalificación. Para tener idea de órdenes magnitud de la cantidad de estas prestaciones recibidas por los trabajadores se presenta el Cuadro 1.

Cuadro 1. Beneficios en especie

PRESTACIÓN	Cantidad anual
Consultas médicas	2,5 millones
Estudios de imágenes	1,0 millones
Cirugías y estudios de alta complejidad	0,75 millones
Atenciones farmacéuticas	1,2 millones
Sesiones de rehabilitación	6,0 millones
Traslados	3,0 millones
Trabajadores rehabilitados	300 mil
Trabajadores recalificados	5 mil

Fuente: IERAL en base a UART

Las prestaciones monetarias consisten en los salarios caídos durante la etapa de tratamiento médico y rehabilitación y, en caso de una incapacidad permanente, en el pago de una indemnización. A lo largo de las casi 3 décadas de vigencia del sistema se fueron introduciendo aumentos en las indemnizaciones. El Cuadro 2 resume de manera esquemática el menú de prestaciones monetarias que fija actualmente la normativa.

Cuadro 2. Beneficios monetarios

Evento	Formula	Pago adicional	Por otros conceptos
Incapacidad transitoria	100% del salario		
Incapacidad permanente menor a 50%	53 x salario x PI x 65 / edad		20% más cuando es en el lugar de trabajo
Incapacidad permanente entre 50% y 66%		\$25 millones	20% más cuando es en el lugar de trabajo
Incapacidad total		\$30 millones	20% más cuando es en el lugar de trabajo
Muerte		\$ 37 millones	20% más cuando es en el lugar de trabajo

Fuente: IERAL en base a Ley 24.557

El aumento en los montos de las indemnizaciones fue persistente a lo largo del tiempo llegando a niveles relativamente elevados en algunos tramos de incapacidad. Tomando el salario promedio por el que aportan las empresas al sistema (actualmente en el orden de los \$1,5 millones), una incapacidad permanente menor a 50% tiene como piso de beneficio 37 salarios por el porcentaje de incapacidad, que llega a 44 salarios al adicionar el 20% que se paga cuando no es un accidente in itinere .

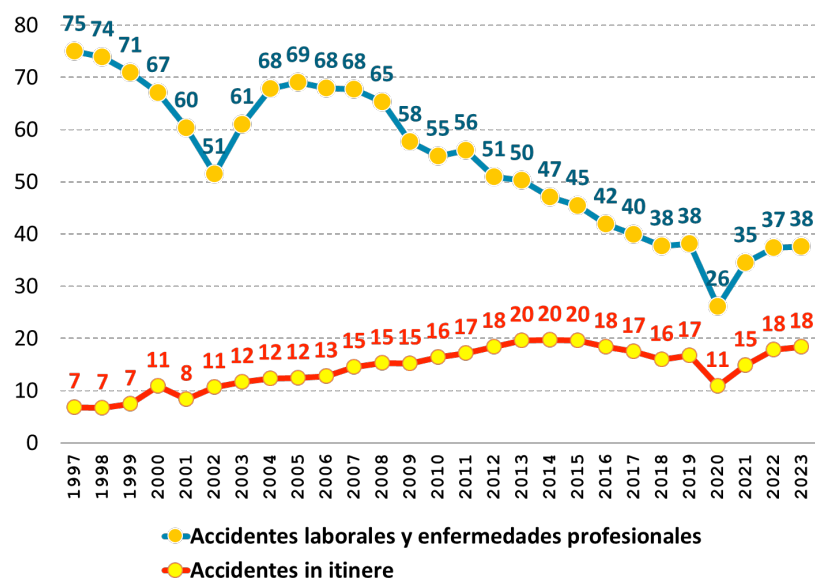
Las indemnizaciones son, en general, mucho más amplias de las que se contemplan en otros países. Por ejemplo, en España en el período de la transitoriedad se abona el 75% del salario y en el caso de que el siniestro tenga secuelas incapacitantes el sistema indemniza a partir de 33% de incapacidad. En Chile en la transitoriedad se paga 100% del salario y en caso de secuelas incapacitantes se indemniza a partir de 15% de incapacidad. En Argentina se paga el 100% del salario y en caso de incapacidad se indemniza desde 0,1% de incapacidad.

Pero, sin dudas, los logros más importantes alcanzados con la implementación de la Ley sobre Riesgos del Trabajo se vienen dando en materia de prevención de los riesgos laborales. Esto se refleja en una inicialmente rápida y luego continua disminución de la siniestralidad laboral. Es decir, se viene logrando la baja en la cantidad y gravedad de los accidentes y enfermedades profesionales.

Es importante hacer una distinción entre accidentes laboral y enfermedades profesionales que ocurren en el lugar de trabajo, de los accidentes in itinere que ocurren en el trayecto del domicilio del empleado al trabajo o viceversa. La distinción no es trivial porque en el primer caso la siniestralidad depende de los incentivos que tengan las empresas para que los ámbitos de trabajo sean más seguros. Mientras que en los accidentes in itinere, que son en la vía pública, dependen de las condiciones de seguridad urbana de cada localidad, es decir, dependen de decisiones que escapan al sistema de riesgos del trabajo.

El Gráfico 2 muestra de manera resumida las principales tendencias en materia de siniestralidad desde la creación del sistema. Por un lado, se observa una clara y sostenida tendencia a la reducción en la cantidad de accidentes y enfermedades profesionales que se producen dentro del ámbito de las empresas. Hacia mediados de la década de los '90 se registraban 75 accidentes y enfermedades laborales por cada 1.000 trabajadores, mientras que gracias a una sistemática reducción en la actualidad se registran la mitad de esos siniestros. En sentido contrario, los siniestros producidos fuera del ámbito de la empresa, pero también cubiertos por el sistema, los accidentes in itinere, muestran una tendencia ascendente. Comenzaron siendo 7 por cada mil trabajadores y actualmente son 18 por cada mil trabajadores.

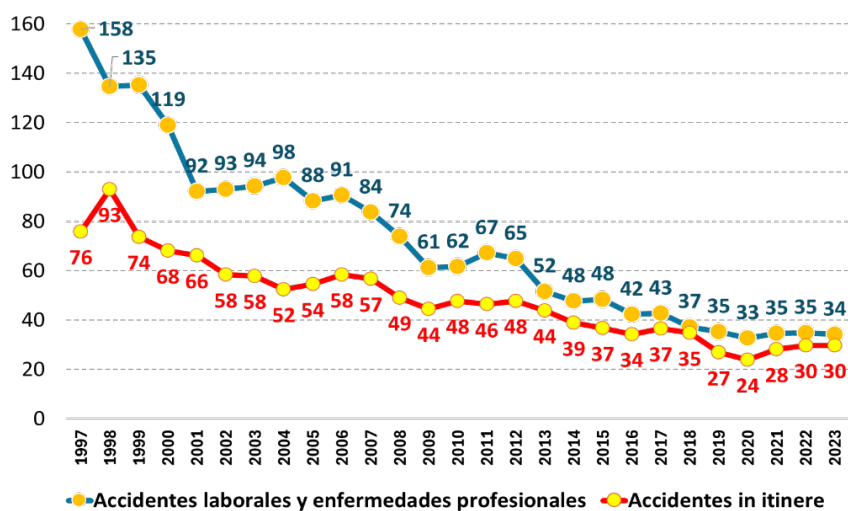
Gráfico 2. Siniestros laborales
(por cada mil trabajadores)



Fuente: IERAL en base a SRT

Evidencias más contundentes en relación a los progresos en materia de prevención se registra en los siniestros más graves. El caso más extremo son las muertes en lugares de trabajo. Cuando el sistema nació en 1997 se producían 158 muertes por millón de trabajadores. En la actualidad la tasa se redujo a 34 muertes por millón de trabajadores. La reducción de la mortalidad en los ámbitos laborales a un quinto del nivel que había a mediados de los '90 equivale a haber evitado 18.700 muertes en los lugares de trabajo en los 26 años de vigencia de la Ley sobre Riesgos del Trabajo o 720 muertes evitadas por año. Las muertes por accidentes in itinere también se redujeron, aunque en una magnitud mucho menor ya que lo hicieron desde 76 a 30 muertes por millón de trabajadores.

Gráfico 3. Muertes
(por cada millón trabajadores)



Fuente: IERAL en base a SRT

4. La litigiosidad

Si bien la sanción de la LRT buscó una multiplicidad de objetivos, la motivación principal fue remediar el daño que la masificación de la litigiosidad con la vieja Ley 9.688 hizo al aparato productivo. Varios factores explican al agotamiento del viejo sistema, pero la crisis terminal vino cuando las compañías de seguro dejaron de dar cobertura y los juicios jaquearon a las empresas.

El hecho de que muy tempranamente se presentaran cuestionamientos judiciales es el punto más débil de la reforma. Hay que tener en cuenta que los motivos de los cuestionamientos judiciales fueron variando a lo largo del tiempo desde 1995 hasta la actualidad.

Un primer foco de controversias y objeciones se dio en el pago de la indemnización en forma de renta en las incapacidades entre 50% y 66% y la consideración de insuficiencia en los montos de las incapacidades totales y las muertes. Frente a la masificación de los litigios la reacción fue adecuar el esquema de prestaciones monetarias en línea con los planteos judiciales. Esto llevó, por ejemplo, al establecimiento del pago único adicional (ver Cuadro 2). Naturalmente que esto impactó en los costos para las empresas aseguradas. La alícuota promedio, que era de 1,5% en los primeros años del sistema, pasó a casi 2% del salario entre el 2000 y el 2001 (ver Gráfico 1).

Posteriormente, otro foco de litigiosidad comenzó a expandirse en torno a cuestiones vinculadas a las formalidades legales. Por un lado, la Ley de Riesgos del Trabajo (LRT) establecía la imposibilidad de reclamar la reparación de los

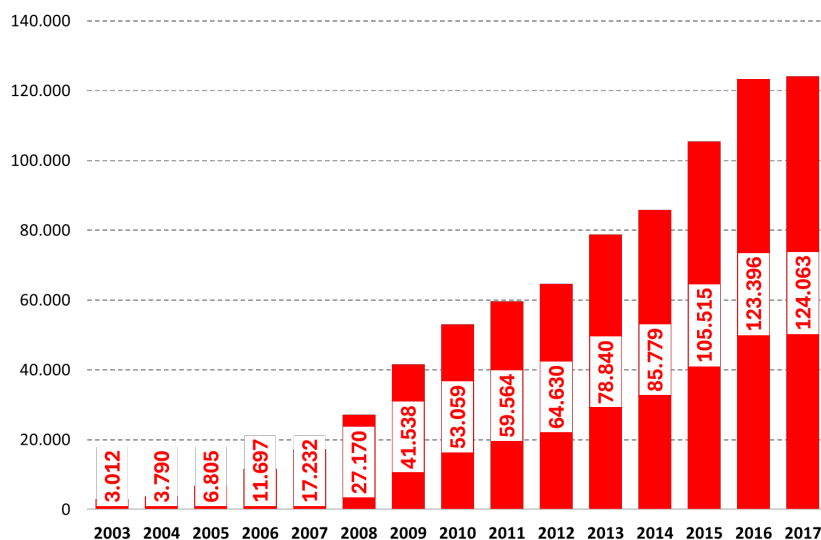
daños por la vía civil, dada la naturaleza de sistema especial de reparación de los riesgos profesionales.

Si bien bajo la lógica de este sistema corresponde reparar el daño independientemente de la culpa del empleador, muchos abogados presionaron para habilitar la vía civil, con el objetivo de promover juicios contra el empleador por daños vinculados a las incapacidades. Cabe aclarar que estos cuestionamientos no se dirigían contra la totalidad de la LRT, sino que se concentraban en abrir la posibilidad de iniciar acciones civiles ante situaciones de incapacidad permanente.

El otro foco de litigiosidad era de índole procedimental. Dado que la LRT está concebida como un seguro social dentro del sistema de seguridad social nacional, su diseño incorpora procedimientos análogos al que contempla la norma previsional. Por lo tanto, las controversias debían dirimirse en primera instancia ante las comisiones médicas de la SRT y la apelación a la comisión médica central. De subsistir diferencias queda habilitada la intervención de los juzgados nacionales. Esto implicaba que se eliminaba la intervención de los juzgados laborales provinciales en materia de riesgos del trabajo como venía ocurriendo hasta la sanción de la LRT. Si bien en materia previsional esto procedimientos son aceptados, los abogados presionaron para habilitar la vía de los juzgados laborales provinciales para entablar juicios motivados por siniestros laborales. Como en el caso de la vía civil, los cuestionamientos no eran a la totalidad de la LRT, sino que se enfocaban en abrir la posibilidad de volver a plantear juicios por indemnizaciones en las justicias laborales provinciales.

Estos nuevos focos de litigiosidad tomaron fuerte impulso a partir de que, en el 2004, dos fallos de la Corte Suprema de la Nación posibilitaron el reclamo de la reparación del daño por la vía civil contra el empleador de manera superpuesta con la indemnización recibida desde la ART (cúmulo) y la posibilidad de litigar dicha reparación, sea por la vía civil o de la LRT, en los juzgados laborales provinciales. La dinámica en términos de cantidad de juicios fue explosiva (Gráfico 4). En una alta proporción el motivo de los juicios eran varices, lumbalgias e hipoacusia; es decir, enfermedades accidentes no estrictamente laborales. En la práctica implicó que nuevamente el sistema fue infestado de litigiosidad, como había ocurrido con la crisis terminal de la Ley 9.688.

Gráfico 4. Cantidad de juicios por año por riesgos del trabajo



Fuente: IERAL en base a UART (2003 – 2009) y SRT (2010 – 2017)

Impulsados por los citados fallos de la Corte, el crecimiento en la cantidad de juicios entre los años 2004 y 2010 fue muy alto. Como era previsible, esto impactó sobre los costos del seguro. Las alícuotas promedio de las ART también subieron, pasando del 2,6% a 3,2% del salario (ver Gráfico 1). La situación fue motivo de preocupación y debate entre las organizaciones representativas de los empleadores, de las ART, de los trabajadores y las justicias provinciales. El centro de las discusiones giraba en torno a lo abusivo que implicaba el cúmulo, la suficiencia o no de las reparaciones de la ley que justificaban el cúmulo y la diversidad de criterios de las justicias provinciales.

Como resultado de este proceso en el 2012 y en reacción a una dinámica de crecimiento explosivo en la cantidad de juicios se sancionó la Ley 26.773. Sus puntos clave fueron:

- a. Se limita el cúmulo, esto es, si el trabajador aceptó la reparación de la ART queda vedada la vía civil contra el empleador; si opta por la vía civil contra el empleador debe rechazar la reparación de la ART.
- b. Se suma el 20% del monto de la reparación por todo concepto en los casos de accidentes en el lugar de trabajo (ver cuarta columna del Cuadro 2).
- c. Se estipula que las justicias provinciales deben utilizar el listado de enfermedades y el baremo de la Ley 24.557 para la valoración del daño en los juicios por riesgos del trabajo.

Frente al objetivo declarado de la ley de ordenar la situación ante el exacerbamiento de la litigiosidad, la estrategia fracasó. Es cierto que la ley logro

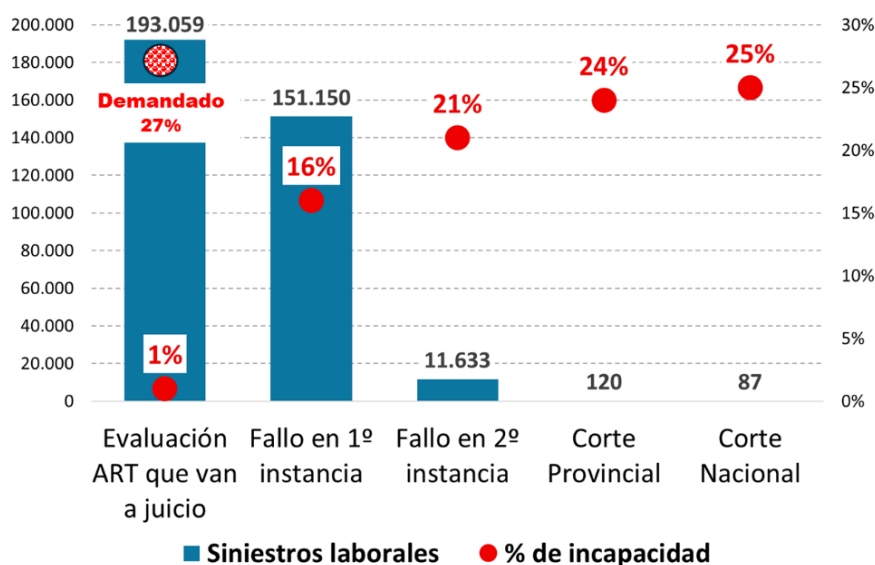
que los empleadores quedaran liberados de la acción civil, pero los juicios se siguieron multiplicando contra las ART. De manera indirecta, los empleadores asumieron como consecuencia de estos cambios un nuevo aumento en el costo del seguro. El incremento de los montos reparatorios (el 20% por todo concepto) y la continuidad en el crecimiento de los juicios hizo que la alícuota subiera hasta 3,5% del salario en el 2016 (ver Gráfico 1).

En este periodo los empleadores dejan de percibir de manera directa la litigiosidad ya que esta se concentra contra las ART. Según información publicada por la SRT, entre los años 2014 y 2016, se presentaron casi 200.000 demandas judiciales. Las características y dinámica de estos juicios delatan las particularidades con las que se presentaba el fenómeno.

El promedio de porcentaje de incapacidad demandado por la parte actora fue de 27%, mientras que la evaluación de la ART arrojó 1%. Es decir, son casos de menor gravedad, donde en general las ART interpretan que no hay incapacidad o es de dimensiones pequeñas y la demanda plantea un reclamo de magnitudes mucho mayor. De estos juicios, hubo sentencia de primera instancia sobre 150.000 en donde el promedio de incapacidad fue del 16%. Llama la atención de que aunque la sentencia cuantifica el daño un 40% por debajo de la demanda, muy pocos casos siguen el curso en instancia superiores de la Justicia (ver Gráfico 5).

Esta morfología sugiere, como práctica frecuente en la masificación de la litigiosidad, la prevalencia de casos de menor gravedad en los que las ART evalúa que no hay incapacidad. En esta situación la parte actora reclama un porcentaje exageradamente alto de incapacidad, con la expectativa de que la justicia provincial otorgue algún porcentaje mucho menor al solicitado, pero que permite generar ingresos al trabajador, los abogados y los peritos judiciales actuantes.

Gráfico 5. Características de los juicios por riesgos de trabajo
(acumulados entre los años 2014 y 2016)



Fuente: IERAL en base a SRT

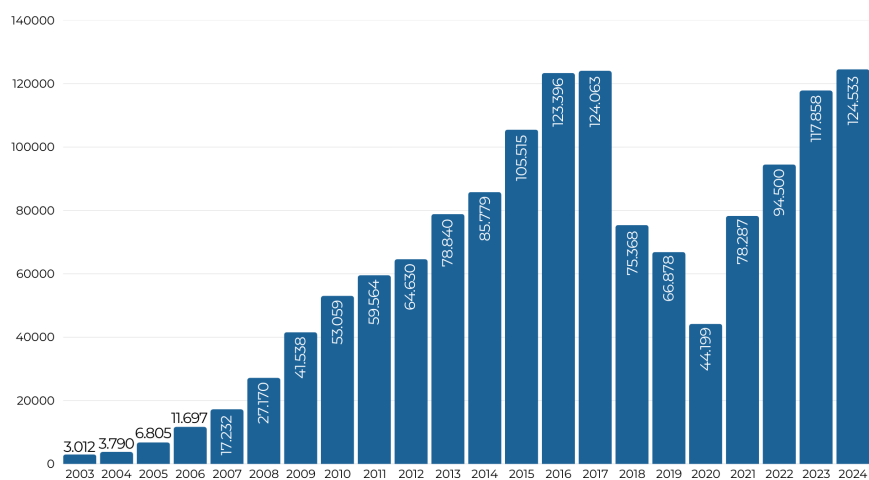
Ante la dinámica explosiva de los juicios y su morfología muy perniciosa, en el 2017 se sanciona la Ley 27.348. Se trata de un nuevo intento de ordenar el sistema atacando los factores generadores de litigiosidad masiva y espuria. A tal fin, adopta dos disposiciones centrales:

- Cuando exista controversia entre la parte actora (trabajador) y una ART, el paso obligado antes de iniciar una demanda judicial es una evaluación técnica de las comisiones médicas de la SRT.
- Las justicias provinciales tienen que constituir los cuerpos médicos forenses (CMF), integrado por especialistas en riesgos del trabajo, con el fin de que apliquen en la evaluación de las incapacidades las reglas previstas en el sistema. Para incentivar la objetividad se establece expresamente que las remuneraciones de los peritos tienen que ser determinadas en función de su tarea y no como un porcentaje del monto de la indemnización que le corresponda al trabajador.

La lógica subyacente es desalentar la litigiosidad espuria estableciendo una instancia de evaluación técnica (comisión médica) como paso previo a recurrir a la Justicia y generando las condiciones para que los peritajes médicos dentro de las justicias provinciales se ajusten con precisión y objetividad a las reglas previstas en el sistema. De esta manera, se buscó desalentar el aventurerismo judicial de tomar casos de menor gravedad para litigar por porcentajes altos de incapacidad con la expectativa de lograr en la primera instancia judicial un porcentaje de incapacidad menor al reclamado pero que permite generar ingresos al trabajador y los profesionales que intervienen.

En un comienzo la nueva ley logró frenar el crecimiento de los juicios. Contribuyó también a esta desaceleración la pandemia. Sin embargo, apenas se comenzó a normalizar la actividad los juicios volvieron a crecer con fuerza. En el año 2024 volvieron a ser de 124 mil juicios anuales, cifra similar a la del 2017 año en que se sancionó la nueva ley. Sacando del medio la pandemia, se puede decir que a la judicialidad le tomó apenas 3 años para retornar a los niveles previos a la sanción de la ley.

Gráfico 6. Cantidad de juicios con la Ley 27.348



Fuente: IERAL en base a SRT

5. Aplicación e impactos de la Ley 27.348

La ley fue de aplicación inmediata en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por estar su justicia laboral en la esfera federal. Para el resto del país la implementación quedaba supeditada a la adhesión de cada provincia. Con el paso del tiempo fueron adhiriendo progresivamente 16 provincias. Córdoba, Mendoza y Río Negro en el 2017; Buenos Aires, Corrientes, Tierra del Fuego, San Juan, Entre Ríos, Formosa, Misiones, Salta y Chaco en el 2018; Santa Fe en el 2020; Neuquén en el 2022 y muy recientemente, en el 2024, San Luis y Chubut.

Esto implica que la aplicación de la ley es parcial dentro del territorio nacional, aunque más de la mitad de las jurisdicciones sancionaron leyes provinciales adhiriendo. Lo más importante es que en términos de empleadores y trabajadores las provincias adheridas representan aproximadamente el 90% del total nacional (ver Cuadro 3). Es decir que, si bien la cobertura es parcial, es muy amplia.

Cuadro 3. Empleadores y trabajadores según adhesión

2023

	Empleadores		Trabajadores	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Adheridas	498.576	91%	8.682.382	89%
No adheridas	49.679	9%	1.101.545	11%
Total	548.254	100%	9.783.927	100%

Fuente: IERAL en base a SRT

Tomando como indicador la siniestralidad laboral se llega a similares conclusiones. En las jurisdicciones donde la ley 27.348 es aplicable se registran más del 90% del total de los siniestros del país (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Siniestralidad según adhesión

2023

	Accidente de trabajo		Enfermedad profesional		Accidente in itinere	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Adheridas	343.173	91%	29.446	91%	131.532	93%
No adheridas	34.610	9%	2.952	9%	10.415	7%
Total	377.783	100%	32.398	100%	141.947	100%

Fuente: elaboración propia en base a SRT

Considerando información referida a 2023 aparece que la mayoría de los siniestros son por accidentes de trabajo e in itinere. Pero proporcionalmente la litigiosidad es mucho más intensa entre las enfermedades. Sólo el 8% de los accidentes de trabajo e in itinere generan juicio, mientras que el 43% de las enfermedades generan juicio. Un aspecto a destacar es que no hay mucha diferencia en el comportamiento de la litigiosidad entre provincias adheridas y no adheridas. Esto es un primer indicio de que la Ley 27.348 frenó transitoriamente la judicialidad, pero sin modificar su naturaleza.

Cuadro 5. Siniestralidad y litigiosidad según adhesión y tipo de siniestro 2023

	Accidentes de trabajo			Enfermedad profesional			Accidente in itinere		
	Cantidad	Juicios	J / C	Cantidad	Juicios	J / C	Cantidad	Juicios	J / C
Adheridas	343.173	27.164	8%	29.446	12.731	43%	131.532	11.119	8%
No adheridas	34.610	2.805	8%	2.952	1.068	36%	10.415	637	6%
Total	377.783	29.969	8%	32.398	13.799	43%	141.947	11.756	8%

Fuente: IERAL en base a SRT

En donde sí hay marcadas diferencias en la naturaleza de la litigiosidad es entre provincias. Esto se puede detectar observando panorámicamente el Cuadro 6. La gran heterogeneidad en la incidencia de la litigiosidad entre provincias solo puede ser explicada por diferencias en los criterios para en la evaluación del daño. Es decir, la enorme dispersión es la consecuencia de que en la mayoría de las pericias médicas que encomienda la Justicia el dimensionamiento de la incapacidad se hace en base a reglas diferentes a las previstas por la normativa vigente. El aplicar criterios propios lleva a que ante similares situaciones se evalúe de manera diferente el daño laboral.

Cuadro 6. Siniestralidad y litigiosidad por provincia adherida 2023

	Accidentes laborales			Enfermedades profesionales			In itinere			TOTAL		
	Siniestros	Juicios	%	Siniestros	Juicios	%	Siniestros	Juicios	%	Siniestros	Juicios	%
Buenos Aires	142.339	10.460	7%	11.647	2.806	24%	68.753	4.428	6%	222.739	17.694	8%
C.A.B.A.	54.686	7.553	14%	3.357	1.428	43%	18.298	4.002	22%	76.341	12.983	17%
Córdoba	32.041	1.478	5%	4.458	3.127	70%	9.095	425	5%	45.594	5.030	11%
Santa Fe	28.851	3.487	12%	4.506	2.477	55%	9.276	1.135	12%	42.633	7.099	17%
Mendoza	21.201	2.257	11%	2.221	2.053	92%	6.278	723	12%	29.700	5.033	17%
Salta	10.086	6	0%	337	5	1%	3.932	1	0%	14.355	12	0%
Entre Ríos	10.883	379	3%	639	186	29%	2.633	66	3%	14.155	631	4%
Neuquén	10.301	950	9%	611	434	71%	2.804	191	7%	13.716	1.575	11%
Río Negro	9.838	202	2%	291	77	26%	2.290	31	1%	12.419	310	2%
San Juan	5.773	162	3%	260	34	13%	2.213	69	3%	8.246	265	3%
Misiones	5.657	88	2%	193	15	8%	1.352	18	1%	7.202	121	2%
Corrientes	4.939	69	1%	163	11	7%	1.900	10	1%	7.002	90	1%
Chaco	3.663	24	1%	80	7	9%	1.777	11	1%	5.520	42	1%
T. Fuego	1.656	37	2%	646	70	11%	367	8	2%	2.669	115	4%
Formosa	1.259	12	1%	37	1	3%	564	1	0%	1.860	14	1%
TOTAL	343.173	27.164	8%	29.446	12.731	43%	131.532	11.119	8%	504.151	51.014	10%

Fuente: IERAL en base a SRT

Lo más saliente del cuadro es lo siguiente:

- CABA, Santa Fe y Mendoza presentan litigiosidad muy alta ya que el 17% de los siniestros derivan en juicio.
- Buenos Aires, Córdoba y Neuquén tienen un nivel intermedio donde entre el 8% y el 11% de los siniestros derivan en juicio.
- Entre Ríos, Río Negro, San Juan y Tierra del Fuego tienen baja litigiosidad con entre 2% y 4% de los siniestros que derivan en juicio.
- En el resto de las provincias adheridas (Salta, Corrientes, Chaco y Formosa) la incidencia de la litigiosidad no supera al 1% de los siniestros
- También surge que las enfermedades profesionales son 5 veces más litigiosas que los accidentes, aunque su intensidad también varía mucho según la provincia. Por caso, en Mendoza prácticamente la totalidad de las enfermedades va a juicio (92%), en Córdoba y Neuquén el 70% y en CABA y Santa Fe la mitad.

Las evidencias son muy sugerentes en cuanto a que en las justicias provinciales se aplican criterios muy diferentes a los de las comisiones médicas de la SRT. Pero además, es claro que las justicias de las provincias aplican criterios muy diferentes entre ellas en la evaluación del daño. Por ejemplo, Córdoba y Santa Fe son provincias de tamaño y composición de su estructura productiva parecidos. Sin embargo, en Córdoba del total de accidentes el 5% generan juicios, mientras que en Santa Fe la proporción es del 12%. En sentido contrario, en Córdoba el 70% de las enfermedades generan juicios mientras que en Santa Fe la proporción es del 55%.

Esta situación delata que en materia de evaluación del daño laboral hay una flagrante violación al derecho constitucional de los ciudadanos a ser tratados iguales ante la ley. Las normas (la LRT y su reglamentación) y los procedimientos administrativos (las comisiones médicas) están estructuradas para brindar una cobertura homogénea, pero los apartamientos que se generan en las justicias provinciales llevan a que en la práctica a igual situación la evaluación del daño sea muy diferente. Se trata de irregularidades de las que se derivan inequidades y perturbaciones muy dañinas sobre el sistema de riesgos del trabajo.

6. Características de la litigiosidad

Según los registros oficiales se observa que a lo largo del 2023 se presentaron 767 mil solicitudes de incapacidad a la Comisión Médica. En el Cuadro 7 se muestra la desagregación según el tipo de controversia que generan y el ámbito donde se resuelven.

La mayoría de los casos (dos tercios del total de las solicitudes) son siniestros en los que la según la evaluación de la ART esta presenten el origen laboral pero no se generan secuelas que den motivos al pago de una indemnización por pérdida de capacidad. La mayoría de estos casos (el 74%) se resuelven con el acuerdo entre el trabajador y la ART. El remanente se integra por caso controversiales, que se resuelven en la Comisión Médica (16% del total) y de, mantenerse las divergencias, en la Justicia (el 10% restante) .

Cuadro 7. Solicitudes de incapacidad según ámbito de resolución de controversias
2023

Casos			¿Dónde se resuelven?		
			ART	CM	Juicio
Rechazados	158.655	21%	63%	24%	13%
Aceptados sin incapacidad	506.546	66%	74%	16%	10%
Aceptados con incapacidad	101.579	13%	3%	87%	10%
TOTAL	766.780	100%	62%	27%	11%

Fuente: IERAL en base a SRT

En segundo orden de importancia (el 21% del total) están los caos que la ART consideró pertinente rechazarlos porque no entran en la cobertura del sistema porque no se demuestra el origen laboral. Por ejemplo, se reclama una enfermedad que no está en el listado de enfermedades profesionales. En esta tipología también la mayoría (63%) son aceptados por el trabajador en el ámbito de la ART, mientras que en un 24% de los casos la controversia es cerrada en la Comisión Médica y queda un remanente del 13% que deriva en planteo ante el Poder Judicial.

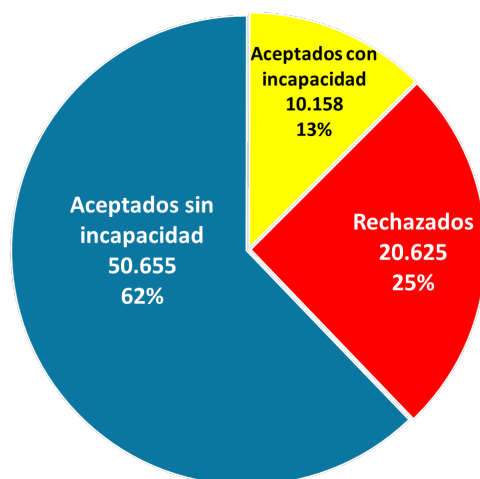
Finalmente, un 13% de los planteos son evaluados como laborales y con secuela incapacitante que motoriza el pago de una indemnización. Muy pocos (3%) son resueltos en el ámbito de la ART, mientras que la gran mayoría (87%) son resueltos en el ámbito de la Comisión Médica. Al igual que las anteriores

tipologías alrededor del 10% sigue la controversia luego del dictamen de la Comisión Médica en la Justicia.

En la suma de todos los casos, en las dos terceras partes de las solicitudes de los trabajadores no hay controversias y se resuelven en el ámbito de la ART. El remanente que genera controversia en su mayor parte es cerrado definitivamente en función de la intervención de la Comisión Médica. Pero queda un 11% de casos que apela a la intervención judicial. No hay muchas diferencias en la predisposición a iniciar un juicio según si el caso es rechazado, aceptado sin incapacidad o aceptado con incapacidad. Sin embargo, la mayor proporción de juicios se origina en casos donde hay acuerdo en el origen laboral, pero mientras la ART considera que no hay secuelas incapacitantes, el trabajador considera y reclama algún grado de incapacidad que justifica el pago de una indemnización (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Juicios según origen del planteo

2023



Fuente: IERAL en base a SRT

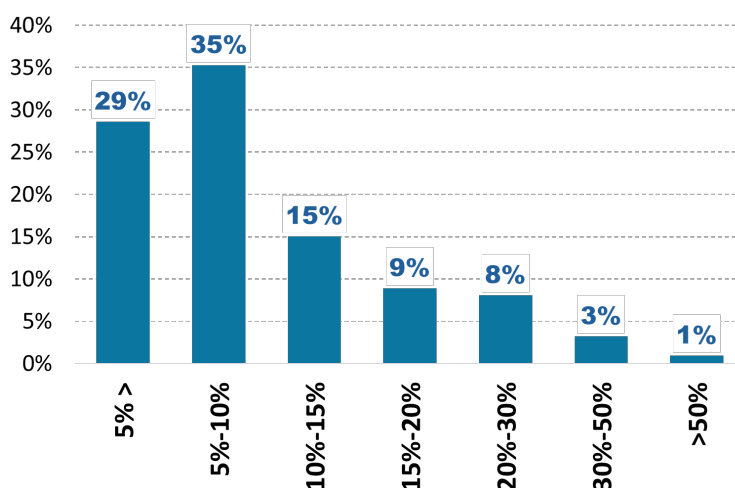
Llama la atención que la gran mayoría de las controversias judiciales son por casos de relativamente baja incapacidad (ver Gráfico 8). El 64% de las demandas judiciales iniciadas en el 2023 terminaron con sentencias que determinaron menos de 15% de incapacidad. A modo referencial, cabe tener en cuenta que en Chile estos casos no son considerados incapacidad resarcible. Si se suma las incapacidades hasta 30% se llega al 96% de las demandas que son caso que, por ejemplo, que en España no tienen la gravedad suficiente como para ser considerados incapacidad resarcible. Esto implica que apenas el 4% de las demandas judiciales se generan por incapacidades con más de 30% y sólo 1% con incapacidad mayores a 50%.

Es decir, el sistema judicial no está actuando para remediar anomalías en la reparación de incapacidades graves. Por el contrario, el hecho de que las demandas judiciales para esta tipología de siniestros laborales sean pocas confirma que el sistema las repara oportuna y automáticamente. Son situaciones excepcionales y puntuales los casos de incapacidades altas que devienen en juicio.

El accionar de la Justicia está concentrada casi exclusivamente en lidiar con reclamos de situaciones no graves, donde se reclama el reconocimiento de porcentajes relativamente bajos de incapacidad. Estos casos en sistemas más maduros y mejor organizados que el argentino no generan derecho al cobro de una indemnización monetaria. Probablemente uno de los motivos por lo que sus legislaciones no contemplan indemnizaciones es por lo dificultoso que resulta su administración y los riesgos de estimular la litigiosidad espuria.

Si bien las incapacidades determinada en sede judicial son relativamente bajas, los montos involucrados son atractivos como incentivo a la litigiosidad espuria. Se estima que 1 punto porcentual de incapacidad está valuado en la Justicia en \$1.000.000 para el trabajador, a lo que se le adiciona los honorarios de abogados y peritos. Entonces, aunque los juicios sean por porcentajes bajos, son montos atractivos para el trabajador, el abogado y el perito. Por otro lado, debido a su masividad, son desestabilizantes para el sistema.

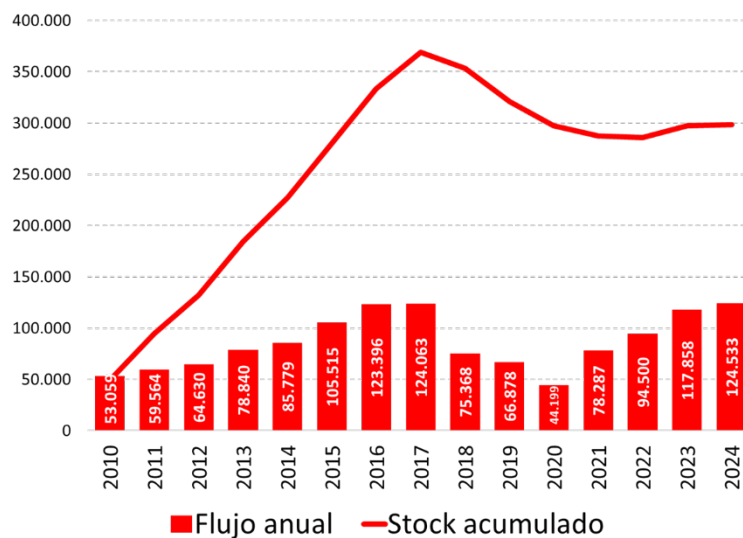
Gráfico 8. Distribución de los juicios según porcentaje de discapacidad
2023



Fuente: IERAL en base a SRT

En la masividad está el meollo del problema. Los juicios acumulados por el sistema llegaron a ser de 350 mil en el 2017. Con la Ley 27.348 el flujo disminuyó reduciendo el stock de juicios acumulados. Sin embargo, los impactos fueron efímeros. El flujo de nuevos juicios viene creciendo en los últimos años al punto que el 2024 superó el máximo alcanzado en 2017. En los meses que van de 2025 la tendencia se mantienen, es decir que seguramente será un nuevo record. Esto lleva a un stock de juicios que no baja de los 300 mil demandas en proceso de resolución (ver Gráfico 9).

Gráfico 9. El stock de juicios acumulados

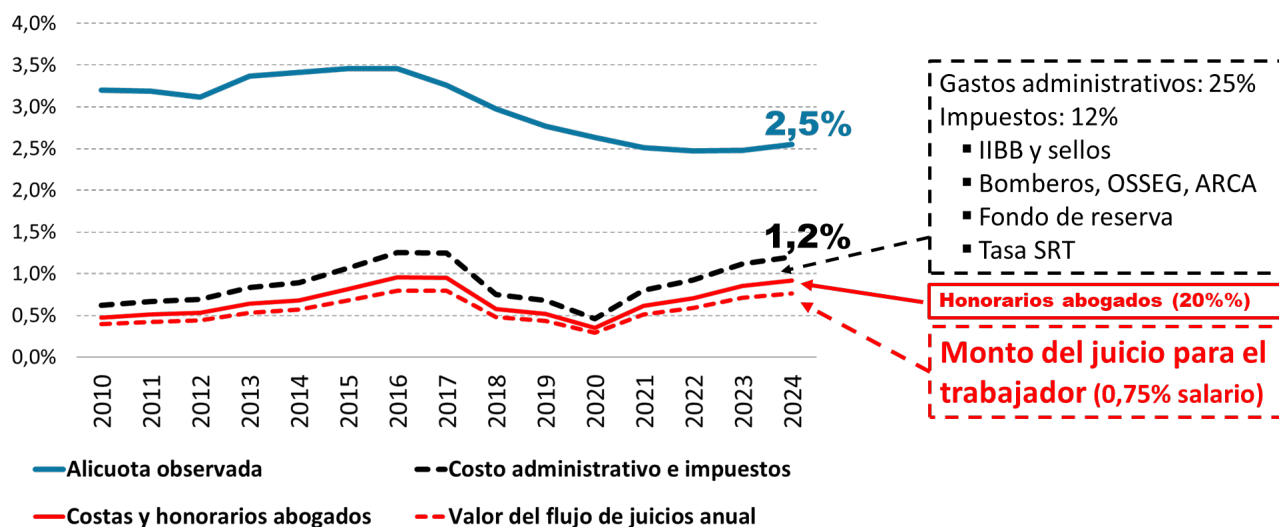


Fuente: IERAL en base a SRT

Una manera de dimensionar el impacto sobre la sostenibilidad financiera del sistema es aproximar que proporción de los ingresos de las ART son absorbidos por los juicios. Dado que el porcentaje de incapacidad promedio de las sentencias judiciales ronda el 10% y aplicando la fórmula de la LRT y actualizando por RIPTe (salarios) se obtiene que en promedio el monto de cada sentencia equivale a aproximadamente 7,7 salarios. Multiplicando este monto por el flujo de juicios anual y dividiendo por la masa salarial de cada año se obtiene el costo de los juicios en porcentaje de la masa salarial. A esto hay que sumarle los honorarios de abogados y peritos (20%), los gastos administrativos (25%) y los impuestos (12%) para obtener el costo de la prima total del flujo anual de juicios. Con este cálculo se estima que el costo del flujo de juicios equivale aproximadamente al 1,2% de la masa salarial. Esto representa el 47% de la alícuota del sistema de riesgos del trabajo (2,5%).

Gráfico 10. Valorización de los juicios

Como % de la masa salarial



Fuente: IERAL en base a SRT

Como se ve, aunque los juicios son por porcentajes de incapacidad bajos, su masividad hace que su incidencia sea desestabilizante para la sostenibilidad financiera del sistema. Por un lado, el costo de los juicios se lleva una proporción exageradamente alta de los ingresos totales. Pero lo más grave es la tendencia creciente y la incertidumbre, ya que la medición del daño y, por lo tanto, el monto de las indemnizaciones está sujeta a los criterios subjetivos y dispersos que prevalece en las justicias provinciales. No es exagerado afirmar que bajo estas condiciones es imposible aplicar las técnicas del seguro haciendo inviable la actividad. Aun con aumentos en las tarifas, no hay manera de compensar la dinámica que imponen los juicios, llevando a una creciente acumulación de pasivos en los patrimonios de las ART. La decisión de la Superintendencia de Seguros de la Nación de inhabilitar a una ART, más allá de las particularidades del caso, es consistente con un contexto que hace inviable la operatoria del seguro.

El aumento en las primas del seguro va en contra de la estrategia mejorar la competitividad de la producción nacional y de promover empleos de calidad. Además degrada el funcionamiento de un sistema que tiene responsabilidades estrategias en materia de fomentar la prevención en los ámbitos de trabajo y suministrar cobertura a los trabajadores que sufren las consecuencias de un accidente o enfermedad profesional.

7. Las causas de la litigiosidad

a. Brecha en la evaluación del daño de la comisión médica y la justicia provincial

La litigiosidad masiva se produce y se retroalimenta por una persistente brecha entre la evaluación que hace la comisión médica de la SRT y la evaluación que hacen los peritos judiciales de las provincias. Los incentivos lo genera el hecho de que se naturaliza que, en general, las pericias médicas en la Justicia otorgan, de manera sistemática, porcentajes mayores de incapacidad. A esto se suma el hecho de que litigar es gratuito para el trabajador. La lógica es que consiguiendo en la pericia médica judicial un mínimo porcentaje de incapacidad se generan, con bajos costos y riesgos, interesantes ingresos monetarios para el trabajador, para el perito y para el abogado. Así se configuran fuertes incentivos para litigar .

Las estadísticas de las comisiones médicas de la SRT muestran que aproximadamente 8 cada 10 reclamos por incapacidad que generan juicios, originalmente fueron casos rechazados por considerarse no laborales o, siendo laboral, no tiene incapacidad. Los restantes 2 de cada 10 son, casi en su totalidad, casos originalmente considerados laborales pero con muy baja incapacidad. En las justicias provinciales, casi la totalidad de las demandas son consideradas laborales con algún porcentaje de incapacidad generando ingresos para el trabajador y los profesionales intervinientes en la causa. Por esta razón es que se masifican los juicios ya que casos que en la instancia administrativa se dictaminan como no laborales o sin incapacidad, en las justicias provinciales, con alta probabilidad, se revierten a favor del trabajador dándole una indemnización con honorarios para los abogados y peritos.

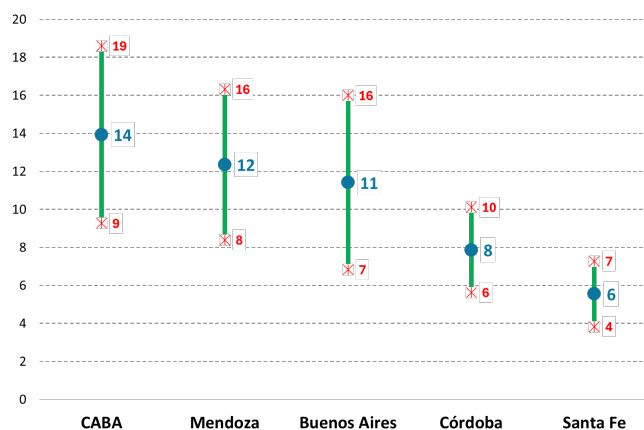
Un factor clave en la explicación de la dispersión de criterios para cuantificar el daño es de carácter procedimental. El típico esquema que utilizan las justicias provinciales es encomendarle a un médico, seleccionado por sorteo dentro de un registro abierto de peritos, la evaluación del trabajador sin considerar el dictamen de la Comisión Médica. Que se haga una nueva evaluación independiente de la que hizo la Comisión Médica posibilita y fomentan la divergencia de criterios. Un procedimiento más racional y consistente es encomendar al perito médico de la justicia provincial que evalúe la calidad de la evaluación hecha por la Comisión Médica. Es decir, que tome como base el dictamen médico cuestionado por el trabajador y dirima si ese dictamen se ajusta a derecho y, por lo tanto, corresponde confirmarlo y rechazar la demanda o, alternativamente, considera que no se aplicaron correctamente las reglas del sistema y, por lo tanto, corresponde corregir el dictamen de la Comisión Médica.

Tal como están diseñados los procedimientos es inevitable que se filtren subjetividades. El resultado es que ante un mismo hecho la cuantificación del daño difiera entre provincias e, incluso, entre juzgados de una misma provincia. Esto genera un entorno de alta imprevisibilidad que impide aplicar las técnicas del seguro.

Un ejemplo concreto permite ilustrar como se manifiesta la dispersión de criterios en la evaluación del daño. La causa de juicio más frecuente es la lumbalgia no especificada, esto es dolor en la parte baja de la espalda sin una identificación de causa concreta (Código M545). A los fines de simplificar se toma las 5 provincias más grandes, que son las de mayor litigiosidad. Estas jurisdicciones acumulan una gran cantidad de casos. Considerando juicios entablados en el 2023 se observa divergencias muy grandes entre las jurisdicciones en los porcentajes de incapacidad que se dictaminan para el mismo diagnóstico (ver Gráfico 11).

Gráfico 11. Evaluación judicial de lumbalgia no especificada año 2023

Porcentaje promedio de incapacidad y desviación estándar en los extremos



Fuente: IERAL en base a SRT

Las diferencias entre CABA, Mendoza y Buenos Aires respecto de Córdoba y Santa Fé son marcadas y sustantivas. En las tres primeras provincias el porcentaje promedio otorgado es significativamente mayor (puntos azules) con mayor amplitud en la variabilidad entre los juzgados de la misma provincia (línea verde vertical). En CABA el porcentaje promedio de incapacidad para una lumbalgia no especificada fue de 14% con una variabilidad entre 9% y 19%, mientras que en Córdoba y Santa Fe la misma secuela se la evalúa con un promedio del orden de 8% y 6%, respectivamente, con menos variabilidad.

Para dimensionar las consecuencias financieras de esta diversidad se toman solo los juicios con sentencia en primera instancia en el 2024 de manera de considerar montos monetarios más actualizados. Sobre una muestra de 500 sentencias con datos completos de monto de reparación y honorarios se obtuvo una mediana por punto de incapacidad equivalente a aproximadamente \$1.000.000. Solo a título ejemplificativo –dado que el análisis de los valores de reparación, honorarios y cuotas litis amerita un análisis mucho más profundo con mayor cantidad de datos–, si en CABA un dolor de espalda se evalúa en 14% y en Córdoba en 8% y en Santa Fe en 6% implica que en CABA estos daños se valorizan en \$14.000.000, mientras que en Córdoba en \$8.000.000 y en Santa Fé \$6.0000.000.

Desde el punto de vista del trabajador resulta muy inequitativo que ante el mismo diagnóstico se valore con distintos montos dependiendo el juez que le toque al caso. Desde el punto de vista del funcionamiento del seguro resulta muy dañino la aplicación de criterios subjetivos. Un entorno de discrecionalidad va en contra de la lógica del seguro. En el corto plazo la reacción de las ART es aumentar las alícuotas, pero la persistencia del fenómeno lleva a que el seguro por riesgos del trabajo deje de funcionar, situación extrema que ya sucedió en el pasado.

a. Diversidad de fórmulas de indexación

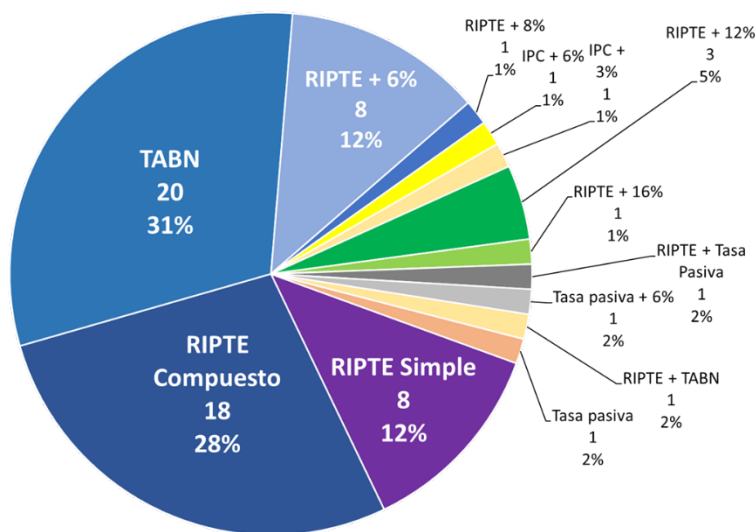
Cada provincia tiene las facultades para determinar su propio mecanismo de actualización monetaria de las sentencias judiciales y el régimen de intereses. A su vez, al interior de cada provincia, no siempre los jueces aplican los mismos criterios. El resultado es una enorme dispersión en las reglas que se aplican para actualizar las indemnizaciones. Un mismo hecho, según el juzgado interviniente, puede generar indemnizaciones de montos muy diferentes. En un contexto de alta inflación esto agrega otro factor de discrecionalidad e incertidumbre.

Los criterios más utilizados son RIPTE (evolución de salario), RIPTE + 6% anual y TABN (tasa activa Banco Nación). La razón para sumar un porcentaje al RIPTE es que una parte es en concepto de actualización del crédito laboral y otra penalización por mora. Hay muchos matices en estas fórmulas que se usan aislada y arbitrariamente según el juzgado.

Dada la cantidad de juzgados esparcidos por todo el territorio nacional y los diferentes –y, en algunos casos, cambiantes– criterios que aplican es muy difícil llegar a un relevamiento completo. Analizando una muestra de 62 juzgados tomados de todas las provincias, alcanza para concluir que la situación en

materia de actualización de los pasivos laborales es caótica y arbitraria (ver Gráfico 12). De ese conjunto de juzgados aparece que el 31% utiliza la TABN, 28% utiliza el RIPTE aplicado de manera compuesta (capitalizando intereses), un 12% aplica RIPTE de manera simple (sin capitalizar intereses, según el Código Civil y Comercial) y 12% aplica RIPTE +6%. Son 51 juzgados de los 62 relevados que utilizan 4 fórmulas distintas. Luego, los 11 juzgados restantes utilizan sus propias fórmulas donde los casos más gravosos son RIPTE + 12%, RIPTE + 16% y RIPTE + tasa pasiva.

Gráfico 12. Fórmulas de actualización utilizadas por las justicias provinciales

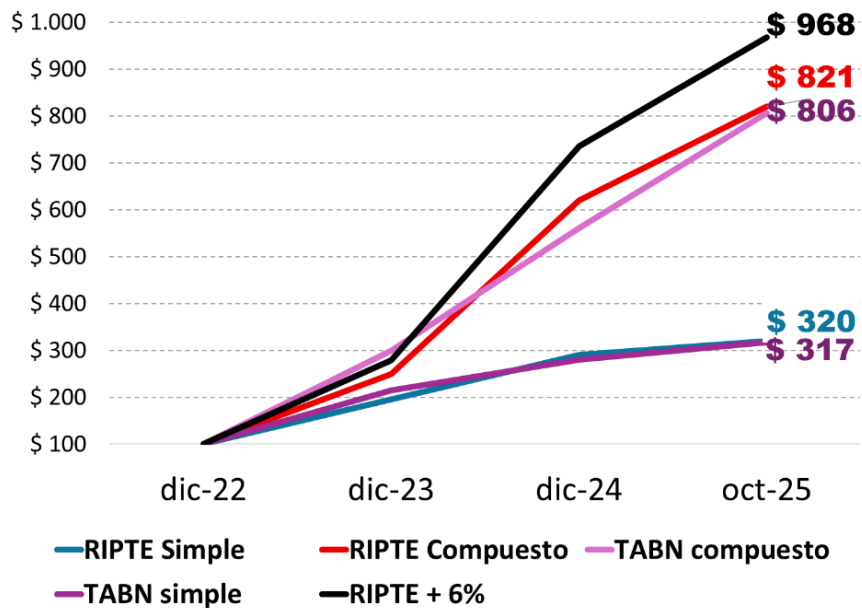


Fuente: IERAL en base a recopilación entre 62 juzgados de todas las provincias

Según la metodología que se aplique para actualizar se llega a resultados muy diferentes. Por ejemplo, tomando un monto inicial de indemnización de \$100 a diciembre 2022 el valor actualizado a octubre 2025 puede variar en hasta 3 veces (ver Gráfico 13). Cuando se aplica el criterio compuesto, sea con RIPTE o TABN, los montos son considerablemente más altos que cuando se aplica una metodología que no acumula intereses. Estas divergencias colisionan con el principio constitucional de igualdad ante la ley, potenciando las inequidades que genera el hecho de que se aplican diversidad de criterios judiciales en la evaluación del porcentaje de daño laboral.

Gráfico 13. Montos según los principales criterios judiciales de actualización

Valor inicial: diciembre 2021 = \$100



Fuente: IERAL

La discrecionalidad en la actualización también conspira contra la lógica del seguro. Para las ART es muy difícil prever los costos de los juicios. Esto dificulta la conformación de las reservas para afrontar los compromisos. El aumento de primas opera como paliativo financiero transitorio, pero no resuelve las inconsistencias que genera la discrecionalidad en la determinación de las incapacidades y la dispersión en las metodologías para actualizar las indemnizaciones.

b. Incumplimiento de los plazos de caducidad

La caducidad regula el periodo máximo que puede transcurrir entre la fecha de emisión del dictamen administrativo de la Comisión Médica y la fecha en que algunas de las partes deciden recurrir a la justicia provincial. Fijar un plazo para hacer el reclamo hace a la previsibilidad jurídica y financiera ya que permite poner fin a los casos no controvertidos bajo la certeza de que son casos cerrados. Reglas similares se aplica en todos los ámbitos del derecho. Incluso se contempla en los delitos penales, salvo excepciones muy puntuales como los delitos de lesa humanidad.

En general, se fijan 45 días hábiles como plazo de caducidad, aunque algunas provincias estiran ese plazo hasta 90 días. Las excepciones en los extremos son Entre Ríos (15 días) y Santa Fe (2 años). Pero en todas las jurisdicciones la ley

contempla que el Poder Judicial tiene que rechazar las demandas que se presentan después de vencido el plazo de caducidad.

En la práctica el cumplimiento del plazo de caducidad es dispar y bajo (ver Cuadro 8). En promedio, casi 1 de cada dos demandas judiciales fueron presentada con el plazo vencido y, sin embargo, fueron aceptadas por las justicias provinciales.

Cuadro 8. Cumplimiento del plazo de caducidad por provincia

Provincia	Plazo	Dentro del plazo	Fuera del plazo
CABA	90 días	75%	25%
Buenos Aires	90 días	40%	60%
Córdoba	45 días	49%	51%
Corrientes	45 días	17%	83%
Entre Ríos	60 días	5%	95%
Mendoza	45 días	49%	51%
Salta	45 días	7%	93%
San Juan	30 días	28%	72%
San Luis	45 días	16%	84%
Santa Fe	2 años	99%	1%
Chaco	45 días	14%	86%
Formosa	90 días	34%	66%
Misiones	60 días	18%	82%
Río Negro	60 días	29%	71%
T. Fuego	20 días	16%	84%
Total		55%	45%

Fuente: IERAL en base a SRT

Si bien el no cumplimiento del plazo de caducidad no es un factor generador de litigiosidad es una irregularidad que contribuye a su crecimiento y a aumentar la incertidumbre. En la práctica implica que la posibilidad de entablar una demanda no tiene límite temporal ya que la Justicia tolera que la controversia ingrese después que venció el plazo máximo fijado por la ley.

8. La crisis

Como ya paso varias veces en la historia desde 1915, fecha en que se sancionó la Ley 9.688, el sistema de prevención y reparaciones a los riesgos de trabajo nuevamente está en riesgos. Y nuevamente el factor desencadenante de la crisis es la rebeldía del Poder Judicial a aplicar las reglas fijadas por el Poder Legislativo. La divergencia de criterios genera las condiciones para que la litigiosidad se masifique. En la gran mayoría de los casos las demandas

judiciales tienen finalidades rentísticas y no protectivas del trabajador. Prueba de ello es que se concentra en incapacidades de baja incidencia que en la legislación comparada directamente no generan derecho a indemnización. El apartamiento de los jueces de las reglas previstas en el sistema es una tentación para que los trabajadores busquen un monto de indemnización por alguna pequeña afección que la Justicia considere incapacitante y de origen laboral y que de motivos para rentas en favor de abogados y peritos en concepto de honorarios.

La historia demuestra que la masificación de juicios desnaturaliza las funciones del sistema y desbalancea muy negativamente las prioridades. No incentiva la prevención laboral y se descuida la cobertura de las incapacidades de mayor relevancia. La contrapartida de destinar energías a administrar miles de juicios motivados por incapacidades leves con dudosa relación con el trabajo es descuidar los aspectos sustantivos de la protección de los trabajadores. Pero además, al perderse la predecibilidad del seguro, las empresas toman actitudes defensivas. Dentro de ellas, la más obvia y dañina es ser muy conservador en las nuevas contrataciones .

El contexto macroeconómico actual agrega urgencia al proceso de resolución de la crisis. Por un lado, porque la estricta austeridad en materia de administración del gasto público hace inviable cualquier alternativa que demande algún tipo de asistencia financiera a cargo del Estado. Por otro lado, porque es amplio el apoyo a la idea de que no es solución apelar a una devaluación del peso para licuar excesos de costos e ineficiencias.

Estas restricciones, que son el sostén de la estabilidad y la posibilidad de iniciar un proceso de crecimiento sostenido, ponen como prioridad el aumento de la productividad. Bajo estas condiciones, es esencial y urgente recuperar la lógica de los seguros en la gestión de los riesgos laborales. En materia de despido se vienen aplicando reformas en la legislación laboral que buscan que los costos sean razonables y predecibles. Se eliminaron los recargos y se vienen promoviendo los seguros y fondos de desvinculación laboral. Con similares objetivo y con la misma lógica es importante abordar el problema de la litigiosidad creciente en el sistema de riesgos de trabajo.

Demorar la reacción ante la crisis del sistema de riesgos del trabajo, derivada del crecimiento masivo de la litigiosidad, colisiona con la orientación hacia una económica más productiva e integrada al mundo. Esta situación define la prioridad y urgencia de diseñar e instrumentar una estrategia para recomponer el sistema.

9. Estrategias para recomponer el sistema

El sistema ha demostrado fortalezas en incentivar la reducción en la cantidad y gravedad de los siniestros laborales, dar adecuada respuesta a quienes sufren un siniestro y ofrecer un costo razonable y predecible a los empleadores. Estas dinámicas contrastan con el hecho de que si bien el sistema nació como reacción ante la crisis provocada por la masiva litigiosidad a los pocos años sufrió nuevos embates de similar naturaleza. El crecimiento en la cantidad de demandas judiciales fue persistente y llegó a un nivel crítico en 2017. En esa instancia se sanciona la Ley 27.348 a fin de controlar el pernicioso fenómeno de judicialidad descontrolada. El impacto inicial de los cambios normativos fue una transitoria moderación de la litigiosidad. Pero el fenómeno volvió a resurgir al punto que nuevamente el sistema está en crisis.

Si bien cada provincia tiene particularidades, en general, el procedimiento utilizado para elaborar las pericias medicas judiciales consisten en encomendarle a un médico seleccionado por sorteo, dentro de un listado abierto de profesionales, una nueva evaluación del trabajador independiente al que hizo la Comisión Médica es ineficiente y facilita y promueve la aplicación de criterios subjetivos en la evaluación del daño.

A esto se suman otros factores que conspiran contra la calidad de los dictámenes: el monto de la remuneración del perito muchas veces depende de la incapacidad dictaminada, el profesional no siempre cuenta con fluidos conocimientos sobre los instrumentos que tiene el sistema a los fines de valuar el daño ni se le ofrece capacitación y actualización y no se utilizan mecanismos de monitoreo y auditorias sobre su trabajo.

El resultado de esta organización es que se generan diferencias sistemáticas entre los dictámenes de las Comisiones Médicas y la de los peritos judiciales. No es que se producen desvíos puntuales sino diferencias sistemáticas en la valuación del daño. La heterogeneidad de criterios lleva a heterogeneidad de resultados. Desde el punto de vista de los incentivos, el punto más importante es que en la mayoría de los casos, los dictámenes médicos judiciales establecen porcentajes superiores a los establecidos en las Comisiones Médicas. Bajo estas condiciones los incentivos a iniciar juicio cuestionando el dictamen de la Comisión Médica son muy altos.

Los procedimientos que en general aplican las justicias provinciales para encomendar a los médicos la elaboración de los dictámenes generan una estructura de incentivo muy estimulante de la litigiosidad. A esto se suma, potenciando la litigiosidad, disparidad de metodologías para actualizar los créditos laborales y el incumplimiento en los plazos de caducidad.

La solución pasa por un replanteo integral de los procedimientos que se utilizan para elaborar los dictámenes médicos. El cambio más importante es que en lugar de encomendar la elaboración de una nueva evaluación del trabajador, la consulta tiene que estar concentrada y limitada a que el perito revise las disidencias que se plantean respecto al dictamen de la Comisión Médica. Es decir, que tomando como base el dictamen de la Comisión Médica y evalúe los fundamentos técnicos que sostienen los cuestionamientos que la parte actora presenta sobre ese dictamen. El trabajo del perito médico judicial tiene que consistir en una opinión fundada y profesional, tomando como referencia las reglas previstas en la legislación, sobre las disidencias respecto a la evaluación que hizo la Comisión Médica.

Para contribuir a la calidad, agilidad y objetividad de la revisión es recomendable que en la Justicia se constituya, tal como lo prevé la legislación vigente, un cuerpo de peritos seleccionados por concurso donde se pondere su idoneidad general y sus conocimientos de los instrumentos que contempla el sistema de riesgos del trabajo para la evaluación del daño laboral. Esto implica trabajar con un grupo cerrado de profesionales especialistas en medicina laboral estratégicamente seleccionados y a los cuales se les brinda permanente capacitación y actualización.

Otro punto clave es la auditoria y monitoreo de los dictámenes. Mantener un seguimiento permanente permitirá identificar posibles regularidades en los desvíos de criterios. Adecuadamente utilizada esta información es una fuente muy valiosa a los fines del análisis y seguimiento en general del sistema y particularmente para generar insumo que sirvan para tomar medidas orientadas a mejorar la calidad y objetividad de los dictámenes. Especialmente, el seguimiento de los dictámenes puede ayudar a detectar y eliminar factores que son fuente de controversias

Finalmente, tiene que formar parte de la estrategia un adecuado mecanismo de remuneración. Los honorarios deben ser consistente con la encomienda de dictámenes de alto nivel profesional. Para contribuir a la objetividad, el monto debe ser definido en función de la complejidad de la tarea encomendada y no como proporción de la incapacidad determinada.

Además de la reforma integral de los procedimientos que aplica el poder judicial de cada provincia para elaborar las pericias médicas es necesario otras acciones complementarias que se sumen a generar un entorno previsible. El respecto a los plazos de caducidad y un criterio homogéneo y razonable para la actualización de los montos indemnizatorios es muy recomendable.