

Título

**EVALUACIÓN DEL CAPÍTULO  
OFTALMOLÓGICO DEL BAREMO  
PREVISIONAL: ANÁLISIS A PARTIR DE UNA  
SERIE DE CASOS Y NUEVA PROPUESTA.**

ALUMNO: Lucas Ariel Barnes.

CARRERA: Medicina Legal, Fundación Barceló

AÑO DE INGRESO: 2022

## Resumen

Argentina cuenta con un antiguo y complejo sistema de seguridad social, con alta fragmentación y convivencia de múltiples regímenes. Las personas con incapacidad laboral pueden acceder a jubilaciones anticipadas (régimen contributivo) o pensiones no contributivas. Desde 1998 el sistema previsional cuenta con una metodología para evaluar el porcentaje de la incapacidad laboral (Baremo previsional). Recientemente, se modificó la metodología para evaluar la incapacidad laboral de las personas que busquen acceder a las pensiones no contributivas, tomando elementos del Baremo Previsional. Parece ser un momento propicio para revisar esta metodología.

Este trabajo propone realizar un análisis crítico del Baremo Previsional, en especial del capítulo oftalmológico, y proponer una nueva metodología para la evaluación de la capacidad laboral. Para alcanzar estos objetivos, se realizó un análisis de 13 casos de expedientes que solicitaron el retiro definitivo en las Comisiones Médicas de la Secretaría de Riesgos del Trabajo entre enero y junio de 2024. Los casos fueron seleccionados de manera intencional, se trata de casos con afecciones oculares controversiales, es decir donde la incapacidad laboral no es evidente o el Baremo actual arroja evaluaciones que no se corresponden con una evaluación integral.

Se identificaron una serie de limitaciones en el Baremo previsional vigente: metodología de evaluación cuantitativa, por adición de patologías, sin evaluación de la capacidad integral; evaluación de la agudeza visual unilateral, que sobreestima la baja visión de alguno de los ojos; subestimación de la afección de la función del campo visual periférico, solo considera el campo visual central; no jerarquiza las afecciones del campo visual central e inferior; pondera la causa de la patología, por ejemplo, cuando se contempla como secularidad de diabetes o accidente cerebro vasculares; subestima la condiciones de monocularidad cuando suceden antes de los 45 años; no considera las tareas que desempeña la persona en su profesión u oficio.

Se propone una nueva metodología cuyas principales innovaciones son: establecer una evaluación cualitativa si la persona se encuentra o no capacitada para trabajar; evaluar a partir de funciones visuales, sin considerar las causas que dieron origen a la disfunción o patologías que no afecten las funciones visuales; evaluar la agudeza visual bilateral; ampliar el campo visual a evaluar y jerarquizar el campo visual central e inferior; considerar las tareas que desempeña la persona en su profesión u oficio.

# Índice

## 1 – Introducción:

- 1.1 Sistema previsional argentino
- 1.2 Antecedentes: metodologías para la establecer invalidez o discapacidad visual
- 1.3 Definiciones conceptuales
- 1.4 Planteamiento del problema
- 1.5 Objetivos
- 1.6 Metodología

## 2- Resultados: Presentación y análisis crítico de casos

- 2.1 Poli-patologías: adición de patologías
- 2.2 Ponderación de secuelas
- 2.3 Campo visual: efectos centrales y periféricos
- 2.4 Visión mono-ocular
- 2.5 Necesidad de considerar las tareas que se desempeñan en la profesión u oficio
- 2.6 Síntesis

## 3- Propuesta nueva metodología para el Baremo Previsional

- 3.1 Agudeza visual binocular
- 3.2 Campo visual
- 3.3 Consideración de las exigencias de función visual en función de actividades que desarrolla
- 3.4 Motilidad ocular
- 3.5 Resto patologías oculares
- 3.6 Algoritmo síntesis
- 3.7 Evaluación Minusvalía - Ley 20.475/1973

## 4- Conclusiones

## 5- Bibliografía.

# **EVALUACIÓN DEL CAPÍTULO OFTALMOLÓGICO DEL BAREMO PREVISIONAL: ANÁLISIS A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS Y NUEVA PROPUESTA.**

## **1. Introducción**

Las sociedades modernas construyeron sistemas de seguridad social para proteger a la población frente a los riesgos de privaciones económicas y sociales como consecuencia de vejez, enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, invalidez, la viudez, o la muerte. Argentina cuenta con un sistema de seguridad social complejo donde conviven diferentes regímenes y beneficios.

En el caso de la protección a personas con discapacidad visual se contempla distintos sistemas de protección: por un lado, personas que se hayan insertado en el mercado laboral registrado y hayan realizado aportes, acceden a una jubilación anticipada (jubilaciones contributivas por invalidez, retiro definitivo por invalidez); por otro lado, personas que no se han insertado en el mercado laboral y reciben ingresos por esta condición (pensiones no contributivas por discapacidad). Además, existe un sistema de seguros de riesgos de trabajo donde se indemnizan los casos donde la incapacidad tenga origen en una enfermedad profesional o accidentes de trabajos. Qué se entiende por discapacidad o invalidez y el modo en que se certifica esta condición es diferente en cada régimen, no se encuentra homogeneizado.

Este trabajo surge a partir de la experiencia como médico titular en la Comisión Médica Jurisdiccional de Lanús Oeste de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (en adelante SRT), donde se ha observado una serie de limitaciones en el capítulo oftalmológico de las “Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones”, comúnmente llamado Baremo Previsional (Decreto 478, 1998). Esta metodología se aplica actualmente para evaluar la capacidad de los/as trabajadores/as que solicitan acceso al retiro por invalidez. Se propone analizar críticamente el capítulo oftalmológico del Baremo Previsional a través de la presentación y análisis de una serie de casos; posteriormente se propone una nueva metodología.

En lo que sigue se presenta una breve descripción de las principales características del sistema de seguridad social argentino y las distintas metodologías empleadas para la certificación de discapacidad visual; se presentan algunas precisiones conceptuales para

el abordaje de esta problemática. Posteriormente, se detallan los objetivos y la metodología de este trabajo. En la segunda parte se presentan los resultados, a través del análisis de una serie de casos se realiza una evaluación del Baremo Previsional. En tercer lugar se concluye con una nueva propuesta.

### **1.1. Sistema previsional argentino**

Argentina cuenta con un antiguo y complejo sistema de seguridad social, con alta fragmentación y convivencia de múltiples regímenes. En este apartado se presentan las principales características de estos regímenes para focalizar en los regímenes vinculados a la discapacidad y la invalidez laboral.

Una primera distinción en los sistemas de protección social son las jubilaciones contributivas y las pensiones no contributivas. Ambos sistemas parten de enfoques distintos: el sistema contributivo premia la contribución laboral realizada por trabajadores/as y patrones/as o trabajadores/as autónomos/as; mientras que el no contributivo actúa como una red de protección para los sectores poblacionales más vulnerables y en situación de desigualdad.

La **pensión no contributiva**, es un beneficio que se otorga a las personas que no cumplieron con los requisitos de aportes necesarios para acceder a una jubilación contributiva, pero que se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Deben cumplir con ciertos requisitos de carácter social y económico: se otorga principalmente a personas mayores de 70 años, personas con discapacidad, o madres de 7 o más hijos/as, ex detenidos/as desaparecidos/así. Las más frecuentes son **pensiones por invalidez laboral**, otorgadas a personas con discapacidad que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y económica. Actualmente debe certificarse una incapacidad del **66% o más** y demostrar que no se cuentan con medios suficientes para subsistir ni tener otra cobertura dentro del sistemas de previsión social.

La Agencia Nacional de Discapacidad (en adelante ANDIS) se encarga de gestionar la evaluación de la discapacidad a través del Certificado Único de Discapacidad (en adelante CUD), requisito para acceder a ciertas prestaciones de la seguridad social para personas con discapacidad: beneficios impositivos, transporte, prestaciones de servicios de rehabilitación, etc. Estas prestaciones se encuentran reguladas por la Ley 24.901 (1997) y el art 28 de la Ley 23.661 (1989). Para el caso de las pensiones no contributivas se requiere el Certificado Médico Oficial que certifique la discapacidad o incapacidad laboral. Como se señaló no basta con tener una capacidad laboral disminuida para acceder

a pensiones no contributivas sino también encontrarse en una situación de vulnerabilidad social. Las pensiones no contributivas se desprenden del artículo 9 de la Ley 13.478 (1948).

La **jubilación contributiva** es aquella que se otorga a las personas que han realizado aportes al sistema previsional durante su vida laboral. Es parte del Sistema Integrado Previsional Argentino (en adelante SIPA), gestionado por la Administración Nacional de la Seguridad Social (en adelante ANSES). Para acceder, es necesario cumplir con ciertos requisitos: haber alcanzado la edad jubilatoria (60 años para mujeres y 65 para hombres) y contar con al menos 30 años de aportes. El monto de la jubilación se basa en los aportes realizados durante la vida laboral: cuanto más altos y constantes hayan sido los aportes, mayor será la jubilación. En la actualidad se trata de un régimen de reparto, es decir, las jubilaciones de los/as trabajadores/as pasivos/as se financian con las contribuciones de los/as trabajadores/as activos/as y los/as empleadores/as. Este sistema está regulado principalmente por la Ley 24.241 (1993) del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

Dentro del sistema previsional existen las **jubilaciones por invalidez o retiros por invalidez** es un beneficio previsional que se otorga a trabajadores/as que han realizado aportes y, debido a una enfermedad o accidente, han perdido la capacidad laboral y no pueden continuar trabajando. A diferencia de las pensiones no contributivas, la jubilación por invalidez está dentro del régimen contributivo, por lo que se requiere haber realizado aportes al sistema previsional. Para acceder a este retiro debe acreditarse una capacidad laboral física y/o intelectual disminuida en un **66% o más**; la persona no puede seguir desempeñando su trabajo habitual ni otro tipo de empleo relacionado. La evaluación de la incapacidad se realiza a través de un dictamen médico emitido por las Comisiones Médicas de la SRT, a través de ANSES. Inicialmente realiza una evaluación donde la Comisión Médica evalúa si existe incapacidad laboral y se otorga un **retiro transitorio por invalidez**. Los beneficiarios del Retiro Transitorio por Invalidez deben realizar una nueva audiencia médica luego de tres años de la obtención del mismo. Allí se evalúan todas las patologías por las cuales el trabajador obtuvo el beneficio y que porcentaje se determinó a cada una (Ej, coronariopatía 40%, afección psicológica 30% de capacidad restante y varices miembros inferiores 20% por capacidad restante). Se determina si la incapacidad es permanente y se puede acceder a un **retiro definitivo por invalidez**. Excepcionalmente, el dictamen puede prorrogar la transitoriedad por dos años.

**Tabla 1. Comparación Pensiones no contributivas por invalidez y retiro por por invalidez**

PENSIÓN INVALIDEZ	JUBILACIÓN INVALIDEZ
Régimen no contributivo	Régimen contributivo
ANDIS (Hospitales, juntas evaluadoras, salas de salud)	ANSES / Comisiones Médicas SRT
Mayor o igual 66%	Mayor o igual 66%

Fuente: Elaboración propia

Otro beneficio al que pueden acceder las personas con discapacidad en general y con ceguera en particular es una jubilación anticipada. En este caso también son las Comisiones Médicas de cada Jurisdicción de la SRT las que se ocupan de certificar la discapacidad. La **Ley 20.475** (1973) conocida como la Ley de Jubilación por Invalidez para Personas con Discapacidad en Argentina, considera que una persona tiene discapacidad cuando su capacidad laboral se ve reducida en un 33% o más; y permite que accedan a la jubilación a una edad más temprana, a partir de los 45 años, y con menos años de aportes al sistema previsional, un mínimo de 20 años. La ley busca ofrecer una protección especial y asegurar un ingreso digno a las personas con discapacidad, reconociendo las dificultades adicionales que enfrentan en el ámbito laboral y permitiéndoles acceder a la jubilación en condiciones más favorables.

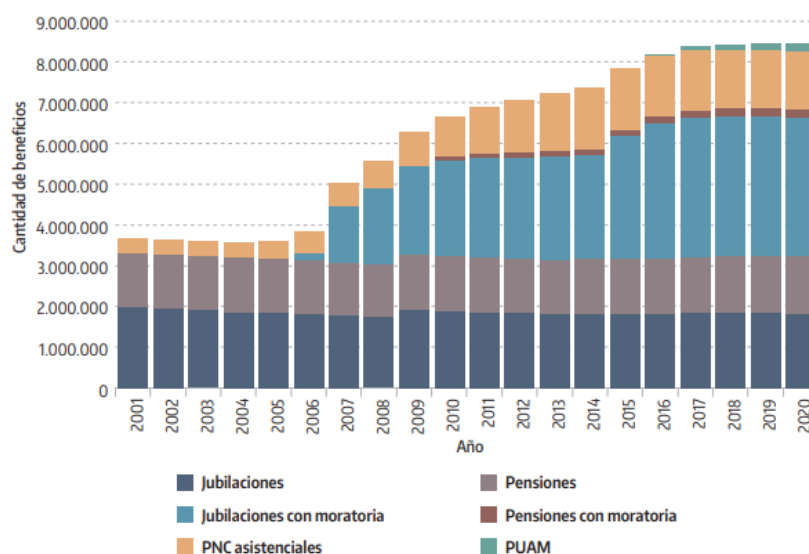
Asimismo, la **Ley N° 20.888** (1974) aplica a trabajadores en relación de dependencia o autónomos ciegos. Esta ley diferencia dos situaciones, por un lado, quienes padecen cegueras congénitas: tienen derecho de acceder a una jubilación ordinaria a 45 años de edad y/o 20 años de servicio; por otro lado, quienes tienen cegueras adquiridas, acceden a los mismos beneficios que quienes padecen la ceguera congénita si la contrajeron antes de los 40 años o antes de los 15 años de aporte. Si fuera con posterioridad (mayores de 40 años y con más de 15 años de aporte) accederán al beneficio si la ceguera se prolonga por dos años o más. La certificación de este último lapso la realiza la Comisión Médica de la SRT. A diferencia del retiro por invalidez, estos últimos regímenes sí permiten que las personas con ceguera o discapacidad que reciben la jubilación continúen trabajando.

El sistema de seguridad social argentino ha experimentado un aumento de su cobertura poblacional a partir de 2004, como se observa en el Gráfico 1. Esto se realizó a través de dos mecanismos, por un lado, se estableció un régimen de facilidades para quienes no contaban con los años de aporte para acceder a la jubilación. A través de

distintas leyes, se fue incorporando a sectores poblacionales en edad jubilatoria al sistema previsional. El objetivo fue ampliar la cobertura de la seguridad social y facilitar el acceso a la jubilación para aquellas personas que no cuentan con los años de aportes necesarios debido a situaciones de informalidad laboral. Benefició principalmente a mujeres, entre quienes las trayectorias en el mercado laboral registrado se caracterizan por ser más intermitentes. También se facilitó el acceso a las prestaciones para derechohabientes previsionales del trabajador autónomo fallecido.

El otro mecanismo fue la flexibilización del acceso a las pensiones no contributivas, en particular, las correspondientes a vejez e invalidez. Apella (2022) señala que “estos aumentos no se debieron a un cambio en las reglas y requerimientos de calificación de beneficiarios, sino, simplemente, a que se eliminó en forma progresiva el sistema de “cupos” existente hasta entonces.” (p. 74).

**Gráfico 1. Beneficios otorgados por el Sistema Integrado Previsional Argentino según tipo. Años 2001-2020. Argentina.**



Fuente: Imagen tomado de Apella (2022:76)

Como señalan Rofman y Mera (2024), mientras la cantidad de beneficiarios de las jubilaciones por invalidez se mantuvo estable, las pensiones no contributivas mostraron alta volatilidad y peculiar distribución geográfica: “la población pensionada representa un 8,7% del total de la población de Chaco, un 7,8% de la población de Santiago del Estero y un 6,7% de Formosa, mientras que sólo incluye a un 0,7% de la población de Tierra del Fuego o un 0,8% de CABA” (p. 12).

Estos mismos autores recomiendan:

Una propuesta de reordenamiento de este esquema debería enfocarse en unificar los procesos y la lógica de determinación de haberes de los esquemas contributivos y no contributivos. Para ello, se propone (i) que la totalidad de las solicitudes de beneficios por invalidez pasen por el sistema de Comisiones Médicas que, aplicando los criterios actuales, dictamine sobre la invalidez de los solicitantes y su carácter temporal o permanente; (ii) que el esquema de beneficios sea consistente con el de las jubilaciones por vejez. (Rofman y Mera, 2024:13)

El breve recorrido presentado pretende dar cuenta de la multiplicidad de regímenes para personas con discapacidad y las diferencias en los requisitos de acceso, los fundamentos de cada protección y los niveles de cobertura que han registrado. Cabe preguntarse cómo se determina la discapacidad y la discapacidad visual en particular en cada régimen, cuestión abordada en el siguiente apartado.

### **1.2. Antecedentes: metodologías para establecer invalidez o discapacidad visual**

Los distintos regímenes han establecido diferentes metodologías para establecer la discapacidad o la invalidez laboral. En el caso de la jubilación por invalidez, el Decreto 478 (1998) estableció una metodología uniforme para determinar el grado de incapacidad laboral que utilizan las Comisiones Médicas Jurisdiccionales de la SRT: las “Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones”, también denominado Baremo Previsional. Esta normativa está formada por los capítulos: Piel; Osteoarticular; Respiratorio; Cardiovascular; Digestivo; Obesidad y desnutrición; Riñón y vías urinarias; Genital masculino y femenino; Nervioso; Ojos; Garganta, nariz y oído; Sangre; Glándulas de secreción interna. Psiquismo. SIDA. Neoplasias.

Es importante señalar que este Baremo Previsional ofrece una metodología para establecer el porcentaje de incapacidad laboral. En caso de contar con varias condiciones, se establece una metodología para sumarlas: el porcentaje de cada nueva afección va a aplicarse sobre la capacidad funcional restante. Es decir, si una persona registra una disminución de su capacidad visual de un 30% y otra afección motriz ponderada en una disminución del 20%, esta última se considerará sobre el 70% de capacidad restante, es decir se sumará como un 14%. En total una persona con estas dos afecciones verá su capacidad laboral disminuida en un 44%.

El CUD, en la práctica funcionó como un requisito para el acceso a las pensiones no contributivas por invalidez. Las metodologías implementadas para acceder a él sufrieron varias modificaciones. Sin pretender realizar un examen exhaustivo, cabe mencionar que en 2002 el Servicio Nacional de Rehabilitación establecía en una disposición que, para acceder al certificado de discapacidad visual, se debía certificar deficiencias visuales moderadas, graves, profundas, casi totales o totales y/o deficiencias graves del campo visual; y ligeras en los casos de ojo único. Se aclaraba que el resto de las funciones de la vista debían evaluarse en contexto (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2002).

En 2011 este mismo organismo actualizó la metodología para certificar discapacidad visual, a través de una metodología más compleja que pretendió integrar la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante CIF). Como criterio para acceder al CUD contempla no solo las funciones de la agudeza visual y el campo visual y las alteraciones en las estructuras oculares, sino también restricciones en las actividades y en la participación en sociedad. Señala:

Este nuevo modelo de abordaje nos obliga a cambiar la mirada sobre la discapacidad y el criterio de evaluación. Genera la necesidad de incorporar nuevos elementos en este proceso. Tal necesidad surge a raíz de entender que la discapacidad no es sinónimo de enfermedad, sino de la interrelación de un complejo conjunto de elementos biopsicosociales que sólo pueden ser captados desde la mirada interdisciplinaria (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2011: Sección IV).

En 2015 se publica una nueva disposición que señala algunas precisiones pero mantiene el espíritu de la norma. Cabe señalar que estas metodologías buscan certificar la discapacidad y no la capacidad laboral. En este sentido la discapacidad es un concepto mucho más amplio y se vincula con la participación social no solo en el ámbito del mercado laboral (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2015).

En 2025 la Agencia Nacional de Discapacidad a través de la Resolución 187 volvió a establecer modificaciones. Reafirma que para acceder a la pensión no contributiva por discapacidad, esta debe certificarse a través del Certificado Médico Oficial la invalidez y estableció un nuevo baremo. Según el Anexo de la resolución, la metodología se construye:

tomando como base general el baremo Dto. 478/98, al cual se puede recurrir ante cualquier duda ya sea por tratarse de casos menos frecuentes o porque se necesita un análisis más minucioso de las secuelas y su grado de incapacidad (...) cuando se requiera más precisiones se puede recurrir a la fuente (Dto. 478/98), realizar interconsultas o Juntas interdisciplinarias (Agencia Nacional de Discapacidad, 2025, párrafo 15).

Una diferencia con el Baremo Previsional es que establece una clasificación cualitativa, y no porcentajes, para establecer el acceso a la pensión. Los dictámenes pueden ser:

**Siempre favorable:** incapacidad suficiente para generar un dictamen médico favorable a los fines del otorgamiento de la pensión, independientemente de los factores socioeconómicos.

**Evaluable:** necesidad de mayor evaluación (para lo cual se puede recurrir al baremo, a la consideración de los factores socioeconómicos, interconsultar con otros médicos u otras disciplinas o bien tener en cuenta otras patologías invalidantes fehacientemente documentadas) ya que podría llegar a generar un dictamen favorable o desfavorable debido al grado de invalidez alcanzada.

**Incapacidad baja:** si bien producen algún grado de incapacidad, no llegaría al grado de invalidez requerida para otorgar la pensión ni aun teniendo en cuenta los otros factores.

**Sin incapacidad:** tiene alguna patología, pero ausencia de incapacidad. (Agencia Nacional de Discapacidad, 2025, párrafo 18-21).

Como se observa mientras las jubilaciones por invalidez mantienen una misma metodología hace 25 años, el acceso al Certificado Único de Discapacidad y las pensiones no contributivas tuvieron mayores modificaciones y actualizaciones. Recientemente, una resolución avanzó en la homogeneización de esta certificación proponiendo como base metodológica el Baremo Previsional para el acceso a las pensiones no contributivas por invalidez. Parece ser un momento propicio para evaluar si este Baremo Previsional, en particular el capítulo de Ojos, se ajusta al objetivo que se propone evaluar la capacidad laboral de las personas. Antes de avanzar en este sentido conviene realizar algunas precisiones conceptuales.

### 1.3. Definiciones conceptuales

En el campo de la salud ocular, existen distintos conceptos que suelen confundirse y es importante precisar.

#### **Afección ocular**

Las afecciones oculares son condiciones o problemas de salud que afectan el sistema ocular pero no siempre generan deficiencia visual. Hay una amplia gama de afecciones oculares que no causan deficiencia visual pero aun así ocupan los principales motivos de consulta oftalmológicos de los servicios sanitarios (por ejemplo: conjuntivitis, las anomalías del párpado, la pterigión y el ojo seco). (OMS, 2020)

#### **Deficiencia visual**

Hace referencia a la presencia de un problema o enfermedad ocular que afecta el sistema visual y una o más de sus funciones. Esta definición es compatible con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Especialmente en datos epidemiológicos, se suele igualar la deficiencia visual con la agudeza visual; sin embargo, a nivel clínico incluye otras funciones visuales: la visión binocular, la percepción de profundidad, la sensibilidad al contraste, la visión periférica y la visión de los colores. (OMS, 2020)

#### **Agudeza visual**

Es la capacidad de nuestro sistema visual para distinguir detalles de forma nítida a una distancia y condiciones determinadas. Según su capacidad puede hablarse de baja visión o ceguera legal (OMS, 2023)

#### **Campo Visual**

El campo visual es el área total que una persona puede ver sin cambiar la dirección de la mirada. Puede afectarse por condiciones como el glaucoma, que reduce el campo visual periférico. Las limitaciones en el campo visual pueden influir en la conciencia del entorno y la detección de objetos circundantes, puede tratarse de una deficiencia visual (Kierstan, 2022)

La **baja visión** se considera a la agudeza visual mejor corregida (en adelante AVMC) menor o igual a 3/10 en el mejor ojo o campo visual menor a 20°; mientras que la **ceguera legal**: AVMC menor o igual a 1/10 en el mejor ojo o campo visual menor o igual a 10° (OMS 2020 y 2023; Resnikoff y otros, 2004)

**Tabla 2. Síntesis de definiciones y clasificaciones deficiencia visual.**

<b>Agudeza visual</b>	<b>Campo visual</b>	<b>Secuelas</b>	<b>Clasificación</b>
10/10 a 8/10	Conservado	No hay problema	
7/10 a 6/10	Diámetro = 20°	Problema leve	
5/10 a 4/10	Diámetro < 20°	Problema moderado	
3/10 a 1/10	Diámetro ≤ 10°	Problema grave	Baja visión
< 1/10	Ausencia	Problema completo	Ceguera legal

Fuente: elaboración propia a partir de definiciones OMS (2020 y 2023) y Resnikoff y otros (2004).

### **Discapacidad visual**

Cuando se hace referencia a la discapacidad siempre se vincula una limitación o deficiencia con la interacción con la sociedad. Como señala la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante CFI, 2001) la incorporación del modelo social implica que:

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social (p. 22).

Según la OMS (2020):

La discapacidad visual se refiere a las deficiencias, limitaciones y restricciones a las que se enfrenta una persona que tiene una enfermedad ocular al interactuar con su entorno físico, social o actitudinal.(...) Según la CIF, la discapacidad experimentada está determinada no solo por la enfermedad ocular, sino también por el entorno físico, social y actitudinal en el que vive la persona, así como por la posibilidad de acceder a una atención ocular de calidad, a ayudas técnicas (como las gafas) y a servicios de rehabilitación. (p. 14).

En este sentido, la discapacidad involucra la interrelación de las condiciones de salud (limitaciones y deficiencias) con las barreras o apoyos que la sociedad ofrece. El grado de discapacidad dependerá del grado en que las personas puedan participar en igualdad de condiciones en la sociedad. El CIF considera cuatro componentes:

funcionamiento corporal; estructura corporal; actividad y participación; y factores ambientales. Es decir, se consideran también las barreras o los facilitadores que cada sociedad crea para incluir a las personas con discapacidad. El trabajo es una de las áreas de la vida, juntos con otras como Educación, vida económica, vida comunitaria.

### **Capacidad laboral**

En el sistema previsional, sus regímenes y beneficios, se organizan y fundamentan a partir de las trayectorias laborales de las personas. Los beneficios se vinculan con la capacidad o la incapacidad de la persona de mantenerse en el mercado laboral, como trabajador/a. Por esta razón el foco se pone en la capacidad laboral en tanto atributo individual y no en la discapacidad que involucra todas las áreas de la vida y está vinculado al entorno. Según el Baremo Previsional: “la incapacidad laborativa, concepto médico especializado, se refiere a la disminución de la capacidad funcional laborativa originada por una enfermedad física y/o psíquica” (Decreto 478, 1998: párrafo 23). Este mismo documento distingue también el concepto de invalidez, donde se incorpora la ponderación del nivel educativo y la edad de las personas.

#### **1.4. Planteamiento del problema**

Argentina cuenta con un sistema de seguridad social complejo donde conviven diferentes regímenes y beneficios. En el caso de la protección a personas con discapacidad, se contempla distintos sistemas de protección según sean personas que han formado parte del mercado laboral registrado, han realizado aportes y pueden acceder a un retiro definitivo (jubilaciones contributivas por invalidez, retiro definitivo); o según sean personas que no se han insertado en el mercado laboral por su discapacidad y reciben del estado ingresos por esta condición (pensiones no contributivas por discapacidad). Sin embargo, qué se entiende por discapacidad o invalidez; el modo en que se certifica el acceso al beneficio no se encuentra homogeneizado en los distintos sistemas. A partir de la experiencia de trabajo en la Comisión Médica Jurisdiccional, se ha registrado una serie de limitaciones en el Baremo Previsional que se aplica actualmente para acceder a una jubilación por invalidez. Esta herramienta permite determinar el porcentaje de incapacidad laboral de una persona. La ley establece que con una disminución del 66% de su capacidad laboral la persona se encuentra incapacitada para regresar al mercado laboral, por tanto podría acceder a un retiro definitivo. En el trabajo cotidiano de aplicación de este Baremo Previsional se observa que su aplicación no siempre se adecua a la pregunta global si la persona puede o no seguir trabajando.

Distintos estudios han señalado la necesidad de homogeneizar los criterios para acceder a jubilaciones y pensiones no contributivas (Rofman y Mera, 2024; Agencia Nacional de Discapacidad, 2025). Recientemente, se ha modificado el modo en que se certifican a las pensiones no contributivas por discapacidad tomando elementos de los otros regímenes y en base al Baremo Previsional. Parece ser un momento propicio para revisar la aplicación práctica del Baremo Previsional actual.

Este trabajo se propone revisar el capítulo oftalmológico del Baremo Previsional, a través de la revisión de una serie de casos y proponer una modificación en su implementación.

## **1.5. Objetivos**

### **Objetivos generales**

- Analizar críticamente el capítulo oftalmológico del Baremo Previsional.
- Proponer una nueva metodología para evaluar la incapacidad laboral visual.

### **Objetivos**

- Analizar una serie de casos de expedientes que solicitaron el retiro definitivo por invalidez entre el 01 de enero y el 30 de junio de 2024 en las Comisiones Médicas de la SRT de Argentina.
- Identificar limitaciones del Baremo Previsional actual a la hora de evaluar la capacidad visual laboral.

## **1.6. Metodología**

Para alcanzar los objetivos planteados, se presentará y analizará críticamente una serie de casos a partir de expedientes presentados en la Comisión Médica solicitando el retiro definitivo por invalidez. Es decir, se trata de expedientes de personas que han accedido al retiro transitorio por invalidez y luego de tres años vuelven a ser convocados por la Comisión Médica de la SRT para evaluar un retiro definitivo, también llamado “artículo 50”, en referencia al dicho artículo de la Ley 24.241 (1998).

Entre el 01 de enero de 2024 y el 30 de junio de 2024 se presentaron a Comisiones Médicas solicitando el retiro definitivo de 1542 expedientes en toda la Argentina.

A partir de este ámbito de estudio, se seleccionaron 13 casos. La muestra fue intencional, el criterio fue identificar casos donde la principal afección fuera visual y se trate de casos controversiales, es decir casos donde la aplicación de Baremo Previsional actual arroja un porcentaje que no coincide con una evaluación global a si la persona se encuentra capacitada para trabajar. Se excluyeron los 114 casos donde las causas fueron puramente oftalmológicas, es decir, donde no había otras patologías y/o la afección ocular se deba a causas sistémicas. Se trata de casos donde la incapacidad laboral es alta, la aplicación de la metodología vigente arroja altos porcentajes.

A partir de la descripción y análisis crítico de estos casos se pretende identificar falencias del capítulo oftalmológico del Baremo Previsional actual. Para la descripción de los casos se presentan los datos de sociodemográficos de la persona: sexo, edad (en la que se inició el trámite, en la solicitud del retiro transitorio por invalidez), jurisdicción de residencia y oficio. Se presentan también antecedentes de salud que dieron origen a la incapacidad, informes médicos y el cálculo de los porcentajes de incapacidad a partir de la metodología vigente. Se realiza una evaluación a partir de establecer si el porcentaje que arroja la aplicación del Baremo Previsional actual realmente da cuenta de una evaluación global de incapacidad para trabajar de la persona. Finalmente, se realiza una propuesta de un nuevo Baremo a los fines de adecuar construir una herramienta que permita identificar si una persona puede o no seguir trabajando.

El relevamiento de datos se realizó con fuentes secundarias, no se realizó ninguna intervención sobre las personas, el procesamiento, análisis y presentación de datos se realizó de manera anónima para preservar la confidencialidad de los datos.

## 2. Resultados: Presentación y análisis crítico de casos

En este apartado se presentan 13 casos a partir de expedientes que solicitaron la evaluación de las Comisiones Médicas de la SRT para acceder al retiro definitivo por invalidez (artículo 50) en Argentina entre el 01 de enero de 2024 y el 30 de junio de 2024. De ellos ocho son varones y tres mujeres, el rango de edad va de 40 a 61 años.

Se realizó una agrupación de los casos a los fines de ilustrar algunas características del Baremo Previsional actual.

### 2.1. Poli-patologías: adición de patologías

En este primer apartado se presentan tres casos donde la principal patología es una condición visual, su evaluación con el Baremo actual indica que no se alcanza una condición de incapacidad laboral por la función visual. En estos casos el porcentaje de incapacidad laboral alcanza el 66% por la incorporación de otras patologías.

#### Caso 1

Sexo: Mujer

Edad 53 años

Residencia: Provincia de Buenos Aires

Oficio: Empleada de fábrica

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual se accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar más del 66% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución en la capacidad laborativa</b>	<b>59,95%</b>
Disminución de agudeza visual con corrección Ojo derecho: bultos / Ojo izquierdo: 6/10	50,00%
Limitación funcional de columna lumbar 11,00 % de la capacidad restante (50,00%)	5,50%
Limitación funcional de rodilla derecha 10,00 % de la capacidad restante (44,50 %)	4,45%
<b>Factores Complementarios</b>	<b>7,50%</b>
Edad: (5,00 % del 59,95 %)	3,00%
Nivel Educativo: ( 7,50 % del 59,95 % )	4,50%

<b>Porcentaje total invalidez</b>	<b>67,45 %</b>
-----------------------------------	----------------

En este caso la aplicación del baremo previsional actual establece que posee una discapacidad del 50% por una deficiencia visual, basado en un ojo cuya agudeza visual es de 6/10. Este porcentaje dista del porcentaje para alcanzar el dictamen de incapacidad laboral que se requiere para acceder. Se incorporan al cálculo aspectos cuya disfuncionalidad podrá ser propia del deterioro de la edad. Finalmente se agregan factores complementarios, contemplado en el Baremo Previsional actual, que ponderan la edad y el nivel educativo de los/as trabajadores como aspectos vinculados a la evaluación de la invalidez.

Si bien la aplicación del Baremo Previsional arroja un porcentaje de invalidez superior al 66%, una evaluación global de una persona con una agudeza visual binocular de 6/10 y algunas limitaciones funcionales motrices, no parece corresponderse a una persona incapacitada para trabajar.

Caso 2

Sexo: Varón

Edad : 59 años

Residencia: Provincia de Buenos Aires

Oficio: analista de sistema

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual se accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar más del 66% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución en la capacidad laborativa</b>	<b>70,36%</b>
Disminución de la agudeza visual Ojo derecho (con corrección) 5/10 Ojo izquierdo (con corrección) 6/10	14,00%
Alteración del campo visual: 21,00 % de la capacidad restante (86,00%)	18,06 %
Miastenia gravis-amiotrofias y miopatías medulares-nervioso- y 225 20,00 % de la capacidad restante (67,00%)	13,59 %

Reacciones vivenciales anormales neuróticas o neurosis- psiquismo-6N00 20,00 % de la capacidad restante (54,35%)	10,87 %
Miembro superior-osteoarticular- B200. 8,18 % de la capacidad restante (43,48%)	3,56 %
Hombro derecho limitado: en abdo-elevación 120° (2%), elevación anterior 130° (1%), elevación posterior 30° (1%), rotación externa 60° (3%): total 7%. Codo derecho limitado en Flexión 130°: (2%) 8,18 % de la capacidad restante (39,29%)	3.27%
Columna dorsolumbar-eje columnario osteoarticular- B120 5,00 % de la capacidad restante (33,86%)	1,69%
Flebopatias periféricas-vasculopatias periféricas- cardiovascular- D042x estadio II 5,00 % de la capacidad restante (32,17%)	1,61 %
Columna cervical-eje columnario osteoarticular- B110 3,00 % de la capacidad restante (30,56%)	0.92%

Respecto a la interconsulta oftalmológica el expediente detalla “Agudeza visual con corrección de 5/10 en el ojo derecho y de 6/10 en el izquierdo. A partir de la campimetría computarizada: En ambos ojos: se observa una pérdida bilateral de 460° del campo visual periférico con conservación del campo visual central que es compatible con una incapacidad del 54% del campo visual sobre la agudeza visual restante. Conclusiones: paciente con antecedente de miastenia gravis que presenta disminución de agudeza visual en ambos ojos. Presenta cataratas incipientes en ambos ojos, presión ocular dentro de parámetros normales, sin alteraciones en el fondo de ojos. En la campimetría computarizada se observa disminución de campo visual periférico”.

En este caso se contemplan nueve patologías. Por la metodología en que se suman cada nuevo ítem, a partir de la capacidad restante residual, los porcentajes son cada vez más bajos. Cabe preguntarse si la suma de los ítems involucra o no la capacidad laboral en términos integrales, siendo la deficiencia visual insuficiente para considerar a la persona incapacitada laboralmente.

### Caso 3

Sexo: Varón

Edad: 44 años

Residencia: Provincia de Santa Fe

Oficio: Empleado bancario.

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar del 67,55% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución capacidad laborativa</b>	<b>67,55%</b>
Ojos: Agudeza visual. Ojo derecho 8/10 con corrección Ojo izquierdo; 3/10 con corrección.	41,00 %
Piel: Penfigo severo.estadio II 33,00 % de la capacidad restante (59,00 %)	19,47 %
Neurosis de angustia grado ii o reacciones vivenciales anormales 10,00 % de la capacidad restante (39,53 %)	3,95 %
Columna dorsolumbar-eje columnario 6,00 % de la capacidad restante (35,58 %)	2,13 %
Columna cervical-eje columnario osteoarticular B110 3,00 % de la capacidad restante (33,45 %)	1,00%

En este caso la evaluación de la incapacidad parte de una situación con una condición visual con un nivel de agudeza visual compatible con un desarrollo de las funciones normales. Es la incorporación de otros segmentos corporales se alcanza un porcentaje establecido pero resta una verdadera evaluación de si se trata de una persona con incapacidad o capacidad laboral.

En síntesis, estos tres casos, ponen en evidencia el modo en que la incorporación de patologías genera que se puedan contemplar condiciones con bajo nivel de disfuncionalidad. Al permitir contemplar distintas patologías sin límites, cabe preguntarse si la metodología, realmente establece que una persona se encuentra incapacitada o no para trabajar; o si estas situaciones exigen una evaluación integral. Bajo estudio, todas las personas podrían detectar deterioros o disfuncionalidades, eso no significa que globalmente no se encuentren capacitadas para trabajar.

Al establecer que la incapacidad laboral se determina en función de alcanzar un porcentaje, si bien permite hacer objetivable situaciones con distintas patologías, también

invita a la incorporación de múltiples segmentos corporales lo que puede sobrerrepresentar la invalidez.

También ocurren situaciones con valores muy cercanos al 66% que no pueden alcanzar al beneficio, incluso se registra jurisprudencia donde la justicia falló favor de otorgar el retiro definitivo en casos con valores cercanos pero menores al 66% (Cámara Federal de la Seguridad Social, 2003 y 2011).

Sin embargo el objetivo del dictamen es establecer si la persona se encuentra capacitada para permanecer en el mercado laboral o acceder al retiro, bastaría con una evaluación cualitativa de su condición integral de salud. Determinar porcentajes de incapacidad intermedios no realiza ningún aporte a los fines del acceso al beneficio. En ese sentido avanza el Baremo para el acceso a pensiones no contributivas al proponer una evaluación cualitativa de cada persona. Se parte de la principal patología y se establece si esta situación es: siempre favorable (al acceso a la pensión) o de baja /nula incapacidad (sin acceso a la pensión). Se establece la categoría “evaluable” para situaciones donde se puede considerar; factores socioeconómicos, interconsultar con otros médicos u otras disciplinas o tener en cuenta otras patologías, a partir de las cuales se podría llegar a generar un dictamen favorable o desfavorable debido al grado de invalidez alcanzada (Agencia Nacional de Discapacidad 2025).

Una propuesta factible es establecer una metodología con una evaluación cualitativa, vinculada a si la persona se encuentra o no en condiciones de formar parte del mercado laboral.

Otro aspecto a resaltar en los casos presentados es que se alcanza el dictamen de incapacidad laboral con niveles de agudeza visual altos en alguno de los ojos. El Baremo Previsional actual evalúa la agudeza visual unilateral, sobreestimando la baja agudeza visual en un ojo, que no necesariamente tiene implicancias funcionales. Sería conveniente realizar la evaluación de la agudeza visual de manera binocular por varias razones.

En primer lugar, la alta prevalencia de ambliopía. La ambliopía u ojo vago, se produce cuando un ojo no puede alcanzar una agudeza visual normal o no permite el desarrollo completo de la visión en tres dimensiones. Una revisión sistemática identificó que la ambliopía no estrábica es frecuente en la población escolar con estimaciones por país que van entre los 1,46% y el 8,1%; en Chile se realizó un estudio en población adulta y se estimó que la ambliopía no estrábica afecta más al 2,6% de la población adulta (Saad y Rodriguez, 2023).

En casos de ambliopía , la función de la agudeza visual binocular suele acercarse a la visión del mejor ojo corregido, por tanto es conveniente tomar una evaluación visión binocular para acercarse a un funcionamiento más fiel de la capacidad visual de la persona en su tarea diaria.

En segundo lugar, a nivel internacional comienza a utilizarse la visión binocular para evaluar la agudeza visual. Ejemplo son los requisitos que establece la Unión Europea para obtener la licencia de conducir, donde se solicita que la visión binocular sea al menos de 5/10 para conductores regulares y 8/10 para profesionales (Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea, 2006). También la Provincia de Buenos Aires, establece que la ineptitud para manejar se establece a partir de valores menores a 11 en la suma de la agudeza visual de ambos ojos (Dirección Provincial de Política y Seguridad Vial. PBA, 2010).

En tercer lugar, en la práctica diaria en el consultorio en las evaluaciones de agudeza visual, el rendimiento de la agudeza visual binocular está dada por el ojo con mejor visión. Este dato lo reconoce Borrone (s/ref) y, en recomendaciones para mejorar el Baremo Previsional, también propone considerar la agudeza visual binocular.

Por último, cuando una persona se desempeña en el trabajo realiza sus tareas con ambos ojos descubiertos, no de forma monocular, por tanto la evaluación de su función de agudeza visual conviene realizarla de manera binocular que es el modo en que realiza sus actividades laborales.

## **2.2. Ponderación de secuelas**

A continuación se presentan dos casos donde se incorporan las secuelas oculares causadas por otras patologías.

### Caso 4

Sexo: Varón

Edad: 50 años

Residencia: Ciudad de Buenos Aires

Oficio: empleado administrativo

Antecedente: Diabetes

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar del 70,00% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución capacidad laborativa</b>	<b>70.00%</b>
Diabetes Estadio V: Retinopatía proliferativa	70,00 %

El expediente presenta informe que dictamina:

“IC oftalmología DBT tipo I. HTA.

Examen físico: Iris y pupilas: AO: Iris normales, pupilas redondas, centradas, simétricas y con los reflejos conservados. Medios refringentes: AO: córneas y cristalinos transparentes. PIO: AO: 16 mmHg. Fondo de ojo: OD: Papila de bordes netos, excavación fisiológica. Se observan microaneurismas y hemorragias puntiformes en 4 cuadrantes, brillo macular conservado. OI: Papila de bordes netos, excavación fisiológica. Se observan microaneurismas y hemorragias puntiformes en 4 cuadrantes, disparos de fotocoagulación láser en retina periférica superior, impresionan presencia de neovasos en retina periférica superior e interior, brillo macular conservado. Agudeza visual: AO: 10/10 con corrección.

Conclusiones: Paciente DBT e HTA que presenta agudeza visual 10/10 en ambos ojos, con valores de presión ocular dentro de parámetros normales. Al fondo de ojo se constata signos de retinopatía diabética.”

En este caso, el solicitante presenta retinopatía diabética proliferativa, sin ninguna disfunción en la agudeza visual ni en el campo visual. Es decir no están afectadas las funciones visuales, no habría razón de incapacidad laboral para desempeñarse como empleado administrativo. En este caso alcanza una disminución del 66,00% porque el Baremo Previsional actual considera incapacitante la presencia de complicaciones severas, independientemente de la afectación de funciones.

#### Caso 5

Sexo: Varón

Edad: 60 años

Residencia: Provincia de Buenos Aires

Oficio: seguridad privada

Antecedente: Accidente cerebrovascular

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar del 70,00% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución capacidad laborativa</b>	<b>68.80%</b>
Hemianopsia homónima izquierda	40,00 %
Accidentes Cerebro-vasculares- insuficiencia vascular, cerebro, cerebelo y tronco-nervioso- Y114 Secuela moderada 35,00 % de la capacidad restante (60,00 %)	21,00%
Síndrome cerebral orgánico no psicótico Grado II N3X3 20,00 % de la capacidad restante (39,00 %)	7,80%

El informe que se adjunta señala: “Logra agudeza visual con corrección 10/10 en ambos ojos, la presión intraocular se encuentra dentro de parámetros normales ( 12 mmHg) , no se encuentran alteraciones fundoscópicas. En campimetría se observa defecto compatible con hemianopsia homónima izquierda .”

En este caso, se observa que se contabiliza la disfunción en el campo visual y luego se suma la secuela del accidente cerebro vascular, sin embargo es la misma condición. Es decir, la metodología permite contabilizar dos veces una misma condición: por su difusión visual y como secuela.

En estos últimos dos casos se trata de personas donde se contabilizaron secuelas de ciertas patologías, en el primer caso sin consecuencias funcionales, en el segundo caso se contabilizó la disfuncionalidad y luego se agregó un ítem considerando la causa. Es decir, el Baremo Previsional pondera con mayor porcentaje aquellas disfunciones causadas por alguna secuela de otra patología. Si el objetivo del Baremo es evaluar la capacidad laboral, cabe preguntarse si sería necesario contabilizar secuelas sin efectos funcionales o sería conveniente focalizar en las funciones visuales independientemente de las causas que le dieron origen.

### **2.3. Campo visual: defectos centrales y periféricos**

En este apartado se presentan cuatro casos donde se evalúan las funciones del campo visual.

#### Caso 6

Sexo: Mujer

Edad: 46 años

Residencia: Provincia de San Juan

Oficio: contadora pública.

Antecedente: Cirugías por tumor cerebral

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar del 76,00% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución de la capacidad laborativa</b>	<b>76,00%</b>
Hemianopsia inferior 60,00 %	60,00%
Desarrollo Vivencial Anormal Neurótico con manifestación depresiva grado II 40,00 % de la capacidad restante (40,00 %)	16,00%

Este caso se trata de una solicitante que presenta agudeza visual en ambos ojos de 10/10, informe médico detalla: “PIO:17-19 BMC : S/P . Camp. Ojo derecho: hemianopsia altitudinal inferior. Ojo izquierdo: gran contracción isométrica a predominio inferior (Hemianopsia inferior cpm compromiso superior).”

Esta trabajadora no registra incapacidad por agudeza visual. Según el baremo previsional actual, la evaluación del campo visual evidencia una hemianopsia inferior, que se pondera como una disminución de la discapacidad del 60%. Este porcentaje no alcanza para considerarla con incapacidad laboral, sin embargo, se trata de una profesional de 46 años, con una afección visual grave donde no podría desenvolverse para cumplir con las funciones que su trabajo le requiere, especialmente vinculadas a la lectura.

#### Caso 7

Sexo: Varón

Edad: 60 años

Residencia: Provincia de San Juan

Oficio: Técnico electromecánico

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar del 71,35% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución de la capacidad laborativa</b>	<b>63,43%</b>
Deterioro del campo visual bilateral	45,00 %
Hipertensión arterial Estadio III 30,00 % de la capacidad restantes (55,00 %)	16,50%
Reacciones Vivenciales Anormales Neuróticas con manifestación angustiosa Grado I-II 5,00 % de la capacidad restante (38,50 %)	1,93%
<b>Factores Complementarios</b>	<b>7,50%</b>
Edad: (7,50 % del 63,43 %)	4,76 %
Nivel Educativo: ( 5,0 % del 63,43 % )	3,17%
<b>Disminución total</b>	<b>71,35 %</b>

En este caso se realiza interconsulta con oftalmología. Se trata de un paciente con buena agudeza visual, 8/10 en ojo derecho y 7/10 en ojo izquierdo. El informe médico detalla: "córneas claras, PIO 19 mmgh AO con medicación, FO: papilas 1 x 1 AO atróficas. CVC con gran alteración y escotomas absolutos superiores en AO, escotomas relativos en cuadrante inferiores, isla de visión central en AO, glaucoma terminal avanzado...".

La aplicación de la metodología actual establecería una disminución de una discapacidad laborativa en un 45%, sin embargo se trata de un técnico electromecánico con una profunda contracción del campo visual, prácticamente sin visión periférica, quien difícilmente pueda continuar desarrollando su actividad. La metodología actual subestima las afecciones del campo visual. Se requiere una actualización que reconsidere la función del campo visual.

#### Caso 8

Sexo: Varón

Edad: 61 años

Residencia: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Oficio: operario de balancín.

Antecedente: Accidente cerebrovascular y trombosis de la vena central retina ojo izquierdo.

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar del 79,00% de incapacidad laboral. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución de la capacidad laborativa</b>	<b>79,00%</b>
Agudeza visual: Ojo derecho 4/10 . Ojo izquierdo 1/10: 50%	50,00%
Defecto campo visual 450/500° 22.5% de la capacidad restante (50%)	11.25%
Hipertensión arterial estadio II 20,00 % de la capacidad restante (38,75 %)	7,75%

Según informe de interconsulta al prestador oftalmológico, concluye: “angiopatía esclerohipertensiva grado I y alteración del brillo macular en OD. Turbidez vítrea en OI y ametropía que con la corrección adecuada logra una visión de 4/10 y 1/10 respectivamente con severo compromiso campimétrico en ojo derecho (OD 450°/500°).”

Sin contemplar la hipertensión, la aplicación de la metodología actual contemplaría una disminución de la capacidad laboral de un 61%, por tanto un operario de balancín con esta limitaciones se encontraría en condiciones de continuar trabajando. Sin embargo, tiene una deficiencia visual producto de su baja agudeza visual y una reducción del campo visual del mejor ojo que sería incompatible para el desarrollo de sus tareas. La metodología actual subestima la deficiencia del campo visual y al mismo tiempo no siempre considera las tareas realizadas para evaluar la capacidad laboral.

#### Caso 9

Sexo: Varón

Edad: 30 años

Residencia: Provincia de Chaco

Oficio: peón rural

Antecedente: Traumatismo encéfalo-craneano

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar más del 68,80% de incapacidad laborativa. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución de la capacidad laborativa</b>	<b>68,80%</b>
Hemianopsia temporal derecha- diplopía superior	45,00%
Hemiparesia crural izquierda moderada 25,00 % la capacidad restante (55,00 %)	13,75%
Epilepsia 15,00 % de la capacidad restante (41,25 %)	6,19 %
Síndrome cerebral orgánico Grado I - II 11,00 % de la capacidad restante (35,06 %)	3,86 %

El informe médico detalla:

“Sobre su condición visual, el paciente tiene una agudeza visual con corrección de ambos ojos 10/10 Biomicroscopía S/p . Tensión Ocular AO 13 mmHg. Fondo de ojo: dentro de parámetros normales. Observaciones diplopía en la levo supraversion.

Motilidad ocular conservada.

Campos visuales OD Hemianopsia temporal. OI dentro de parámetros normales.”

Nuevamente se trata de un caso con buena agudeza visual pero profundas deficiencias en el campo visual, con una hemianopsia en el ojo derecho. Según la metodología vigente se encontraría en condiciones de seguir trabajando. Exigiría al menos analizar esta deficiencia del campo visual acorde a las tareas que desempeña.

En estos cuatro casos, la aplicación de la metodología actual subestima la función del campo visual. A excepción de oficios que exigen óptima función visual, los porcentajes de afección del campo visual se toman considerando 320° como campo visual preservado. Este punto de corte hace que las deficiencias en el campo visual queden subestimadas y difícilmente se alcance una condición de incapacidad (66%). Solo en ciertas profesiones u oficios que exigen óptima agudeza visual el Baremo actual considera ampliar la evaluación del campo visual (menciona como ejemplos, pilotaje de avión, conducción de transporte de larga distancia).

Borrone (2019) señala que el baremo previsional actual es limitado al considerar solo los 40° centrales en la evaluación del campo visual y sugiere ampliar el radio a 60°. “En el estudio funcional del CV para evaluar incapacidad, los expertos y la bibliografía científica han llegado a un consenso: extender el estudio perimétrico hasta los 60°”.

También parece necesario ponderar el eje inferior y central a la hora de calcular la funcionalidad del campo visual. En el Baremo Previsional actual se pondera con mayor importancia el campo inferior solo en el caso de las hemianopsias. La bibliografía respalda esta jerarquización, por un lado, el campo visual inferior tiene mayor amplitud que el superior. Por otro lado, un defecto del campo visual superior puede ser compensado con movimientos cefálicos; en cambio, los defectos del campo visual inferior repercuten en el desplazamiento, en la lectura rápida, tomar objetos, y se precisan exagerados movimientos de la cabeza para compensar la zona dañada (Fernandez García, 2014). Asimismo, es relevante ponderar el campo central: los defectos centrales afectan la zona de fijación, y conllevan una pérdida significativa de la agudeza visual, dificultando tareas como la lectura y reconocimiento de rostros. En los defectos periféricos, la agudeza visual puede estar conservada, pero se afecta la visión periférica comprometiendo la movilidad y capacidad para detectar objetos o movimientos fuera del campo central (Fernandez García, 2014).

Borrone (2019) realiza misma crítica sobre la evaluación del Baremo Previsional actual:

En líneas generales el campo visual central tiene mayor jerarquía funcional que el periférico y el campo periférico inferior mayor que el superior. A pesar de estas consideraciones fisiológicas y del consenso que existe internacionalmente al respecto, en nuestro país se sigue evaluando la incapacidad generada por el deterioro del CV sin considerar la visión binocular de la vida diaria y sin tener en cuenta la distinta jerarquía funcional de las áreas que componen el CV. Esto conduce a una valoración y cuantificación que no se corresponde con la realidad (párrafo 2).

Parece razonable proponer modificaciones en la evaluación del campo visual que consideren los 60° centrales de campo visual y ponderar la jerarquía del campo central e inferior.

## 2.4. Visión mono-ocular

### Caso 10

Sexo: Varón

Edad: 42 años

Residencia: Provincia de Chaco

Oficio: Carpintero.

Antecedente: Glaucoma.

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar más del 66% de incapacidad laborativa. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución de la capacidad laborativa</b>	<b>65.32%</b>
Disminución AV OI 4/10 cc según tabla monocular	49,00%
Hipertensión arterial II 20% de la capacidad restante (51,00%)	10.00%
Flebopatía Periférica estadio II 15% de la capacidad restante (41,00%)	6,12%
<b>Factores Complementarios</b>	<b>3,26%</b>
Edad: -	
Nivel Educativo: ( 5,0 % del % 65.32 )	3,26%
<b>Disminución total</b>	<b>68,58%</b>

Según interconsulta con prestador oftalmología: "...Glaucoma operado..Medios refringentes: OD opacidad corneal...Fondo de ojo OD: No se ve ... Ojo Izquierdo: Excavación 5/6 . glaucomatosa...Agudeza Visual : OD c/c 0/10 Ojo Izquierdo: c/c 4/10 Conclusiones: OD ceguera por glaucoma operado ,.... severa contracción del campo visual del OI ...."

Sin contemplar las patologías sistémicas (hipertensión arterial, flebopatía), la aplicación del Baremo Previsional actual establece una afección ocular con una disminución de la capacidad laboral del 49%, es decir, estaría en condiciones de trabajar incluso un trabajador con profundo compromiso de su campo visual. Asimismo complejiza el cálculo de la capacidad laborativa en los casos monoculares, donde se debe

contemplar la edad en que contrajo la mono-ocularidad, la agudeza visual y el campo visual.

Caso 11

Sexo: Mujer

Edad: 48 años

Residencia: Provincia de Buenos Aires

Oficio: sin dato

Antecedente: Glaucoma.

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar más del 66% de incapacidad laborativa. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución de la capacidad laborativa</b>	<b>62,20%</b>
Mono-ocular (anterior a los 45 años): Agudeza visual ojo derecho 6/10.	39,00%
Hipertensión arterial, estadio II 15,00 % de la capacidad restante (61,00 %)	9,15 %
Flebopatía periférica, estadio II 15,00 % de la capacidad restantes (51,85 %)	7,78 %
- Hipoacusia bilateral 14,23 % de la capacidad restante (44,07 %)	6,27 %
<b>Factores Complementarios</b>	<b>4,67%</b>
Edad: -	
Nivel Educativo: 7,5 % del % 62,20	4,67%
<b>Disminución total</b>	<b>66,87%</b>

En este caso, se presenta un informe médico oftalmológico donde se establece que a pesar de haber realizado tratamiento clínico y quirúrgico no se ha recuperado la visión de su ojo izquierdo, donde hay pérdida total de visión. En el ojo derecho la visión es de 6/10. En este caso la metodología contempla la edad en que la persona adquirió la condición de mono-ocularidad, antes de los 45 años. Si fuera después el porcentaje correspondiente sería mayor (50,00%). En el expediente no se detalla el oficio en el que

se desempeña esta persona, cabe preguntarse si se encuentra o no capacitada para trabajar con una agudeza visual de 6/10.

En estos dos casos se trata de situaciones de mono-ocularidad. El paciente monocular es aquél que conserva la visión de un solo ojo, con pérdida anatómica o de la capacidad visual total del otro. Como se señaló el Baremo Previsional vigente establece una evaluación de la agudeza visual bilateral, presenta una tipología para alcanzar el porcentaje de incapacidad en la agudeza visual a partir del valor de cada ojo. En la condición de monocularidad o enucleación (antes de los 45 años), se utiliza otra tabla con otros valores. Para ponderar la afectación del campo visual en estos casos combina una valoración del porcentaje de campo visual conservado, la agudeza visual del ojo y la edad en que se perdió la completa visión de un ojo.

El Baremo actual justifica la consideración de la edad en la capacidad adaptativa de la función visual y la capacidad de reeducar el ojo. Así, un trabajador que pierde la visión total del ojo derecho antes de los 40 años y con una agudeza visual del ojo izquierdo de 8/10, se establece una incapacidad del 10%; mientras que si la pérdida de la visión fuera a sus 46 años el porcentaje asciende a 41%. Sin embargo, en términos funcionales se trata del mismo desempeño, permanente e irreversible. Incluso se ha cuestionado las diferencias adaptativas entre mayores y menores de 45 años (Borrone, 2020). Si bien existe una serie de adaptaciones o “trucos” que permiten a la persona mono-ocular manejar profundidades, no alcanza a recuperar las funciones de una condición de visión binocular y los defectos en el campo visual temporal.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La bibliografía detalla distintas pistas o señales estáticas que permiten a la persona monocular el manejo de las profundidades. Existen pistas estáticas: la perspectiva geométrica, los puntos de fuga de las líneas paralelas que se alejan del observador son una poderosa pista de la distancia percibida; perspectiva aérea, los objetos más lejanos se difuminan en “azul” por efecto de la capa intermedia de la atmósfera; la posición de la luz respecto de las sombras da información sobre el objeto que las crea; el contraste, los objetos más oscuros dan idea de proximidad respecto de objetos claros con el mismo fondo; tamaño aparente, a medida que se aleja un objeto subtende un ángulo menor en la retina; interposición o solapado de objetos; sombreado/iluminación, gradiente de textura, etc. también hay pistas o señales dinámicas como la velocidad de movimiento, el paralaje, es decir si se fija la mirada en un punto y se mueve la cabeza en sentido horizontal, se percibirá que los objetos más cercanos al punto observado se mueven en sentido contralateral a la cabeza y los más lejanos, a su favor. (Borrone, 2020)

## 2.5. Necesidad de considerar las tareas que se desempeñan en la profesión u oficio

En este último apartado se presentan dos casos donde se evidencia una necesidad de incorporar la evaluación de las tareas que realiza cada trabajador para realizar una cabal evaluación de su capacidad visual.

### CASO 12

Sexo: Varón

Edad: 52 años

Residencia: San Nicolas

Oficio: Chofer de camión.

Antecedente: cataratas

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar más del 66% de incapacidad laborativa. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución capacidad laboral</b>	<b>61,44%</b>
Disminución AV 1/10 y 10/10	29,00%
defecto campo visual OI 45.7% de la capacidad restante (81,00%)	32,44%
<b>Factores Complementarios</b>	<b>6,14%</b>
Edad: (5% de 61.44%)	3,07%
Nivel Educativo: ( 5% del % 61.44% )	3,07%
<b>Disminución total</b>	<b>67,58%</b>

Según interconsulta con prestador oftalmológico de la SRT:

“..Agudeza visual OD 1/10 c/c OI 10/10 c/c. ambos ojos: córneas claras , cataratas +/++ . presión intraocular AO 12 mmhg .Campimetría computarizada: Defecto mixto con reducción generalizada de la sensibilidad y presencia de escotomas con una pérdida de 390° del campo visual del ojo izquierdo que corresponde a una incapacidad de 45.7% sobre agudeza visual restante..”

El Baremo actual no tiene en cuenta la profesión del solicitante, en el listado de profesiones que exigen óptima agudeza visual no se explicita este oficio. Sin embargo

como conductor profesional exige que las afecciones del campo visual sean ponderadas de manera íntegra.

**CASO 13**

Sexo: Varón

Edad: 51 años

Residencia: Provincia de Córdoba

Oficio: Peón rural

A través de la aplicación del Baremo Previsional actual accede al beneficio de retiro definitivo por alcanzar más del 66% de incapacidad laborativa. Este dictamen se fundamenta en el cálculo:

<b>Factores evaluados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Disminución capacidad laboral</b>	<b>61.44%</b>
Enucleación sin prótesis en OI, OD 10/10	45,00%
Hipoacusia mixta bilateral 15,87 % de la capacidad restante (55,00 %)	8,73%
Diabetes tipo 2 Estadío II 10,00 % de la capacidad restante (46,27 %)	4,63%
Hipertensión arterial Estadío II 10,00 % de la capacidad restante (41,64 %)	4,16%
<b>Factores Complementarios</b>	4,69%
Nivel Educativo: ( 7,5% del % 62,52% )	4,69%
<b>Disminución total</b>	<b>67,58%</b>

Se adjunta informe médico que detalla:

IC Oftalmología 05/01/2021: En 2012 tuvo infección por hongo en OI requirió varias cirugías y por ojo ciego doloroso le hicieron evisceración en OD le hicieron trabeculectomía por glaucoma, ahora sin tto médico. OI eviscerado, Párpados sin alteraciones anatómicas ni funcionales en OD Iris normal, pupila redonda y reactiva OD Medios refringentes: córnea clara, ampolla buen color y forma OD PIO OD 13  
Fondo de ojo dentro de parámetros normales, papila 0.5 OD Agudeza visual CSC OD 10/10 OI

En este caso el solicitante llegó al beneficio porque presenta hipoacusia, diabetes e hipertensión arterial. Si fuese una persona sana con enucleación del ojo izquierdo, según normativa vigente, la persona estaría capacitada para trabajar. En este caso sería conveniente evaluar si por las tareas que desarrolla en su oficio puede continuar desempeñándose. El Baremo Previsional actual lo clasifica como profesiones con exigencia de escasa agudeza visual.

Estos últimos dos casos, señalan las limitaciones de una metodología donde no se consideran las diferencias en las tareas que la persona desarrolla en su trabajo. En un artículo donde revisa la aplicación del Baremo Previsional Borrone (s/ref) introduce la distinción entre funciones visuales y visión funcional. Mientras las funciones visuales describen cómo funciona el ojo, la idea de visión funcional se refiere a cómo se desarrolla la persona en su medio con su capacidad visual. Colenbrander (2005) presenta ambos conceptos y señala que se vinculan con los componentes de la discapacidad que postula la CIF para pensar la discapacidad: estructura, funcionamiento, actividades y participación. Si las dos primeras se vinculan con los órganos, las últimas dos se relacionan con la persona y su entorno. Para evaluar la capacidad laboral de una persona sería conveniente incorporar la exigencia visual que su desempeño laboral exige, así como el entorno en el que se desenvuelve. El Baremo Previsional menciona distintas profesiones pero solo para considerar la evaluación del campo visual. Borrone (s/ref) propone incorporar las Guides to the Evaluation of Permanent Impairment.

Como se mencionó, esta perspectiva corresponde a la incorporación del modelo social de la discapacidad que evalúan no las deficiencias en sí mismas, sino la interacción de la persona en su entorno y las posibilidades de participar plenamente en sociedad. Muchas de las herramientas metodológicas construidas se enfocan en actividades de la vida cotidiana, incluida pero no exclusivamente la esfera laboral.

En este sentido, para el caso del acceso a los Certificados Únicos de Discapacidad, por la definición misma de discapacidad y en base al CIF, se incorporan la evaluación de la estructura, las funciones, pero también se incluyen preguntas para evaluar la afectación en las actividades de la vida diaria, así como la participación. En las Resoluciones de 2011 y 2015 se establecen cuestionarios y detalles de la metodología propuesta (Servicio Nacional de Rehabilitación 2011 y 2015).

Una propuesta podría ser incorporar este tipo de evaluaciones estandarizadas que den cuenta el grado en que la condición de salud afecta al desempeño de tareas de cada persona en particular que dependen de la función visual.

## 2.6. Síntesis

A lo largo de este apartado, a partir del análisis de trece casos de expedientes que solicitaban el retiro definitivo por invalidez, se detectaron algunas limitaciones de la metodología del Baremo Previsional vigente:

- Se alcanza un criterio de invalidez a partir de la suma de porcentajes de incapacidad, permite la incorporación de ilimitadas patologías. No hay una evaluación de la capacidad integral. Arroja un resultado cuantitativo (0-100%) a un trámite que exige una dictamen dicotómico (se encuentra o no capacitado para trabajar).
- La evaluación de la agudeza visual es unilateral, lo que sobreestima la baja visión de alguno de los ojos. La agudeza visual binocular se ajusta mejor a los fines de evaluar la capacidad visual laboral.
- Subestima la afección de la función del campo visual periférico, solo considera el campo visual central de 40°.
- No jerarquiza el campo visual central frente al periférico, ni el inferior sobre el superior.
- En los casos de mono-ocularidad, pondera de manera diferente según la edad en que se contrajo la condición.
- En casos de defunciones visuales como secuelas de ciertas patologías permite la contabilización tanto como de la defunción visual como secuela, por ejemplo de diabetes o accidente cerebro vasculares.
- No considera las tareas que desempeña la persona en su profesión u oficio.

A partir del análisis realizado sobre el Baremo Previsional vigente en el siguiente apartado se realiza una propuesta que pretende superar algunas de las limitaciones y ofrecer al mismo tiempo una metodología parsimoniosa.

### 3. Propuesta nueva metodología para el Baremo Previsional

En el capítulo uno presentaron distintas metodologías que se implementan en el sistema de seguridad social argentino para establecer la incapacidad laboral. En 1998, hace más de 25 años, se estableció una metodología en la SRT para evaluar la capacidad laboral de los trabajadores. Recientemente se estableció el uso del Baremo Previsional de la SRT para la Certificación de Médico Obligatoria para acceder a las pensiones no contributivas. Estos cambios invitan a revisar la adecuación de esta metodología al objetivo que se propone, evaluar la capacidad laboral de los trabajadores.

El análisis de los casos del capítulo dos señaló una serie de limitaciones de la aplicación del baremo.

En este apartado se presenta una nueva propuesta de baremo para evaluar la capacidad visual laborativa.

Una primera consideración es que se propone un dictamen cualitativo y no cuantitativo (porcentajes). De este modo, lejos de sumar porcentajes se propone recuperar el objetivo inicial del baremo, establecer si la persona se encuentra capacitada o no para continuar en el mercado laboral.

En el caso de la capacidad visual se evaluará siempre el mejor ojo corregido, teniendo en cuenta la visión binocular. Los pacientes con visión monocular se evaluarán bajo el mismo procedimiento que los pacientes con visión binocular.

#### 3.1. Agudeza visual binocular

En primer lugar se evaluará la **agudeza visual binocular**, es decir con el mejor ojo corregido. En los casos de mono-ocularidad o enucleación, independientemente de la edad, se evaluará la capacidad del ojo. Interesa la capacidad de la agudeza visual, sea en la visión binocular o en la visión mono-ocular si la persona tiene un solo ojo, independientemente de si posee o no el órgano o la edad en que se produjo esta condición. Esta evaluación se realizará con la Tabla Simplificada (Tabla 3). Si la agudeza visual binocular es menor o igual a 3/10 el solicitante se encontrará incapacitado para trabajar y no se requerirá mayores estudios.

Si la agudeza visual binocular es mayor a 3/10, en caso de no llegar a una evaluación incapacitante, se continuará con la aplicación de la metodología.

**Tabla 3. Tabla simplificada de evaluación de la agudeza visual**

Agudeza visual binocular*		Evaluación cualitativa
20/20	10/10	Sin disminución de la visión. Continuar evaluación.
	9/10	
20/25	8/10	
	7/10	
20/30	6/10	
20/40	5/10	
20/50	4/10	
20/60	3/10	Baja visión Incapacidad laboral
20/100	2/10	
20/200	1/10	
20/400	Visión bulto, cuenta dedos, movimientos de mano	
	Visión luz con proyección	
	Visión luz sin proyección	


### 3.2. Campo visual

Para la evaluación de la función del campo visual se propone realizar algunas modificaciones al baremo actual, evaluando 480° en todos los trabajadores (independientemente de la profesión u oficio) y modificando la ponderación de los defectos centrales e inferiores.

Como se mencionó el defecto del campo visual superior puede ser compensado con movimientos cefálicos, sin embargo los defectos campo visual inferior repercuten en el desplazamiento, en la lectura rápida, tomar objetos, y se precisan exagerados movimientos de la cabeza para compensar la zona dañada (Fernandez García, 2014).

Asimismo, es relevante ponderar el campo central. Los defectos centrales afectan la zona de fijación, y conllevan una pérdida significativa de la agudeza visual, dificultando tareas como la lectura y reconocimiento de rostros. En los defectos periféricos, la agudeza visual puede estar conservada, pero se afecta la visión periférica comprometiendo la movilidad y capacidad para detectar objetos o movimientos fuera del campo central (Fernández García, 2014).

La propuesta es evaluar el campo visual según tres sectores: CENTRAL (10°), SUPERIOR e INFERIOR, según si cada subporción está afectada: PUNTOS NO VISTO ■ o menores a 10 decibeles de la siguiente manera:

(Aclaración:  o BS (blind spot) no se contabilizará)

-CUADRANTE CENTRAL (10° centrales); si cada “subporción” está afectada en su totalidad corresponde a 30 puntos. Es decir, en la mitad superior hay cuatro porciones, y en la mitad inferior otras cuatro. Si se afecta la totalidad central corresponde a 240° de afectación.

-CUADRANTE SUPERIOR: si cada “subporción” está afectada en su totalidad corresponde a 4 puntos.

-CUADRANTE INFERIOR: si cada “subporción” está afectada en su totalidad corresponde a 8 puntos.

En caso que cada subporción esté afectada, pero no en la totalidad, sumarán la mitad del máximo posible por cada subporción (central 15, superior 2 e inferior 4 puntos)

Si la capacidad del campo visual en el mejor ojo sería igual o menor al 50% la persona se encontraría incapacitada para trabajar y no requerirá continuar con la evaluación. Si la agudeza visual es igual en ambos ojos, se analizará el campo visual más afectado.

Respecto a la aplicación de la campimetría se mantienen las consideraciones del Baremo Previsional actual, a saber:

- Son **contraindicaciones absolutas** para la realización de una campimetría que el paciente no perciba estímulos luminosos o que se halle alienado o privado de funciones cognitivas. En la práctica, es necesario una AV de por lo menos 1/10 para poder realizar el CVC.

- Índices de Confiabilidad:

Se consideran **NO confiables** aquellos campos visuales que el oftalmólogo lo informe como tal, y/o que presenten:

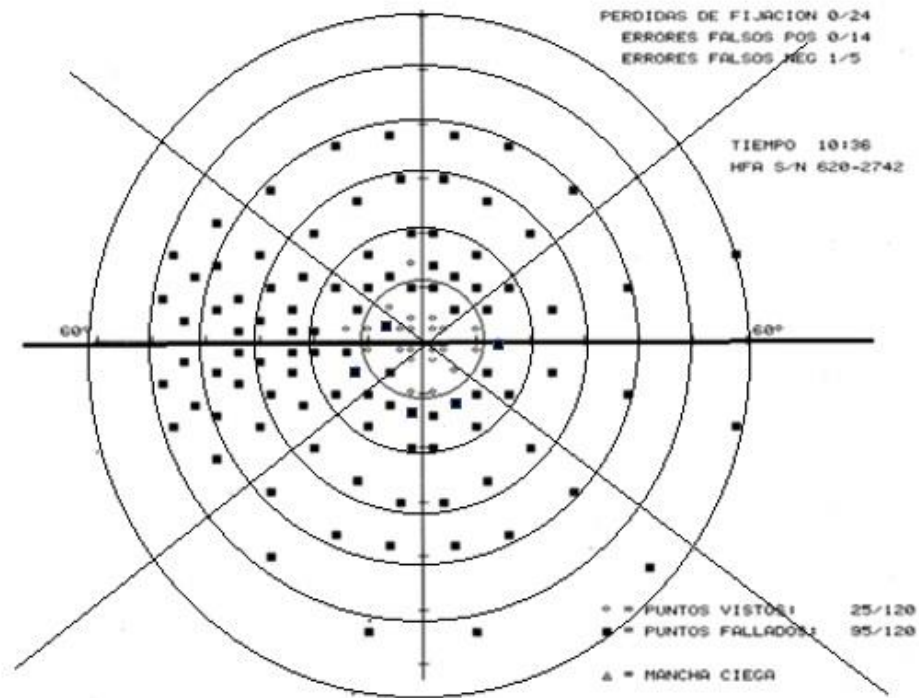
Pérdidas de fijación  $\geq 20$  %, o Falsos positivos  $\geq 15$  %, o Falsos negativos  $\geq 33$  %

Para la evaluación del campo visual, frente a discrepancia de la agudeza visual entre ambos ojos, se tomará el campo visual del mejor ojo. Ante agudeza visual iguales, se tomará el campo visual del peor ojo. Borrone (2019) proponen evaluar el campo visual binocular, sin embargo estas evaluaciones exigen metodologías y tecnologías específicas que no son factibles de aplicar en una normativa de carácter nacional.

### 3.2.1. Ejemplo evaluación campo visual

A modo ilustrativo se presenta el siguiente ejemplo de aplicación de la nueva metodología en la Imagen 1.

Imagen 1. Ejemplo ilustrativo de gráfico de la campimetría.



Fuente: Elaboración propia a partir de caso ilustrativo

ZONA CENTRAL (10° centrales): se observan 4 subporciones afectas ( ■ ) pero no en su totalidad. ( TOTAL CENTRAL 4 x 15 = 60° afectados)

ZONA INFERIOR: 16 subporciones afectadas en totalidad (16 x 8 = 128° afectados) + 1 subporción afectadas parcialmente (1 x 4= 4° afectados). TOTAL INFERIOR 132°

ZONA SUPERIOR: 12 subporciones afectadas en totalidad (12 x 4 = 48° afectados) + 2 subporciones afectadas parcialmente (2 x 2= 4° afectados). TOTAL SUPERIOR 52°

TOTAL: 60° + 132° + 52° = 244° de los 480° totales. Es decir, el 50.83% del campo visual está afectado.

Este ejemplo podría tratarse de un trabajador con campo visual central (10°) respetado, probablemente con buena agudeza visual, pero con gran afección del campo

visual periférico. Al tener en el mejor ojo, el 50% o más del campo visual afectado, se dictamina como incapacitado para trabajar.

### **3.3. Consideración de las exigencias de función visual en función de actividades que desarrolla**

Si en la aplicación de esta metodología para evaluar la agudeza visual y el campo visual, la persona se encuentra capacitada para trabajar, se debe avanzar en la evaluación según el tipo de profesión o tareas que se desempeña. El Baremo Previsional actual reconoce profesionales que exigen óptima agudeza visual, profesiones que requieren de buena agudeza visual, aceptable o escasa. Se propone que actividades laborales que exigen el máximo de visión (ingreso al Colegio Militar, Escuela Naval, Escuela de Aviación Militar, Aeronavegantes, personal ferroviario afectado al tráfico; conductores de transportes de pasajeros o profesionales) o trabajadores/as con pocas posibilidades de recalificación laboral justificado (bordadoras, ópticos, matriceros, relojeros, grabadores, ebanistas, tornero, modistas, costureras, electricistas, mecánicos), en estos casos se aplique el cuestionario de impacto de la discapacidad visual, IVI por sus siglas en inglés (Impact of Vision Impairment) (Lamoureux y otros, 2006).

Este cuestionario se utiliza para medir el impacto de la discapacidad visual en aspectos específicos de la vida cotidiana. Las opciones de respuesta de cada ítem se expresan en una escala que va de 0 (nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente) a 3 (mucho). Todos los valores de los elementos  $\geq 2$  se calificaron como causantes de preocupación o dificultad para los participantes con discapacidad visual.

El puntaje total se obtiene sumando todas las respuestas y luego dividiéndolo por el número de ítems respondidos. Un puntaje más bajo indica una menor afectación en la calidad de vida, mientras que un puntaje más alto sugiere un mayor impacto de la discapacidad visual.

#### Interpretación de los puntajes

1. 0 - 0.9 → Bajo impacto en la calidad de vida.
2. 1 - 1.9 → Impacto moderado en la calidad de vida.
3. 2 - 2.9 → Alto impacto en la calidad de vida.

En las profesiones que exigen óptima agudeza visual y buena agudeza visual, un valor de dos o más en este índice global determinará una incapacidad laboral.

**Tabla 4. Ítems cuestionario IVI**

LECTURA Y ACCESO A INFORMACIÓN		MOVILIDAD E INDEPENDENCIA		BIENESTAR EMOCIONAL	
Mirar y disfrutar la televisión.		Actividades recreativas (caminar, correr, gimnasia)		Me sentí avergonzado	
Compras		Visitar a amigos o familiares.		Me sentí frustrado o molesto.	
Reconocer o encontrarse con personas		Interfirió con la salida al aire libre.		Me sentí solo o aislado.	
Cuidar la apariencia (bañarse, afeitarse, etc)		Dificultad para evitar caerse o tropezar.		Me sentí triste o deprimido.	
Apertura de embalajes		Viajar o utilizar transporte (conducir)		Preocupado por el empeoramiento de la vista.	
Lectura de etiquetas médicas		Bajar escalones, escaleras		Preocupado por afrontar la vida cotidiana.	
Realización de tareas domésticas generales		Seguridad en el hogar		Me sentí como una molestia o una carga.	
Lectura de letra de tamaño normal		Derramar o romper cosas		Interfería con la vida en general	
Obtención de información		Dejó de hacer las cosas.			
		Necesita ayuda de otras personas.			

Fuente: Elaboración propia en base (Lamoureux y otros, 2006).

### **3.4. Motilidad ocular**

Existen distintas condiciones que alteran la motilidad ocular: estrabismo, nistagmus, parálisis de los músculos oculares.

Las secuelas que podrían ocasionar son, por un lado, la disminución de visión en el ojo afectado, cuya evaluación se incluye como primera instancia en la propuesta de esta metodología. Por otro lado, puede ocasionar diplopía en posición primaria de la mirada o miradas horizontales/verticales/oblicuas.

Los casos de profesiones u oficios que requieran un máximo de visión, y se presente diplopía binocular invalidante (no corrige con prismas, ejercicios oculares, toxina botulínica, cirugía), con necesidad de tapar el ojo afectado, se considerará incapacitante.

En caso de referir diplopía monocular la evaluación del campo visual también será realizado con estrategia de visión binocular.

### **3.5. Resto patologías oculares**

Se agrega como patología invalidante el melanoma ocular, por tratarse de una condición con rápido desarrollo.

El resto de las patologías oculares no explicitadas (Queratitis, ptosis palpebral, aniridia, midriasis, epifora, etc.) se evaluarán a partir de la afectación de las funciones de agudeza visual, campo visual y la aplicación de la evaluación del tipo de tarea.

### 3.6. Algoritmo síntesis

Imagen 4. Propuesta algoritmo evaluación de la capacidad laboral

**Metodología evaluación capacidad laboral según funciones visuales**

**1) Evaluación Agudeza visual binocular / mono-ocular**

$\leq 3/10$

Entre 4/10 y 10/10



**Incapacidad laboral**

**2) Evaluación Campo Visual**

Reducción del campo visual  $\geq 50\%$

Reducción del campo visual  $< 50\%$



**Incapacidad laboral**

**¿Profesión con exigencia visual?**



No

Sí



**3) Cuestionario IVI**

$\geq 2$

$< 2$



**Incapacidad laboral**

**4) ¿Motilidad invalidante?**

**5) ¿Tiene un melanoma ocular?**



No

Sí

Sí

No



**Incapacidad laboral**

**Incapacidad laboral**

**Capacidad laboral**

Fuente: Elaboración propia

### 3.7. Evaluación Minusvalía - Ley 20.475/1973

Para contemplar los casos comprendidos en la Ley 20.475/1973, se propone incorporar una evaluación de la condición de minusvalía, es decir una reducción de la capacidad laboral del 33%.

Si no cumplierse con los criterios de incapacidad laboral, se propone considerar la condición de minusvalía cuando la persona:

- Tenga un ojo con visión de al menos  $\leq 3$  y el otro ojo con una visión entre  $4/10$  y  $10/10$ .

#### Imagen 3. Propuesta algoritmo para la evaluación “minusvalía”

##### Metodología evaluación minusvalía visual

##### 1) Evaluación Agudeza visual unilateral

Ambos  
ojos  $\leq$   
 $3/10$

Un ojo  $\leq 3/10$   
Otro ojo  $> 3/10$



**Incapacidad laboral**

##### 2) Evaluación Campo Visual

Reducción del campo  
visual  $\geq 50\%$   
(en ojo con mayor AV)

Reducción del campo  
visual  $< 50\%$   
(en ojo con mayor AV)



**Incapacidad laboral**

**Minusvalía**

Fuente: Elaboración propia

## 4. Conclusiones

A lo largo de este trabajo, se presentó el contexto en el que se plantea la necesidad de revisar el Baremo Previsional. En el capítulo 1 se detalla los múltiples regímenes de la seguridad social que conviven en Argentina y los recientes intentos de homogeneizar las metodologías de evaluación de discapacidad e incapacidad.

Luego se presentaron 13 casos de expedientes que solicitaron el retiro definitivo por incapacidad entre enero y junio de 2024, centrados en el capítulo Ojos. Del análisis de estos casos se desprende una serie de limitaciones que tiene el Baremo Previsional actual.

A los fines de aportar a posibles modificaciones, se propone una nueva metodología de evaluación de la incapacidad laboral visual. Las principales diferencias son:

- En la nueva propuesta se analiza la incapacidad ocular sin tener en cuenta las causas, como sí lo hace el Baremo actual (ej retinopatía hipertensiva/diabética). Solo se considera la afectación final de la agudeza visual y del campo visual independientemente del origen de la misma.
- Eliminación de porcentajes de incapacidad. Se realiza una evaluación cualitativa que defina si el damnificado/a se encuentra incapacitado o no para trabajar.
- La evaluación se realiza a partir de funciones visuales: agudeza visual y el campo visual y, en ciertas profesiones, la afectación de la vida cotidiana y la motilidad. La única patología que se agrega es el melanoma ocular. No se incluyen patologías que no afecten estas funciones.
- Queda claro que el objetivo es definir si la persona se encuentra calificada para trabajar o no, por lo tanto, la evaluación siempre será con agudeza visual bilateral.
- Los pacientes monoculares se evaluarán de igual forma que los damnificados con visión binocular, independientemente de la edad en que se contrajo esta condición o de si se trata de una enucleación.
- Se propone un cálculo de la capacidad del campo visual más sencillo. Se amplía el campo evaluado y se divide al campo en tres sectores (superior, inferior y central).
- La evaluación del campo visual no se realiza en función de la capacidad restante.

Esta propuesta aspira a ser un aporte a futuras modificaciones. Sin duda restan desafíos, algunos de ellos:

- Analizar la adecuación de esta metodología con investigaciones y aplicaciones prácticas

- Siempre se presentan casos controversiales que no se ajustan a los algoritmos, para esos casos se propone una evaluación de la afección de actividades de la vida diaria. Sería conveniente avanzar en un instrumento que permita evaluar la afectación visual de las tareas del oficio o profesión de la persona, es decir de su desempeño laboral.
- Asimismo, se propone la aplicación del cuestionario en ciertas profesiones que tengan alta exigencia de la función visual. Sin embargo, parece conveniente revisar el listado y la clasificación de esas profesiones u oficios.
- Avanzar a una metodología que unifique los trámites de acceso a beneficios contributivos y no contributivos.
- Hacer extensiva esta metodología a todas las evaluaciones realizadas por las Comisiones Médicas de la SRT.

## 5. Bibliografía

- Agencia Nacional de Discapacidad (14 de enero de 2025) Resolución 187. Baremo para la evaluación médica de invalidez de las Pensiones no Contributivas por Invalidez Laboral. Boletín Nacional, 16 de enero de 2025. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/319710/20250116>
- Apella, Ignacio (2022) El sistema previsional argentino, sus logros y desafíos. Aportes para un debate de política informado. Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/37c4c5b9-e1a6-5634-bb8c-94719870a9aa/content>
- Boletín Oficial de la República Argentina, 27.745, 18 de octubre de 1993. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/639/texact.htm>
- Borrone, R (s/ref) valoración de la incapacidad visual análisis y propuesta de una nueva metodología. Cuadernos de Medicina Forense. Año 2, N°2. [https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/Tomo-2\(2003\)/Numero-2/CMF2-2-17.doc](https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/Tomo-2(2003)/Numero-2/CMF2-2-17.doc)
- Borrone, R (2019) Propuesta de una nueva metodología para la evaluación y cuantificación de la incapacidad generada por el deterioro del campo visual. Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658) 2019; 12 (2): 55-66. Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658) 2019; 12 (2): 55-66. [https://oftalmologos.org.ar/oce\\_anteriores/items/show/417](https://oftalmologos.org.ar/oce_anteriores/items/show/417)
- Borrone, R (2020) Monocularidad y cuantificación de incapacidad: revisión crítica del baremo previsional vigente en la Argentina. Oftalmología Clínica y Experimental, vol. 13, nro. 2, p. 61-7. <https://revistaoce.com/index.php/revista/article/view/14>
- Cámara Federal de la Seguridad Social (2003) Contreras, Lorena del Valle c/ A.N.Se.S. Disponible en <https://www.saij.gob.ar/camara-federal-seguridad-social-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-contreras-lorena-valle-anses-retiro-invalidez-art-49-4-ley-24241-fa23310019-2023-07-06/123456789-910-0133-2ots-eupmocsollaf?>
- Cámara Federal de la Seguridad Social (2011) D'Andretta, Carlos Alejandro c/ A.N.Se.S. s/ retiro por invalidez. Disponible en <https://www.saij.gob.ar/camara-federal-seguridad-social-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-dandretta-carlos->

alejandro-anses-retiro-invalidez-fa11310149-2011-11-22/123456789-941-0131-  
lots-eupmocsollaf

CFI (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión abreviada. Organización Mundial de la Salud.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf)

Colenbrander, A (2005) Visual Functions and Functional Vision. International COngress Series. Vol 1282. Elsevier.  
[https://www.researchgate.net/publication/223233607\\_Visual\\_functions\\_and\\_functional\\_vision](https://www.researchgate.net/publication/223233607_Visual_functions_and_functional_vision)

Decreto 478 (30 de abril de 1998) Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al S.I.J.P. Boletín Oficial de la República Argentina, 28.892, 7 de mayo de 1998.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/50000-54999/50726/dto478.pdf>

Dirección Provincial de Política y Seguridad Vial . Provincia de Buenos Aires (23 de agosto de 2010) Disposición 9. Examen de aptitud psico-física en el otorgamiento de la licencia de conducir. CC 10.861  
[http://www.gob.gba.gov.ar/portal/portalgba/dpssv/dispo9\\_10.pdf](http://www.gob.gba.gov.ar/portal/portalgba/dpssv/dispo9_10.pdf)

Fernández García, C (2014) Rehabilitación visual en pacientes con defectos neurológicos de campo. Tesis de Grado Óptica y Optometría. Universidad de Valladolid.  
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/6613>

Kierstan, Boy (2022) Prueba del campo visual. American Academy of Ophtalmology.  
<https://www.aao.org/salud-ocular/consejos/prueba-de-campo-visual>

Lamoureux, EL; Pallant, JF; Pesudovs K, Hassell JB y Keeffe JE (2006) The Impact of Vision Impairment Questionnaire: an evaluation of its measurement properties using Rasch analysis. Investigative Ophthalmology & Visual Science. 2006 Nov; 47(11):4732-41. <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2124839>

Ley 13.478 (29 de septiembre de 1948) Suplemento Variable sobre el Haber de las Jubilaciones. Boletín Oficial de la República Argentina, 16.186, 21 de octubre de 1948.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/30000-34999/32032/texact.htm>

- Ley 20.475 (25 de mayo de 1973) Ley de Jubilación por Invalidez para Personas con Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina,,  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/42429/norma.htm>
- Ley N° 20.888 (30 de septiembre de 1974) Beneficios previsionales para ciertos discapacitados. Boletín Oficial de la República Argentina, 23024, 28 de octubre de 1974.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/109620/norma.htm>
- Ley 23.661 (05 de enero de 1989) Sistema Nacional del Seguro de Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, 26.555 , 20 de enero de 1989.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>
- Ley 24.241 (13 de octubre de 1993) Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Boletín Oficial de la República Argentina, 27.745, 18 de octubre de 1997  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/639/norma.htm>
- Ley 24.901 (05 de noviembre de 1997) Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina, 28.789, 05 de diciembre de 1997  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/texact.htm>
- OMS (2020) Informe Mundial sobre la Visión. Organización Mundial de la Salud.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331423/9789240000346-spa.pdf>
- OMS (2023) Ceguera y discapacidad visual. Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea (20 de diciembre de 2006) Directiva 2006/12. Sobre el permiso de conducir. Diario Oficial de la Unión Europea, 403/18, 30 de diciembre de 2006. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006L0126>
- Resnikoff, Serge y otros (2004) Global data on visual impairment in the year 2002. Bulletin of the World Health Organization 2004;82:844-851.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/2623053/pdf/15640920.pdf>

- Rofman, Rafael y Manuel Mera (2024) En búsqueda de equidad y sostenibilidad: Una propuesta para reordenar el Sistema Previsional Argentino. Informe Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2024/12/En-busqueda-de-equidad-y-sostenibilidad.pdf>
- Saad, Mariam y Selma Rodriguez, (2023) Ambliopía no estrábica: revisión sistemática en Hispanoamérica, prevalencia de casos clínicos. Revista de Investigación en Salud. Volumen 6 No. 16, enero-abril 2023. [https://repositorio.cidecuador.org/bitstream/123456789/2647/1/Articulo\\_25\\_Vive\\_N16V6.pdf](https://repositorio.cidecuador.org/bitstream/123456789/2647/1/Articulo_25_Vive_N16V6.pdf)
- Servicio Nacional de Rehabilitación (22 de febrero de 2002) Disposición 213. Certificación de Discapacidad para la Enfermedad Fibroquística del Páncreas y para Discapacidad Visual. Boletín Nacional, 18 de Mayo de 2005. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-213-2002-106334/texto>
- Servicio Nacional de Rehabilitación (27 de octubre de 2011) Disposición 2230. Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad Visual. Boletín Nacional, 07 de marzo de 2012. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/19079.html>
- Servicio Nacional de Rehabilitación (29 de julio de 2015) Disposición 369. Certificación de Personas con Discapacidad Sensorial de Orígen Visual. Boletín Nacional, 29 de julio de 2015 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-639-2015-249756/texto>