



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Resolución firma conjunta

Número: RESFC-2024-74105-ANSES-CARSS#ANSES

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 25 de Septiembre de 2024

Referencia: Expediente N° [REDACTED]

VISTO los Expedientes N° [REDACTED]
con motivo del Recurso de Revisión interpuesto por el Señor [REDACTED] contra la
Resolución N° RBO-CG [REDACTED]/24, de fecha 20/05/2024, emitida por la MESA DE CÓMPUTOS [REDACTED]
[REDACTED] registrada en el Libro de Protocolo de Resoluciones bajo Tomo 1, Folio 65, y

CONSIDERANDO:

Que, a instancia del turno solicitado en fecha 23/02/2024, a través de la actuación N° [REDACTED] el señor [REDACTED] solicitó el beneficio previsional Retiro por Invalidez, petición que fue denegada por la Unidad mediante el decisorio citado en el VISTO, en tanto señala que la falta de presentación de la Declaración Jurada de Salud al momento de su reinscripción como trabajador cuentapropista (exigida por el Decreto N° 300/97), priva la posibilidad de computar los servicios posteriores a los fines de la obtención de la prestación que solicita, ello por cuanto, en principio, le impide demostrar que se encontraba capacitado en oportunidad del reinicio de su actividad laborativa, que en la especie – según se observa de la planilla de datos personales del SICAM - data del día 01/08/2022.

Que, impuesto el titular de dicho acto, interpuso Recurso de Revisión ante ésta Comisión Administrativa de Revisión de la Seguridad Social (CARSS), remedio que cabe entender formalmente procedente, por medio del cual expresa que el temperamento adoptado en la resolución recurrida resulta ser arbitrario y contrario al derecho aplicable, indicando que con fecha 28/11/2023 se le detectó una enfermedad de "mieloma múltiple IgKappa y fractura de vértebra dorsal con aplastamiento de columna RMM" y que, como consecuencia de ello, debe someterse a un trasplante en el Hospital [REDACTED] de la Ciudad de [REDACTED]

Que, asimismo, indica en su libelo recursivo que, en ningún momento, un agente de AFIP ni tampoco un empleado de ANSES le informó acerca de la necesidad de presentar una Declaración Jurada de Salud al reinscribirse en el régimen del monotributo y que, la falta de presentación de la misma, no fue su culpa ya que, como persona común, no conoce las normativas internas que deben ser comunicadas por los empleados de las diversas reparticiones públicas, reiterando que -a la fecha de su inscripción- gozaba de buena salud.

Que, analizadas las actuaciones, se constata que el Señor [REDACTED] declaró en su solicitud de Retiro Transitorio por Invalidez, como antecedentes laborales, prestar servicios en relación de dependencia y como monotributista independiente activo, destacándose por éste último rubro el desempeño por los lapsos 01/07/2004 – 30/10/2007; 01/12/2007 – 30/04/2013; y 01/08/2022 – 28/02/2024 inclusive, reuniendo un total de 16 años y 2 meses de servicios, de acuerdo al cómputo ilustrativo de servicios obrante a fojas 14 del Expediente N° [REDACTED]

Que, adentrándonos en el particular asunto sometido a reparo de esta Comisión, corresponde destacar que, para el otorgamiento de Retiro por Invalidez, el titular debe cumplir con ciertos requisitos legales.

Que, en primer lugar, para acceder a la prestación en cuestión, el titular debe acreditar una incapacidad laboral equivalente al sesenta y seis por ciento (66%) o mayor. En cuanto a este punto, la Unidad Médica [REDACTED] de la Ciudad de [REDACTED] en fecha 15/05/2024, determinó que el titular posee un setenta por ciento (70%) de incapacidad laborativa por presentar antecedentes de mieloma múltiple diagnosticado en el año 2023, con actual tratamiento de quimioterapia. En el mes de diciembre de 2023 se evidenció por radiografía fractura de aplastamiento con acúñamiento anterior de D8 secundario a su enfermedad, en condiciones para trasplante de médula ósea autólogo, una vez concluida la quimioterapia; reuniendo así los recaudos exigidos en el inciso a) del artículo 48 de la Ley N° 24.241, siendo del caso señalar que, en el apartado “consideraciones médico previsionales” 2do. párrafo del invocado Dictamen, se consigna como fecha de diagnóstico del Mieloma Múltiple el “año 2013”.

Que, en cumplimiento de los objetivos fijados a esta CARSS por la Resolución 2024-482-ANSES-ANSES del 6 de agosto de 2024, y en particular de lo dispuesto en el artículo 10° del Reglamento aprobado por la referida resolución, esta Comisión procedió a disponer como medida para mejor proveer, una consulta directa a las áreas pertinentes de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO efectuada - mediante Nota NO-2024-[REDACTED]-ANSES-CARSS#ANSES, de fecha 27 de agosto de 2024, obrante en fs. 16 del Expediente N° [REDACTED] – en razón de la contradicción que dicha fecha de diagnóstico representaba con los demás antecedentes que surgían del dictamen médico, dato de relevancia a efectos de poder resolver el caso traído a decisión.

Que, en razón de la misma, la Gerencia Médica de dicha Superintendencia - mediante Nota NO-2024-[REDACTED] APN-SM#SRT, de fecha 27 de agosto de 2024, obrante en fs. 18 del Expediente N° [REDACTED] -, informó que en cuanto a la aclaración solicitada sobre la fecha de la patología invalidante relevada en el Expediente N° [REDACTED] la Subgerencia Médica considera, que basados en la documentación obrante en dicho expediente, corresponde considerar que la dolencia ponderada tuvo origen en el año 2023.

Que, el segundo requisito lo constituye la edad del afiliado. Al respecto la ley exige no haber alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria, ni encontrarse percibiendo una jubilación en forma anticipada, observándose que, en este aspecto, el titular de marras no presenta inconveniente alguno.

Que, el último extremo a cumplir, está dado por la regularidad de aportes previsionales, conforme lo dispone el artículo 95 de la Ley N° 24.241 que, en sus partes pertinentes, prescribe: “*Considérase aportante regular con derecho a la percepción del retiro transitorio por invalidez (...) a aquel afiliado en relación de dependencia al que se le hubieran efectuado las retenciones previsionales correspondientes durante 30 meses como mínimo dentro de los 36 meses anteriores a la fecha de la solicitud del retiro por invalidez o a la fecha de fallecimiento del afiliado en actividad. El afiliado autónomo será considerado aportante regular si registra el ingreso de sus aportes durante 30 de los 36 meses anteriores a los acontecimientos descriptos, siempre que cada pago se hubiera efectuado dentro del mes calendario correspondiente a su vencimiento*”.

Que, asimismo establece: *“Considerase aportante irregular con derecho a la percepción del retiro transitorio por invalidez ...a aquel afiliado en relación de dependencia al que se le hubieran efectuado las retenciones previsionales correspondientes durante 18 meses como mínimo dentro de los 36 anteriores a la fecha de la solicitud del retiro por invalidez o a la fecha de fallecimiento del afiliado en actividad. A los fines de la misma calificación, el afiliado autónomo deberá registrar el ingreso de sus aportes durante 18 de los 36 meses anteriores a los acontecimientos descriptos, siempre que cada pago se hubiera efectuado dentro del mes calendario correspondiente a su vencimiento”*.

Que, continúa la norma en cuestión: *“Los periodos exigidos en los apartados precedentes se reducirán a 12 meses dentro de los 60 meses anteriores a la fecha de la solicitud del retiro por invalidez o a la fecha de fallecimiento del afiliado en actividad, cuando el afiliado en relación de dependencia o autónomo no alcanzare el mínimo de años de servicio exigido en el régimen común o diferencial en que se encuentre incluido para acceder a la jubilación ordinaria, siempre que acredite al menos un 50% de dicho mínimo y el ingreso de las cotizaciones correspondientes”*.

Que, por último, señala: *“Cuando los afiliados en relación de dependencia o autónomos acrediten el mínimo de años de servicios exigido en el régimen común o diferencial en que se encuentren incluidos para acceder a la jubilación ordinaria, serán considerados en todos los casos como aportantes regulares siempre que acrediten el ingreso de las cotizaciones correspondientes”*.

Que, si bien ponderando los servicios presentados el titular acreditaría los extremos necesarios para acogerse al beneficio de Retiro Transitorio por Invalidez, resta analizar su situación previsional a la luz de la falta de presentación de la Declaración Jurada de Salud que en la especie se verifica, hecho que impediría – en principio – computar los periodos posteriores a su reinscripción.

Que en punto a lo señalado, corresponde descartar que si bien no cabe en términos generales excusar el desconocimiento de la ley y por ende eximir al solicitante de la presentación de la declaración jurada de salud exigida por el Decreto N° 300/97, dicha imposición legal debe ser debida y razonablemente contextualizada, atendiendo a la finalidad del requisito, a las condiciones de la ciudadanía para cumplimentarlo y la mayor o menor complejidad del plexo normativo aplicable, como así también las especiales condiciones en que se inscribe cada caso en particular.

Que, por su parte, el cuarto Considerando del Decreto 300/97 precisa *“...que el procedimiento que se aplica para cumplir con el requisito del examen médico exigido al trabajador autónomo por el apartado 2 de la reglamentación del artículo 27 de la ley citada, contenida en el Decreto N° 55/94, ha demostrado en la práctica ser de difícil cumplimiento, ocasionando numerosos inconvenientes al afiliado, los que pueden evitarse reemplazando ese examen por una declaración jurada de salud”*.

Que, a los fines de la inclusión de los servicios cuentapropistas en el cómputo de la regularidad previsto por el Decreto N° 460/99 antes descripto - cuya consideración resulta esencial para alcanzar la calidad de aportante irregular con derecho -, el Decreto N° 300/97 establece que todo trabajador autónomo, que inicie o reinicie actividades, tiene la obligación de presentar en ANSES una DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (ANEXO I), reemplazando la obligatoriedad del examen médico, a los efectos de determinarse si padece alguna enfermedad al momento de su afiliación.

Que, el artículo 2° del Decreto N° 300/1997 sustituyó el apartado 2 de la reglamentación del artículo 27 de la Ley N° 24.241, contenida en el Decreto N° 55/94, por el siguiente texto: *“Será obligatorio para el trabajador autónomo*

que se incorpore al SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES (SIJP), presentar una Declaración Jurada de Salud a los fines de determinar si padece alguna incapacidad al momento de su afiliación; mientras no haya cumplido ese requisito, o si la declaración contiene falsedades o reticencias, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por fallecimiento del afiliado en actividad. Si se estableciere que se encuentra incapacitado en los términos del artículo 48 de la Ley N° 24.241, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por muerte del afiliado en actividad cuando la contingencia se produjera como consecuencia de la patología existente al momento de la afiliación”.

Que, con respecto a los servicios monotributistas, de acuerdo a lo establecido por la Circular DPA N° 20/14, de fecha 12 de agosto de 2014, en coincidencia con el Dictamen N° 56.108 de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de ANSES, se determinó que hasta tanto la AFIP no instrumente los mecanismos necesarios a fin de efectivizar la notificación personal de la declaración Jurada de Salud establecida por el artículo 6° del antedicho Decreto, no se encontraban obligados a su presentación, sin perjuicio que la misma sea recibida por el agente de ANSES en caso de presentación espontánea por parte del interesado.

Que, con posterioridad, esta ANSES ha dictado con fecha 14 de enero de 2015, la Circular DPA N° 01/15, mediante la cual se reemplaza a la Circular DPA N° 20/14, indicando que a partir del 13/01/2015 la Administración General de Ingresos Públicos implementó la notificación a los monotributistas de la obligatoriedad de la presentación de la Declaración Jurada de Salud establecida por el Decreto N° 300/97, siendo exigible a partir de esa fecha para dicho universo.

Que, además corresponde indicar que la normativa ANSES ACTI-03-01 señala que resulta obligatoria la presentación de la Declaración Jurada de Salud establecida por el Decreto N° 300/97 de aquellos monotributistas sociales (efectores) que inicien o reinicien actividades ante la ANSES, conforme el punto I, a partir del 04/11/2016, de conformidad con lo establecido en los Dictámenes de la Dirección General de Asuntos Jurídicos N° 56108/14 y 62267/16.

Que, en efecto, es dable advertir que el elenco de normas señaladas, impulsadas por el Decreto N° 300/97, procuran evitar una posible captación indebida de beneficio previsional, es decir, que un trabajador -en conocimiento de su afección- se inscriba en el régimen laboral al solo efecto de acceder, en un futuro inmediato, a una prestación previsional.

Que, en punto a la exigencia en cuestión, se ha sostenido que “[u]no de los temas que ha preocupado al legislador y cuya evolución puede seguirse a través de los distintos regímenes previsionales que se han sucedido en el tiempo, es el relacionado con la oportunidad en que se produce o manifiesta la incapacidad a los efectos de la obtención de la cobertura previsional, y **con el fin de evitar la indebida captación del beneficio**” (v. Fernando Horacio Payá (h) y María Teresa Martín Yáñez, “Régimen de Jubilaciones y Pensiones”, Tomo II, Lexis Nexis, 2008, pág. 926). Señalaron asimismo los autores (en la edición del año 2012 de su obra, Tomo I pág. 691), que “esta obligación tiene su antecedente inmediato en el art. 7° de la Ley 18.038 (...) con el objeto de **evitar la captación indebida del beneficio** (...) en función de su incapacidad preexistente”, es decir, con cita del precedente “Ávila” al que remite el dictado en “Omadei” (ver nota 219 en la misma página citada) “se trata de una exigencia impuesta por el legislador **para evitar situaciones de fraude** a un régimen financiero de carácter contributivo, inspirado en el principio de solidaridad social” (énfasis agregado al citar).

Que, deviene relevante resaltar a los fines de analizar el caso, que el titular registra más de 15 años de aportes, en total dieciséis (16) años y dos (2) meses, lo que impone acreditar al menos doce (12) meses aportados dentro de los

últimos sesenta (60) anteriores a la solicitud, hipótesis que el solicitante supera al totalizar diecinueve (19), debiendo ponderarse el hecho no menor, que sin necesidad de hacerlo continuó aportando aún luego de la detección de la dolencia, que el diagnóstico de la patología médica detectada (que le produce un porcentaje de invalidez laborativa de un 70%) se debe a un mieloma múltiple, que fue detectado en el mes de febrero de 2023, y que su reinscripción en el régimen del monotributo se realizó en el mensual agosto de 2022, es decir, seis meses antes de la detección de su enfermedad invalidante.

Que, por ende, constatado que la detección de la enfermedad que derivó en la incapacidad laborativa determinada al titular corresponde a un hallazgo médico surgente con posterioridad al momento de su inscripción al régimen cuentapropista - desde cuando era exigible la presentación de la Declaración Jurada de Salud – tal y como se ha confirmado en la especie con la consulta efectuada por esta Comisión al área médica competente, y no advirtiendo elemento alguno, ni siquiera indiciario, que permita presumir que de la patología en cuestión la parte tuviera conocimiento previo, corresponde descartar en la especie, sin hesitación alguna, la hipótesis de la existencia de una clara intención de captación indebida de beneficio u otra actitud oportunista, conclusión a la que se arriba también considerando la historia laboral del pretensor.

Que, en tales condiciones, teniendo en cuenta el fin último del requisito de exigencia de la mencionada Declaración Jurada de Salud, el carácter alimentario de las prestaciones que otorga esta Administración Nacional y por aplicación de los principios que informan la interpretación y aplicación de las leyes, de los que resulta que: *“...el principio rector en materia previsional según el cual, la aplicación de las leyes previsionales debe hacerse en forma tal que no conduzcan a negar los fines superiores que persiguen y otorgando prevalencia a los fines tuitivos de las normas de la materia”, “...tratándose de beneficios previsionales, en caso de que quepan dos interpretaciones posibles, ha de acogerse la que preserva, no la que destruye”* (Dictámenes PTN 262:020; 203:047, 274:296), esta Comisión considera que, en este caso concreto y de conformidad con el análisis de todo el contexto en el que han devenido los hechos acreditados en el expediente, la falta de presentación de la Declaración Jurada de Salud impuesta por el Decreto N° 300/97 se puede dispensar en tanto y en cuanto por los alcances del Dictamen de la Comisión Médica y la consulta aclaratoria generada por la misma a instancias de esta Comisión, permiten determinar que al momento de la reinscripción como monotributista en 08/2022 el titular no evidenciaba dolencia alguna ni tenía conocimiento de la misma, ya que ésta, que determinó el porcentaje de invalidez laborativa fue detectada recién en 02/2023, no haciéndose referencia a alguna otra anterior que no sea el Mieloma Múltiple allí descrito, mencionándose solamente una fractura de aplastamiento con acúñamiento anterior de D8 que fue detectado con posterioridad a la primera dolencia mediante una radiografía de fecha 12/2023 y a consecuencia o por efectos del tratamiento al que se encontraba sometido.

Que, por otra parte, y en refuerzo de los argumentos fundantes de la decisión a la que se arriba, se destaca que el art. 23 de la Ley N° 27.742 recientemente sancionada dispone expresamente, en lo que aquí cabe mencionar, que: *“Toda empresa u organismo con participación estatal total o mayoritaria deberá respetar los siguientes principios rectores: a) Eficiencia: utilizar eficientemente los recursos propios y los que reciba de las partidas presupuestarias; b) Transparencia: adoptar un rol activo en la publicación vinculada a su desempeño, adoptando las mejores prácticas de transparencia con sus accionistas y con la ciudadanía; c) Integridad: adoptar y cumplir con las políticas destinadas a prevenir y castigar la corrupción y el fraude, y desarrollar procesos destinados a garantizar la gestión transparente e íntegra de los recursos; f) Controles eficientes: diseñar un sistema de auditoría y control que vigilen el cumplimiento de normas y legislación vigente pero que también cuenten con una arquitectura de control destinada a identificar y evaluar riesgos críticos y el impacto de las políticas corporativas”*, lo que se expresa también a continuación en el Capítulo III del mismo Título II al introducir cambios en la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos N° 19.549 en general y en particular a los principios del procedimiento

administrativo, como la incorporación de su artículo 1° bis, preceptos legales que deben ser tomados como guía del accionar de la administración pública.

Que, en particular, al tratar el tema de la “*eficiencia burocrática*”, señala dicha norma que los interesados no estarán obligados a aportar documentos que hayan sido elaborados por la Administración centralizada o descentralizada, siempre que el interesado haya expresado su consentimiento a que sean consultados o recabados dichos documentos (y que) la Administración podrá recabar los documentos electrónicamente a través de sus redes o bases estatales, o mediante consultas a las plataformas de intermediación u otros sistemas habilitados al efecto.

Que, desde esta perspectiva que hace a la esencia de los procedimientos y la gestión pública, cabe advertir que el mecanismo procedimental y los instrumentos para la presentación de la referida “*Declaración Jurada de Salud*” no han variado prácticamente en nada desde el año 1997 en que fueron establecidos y, si se analiza ese procedimiento, se observa que la inscripción o reinscripción en la AFIP como trabajador independiente (en cuyo caso es exigida dicha declaración) remite a completar un formulario en papel que debía ser presentado sea ante la ANSES o ante una AFJP cuando existía el régimen de capitalización individual, generándole al ciudadano una carga de gestión hoy por hoy fácilmente solucionable por otras vías mucho más accesibles, simples y directas.

Que, en efecto, si se analiza dicho documento generado a partir de las RES. GRAL. AFIP N° 12 / 97 - RES. ANSES - D.E. N° 766 / 97 - RES. SAFJP N° 0428 / 97, se advierte que el mismo podría ser sustituido por un acápite dentro del formulario de alta o reinscripción tramitado ante dicha AFIP, capturando del mismo todos los datos de identificación personal y dejando al ciudadano la tarea propiamente de declarar (con los mismos campos existentes si se quiere) su situación de salud para poder proseguir y culminar su trámite de alta y así tener por cumplido el objetivo de la norma en un solo y único ato, sin generar sobrecarga burocrática y, lo que es peor, sin poner en riesgo la virtualidad del goce de los derechos previsionales amparados por la ley y la Constitución Nacional.

Que, esta falta de actualización de los procedimientos y de allí estas trabas o en determinadas situaciones “*trampas burocráticas*”, son cuestiones que se inscriben también como elementos coadyuvantes a la situación del mercado laboral que ha sido destacada en los considerandos del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 70/2023 al decir que “*Que esa intrincada red de regulaciones, lejos de proteger a los sectores más débiles de la población, los hace dependientes de sectores notablemente improductivos y parasitarios*”, que “*el empleo formal registrado no crece desde el año 2011, y es un hecho demostrado que las medidas estructurales adoptadas por la Ley de Empleo N° 24.013 y por la Ley N° 25.323 no han podido revertir el problema de la informalidad*”, lo que ha hecho necesario que por dicha norma de emergencia “*se modifican las Leyes Nros. 14.250, 14.546, 20.744 (t.o. 1976), 23.551, 24.013, 25.345, 25.877, 26.727, 26.844 y 27.555 y se deroga la Ley N° 25.323, a los efectos de mejorar y simplificar los procesos de registración, darle seguridad jurídica a la relación laboral*” (énfasis agregado al citar).

Que, asimismo, se ha sostenido que la aplicación mecánica de la norma reglamentaria Decreto 300/97 podría implicar en la presente causa, la no obtención del beneficio o, en su caso, una calificación diversa a la que hubiera correspondido, lo cual generaría una lesión en forma directa a la finalidad de la seguridad social, que no es otra sino la de “*...cubrir riesgos de subsistencia y ancianidad...*” (Fallos 280:75; 294:94; 303:857 entre muchos otros), y en caso de duda, la CSJN ha señalado que debe estarse a la postura que concede y no a la que deniega la prestación jubilatoria (Fallos 280:75; 294:94; 303:857, conf. “González, Héctor” del 14/4/86, entre otros).

Que, en este sentido, se ha dicho que “*...no puede exigirse el cumplimiento de otro requisito a aquella persona cuya capacidad repentina le impidió seguir trabajando y tal como lo manifiesta el a quo, no surge de las constancias de la causa que Anses haya llevado a cabo las medidas necesarias para dar cumplimiento a la exigencia de la notificación que prevé el Dec. 300/97. Así, y dado que la seguridad social tiene como cometido*

propio la cobertura integral de las consecuencias negativas producidas por las contingencias sociales, el apego excesivo al texto de las normas sin apreciar las circunstancias particulares de cada caso, no se aviene con la cautela con que los jueces deben juzgar las peticiones vinculadas con la materia previsional” (CSJN en autos “Garófalo, Pascual S/ invalidez”, sent. Del 13/3/90)...” (Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba. Secretaría Previsional. Sala B. Expte. N° FCB-21441/2022. AUTOS: “Olmos, Mariela Del Valle c/ANSES s/Amparo Ley 16.986, de fecha 16/05/2023).

Que, en igual sentido, “la exigencia dispuesta por el Decreto N° 300/97, que indica que resulta obligatoria la presentación de Declaración Jurada de Salud a todo trabajador independiente sea este autónomo, monotributista o efector social, con el objeto de determinar si padece alguna incapacidad en un porcentaje del 66% o más al momento de su afiliación constituye un nuevo requisito que, en efecto, condiciona la percepción del beneficio. En relación a ello, es importante señalar que los requisitos formales en materia previsional no deben ser dirimentes al momento de otorgar un beneficio que, por su finalidad específica es fundamental para cubrir riesgos de subsistencia por incapacidad laboral y vejez. Si la propia administración permitió la afiliación al SIPA del actor, y luego de un año y diez meses de dicha afiliación pretende desconocerla en función de presuponer que el mismo se encontraba incapacitado al momento de inscribirse como efector social, ello implica una conducta negligente de la ANSES por cuanto permitió la inscripción y el ingreso de los aportes y luego de dar cabal cumplimiento a los recaudos estatuidos por los arts. 6° y 7° del Decreto 300/97 rechaza la pretensión. En otras palabras, se deniega el beneficio so pretexto de que el actor no presentó declaración jurada de salud al ingresar al SIPA encontrándose incapacitado, pero es lógico pensar que si el actor ingresó al Sistema es porque cumplimentó todos los requisitos que le fueron impuestos, caso contrario no hubiera sido afiliado. Es arbitraria la resolución que denegó al actor el beneficio de retiro por invalidez por no haber presentado la declaración jurada de salud contemplada por el Decreto 300/97 al momento de afiliación al SIPA, luego de reconocerle la categoría de aportante irregular con derecho por haber cumplimentado los servicios con aportes exigidos por ley, dado que una decisión respecto de la cual no se brinda fundamento fáctico y jurídico que le sirva de base, configura un típico ejemplo de la lesión por arbitrariedad. Debe tenerse especial consideración en que el propio Estado (ANSES) fue el que posibilitó la inclusión al SIPA. De ello se sigue que, el actor resulta claramente damnificado ante el desconocimiento de su derecho al beneficio previsional por parte del ente estatal, al amparo de la normativa en crisis, por lo que, en la especie, no resulta aplicable el artículo 2 del Decreto 300/97, y corresponde declarar la nulidad de la resolución denegatoria dictada por ANSES” (Arias Oscar Alejandro c/ANSES s/Amparo Ley 16.986. fecha 23/04/2024. Expte N°: FCB 171/2022).

Que, en esta Instancia es importante recordar que: “...no es un método recomendable atenerse estrictamente a las palabras de la ley, ya que lo que debe rastrearse, en procura de una aplicación racional, es el espíritu que las informa, a fin de aventar el riesgo de un formalismo paralizante y de determinar lo que la norma ha querido mandar jurídicamente” (Fallos: 300-417 y 330-2093).

Que, asimismo, expuesto el ámbito contextual en el que se ha de analizar la exigencia estricta del cumplimiento de la norma que impone la obligación aquí omitida, debe ser confrontada con el principio de presunción del conocimiento de la ley (véase Bidart Campos, Germán J., “Una ficción estúpida”, El Derecho 142-564).

*Que la Corte Suprema de los Estados Unidos, en el caso Cheek v. United States : 498 U.S. 192 (1991), en el considerando II del voto del juez White que expresó la opinión de la mayoría, comienza por recordar el principio general según el cual la ignorancia de la ley penal no es excusa. Pero enseguida señala que el propio Congreso ha diluido el impacto de ese principio cuando se trata de violaciones de normas tributarias -atento a **la proliferación de leyes y reglamentaciones fiscales que han dificultado su acabada comprensión**-, exigiéndose que el ilícito se configure sólo cuando exista una “**intención específica**” de evadir el cumplimiento de las obligaciones tributarias. Y*

se analizan los precedentes de la Corte respecto a la interpretación y alcances del concepto de *premeditación* en el que se engloba ese requisito de punibilidad.

Que, en síntesis, la Corte de los EEUU reconoce como principio que la ignorancia o el error de interpretación de la ley, no es defensa en cuestiones penales (situación mucho más grave aún que la que se analiza en el caso), pero también que la proliferación de las normas y reglamentaciones fiscales dificulta el conocimiento preciso de sus disposiciones al ciudadano medio, por lo que, para ser punible en un caso penal-tributario, es necesaria la *premeditación*. Incluso el voto de la minoría (de los *justices* Blackmun y Marshall), reconoce lo atendible de la "*complejidad de las leyes impositivas*" como posibilidad exculpatoria en este ámbito, aun cuando no lo considere así para el caso concreto. Complejidad, por cierto, que es compartida con nuestra normativa tributaria y previsional y con el imbricado procedimiento impuesto al ciudadano por una normativa del año 1997 en un contexto institucional, laboral, social e incluso instrumental, absolutamente diferente.

Que, en esta misma línea de razonamiento, la Corte Suprema de Justicia de la Nación en autos caratulados "*Rita Esther Vera Barros v. Nación Argentina*" ha entendido, en el voto de los Doctores Rodolfo C. Barra, Carlos S. Fayt y Mariano Augusto Cavagna Martínez, "[q]ue si bien una aplicación literal de las normas precedentemente citadas privaría a la peticionante del beneficio que solicita, tal interpretación importaría desconocer que, como se reconoce desde antiguo, el derecho no es solo lógica, sino también experiencia, entendiendo por tal la comprensión del sentido último que anida en cada caso. Este temperamento también ha sido compartido por esta Corte, de modo especial al ocuparse de temas como el que ahora toca resolver, en relación al cual ha expuesto que 'el rigor de los razonamientos lógicos debe ceder ante la necesidad de que no se desnaturalicen jurídicamente los fines que los inspiran', fines estos que, en lo esencial, consisten en cubrir 'riesgos de subsistencia' (...) De ahí que, en relación al sub lite, 'la aplicación de la ley debe efectuarse equitativamente de acuerdo con la valoración de los hechos específicos traídos a conocimiento de los magistrados'".

Que, no resulta ocioso traer a colación que, también en dicho precedente judicial, se entendió que "[l]os jueces deben actuar con suma cautela cuando deciden cuestiones que conducen a la denegación de prestaciones de carácter alimentario".

Que, en nuestro ámbito jurisdiccional la Sala 1 de la CFSS consideró que el art. 6 del Dec. 300/97 dispone que los trabajadores autónomos que se incorporen al SIJP, serán notificados fehacientemente por la D.G.I., en oportunidad de su inscripción o reinscripción, de las disposiciones reglamentarias de la ley 24.241 contenidas en el apartado 2 de la reglamentación del art. 27 (Dec. N° 55/94), en el apartado 4 de la reglamentación del art. 30 (Dc. 56/94) y en ese mismo Decreto 300/97 y destacó que "*Ahora bien, por el período en el que el actor cotizó como monotributista, la demandada -quien invocó la omisión de la presentación de la declaración jurada de salud que el actor no desconoce-, a los fines de efectivizar el apercibimiento dispuesto en la norma, debió denunciar y acreditar, que el organismo recaudador cumplió con la obligación contenida en el art. 6 del Dec. 300/97*" Y que, "*En síntesis, tanto durante la vigencia del Dec. 55/94 así como durante la vigencia del Dec. 300/97, existía una previa actividad en cabeza de la Administración (en el primer caso la DGI y en el segundo la AFIP), cuya omisión impide responsabilizar al actor en la omisión de presentar la documentación que actualmente se le imputa y que conduce al desconocimiento de los servicios prestados en el régimen autónomo y, por ende, al rechazo del beneficio por no considerar acreditada la regularidad exigida por la legislación*" ("IPARRAGUIRRE Marianela Miryan c/ ANSES s/ amparos y sumarisimos", Expte. N° 12.420/2023, Sentencia del 04/07/2024).

Que, en el mismo sentido, la Sala 2 de dicho tribunal (en "*VELAZQUEZ Julio César c/ ANSES s/ amparos y sumarisimos*", Expte. N° 22.212/2022 Sentencia del 21/05/2024) señaló que "*En casos como en el presente la aplicación mecánica de la norma reglamentaria Decreto 300/97 podría implicar, la no obtención del beneficio o en*

su caso, una calificación diversa a la que hubiera correspondido, lo cual generaría una lesión en forma directa a la finalidad de la seguridad social, que no es otra sino la de 'cubrir riesgos de subsistencia y ancianidad' (Fallos 280:75; 294:94; 303:857 entre muchos otros), y en caso de duda, la CSJN ha señalado que debe estarse a la postura que concede y no a la que deniega la prestación jubilatoria (Fallos 280:75; 294:94; 303:857, conf. 'González, Héctor' del 15/4/86, entre otros)".

Que, por su parte, la Dirección de Asuntos Jurídicos de este Organismo se ha pronunciado a través del Dictamen N° 56.049, expresando que "...así como la presentación de la declaración jurada no acuerda absoluta certeza acerca de la ausencia de incapacidad al momento de la incorporación del trabajador autónomo, una recta interpretación del precepto enunciado no debiera conducir necesariamente a la denegación del beneficio..."; y que "... en ese caso, el otorgamiento de éste debiera quedar supeditado a lo que resulte de los exámenes médicos que deberán inferirse inexcusablemente, al estado de salud del peticionario a la épocas de la afiliación y de la solicitud..."

Que, los precedentes citados resultan aplicables al caso aquí analizado en la medida en que no se verifica la inexistencia de una captación indebida de beneficio, ni un intento de fraude a la ley o al sistema previsional.

Que, atento lo expuesto, se impone REVOCAR el acto administrativo citado en el VISTO y proceder a considerar los aportes monotributistas que comprenden el período 01/08/2022 al 28/02/2024 para la determinación de la calidad de aportante en los términos del Decreto N° 460/99, debiéndose concluir que el [REDACTED] (D.U. N° [REDACTED]) es un aportante irregular con derecho.

Que, la presente resolución se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por las Resoluciones MTySS N° 456/99, MTE y FRH N° 553/00, RESOL 2020-4-ANSES-ANSES, NO-2024-26765298-ANSES-DRL#ANSES, RESOI-2024-482-ANSES-ANSES y RESOI-2024-483-ANSES-ANSES,

Por ello,

LA COMISIÓN ADMINISTRATIVA

DE REVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

RESUELVE:

ARTICULO 1º) Revócase la Resolución N° RBO-CG [REDACTED] 24, de fecha 20/05/2024, emitida por la MESA DE CÓMPUTOS [REDACTED] registrada en el Libro de Protocolo bajo Tomo 1, Folio 65.

Artículo 2º) Otórguese el beneficio de Retiro Transitorio por Invalidez, solicitado por el Señor [REDACTED] (D.U. N° [REDACTED]), de acuerdo a lo expresado en los considerandos de la presente.

ARTICULO 3º) Regístrese, devuélvanse las actuaciones a la MESA DE CÓMPUTOS [REDACTED] a fin de notificar al interesado en los términos y condiciones establecidos por la Ley N° 24.463 y sus modificatorias, Leyes N° 24.665 y 25.372 y demás efectos correspondientes. Cumplido, archívese.

JED.

Digitally signed by SAMBUCETTI Antonio Luis
Date: 2024.09.25 14:17:03 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Antonio Luis Sambucetti

Vocal

Comisión Administrativa de Revisión de la Seguridad Social
Administración Nacional de Seguridad Social

Digitally signed by BULIT GOÑI Luis Guillermo
Date: 2024.09.25 14:18:28 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Luis Guillermo Bulit Goñi

Presidente

Comisión Administrativa de Revisión de la Seguridad Social
Administración Nacional de Seguridad Social



Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.09.25 14:18:31 -03:00