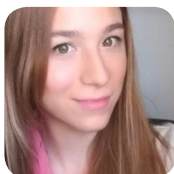


La actualización del baremo laboral: principales lineamientos del Decreto 549/2025

El artículo analiza la actualización del baremo laboral introducida por el Decreto 549/2025, que sustituye el Anexo I del Decreto 659/96 y establece una nueva Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales en el marco del Sistema de Riesgos del Trabajo.



POR LAURA CAROLINA CARRIZO

Abogada, Maestranda en Derecho del Trabajo (Universidad Nacional de Cuyo - 4ª Cohorte).

Profesora de Grado Universitario en Ciencias Jurídicas, Facultad de Filosofía y Letras, UNCUYO.

La actualización del baremo laboral: principales lineamientos del Decreto 549/2025

¿Qué motivó la incorporación de la nueva tabla?

El mismo Decreto 549/2025 menciona que en atención al tiempo transcurrido desde su aprobación mediante el Decreto N° 659/96 y su modificatorio se estima conveniente adecuar el instrumento de valoración del daño con que cuenta el Sistema, de manera acorde con los avances en materia tecnológica en el ámbito del trabajo y los progresos científicos y médicos en las técnicas de diagnóstico y evaluación, lo que permitirá mayor precisión y agilidad en la determinación de las incapacidades laborales.

Este Decreto tiene como propósito establecer un procedimiento uniforme y estandarizado para la valoración del daño corporal, que abarque tanto el deterioro físico como el psíquico del trabajador. Este enfoque busca garantizar que la valoración de las secuelas incapacitantes permanentes, derivadas de las contingencias especificadas en el artículo 6° de la Ley 24.557, se realice de manera objetiva, racional y reproducible. Así, se facilita un resarcimiento justo y equitativo de los daños sufridos por el trabajador.

Entrada en vigencia

Mediante Acta N° 75 de fecha 3 de diciembre de 2024, se sustituye el Anexo I del Decreto N° 659/96 y su modificatorio por el ANEXO “TABLA DE EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES LABORALES” que impondrá la adecuación de los sistemas operativos aplicables y capacitaciones que determinan la necesidad de establecer de manera excepcional y extraordinaria la entrada en vigencia del presente decreto una vez transcurridos CIENTO OCHENTA (180) días corridos desde su publicación en el BOLETÍN OFICIAL, es decir, entrará en vigencia a partir del 02 de febrero del año 2026.

Cambios que introduce:

- **Define lo que es “secuela”:** La nueva tabla aclara que se entiende por secuela a cualquier lesión o condición que persista una vez agotadas las instancias de tratamiento médico y cuya duración se estime como permanente, o aquella que exista una vez que se haya consolidado jurídicamente el daño.

- **Porcentajes específicos, sin intervalos:** El cambio más trascendental es que la disminución de la capacidad laboral derivada de una contingencia laboral se medirá en porcentaje de incapacidad. Cada secuela tendrá un valor con un porcentaje específico, evitando la utilización de intervalos en las tablas de mensura, con el fin de reducir la discrecionalidad del evaluador y asegurar una evaluación objetiva y consistente, es decir, se establecerá un porcentaje fijo por patología.

- **Posibilidad de obviar el examen físico:** Otro cambio de consideración es que en situaciones donde el examen físico no sea necesario para identificar las secuelas conforme a las tablas específicas, la decisión de realizar dicho examen quedará a criterio del evaluador. En estos casos, el examen físico no se considerará un requisito indispensable para la valoración del daño, permitiendo al evaluador basarse en la naturaleza del diagnóstico y la documentación disponible.

- **Posibilidad de repetir estudios complementarios:** Si un estudio complementario resulta no confiable por parámetros de calidad insuficientes, se deberá repetir. En caso de que el segundo estudio también sea inconcluso debido a causas no atribuibles al evaluador o a la aparatología utilizada, no se solicitará una nueva evaluación. Los estudios no confiables no se tomarán en cuenta para la evaluación pericial, y esta situación deberá ser documentada por escrito en el informe o dictamen pericial.

- **Respecto a exámenes invasivos:** Las Comisiones Médicas no ordenarán la realización de estudios invasivos o de riesgo para la valoración de las secuelas incapacitantes. Si tales estudios ya se han realizado, deberán ser presentados como parte del expediente. La realización de nuevos estudios invasivos no será requerida en esta etapa del proceso, incluso si no se han realizado previamente.

- **Respecto al dolor:** Aclara que dado su carácter subjetivo y variable, no será incluido en las tablas de ponderación de incapacidades laborales.

- **Enfermedades no listadas:** deberá utilizarse el Baremo Previsional (Decreto N° 478/98).

- **Factores de ponderación:** Se encuentran más detallados. En cuanto a la dificultad para la realización de tareas habituales se divide en leve (5%), intermedia (10%) y alta (20%) y el Factor edad queda de la siguiente manera:

- Menos de 21 años: 5%

- De 21 a 35 años: 4%

- De 36 a 45 años: 3%
- Mayor o igual a 46 años
- Se elimina el S.I.D.A. de la tabla
- **Se agrega un capítulo entero referido al cáncer:** de pulmón, vejiga, de piel, osteosarcoma, angiosarcoma hepático y mesotelioma maligno.
- En casos de preexistencia en la misma zona a evaluar se aplica el porcentaje puro, sin factores.

¿Capacidad restante o suma aritmética?

- En todos los casos, la determinación de la incapacidad laboral permanente para cada una de las secuelas derivadas de una misma contingencia laboral se realizará mediante la metodología de Capacidad Restante. Esto se exceptúa únicamente cuando en el/los capítulo/s correspondientes de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales se establezca de manera expresa la aplicación de la suma aritmética de la/s secuela/s a evaluar. El grado final de incapacidad laboral permanente y definitiva resultará de la aplicación de las tablas y de los factores de ponderación establecidos.
- Para aplicar la capacidad restante se suma el porcentaje de incapacidad con los factores de ponderación y al resultado se lo multiplica por la capacidad restante y se divide el resultado por 100.

Criterios de aplicación para la nueva tabla

Los criterios para que pueda aplicarse la Tabla de Evaluación de Incapacidades son:

- Que se haya reconocido la contingencia laboral: debe haber ocurrido un Accidente de Trabajo, una Enfermedad Profesional o una Enfermedad No Listada reconocida como de índole laboral mediante dictamen de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo o por decisión judicial.
- Debe constatarse una afectación anatómica y/o una alteración funcional irreversible, documentada y fundamentada en la historia clínica y en pruebas complementarias. Estas pruebas deben justificar la merma y demostrar que es consecuencia directa de una contingencia laboral.
- En el caso específico de patologías osteoarticulares, cualquier limitación articular que reduzca los arcos de movimiento debe estar respaldada por un sustrato anatómico que justifique dicho hallazgo patológico para que sea considerada en el análisis pericial.

¿Qué sucede si aplicando los factores de ponderación se llega a porcentajes iguales o superiores a 66% o a 100%?

- En caso de que una incapacidad laboral permanente sea parcial por aplicación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales y que por la incorporación de los factores de ponderación se llegue a un porcentaje igual o superior al 66 %, el valor máximo de dicha incapacidad será 65.99%.
- En caso de que una incapacidad laboral permanente sea total por aplicación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales y que por la incorporación de los factores de ponderación se llegue a un porcentaje superior al 100 %, el valor máximo de dicha incapacidad será 100%.

Secuelas concurrentes

Si hubiese secuelas concurrentes, es decir, aquellas que presenta un trabajador como resultado de una misma contingencia se aplicará la siguiente metodología:

- 1. Evaluación Inicial:** Se comenzará con la secuela que genere el mayor porcentaje de incapacidad laboral, calculado sobre el 100% de la capacidad laboral total.
- 2. Secuelas Subsiguientes:** La segunda secuela se evaluará sobre el porcentaje de capacidad laboral remanente, después de restar el porcentaje de incapacidad de la primera secuela del 100%. Este proceso se repetirá para cualquier secuela adicional vinculada al siniestro en cuestión.
- 3. Cálculo Final:** El porcentaje final de incapacidad laboral permanente se obtendrá sumando las secuelas y aplicando los factores de ponderación, calculado sobre el total de la capacidad restante en caso de que el trabajador tenga preexistencias, conforme a la metodología descrita anteriormente.

La Tabla resulta bastante práctica ya que introduce ejemplos a fin de no dejar lugar a dudas respecto a la metodología a aplicar.

Preexistencias en la misma zona a evaluar. Exclusión de factores de ponderación

Cuando un trabajador presenta una incapacidad laboral permanente preexistente en la misma zona anatómica o aparato a evaluar, ya sea por una amputación o un compromiso funcional previamente cuantificado (excepto en el caso del aparato psíquico), la incapacidad preexistente debe restarse a la incapacidad laboral actual de la misma zona anatómica o aparato.

Es importante destacar que el porcentaje de incapacidad laboral permanente preexistente que se debe considerar para calcular la diferencia con el compromiso actual es el porcentaje puro de la secuela, es decir, sin incluir los factores de ponderación.

Patologías que desarrolla

La tabla comienza con las afecciones de **Piel**, aclarando que serán evaluadas aquellas enfermedades dermatológicas que presenten una evolución crónica (mayor a 6 meses o seculares). Deberá evaluarse la esfera psíquica en los casos de afectación de rostro estadio II o cualquier afectación compatible con los estadios III, IV, V y VI de la Tabla 1. Incluye incapacidad laboral de cicatrices por quemadura, lesiones por decúbito y de zona dadora de injerto de piel y cicatrices longitudinales en cabeza y cuello.

Luego desarrolla el capítulo **osteoarticular** el cual se encuentra dividido en tres Regiones Topográficas: **columna vertebral, miembro superior y miembro inferior**. A su vez, cada Región Topográfica, excepto Pelvis Ósea, está subdividida en Sectores Anatómicos.

		Regiones Topográficas		
		Columna	Miembro Superior	Miembro Inferior
Sectores Anatómicos	Cervical		Cintura Escapular	Hemipelvis
				Cadera
		Brazo	Muslo	
	Dorsolumbar		Codo	Rodilla
			Antebrazo	Pierna
	Sacrococcígeo		Muñeca	Tobillo
			Mano	Pie

Establece las siguientes reglas generales para el capítulo osteoarticular:

- La ponderación de secuelas osteoarticulares que se encuentren en la Columna Vertebral se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.
- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en un mismo miembro (superior o inferior) y misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.
- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro superior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Amputación interescapulotorácica: 66%).
- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Desarticulación Coxofemoral: 70%).
- La ponderación de secuelas que se encuentren en distinta región topográfica y/o distinta

lateralidad (para el caso de miembro superior y miembro inferior), se realizará siguiendo el criterio de capacidad restante.

Columna Vertebral

- La ponderación de secuelas osteoarticulares que se encuentren en la Columna Vertebral se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.
- En el caso de lesiones que afecten más de un cuerpo vertebral y/o disco intervertebral, dentro de un mismo sector anatómico (Cervical, Dorsolumbar o Sacrococcígeo) se procederá a la suma aritmética de las secuelas.
- El porcentaje de incapacidad laboral de la Columna Vertebral, en los sectores Cervical y Dorsolumbar, NO podrá superar el mayor valor asignado a la anquilosis del sector lesionado. Por lo tanto, la sumatoria de secuelas a nivel del sector cervical no podrá superar el 40 % y del sector dorsolumbar no podrá superar el 60 %.

Miembro Superior

- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en la misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.
- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro superior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Amputación interescapulotorácica: 66%).
- En caso de existir múltiples compromisos en un sector anatómico del miembro superior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación del sector comprometido.
- La sumatoria de secuelas a nivel de mano y/o muñeca no podrá superar el 50% y de mano, muñeca y/o antebrazo no podrá superar el 55%. Asimismo, de mano, muñeca, antebrazo, codo y/o brazo no podrá superar el 60% y de mano, muñeca, antebrazo, codo, brazo y cintura escapular no podrá superar el 66%.
- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis y/o inestabilidad articular del pulgar, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la articulación trapecio metacarpiana (40 %).

- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis y/o inestabilidad articular de los dedos índice o mayor o anular o meñique, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la articulación metacarpofalángica (10 %).

Miembro Inferior

- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en la misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.
- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la Región (Desarticulación Coxofemoral: 70%).
- En caso de existir múltiples compromisos en un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación del sector comprometido.
 - Pie y/o Tobillo: No podrá superar el 35%.
 - Pie, Tobillo y/o Pierna: No podrá superar el 40%.
 - Pie, Tobillo, Pierna y/o Rodilla: No podrá superar el 55%.
 - Pie, Tobillo, Pierna, Rodilla y/o Muslo y/o Cadera y/o Hemipelvis: No podrá superar el 70%.
- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis del primer dedo del pie, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la falange proximal (12 %).
- La incapacidad laboral por fractura/s de falange/s y/o limitación funcional y/o anquilosis de los dedos 2°, 3°, 4° o 5° del pie, NO podrá superar el valor de la amputación a nivel de la falange proximal (3 %).

Cabeza y Rostro

- Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas de cabeza y rostro derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.
- En el caso que la/s fractura/s genere/n compromiso funcional, la ponderación de las secuelas se realizará según los criterios de evaluación del capítulo correspondiente de la región anatómica y/u órgano afectado, empleando la metodología de Capacidad Restante.

Oftalmología

- Para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas oftalmológicas derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.
- En el caso de conservación del globo ocular, la sumatoria de secuelas que afecten un ojo en un/a trabajador/a binocular, no podrá superar el valor asignado a una disminución de la agudeza visual - 0.1 (42 %).

Capítulos restantes

Otorrinolaringología; Sistema Respiratorio; Sistema Cardiovascular; Sistema Digestivo; Sistema Nefro-Urológico; Aparato Genital Masculino; Aparato Genital Femenino: En estos casos para la determinación de la incapacidad laboral permanente de cada una de las secuelas del sistema derivadas de la misma contingencia laboral, se empleará la metodología de Capacidad Restante.

Respecto al Sistema Cardiovascular se establece lo siguiente:

- Las secuelas cardiovasculares deberán valorarse transcurrido un periodo de estabilización clínica de al menos 6 (seis) meses, ya sea desde la fecha de ocurrencia del siniestro o desde la primera manifestación invalidante para las enfermedades profesionales.
- En aquellos casos en que se hubieran realizado procedimientos terapéuticos tales como cirugía de revascularización o angioplastia, deberá valorarse la incapacidad transcurridos 6 (seis) meses desde la fecha de realización del procedimiento.

En el caso del **Sistema Hematopoyético** se establecen criterios de evaluación para cada incapacidad.

Sistema Nervioso

- Para ser tenida en cuenta al momento de la valoración del daño, la secuela neurológica a ponderar deberá estar debidamente documentada en la historia clínica y en los estudios complementarios efectuados, como así también tener un nexo de causalidad con la contingencia a evaluar.
- La ponderación de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) que se encuentren en un mismo miembro (superior o inferior) y misma lateralidad (derecha o izquierda), se realizará mediante la suma aritmética de la incapacidad laboral de cada secuela.
- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro superior, que

se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Amputación interescapulotorácica: 66%).

- En caso de existir compromisos en más de un sector anatómico del miembro inferior, que se encuentren en la misma lateralidad, la sumatoria de la incapacidad laboral de secuelas osteoarticulares y/o neurológicas (por lesión radicular, lesión de plexo o lesión de nervio periférico) NO podrá superar el valor asignado a la amputación de la región (Desarticulación Coxofemoral: 70%).

Finalmente, la tabla culmina con los capítulos de **Psiquiatría, Oncología y Toxicología**.

Conclusiones

La aprobación de la nueva Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales mediante el Decreto 549/2025 implica un cambio sustancial en la forma de valorar el daño laboral dentro del Sistema de Riesgos del Trabajo. El Decreto 549/2025 no es una mera actualización técnica del baremo del 659/96. Es un cambio de lógica ya que se pasa de un baremo “orientativo” a uno normativamente cerrado. El Decreto 659/96, aunque formalmente obligatorio, funcionó durante décadas como un baremo de referencia, con intervalos amplios, márgenes interpretativos y una fuerte dependencia del criterio del perito. En cambio, el Decreto 549/2025 reduce deliberadamente ese margen: elimina intervalos, fija porcentajes únicos y reglamenta exhaustivamente supuestos (preexistencias, secuelas concurrentes, topes).

Todo ello implica una reconfiguración del rol del perito médico atento a que el nuevo decreto desplaza al perito desde un rol valorativo hacia uno más técnico-ejecutivo: el perito ya no elige “dentro de un rango”, sino que identifica la secuela y aplica el número, incluso puede prescindir del examen físico si la tabla lo permite. Además, los estudios complementarios pasan a tener jerarquía normativa (no solo probatoria).

- Como puntos fuertes de la nueva tabla pueden mencionarse:
- Claridad metodológica (antes caótica).
- Regulación expresa de preexistencias.
- Tratamiento específico de patologías complejas (oncología).
- Coherencia interna en topes y reglas de acumulación.
- Reducción de arbitrariedades groseras entre pericias similares.

En cuanto a sus puntos problemáticos, la estandarización del daño corporal, si bien aporta previsibilidad y homogeneidad al sistema, corre el riesgo de desdibujar el impacto real que una misma secuela puede generar en distintos trabajadores, según su edad, formación, tareas

habituales o condiciones personales. En este sentido, la tabla privilegia una concepción abstracta del daño por sobre una valoración individualizada, lo que puede tensionar el principio de reparación integral, especialmente en sede judicial.

Información para citar este artículo

Laura Carolina Carrizo, “La actualización del baremo laboral: principales lineamientos del Decreto 549/2025,” Colegio de Abogados y Procuradores, 13 de marzo de 2026, <https://mendozalegal.com/omeka/items/show/1732>.