

BOLETÍN INFORMATIVO Septiembre 2015

DAÑO PUNITIVO CONTRA LAS ASEGURADORAS: CADA VEZ MAS RECURRENTE.

Los daños punitivos tienen por fin punir graves inconductas del demandado y prevenir hechos similares en el futuro. Se aplica cuando deliberadamente se vulnera el ordenamiento jurídico causando un daño a otro y obteniendo un rédito de ese incumplimiento.

En el caso bajo comentario, MAPRE dilató el pago de la indemnización que le correspondía al asegurado.

A tal fin, pretendió valerse de su propio incumplimiento al no haber entregado una constancia o copia de la denuncia al asegurado y mediante este ardid intentó burlar el derecho de indemnización, invocando que no había transcurrido el plazo del artículo 56 de la ley de seguro para pronunciarse, cuando este plazo había vencido hace tiempo.

La Sala Segunda de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata¹ manifestó que no cabe duda alguna del deprecio por los derechos del asegurado/consumidor, de la ausencia de lealtad del proveedor de servicios, de la violación del deber de informar, de la insistencia en su conducta grave, y de que hace cerca de seis años debió haber pagado el siniestro.

Se está volviendo recurrente la sanción por daño punitivo a las aseguradoras y se debe advertir también que el monto es muchas veces superior al monto que se reconocen por los demás rubros reclamados.

En este caso, por ejemplo, se otorgó \$69.220 por daño material, \$15.000 por daño moral, \$21.000 por privación de uso y \$105.220 por daño punitivo.

Sin lugar a dudas, esto es una cuestión que deben tomar debida nota las aseguradoras.

IMPUESTO SOBRE LOS CREDITOS Y DEBITOS EN CUENTAS BANCARIAS – ALGUNAS PREGUNTAS SIN RESPUESTAS DEL FISCO².

En el fallo en comentario³, la AFIP había determinado de oficio la obligación tributaria del contribuyente respecto del Impuesto sobre los Créditos y Débitos en Cuentas Bancarias.

En efecto, el Fisco Nacional luego de analizar la actividad desarrollada por el contribuyente,

¹ "Desiderio, Daniel Darío c/ Mapre Argentina de Seguros SA s/ Daños y Perjuicios" Cámara Nacional en lo Civil y Comercial de Mar del Plata. Sala 2da. 03/09/15.

² El presente artículo fue elaborado en base a información y argumentos del **Contador Leandro Marani**.

³ "TROBBIANI, ARIEL CLAUDIO s/ Recurso de Apelación", Expediente N° 30.284-I (y acumulado 33614-I), en trámite ante la Sala "D", Vocalía de la 10ma Nominación.



y la forma en que éste tenía para cancelar sus operaciones comerciales determinó que omitió ingresar el Impuesto a los Créditos y Débitos en las Cuentas Bancarias y Otras Operatorias por haberse perfeccionado bajo un sistema organizado la cancelación de sus deudas comerciales en efectivo sin recurrir a la utilización de sus propias cuentas bancarias, consecuentemente y acorde a las previsiones del inciso c) del artículo 1º de la Ley 25.453.

Con fecha 1º de junio de 2015 la Sala D del Tribunal Fiscal de la Nación resolvió **revocar la determinación del Fisco Nacional**:

En tal sentido y, en lo que refiere al caso en particular, según los elementos aportados a la causa sostuvo:

"Que, analizando los hechos concretos del caso traído a debate se observa que conforme las tareas de fiscalización realizadas por el ente recaudador, la recurrente realiza pagos a sus proveedores mediante diferentes medios de pago –desde efectivo hasta cheques, etc.—, como así también, del propio informe final de inspección y de las circularizaciones efectuadas a los proveedores, se evidencian distintas modalidades para cancelar las operaciones, como ser depósitos en la cuenta del proveedor y en otros casos pagos en efectivo y con cheques, reconocidos por los propios proveedores, como así también por el contribuyente."

Agrega el fallo en comentario "Que, en definitiva, en casos como el de autos, en el que

se trata de la existencia de pagos a proveedores mediante efectivo por sumas menores a \$1000; para cancelar operaciones, que cabe destacar no fueron objetadas por el Fisco, y no siendo, además, este el único medio de cancelación de las compras efectuadas por el contribuyente, lo cual demuestra que es circunstancial, y por lo tanto no puede catalogarse los eventuales pagos efectuados bajo estas condiciones, en un "Sistema organizado" que tenga la finalidad de reemplazar el uso de las cuentas previstas en el art. 1°, inc. a), de la ley 25.413 y sus modificaciones." (el resaltado me pertenece).

Es que frente a ello nos volvemos a preguntar: ¿cuál es la definición de "sistema de pagos organizados"? Según el Organismo, ante dicha pregunta llevada a cabo en la reunión de Enlace FACPCE/AFIP el 23/05/2002, expresó que "no puede ser efectuada en forma genérica, sino que debe analizarse cada caso en particular". Es decir, el Fisco hace gala de administrar y exigir un impuesto cuyo hecho generador no puede definirse con carácter general, sino que entiende debe hacerse "caso por caso". O sea, la generalidad ingénita y predicable de toda ley, se convierte, por obra del pensamiento del recaudador, en norma ajustada a la ocasión.

Entonces, y a modo de ejemplo nos preguntamos si estamos ante un sistema organizados de pagos cuando:

 Se paga siempre mediante depósito en efectivo en la cuenta bancaria de



un solo proveedor o de todos los proveedores o

- Cuándo se realiza dicho depósito en efectivo sobre pequeños saldos a cubrir, o sea en forma parcial a cada proveedor o a todos o
- Cuándo se paga pequeñas sumas de dinero en efectivo a un proveedor con pocas operaciones en el año o
- Cuando se paga siempre en efectivo a distintos proveedores.

Y siguen las preguntas:

- ¿En qué porcentaje de operaciones canceladas en efectivo o mediante el depósito en efectivo en las cuentas bancarias de los proveedores se estaría enrolado en un sistema organizado de pagos?
- ¿Hay algún número de operaciones con un único proveedor o con el conjunto de ellos, o importe de dinero tal, producto de una sola operación o varias con un único proveedor o muchos como parámetro para que un contribuyente crea que se encuentra ante un sistema organizado de pagos?

Estas y muchas otras preguntas nos surgen respecto a este concepto jurídico indeterminado, que no hace más que generar una gran inseguridad jurídica para los contribuyentes a la hora de evaluar si sus

operaciones quedan dentro del objeto del gravamen.

De ese modo, el concepto jurídico indeterminado se desvirtúa transformándose en facultad discrecional de la Administración con un criterio exclusivamente recaudatorio.

NUEVO DECRETO PARA LAS ART: ¡ES NECESARIO CAMBIAR TODO, PARA QUE NO CAMBIE NADA!

No es una novedad la gran litigiosidad en el ámbito laboral. Los reclamos por accidentes de trabajo crecen exponencialmente y su techo parece no tener fin.

El procedimiento administrativo ante las Comisiones Médicas establecido por ley ha sido cuestionado, siendo que desde el 2004 la Corte comenzó a declarar inconstitucional este procedimiento ante las demandas crecientes de los damnificados que lo consideraban un trámite burocrático que dilataba el pago de la indemnización, o determinaba una incapacidad menor a la real e impedía el acceso directo a la Justicia.

Sucede que el trámite administrativo es bastante largo y tedioso porque si el trabajador no está de acuerdo con el dictamen de la comisión jurisdiccional, la recurre ante la comisión médica central y recién ahí pasa a la Cámara laboral.

En ese contexto, este jueves 8 de Octubre comienza a regir el **decreto 1475/15** con el objetivo principal de intentar acelerar el



trámite ante las comisiones médicas, acortando varios de los plazos, e impedirá a las aseguradoras negarse a recibir denuncias sobre accidentes o enfermedades laborales, salvo contadas excepciones.

A continuación la síntesis de estas modificaciones:

- 1. La ART no puede negarse a recibir las denuncias de accidente o enfermedad.
- 2. El silencio de la ART implica la aceptación de la denuncia. Existe silencio una vez transcurridos DIEZ (10) días de recibida la denuncia, este plazo se puede prorrogar por DIEZ (10) días y para ello la ART tiene que notificar en forma fehaciente a la Empresa y al trabajador que hará uso de la prórroga.
- 3. En el supuesto de **rechazo**, la ART tiene que notificar en forma fehaciente a la Empresa y al trabajador. El rechazo de la ART deberá estar fundado en las condiciones que determine la reglamentación.
- 4. La ART no puede rechazar la denuncia alegando la inexistencia de la relación laboral cuando el Empleador la hubiere reconocido.
- 5. Las **Comisiones Médicas** intervendrán en los siguientes casos:
- Cuando la ART rechace un reclamo por enfermedad laboral fundado en que la patología no está incluida en el Listado de Enfermedades Profesionales.

- Cuando la denuncia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional sea rechazada por la ART porque se trata de incapacidades preexistentes al inicio de la relación laboral, porque el daño se produjo por cuestiones ajenas al trabajo, fuerza mayor o dolo del empleado.
- Ante la negativa del trabajador a recibir las prestaciones en especie provistas por la ART.
- Cuando existan divergencias sobre el contenido y el alcance de las prestaciones en especie.
- Para determinar la Incapacidad Laboral Permanente.
- Frente a las divergencias con relación a la situación de Incapacidad Laboral Temporaria o de la Incapacidad Laboral Permanente.
- Ante el pedido de la ART de un período transitorio adicional de doce (12) meses para que exista certeza sobre el porcentaje de incapacidad del trabajador.
- 6. Ahora, además de la ART y los trabajadores, el empleador podrá intervenir en el procedimiento ante las Comisiones Médicas. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO deberá reglamentar cómo y con qué alcance será esta intervención que será facultativa y no obligatoria.
- 7. El trabajador o sus derechohabientes deberán contar necesariamente con patrocinio letrado (abogado) desde su primera



presentación y durante todo el proceso ante las comisiones médicas. La SRT deberá instrumentar las medidas necesarias para que este patrocinio sea gratuito.

- 8. Las partes, incluida la Empresa, podrán ofrecer la prueba de la que intenten valerse, en la oportunidad y en la forma que fije la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO
- 9. Las resoluciones de las Comisiones Médicas son recurribles dentro de los 5 días hábiles administrativos de notificado el dictamen ante la Comisión Médica Central y éstas, a su vez, también son recurribles dentro de los 5 días de notificada la resolución.
- 10. Las notificaciones a las ART y a los empleadores con 5 o más empleados, se considerarán fehacientes y legalmente válidas cuando se cursen por la ventanilla electrónica establecida por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO o el medio electrónico que en el futuro la reemplace.