

:: Ley 24241 | Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones ::

### Retiro por invalidez

ARTICULO 48. - Tendrán derecho al retiro por invalidez, los afiliados que: a) Se incapaciten física o intelectualmente en forma total por cualquier causa. Se presume que la incapacidad es total cuando la invalidez produzca en su capacidad laborativa una disminución del sesenta y seis por ciento (66 %) o más; se excluyen las invalideces sociales o de ganancias; b) No hayan alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria ni se encuentren percibiendo la jubilación en forma anticipada. La determinación de la disminución de la capacidad laborativa del afiliado será establecida por una comisión médica cuyo dictamen deberá ser técnicamente fundado, conforme a los procedimientos establecidos en esta ley y los que dispongan el decreto reglamentario de la presente. No da derecho a la prestación la invalidez total temporaria que sólo produzca una incapacidad verificada o probable que no exceda el tiempo en que el afiliado en relación de dependencia fuere acreedor a la percepción de remuneración u otra prestación sustitutiva, o de un (1) año en el caso del afiliado autónomo.

### Dictamen transitorio por invalidez

#### ARTICULO 49. –

1. Solicitud. El afiliado que esté comprendido en la situación indicada en el inciso b) del artículo 48 y que considere estar comprendido en la situación descrita en el inciso a) del mismo artículo, podrá solicitar el retiro por invalidez ante la administradora a la cual se encuentre incorporado. Para efectuar tal solicitud el afiliado deberá acreditar su identidad, denunciar su domicilio real, adjuntar los estudios, diagnósticos y certificaciones médicas que poseyera, las que deberán ser formuladas y firmadas exclusivamente por los médicos asistentes del afiliado, detallando los médicos que lo atendieron o actualmente o atienden, si lo supiera, así como también la documentación que acredite los niveles de educación formal alcanzados, si la poseyera, y en su defecto una declaración jurada sobre el nivel de educación formal alcanzado. La administradora no podrá requerir ninguna otra información o documentación de la descrita para dar curso a la solicitud. En el mismo momento de presentarse ésta, deberá verificar si el afiliado se encuentra incorporado a la misma. Si la verificación fuere negativa, rechazará la solicitud, sirviendo el certificado emitido por la administradora de resolución fundada suficiente, entregándole un duplicado de igual tenor al solicitante. Si la verificación fuere positiva, la administradora deberá remitirla dentro de las 48 horas a la comisión médica con jurisdicción en el domicilio real del afiliado. Atento lo normado en el artículo 91 in fine, la administradora deberá remitir a la dependencia de la ANSES que la reglamentación determine, copia de la solicitud del afiliado.

2. Actuación ante las comisiones médicas La comisión médica analizará los antecedentes y citará fehacientemente al afiliado en su domicilio real denunciado a revisión, la que deberá practicarse dentro de los quince (15) días corridos de efectuada la solicitud. Si el afiliado no concurriera a la citación, se reservarán las actuaciones hasta que el mismo comparezca. Si el afiliado diere cumplimiento a la citación o se presentara posteriormente, en primer lugar se le efectuará un psicodiagnóstico completo; el informe deberá contener en sus conclusiones las aptitudes del afiliado para capacitarse en la realización de tareas acordes con su minusvalía psicofísica. Asimismo si la comisión médica lo considerare oportuno podrá solicitar la colaboración de médicos especialistas en la afección que padezca el afiliado. Si con los antecedentes aportados por el afiliado y la revisión practicada al mismo por los médicos, éstos no estuvieran en condiciones de dictaminar, la comisión médica deberá en ese mismo momento: a) Indicar los estudios diagnósticos necesarios que deben practicarse al afiliado; b) Concertar con los profesionales que los efectuarán, el lugar, fecha y hora en que el afiliado deberá concurrir a practicarse los mismos; c) Extender las órdenes correspondientes; d) Entregar dichas órdenes al afiliado con las indicaciones pertinentes; e) Fijar nueva fecha y hora para una segunda revisión del afiliado y f) Dejar constancia de lo actuado en un acta que suscribirá el afiliado y los médicos designados por los interesados, si concurrieran. Los estudios complementarios serán gratuitos para el afiliado y a cargo de la comisión médica, al igual que los de traslado del afiliado para practicarse los estudios complementarios y asistir a las citaciones de la comisión médica, cuando estuviera imposibilitado de movilizarse por sus propios medios. Estos gastos se financiarán conforme a los estipulados en el artículo 51. El afiliado podrá realizar los estudios solicitados y los que considere pertinentes para aportar a la comisión médica, con los profesionales que él designe, pero a su costa. Ello no lo releva de la obligación de practicárselos conforme las indicaciones de la comisión médica. Si el afiliado no concurriera ante la comisión médica a la segunda revisión o lo hiciera sin los estudios complementarios solicitados por la misma, se reservarán las actuaciones hasta que se presente nuevamente con dichos estudios, en cuyo caso se le fijará nueva fecha de revisión dentro de los diez (10) días corridos siguientes. Si el afiliado concurriera ante la comisión médica con los estudios complementarios solicitados, la comisión médica, dentro de los diez (10) días siguientes, deberá emitir dictamen considerando verificados o no los requisitos establecidos en el inciso a) del artículo 48, conforme las normas a que se refiere el artículo 52. Este dictamen deberá ser notificado fehacientemente dentro de los tres (3) días corridos al afiliado, a la administradora a la cual el afiliado se encuentre incorporado, a la compañía de seguros vida con la cual la administradora hubiera contratado el seguro previsto en el artículo 99 o a la ANSES en los casos del artículo 91 infine. En el supuesto de considerar verificados en el afiliado dichos requisitos por parte de la comisión médica, el trabajador tendrá derecho al retiro transitorio por invalidez a partir de la fecha en que se declare la incapacidad. En este caso el dictamen deberá indicar el tratamiento de rehabilitación psicofísica y de capacitación laboral que deberá seguir el afiliado. Dichos tratamientos serán gratuitos para el afiliado y si éste se negare a cumplirlos en forma regular, percibirá el setenta por ciento (70 %) del haber de este retiro. En caso de existir tratamientos médicos curativos de probada eficacia para la curación de la o las afecciones invalidantes del afiliado, la comisión médica los prescribirá. Si el afiliado se negare a someterse a ellos o no los concluyera sin causa justificada, será suspendido en la percepción del retiro transitorio por invalidez. Estos tratamientos también serán

gratuitos para el afiliado. Si la comisión médica no emitiera dictamen en el plazo estipulado, el afiliado tendrá derecho al retiro transitorio por invalidez hasta tanto se pronuncie la comisión médica. El afiliado, la administradora a la cual se encuentre incorporado, la compañía de seguros vida con la cual la administradora hubiera contratado el seguro previsto en el artículo 99 y la ANSES, podrán designar un médico para estar presentes y participar durante los actos que realice la comisión médica para evaluar la incapacidad del afiliado. Los honorarios que los mismos irroguen serán a cargo de los proponentes. Estos profesionales tendrán derecho a ser oídos por la comisión médica, presentar los estudios diagnósticos realizados a su costa y una síntesis de sus dichos será volcada en las actas que se labren, las que deberán ser suscritas por ellos, haciéndose responsables sus dichos y opiniones, pero no podrán plantear incidencias en la tramitación del expediente. La comisión médica informará toda actuación realizada a la administradora en la cual estuviera incorporado el afiliado, a su aseguradora y a la ANSES.

3. Actuación ante la comisión médica central Los dictámenes que emitan las comisiones médicas serán recurribles ante una comisión médica central por: a) El afiliado; b) La administradora ante la cual el afiliado se encuentre incorporado; c) La compañía de seguros vida con la cual la administradora hubiera contratado el seguro establecido en el artículo 99; y d) la ANSES. Bastará para ello con hacer una presentación, dentro de los cinco (5) días de notificado el dictamen, consignando que se apela la resolución notificada. En cuanto a las modalidades y plazos para la actuación en esta instancia, rige íntegramente lo dispuesto en el procedimiento establecido para las comisiones médicas, fijándose un plazo de 48 horas desde la finalización del plazo de apelación, para que la comisión médica remita las actuaciones a la comisión médica central.

4. Procedimiento ante la Cámara Nacional de Seguridad Social Las resoluciones de la comisión médica central serán recurribles por ante la Cámara Nacional de Seguridad Social por las personas indicadas en el punto 3 del presente artículo y con las modalidades en él establecidas. La comisión médica central elevará las actuaciones a la Cámara dentro de las 48 horas de concluido el plazo para interponer la apelación. La Cámara deberá expedirse dentro de los cuarenta y cinco (45) días de recibidas las actuaciones por la comisión médica central, conforme el siguiente procedimiento: a) Inmediatamente de recibidas las actuaciones, dará vista por diez (10) días al cuerpo médico forense para que dé su opinión sobre el grado de invalidez del afiliado en los términos del inciso a) del artículo 48, y conforme las normas a que se refiere el artículo 52; b) En casos excepcionales y suficientemente justificados el cuerpo médico forense podrá someter a nueva revisión médica al afiliado y solicitarle nuevos estudios complementarios, los que deberán concluirse en diez (10) días; c) Del dictamen del cuerpo médico forense se dará vista al recurrente y al afiliado, por el término de cinco (5) días para que aleguen sobre el mérito de las actuaciones y pruebas producidas; d) Vencido dicho plazo, la Cámara dictará sentencia dentro de los diez (10) días siguientes. Los honorarios y gastos que irroge la apelación ante la Cámara Nacional de Seguridad Social serán soportados por el recurrente vencido.

5. Efecto de las apelaciones Las apelaciones en estos procedimientos serán con efecto devolutivo.

6. Fondo para tratamientos de rehabilitación psicofísica y capacitación laboral Créase un fondo para tratamientos de rehabilitación psicofísica y capacitación laboral constituido por los recursos que a tal efecto determine el Poder Ejecutivo Nacional, y el treinta por ciento (30 %) del haber de retiro transitorio por invalidez que se les descontará a los afiliados que no cumplan regularmente los tratamientos de rehabilitación o capacitación laboral prescritos por la comisión médica. Este fondo será administrado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y destinado exclusivamente para organizar los programas para implementar los tratamientos prescritos por las comisiones médicas. Sin perjuicio de ello, las compañías de seguros vida podrán, con autorización de la comisión médica correspondiente, sustituir o complementar el tratamiento indicado con otro u otros a su exclusivo cargo.

Observado por: Decreto Nacional 1.306/00 Art.16 Primer párrafo del punto 3 sustituido.(B.O. 3-1-2001).Decreto Nacional 1.306/00 Art.17 Primer párrafo del punto 4 modificado.(B.O. 3-1-2001).

Dictamen definitivo por invalidez

ARTICULO 50. - Los profesionales e institutos que lleven adelante los tratamientos de rehabilitación psicofísica y capacitación laboral deberán informar, en los plazos que establezcan las normas reglamentarias, la evolución del afiliado a las comisiones médicas. Cuando la comisión médica conforme los informes recibidos, considere rehabilitado al afiliado, procederá a citar al afiliado a través de la administradora, y emitirá un dictamen definitivo revocando el derecho a retiro transitorio por invalidez. Transcurridos tres (3) años desde la fecha del dictamen transitorio, la comisión médica deberá citar al afiliado, a través de la administradora, y procederá a la emisión del dictamen definitivo de invalidez que ratifique el derecho al retiro definitivo por invalidez o lo deje sin efecto en un todo de acuerdo con los requisitos establecidos en el inciso a) del artículo 48 y conforme las normas a que se refiere el artículo 52. Este plazo podrá prorrogarse excepcionalmente por dos (2) años más, si la comisión médica considerare que en dicho plazo se podrá rehabilitar al afiliado. El dictamen definitivo será recurrible por las mismas personas y con las mismas modalidades y plazos que las establecidas para el dictamen transitorio.

Observado por: Decreto Nacional 1.306/00 Art.18Sustituido. (B.O. 3-1-2001).

Comisiones médicas. Integración y financiamiento

\*ARTICULO 51.- Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados: tres (3) por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y dos (2) por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, los que serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes. Contarán con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo. Los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones serán financiados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación. Como mínimo funcionará una comisión médica en cada provincia y otra en la ciudad de Buenos Aires.

Modificado por: Ley 24.557 Art.50(B.O. 04-10-95).

Observado por: Decreto Nacional 1.306/00 Art.19Sustituido. (B.O. 3-1-2001).

#### Normas de evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez

ARTICULO 52. - Las normas de evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez a que se refiere el artículo 48, inciso a) estarán contenidas en el decreto reglamentario de la presente ley. Las normas deberán contener: a) Pruebas y estudios diagnósticos que deban practicarse a las personas, conforme las afecciones denunciadas o detectadas; b) El grado de invalidez por cada una de las afecciones diagnosticadas; c) El procedimiento de compatibilización de los mismos a fin de determinar el grado de invalidez psicofísica de la persona; d) Los coeficientes de ponderación del grado de invalidez psicofísica conforme el nivel de educación formal que tengan las personas; e) Los coeficientes de ponderación del grado de invalidez psicofísica conforme la edad de las personas. De la combinación de los factores de los incisos c), d) y e) deberá surgir el grado de invalidez de las personas. La autoridad de aplicación convocará a una comisión honoraria para la preparación de las normas de evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez, invitando a integrarla al decano del cuerpo médico forense, al presidente de la Academia Nacional de Medicina y a los representantes de las universidades públicas o privadas del país. Esta comisión honoraria será convocada por el secretario de Seguridad Social de la Nación, quien la presidirá, dentro de los sesenta (60) días de promulgada la presente ley y deberá expedirse dentro de los seis (6) meses de constituida.

#### Pensión por fallecimiento. Derechohabientes

ARTICULO 53. - En caso de muerte del jubilado, del beneficiario de retiro por invalidez o del afiliado en actividad, gozarán de pensión los siguientes parientes del causante: a) La viuda; b) El viudo; c) La conviviente; d) El conviviente; e) Los hijos solteros, las hijas solteras y las hijas viudas siempre que no gozaran de jubilación,

pensión, retiro o prestación no contributiva, salvo que optaren por la pensión que acuerda la presente, todos ellos hasta los dieciocho (18) años de edad. La limitación a la edad establecida en el inciso e) no rige si los derechohabientes se encontraren incapacitados para el trabajo a la fecha de fallecimiento del causante o incapacitados a la fecha en que cumplieran dieciocho (18) años de edad. Se entiende que el derechohabiente estuvo a cargo del causante cuando concurre en aquél un estado de necesidad revelado por la escasez o carencia de recursos personales, y la falta de contribución importa un desequilibrio esencial en su economía particular. La autoridad de aplicación podrá establecer pautas objetivas para determinar si el derechohabiente estuvo a cargo del causante. En los supuestos de los incisos c) y d) se requerirá que el o la causante se hallase separado de hecho o legalmente, o haya sido soltero, viudo o divorciado y hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio durante por lo menos cinco (5) años inmediatamente anteriores al fallecimiento. El plazo de convivencia se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia reconocida por ambos convivientes. El o la conviviente excluirá al cónyuge supérstite cuando éste hubiere sido declarado culpable de la separación personal o del divorcio. En caso contrario, y cuando el o la causante hubiere estado contribuyendo al pago de alimentos o éstos hubieran sido demandados judicialmente, o el o la causante hubiera dado causa ala separación personal o al divorcio, la prestación se otorgará al cónyuge y al conviviente por partes iguales.

Observado por: Decreto Nacional 1.306/00 Art.20Segundo párrafo sustituido. (B.O. 3-1-2001).