

UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Dr. SALVADOR ALLENDE G.



**APELACION AL DICTAMEN DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD
COMUN EN EL SISTEMA DE PENSIONES: INTERROGANDO LAS
DISCREPANCIAS EN LA INCAPACIDAD NO LABORAL DESDE LA
SALUD PÚBLICA**

DRA. VERONICA MARIA ELISA HERRERA MORENO

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

PROFESOR GUÍA DE TESIS: DR. LUIS GUILLERMO FARMER A.

CO-PATROCINANTE: DR. PEDRO OSORIO S.

Diciembre de 2015

**A MIS HIJOS, CONSTANZA, LEONARDO Y VERÓNICA, MIS COMPAÑEROS DE VIDA
A MI HERMANA MÓNICA ANDREA POR SU PACIENCIA, APOYO Y VOCACIÓN PEDAGÓGICA**

ÍNDICE

RESUMEN	6
I INTRODUCCIÓN	8
II MARCO TEÓRICO	9
Definición de invalidez	9
Invalidez de origen laboral	9
Invalidez por enfermedad común	11
Descripción del Proceso de Calificación de Invalidez.....	13
Solicitud de calificación de invalidez	13
Calificación de la invalidez del afiliado AFP o solicitante de Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)	17
Dictamen de invalidez	18
Proceso de apelación a CMC	18
Dictamen de la CMC.....	18
III OBJETIVOS	19
GENERAL.....	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
IV METODOLOGÍA	21
Experiencia de la investigadora.....	21
Entrevistas.....	21
Estudio de casos	21
V RESULTADOS	22
Descripción y análisis de la labor desarrollada en 2014 por las CMR y CMC.....	22
Pensiones AFP por edad y diagnóstico.....	25
Pensiones básicas solidarias de invalidez.....	25
Tiempo del proceso.....	26
Resultados 2014 del proceso de apelación ante CMC	27
Argumentos de apelaciones ante CMC	27
Estudio de 100 casos de apelaciones a CMC durante 2014	28
Distribución según quien apela el caso	28
Según el número de solicitudes presentadas por cada apelación	28
Según el porcentaje de invalidez otorgado en la CMR	29
Distribución de apelaciones por sexo	30

Distribución por nivel de educación de los afiliados/solicitantes	30
Distribución según situación laboral	31
Distribución según número de impedimentos por caso	32
Entrevista a médicos integrantes de la CMC.....	33
VI DISCUSIÓN.....	34
VII CONCLUSIÓN.....	35
VIII BIBLIOGRAFÍA.....	36
Anexo 1.....	38
Actividades de la vida diaria.....	38
Anexo 2.....	39
Entrevista a actores claves	39

RESUMEN

La presente tesis es un estudio descriptivo del proceso de calificación de invalidez no laboral en Chile, llevado a cabo en las Comisiones Médicas Regionales (CMRe) y el proceso de apelación contra los dictámenes de dichas Comisiones ante la Comisión Médica Central (CMC), todas dependientes de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) e integradas por médicos de distintas especialidades.

Actualmente, pueden solicitar pensión de invalidez los afiliados de una AFP que no han cumplido la edad legal de jubilar, que no han sido pensionados por accidente del trabajo o enfermedad profesional, y que han perdido en forma permanente, a consecuencia de una enfermedad de origen común, a lo menos el cincuenta por ciento de su capacidad de trabajo. Tienen derecho a postular a una Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI) quienes no tienen derecho a pensión en algún régimen previsional como titular o beneficiario de pensión de sobrevivencia; tienen más 18 años de edad y menos de 65 años; han sido declarados inválidos por las Comisiones Médicas definidas en el Decreto Ley (DL) 3.500¹; acreditan 5 años continuos o discontinuos de residencia en Chile en los últimos 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud e integran un grupo familiar perteneciente al porcentaje más pobre de la población.

El proceso de calificación se encuentra regulado por las Normas para Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema Previsional de la Superintendencia de Pensiones², cuya última edición es de julio del año 2012.

Durante al año 2014 se recibieron más de 55.000 solicitudes de pensión de invalidez en las Comisiones Médicas Regionales, el 51% de las solicitudes fueron acogidas y se otorgaron pensiones por invalidez parcial en el 16% y por invalidez total en el 35% de los casos. El grupo de edad de 50 a 60 años es el más representado entre quienes obtuvieron pensiones y las principales patologías diagnosticadas afectan al aparato locomotor, luego son de origen neurológico y psiquiátrico. En las PBSI, el grupo mayoritario son los menores de 20 años y la patología más frecuente es psiquiátrica, seguida de neurológica.

Del total los afiliados que solicitan pensiones de invalidez, el 54% son hombres y en las solicitudes de PBSI el 73% son mujeres.

En este proceso se contempla la instancia de que los afiliados disconformes con el dictamen emitido sobre su caso por la Comisión que los evaluó, presenten una apelación a la CMC que sesiona en la ciudad de Santiago y que resuelve las apelaciones mediante el estudio de los antecedentes proporcionados por quienes han solicitado las pensiones. También pueden apelar del dictamen de la CMRe las compañías que proveen el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS).

Durante el año 2014 se recibieron 8.864 apelaciones en la CMC, 30% de las Compañías de Seguros y 70% de afiliados de AFP y solicitantes de PBSI, las principales causas de apelación y los resultados se muestran en resultados.

Para efectos de esta tesis se realizó el análisis de 100 casos de apelaciones ante la CMC, realizadas durante el año 2014, información a la que tiene acceso la tesista en su rol de médico integrante de la CMC, resguardándose la confidencialidad de los datos individuales. Es necesario señalar que toda la información, analizada grupalmente, es publicada por la Superintendencia de Pensiones en los Informes de Gestión Comisiones Médicas Regionales y Comisión Médica Central en forma trimestral^{13, 14, 15,16}

Este análisis muestra que en todos los casos presentados por las Compañías de Seguros, la apelación fue por considerar la invalidez otorgada sobrevalorada y en todos los casos de afiliados AFP/solicitantes PBSI, la apelación se presentó por considerar la invalidez subvalorada, los diagnósticos que se repiten con mayor frecuencia en las solicitudes de pensiones de invalidez son hipertensión arterial, lumbago, trastornos de salud mental y diabetes mellitus, siendo la combinación más frecuente hipertensión arterial y diabetes mellitus.

En conclusión, este proceso de calificación de invalidez y de apelación a los dictámenes de las CMRe se realiza en forma regulada, lo que permite objetivar las patologías referidas por quienes solicitan pensionarse y homogenizar el criterio de determinación de invalidez.

Las patologías diagnosticadas en quienes solicitan pensionarse, muestran la realidad epidemiológica nacional, por la alta frecuencia de patologías crónicas no trasmisibles del adulto.

La mitad de quienes solicitan pensión de invalidez acceden a ella, debido a que su menoscabo es superior al 50%, estos pensionados son portadores de patologías que podrían haber sido objeto de acciones de promoción de la salud en estadios tempranos, evitando o mitigando el daño que los llevó a su situación de pensión. En consecuencia se podría plantear que el sistema de salud, principalmente público, donde se atienden estos pacientes, no logra mantenerlos adecuadamente compensados y sin daño importante a su salud. Esta observación requiere un estudio prospectivo mayor al efectuado que podría complementar lo encontrado en esta tesis, permitiendo relacionar las acciones del sistema de salud con el nivel de salud de sus beneficiarios.

I INTRODUCCIÓN

El sistema chileno de pensiones, regido por el DL 3500 de 1980¹, que creó las AFP, como encargadas de administrar los fondos de ahorro previsional de cada afiliado, contempla un completo proceso de calificación de invalidez, mediante el cual se define la situación de salud de las personas que consideran que no pueden seguir trabajando y solicitan una pensión de invalidez.

Del total de personas que solicitan someterse a calificación para conseguir una pensión de invalidez, existe un grupo que discrepa con el dictamen emitido por la CMRe que los evaluó, habitualmente porque consideran que el porcentaje de invalidez otorgado está subvalorado y no les otorga la pensión solicitada, o porque habiendo obtenido una pensión parcial, les parece que tienen derecho a una pensión total.

Por otro lado, en ocasiones, también apelan de los dictámenes regionales, las Compañías de Seguros de Vida que otorgan el SIS por considerar la invalidez sobrevalorada. Estas empresas son contratadas por las AFP para cubrir el riesgo de invalidez de sus afiliados. La apelación puede ser del afiliado, de la Compañía de Seguros o de ambos en forma simultánea.

El desacuerdo antes descrito, desencadena un proceso de apelación a la CMC, que funciona en Santiago, con el objetivo de resolver esta discrepancia. En este caso se revisa el proceso y se emite una resolución, que modifica o confirma el dictamen regional, ya sea en primera instancia o tras una ronda de nuevos peritajes.

Este procedimiento, es una combinación de procesos legales, clínicos y administrativos, que conforman un conjunto privilegiado de información para estudiar:

- el mecanismo utilizado para resolver esas discrepancias
- las razones por las cuales se solicitan pensiones de invalidez, incluyendo las razones no médicas
- los argumentos de quienes apelan
- las discrepancias entre los dictámenes regionales y los argumentos del paciente
- el perfil de diagnósticos de los dictámenes y las apelaciones
- el perfil epidemiológico de quienes solicitan pensiones y de quienes apelan

Dado los antecedentes expuestos, esta tesis se propone describir el proceso de evaluación de invalidez por enfermedad común y sus resultados y analizar el contenido de las apelaciones a los dictámenes de las CMRe, como una instancia que contribuye al conocimiento de los motivos de invalidez no laboral en nuestro país.

II MARCO TEÓRICO

Definición de invalidez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la invalidez como “la dificultad para realizar actividades que, según la edad, el sexo y el entorno social se consideran básicas para la vida diaria” y la discapacidad como “la pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, y que trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social”. Es “toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano”

Casi todas las personas tendrán una discapacidad temporal o permanente en algún momento de sus vidas, y los que lleguen a la vejez tendrán cada vez mayores dificultades de funcionamiento. En el Informe Mundial de sobre la Discapacidad, realizado por la OMS y el Banco Mundial en 2011²⁰, se indica que más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad, de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento.

En Chile las personas pueden ser evaluadas para definir su invalidez, según el origen de la causa de la invalidez, por el sistema del Seguro de la Ley 16.744²¹ que establece el Seguro Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, si han sufrido un accidente del trabajo o una enfermedad profesional que generan incapacidad permanente o por el Sistema de Pensiones instaurado en el Decreto Ley 3.500¹ de 1980, si la patología que determina la invalidez es de origen común, vale decir, no laboral.

Invalidez de origen laboral

La Ley 16.744 establece que el proceso de calificación de incapacidad permanente se inicia una vez realizadas todas las acciones médicas curativas y de rehabilitación de un trabajador accidentado o enfermo y las secuelas están definidas, o, una vez que el trabajador ha completado 728 días de reposo médico, continuo o discontinuo, si hay acciones médicas pendientes que modifiquen las secuelas por las cuales el trabajador será evaluado, se puede instalar una pensión transitoria hasta terminar el proceso terapéutico.

Para este efecto, el Decreto Supremo (DS) 109, dictado en 1968 y modificado por última vez en 2005, dispone que las evaluaciones de incapacidad por accidentes del trabajo sean realizadas en los Organismos Administradores de la Ley 16.744 (OAL), Asociación Chilena de Seguridad, Instituto de Seguridad del Trabajo o Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, por lo que cada uno de estos OAL cuenta con su propia Comisión de Calificación de Incapacidades Permanentes adonde son derivados los trabajadores cuando se cumplen una de las dos condiciones mencionadas.

En el caso del Instituto de Seguridad Laboral, OAL estatal, la calificación de incapacidad por accidente del trabajo es realizada por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), dependientes de los Servicios de Salud. En ambos casos, el trabajador afectado es evaluado presencialmente y se aplica la normativa establecida en el DS 109 para determinar su pérdida de capacidad de ganancia.

En cuanto a la invalidez generada por una enfermedad profesional, todos los trabajadores son evaluados por las COMPIN, estas comisiones envían a los respectivos OAL la resolución de incapacidad del trabajador evaluado para que se proceda al pago del beneficio pecuniario. Sin embargo, en los trabajadores dependientes, el estudio de la enfermedad profesional habitualmente es hecho por el OAL al que está afiliada su empresa y una vez determinado el origen laboral del cuadro, se propone a la COMPIN un porcentaje de incapacidad. Cuando un trabajador no tiene un contrato de dependencia puede presentarse por sus medios a la COMPIN que corresponde a su domicilio y ésta puede emitir una resolución de incapacidad que debe ser ejecutada en cuanto a la otorgación de beneficios pecuniarios por el último OAL al que estuvo afiliado el trabajador estudiado.

En este sistema de seguro, la atención médica de un trabajador con incapacidad permanente es de por vida por parte de su OAL e incluye tanto atenciones médicas y quirúrgicas, como fármacos, órtesis, prótesis y traslados necesarios.

Las pensiones parciales o totales se pagan hasta que el trabajador llega a la edad de pensionarse por vejez, desde ese momento la pensión es asumida por la AFP de cada trabajador, mientras se está pagando una pensión se siguen pagando cotizaciones al sistema AFP desde el monto de pensión otorgado.

Los trabajadores que son evaluados después de la edad legal de pensionarse por vejez, tienen derecho a percibir de por vida las pensiones otorgadas en virtud de un accidente del trabajo o enfermedad profesional, independientemente de que se hayan o no pensionado por edad.

La calificación de pérdida de capacidad de ganancia laboral está regida por el DS 109 que establece porcentajes de pérdida que se suman combinadamente en caso de pérdidas múltiples y se aproximan a múltiplos de 2,5. Hasta 37,5% de pérdida se da lugar a una indemnización y sobre 40% se instala una pensión parcial, sobre 70% corresponde una pensión total y se puede agregar la categoría “gran inválido” que da derecho a un suplemento económico de la pensión total con el objetivo de proveer medios de cuidado al inválido total, que requiere cuidado externo.

Cuando un trabajador está disconforme con el porcentaje de incapacidad otorgado, puede apelar a la Comisión Médica de Reclamos (COMERE), organismo técnico dependiente de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). En esta instancia, que funciona sólo en el Ministerio de Salud en Santiago, el trabajador es evaluado presencialmente con todos sus antecedentes médicos y según esta calificación se confirma o modifica la calificación de incapacidad otorgada por uno de los OAL para los accidentes del trabajo o por alguna de las COMPIN para las enfermedades profesionales. El plazo de apelación es de 90 días hábiles desde la recepción de la resolución de incapacidad.

Si el trabajador quedara disconforme con la resolución de la COMERE, puede, en un plazo de 30 días hábiles, apelar a la SUSESO, entidad que resolverá sin ulterior recurso.

Según el documento de la SUSESO Panorama Mensual de Seguridad y Salud en el Trabajo³, de Agosto de 2015, en Chile hay, a Mayo de 2015, 32.573 pensiones vigentes por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de las cuales, 9.520 son pensiones parciales, 3.357 son totales y 631 corresponden a la clasificación “gran invalidez”, el resto son pensiones de supervivencia para familiares de trabajadores.

Invalidez por enfermedad común

El 13 de noviembre de 1980, se publicó en el Diario Oficial Chileno el DL 3.500₁ que estableció un nuevo sistema de pensiones en el país, basado en la capitalización individual, que funciona en base a contribuciones individuales de los afiliados, conocidas como cotizaciones, que son obligatorias para los trabajadores dependientes y se realizan en la AFP que el trabajador elija. La misión de estas AFP es administrar los fondos de pensión y son fiscalizadas por la Superintendencia de Pensiones, cuya misión fundamental es:

“Velar por la seguridad de los ahorros previsionales para vejez, invalidez y sobrevivencia, pertenecientes a los trabajadores y pensionados chilenos y -con este mismo propósito- promover el desarrollo y perfeccionamiento del sistema de pensiones de capitalización individual vigente en Chile.”

En la legislación chilena se distinguen los siguientes tipos de pensiones, dependiendo de la causa por la cual se otorgan:

Vejez

Vejez Anticipada

Vejez antes de la edad legal por desempeño en un puesto laboral calificado como trabajo pesado

Invalidez parcial o total

Sobrevivencia

Básica solidaria de Vejez

Básica solidaria de Invalidez

La pensión de vejez consiste en el derecho de los afiliados al Sistema a obtener una pensión una vez que hayan cumplido con la edad legal exigida para tales efectos: 65 años de edad para los hombres y 60 años de edad las mujeres. Sin embargo, no es una obligación solicitarla a esa edad y en la actualidad existen trabajadores que difieren su obtención con el objetivo de mejorar el monto final a conseguir, así como existen trabajadores que se pensionan y continúan trabajando y también hay trabajadores que se pensionan en forma anticipada, si sus fondos lo permiten.

La pensión de invalidez es el beneficio previsional que obtienen los afiliados al sistema de AFP que a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas y/o intelectuales, sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo igual o superior a un 50% y consiste en una cantidad mensual de dinero.

La pensión de sobrevivencia es el beneficio al cual tienen derecho los componentes del grupo familiar del afiliado fallecido que cumplan los requisitos legales respectivos.

La pensión básica solidaria de vejez o por invalidez se otorga a los integrantes de un grupo familiar perteneciente al 60% de la población más pobre de Chile, según la Ley 20.255.

El artículo 4° del DL 3500 establece

“Tendrán derecho a pensión de invalidez los afiliados no pensionados por esta ley que, sin cumplir los requisitos de edad para obtener pensiones de vejez, y a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo, de acuerdo a lo siguiente:

Pensión de invalidez total, para afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo de, al menos, dos tercios, una vez otorgada es definitiva

Pensión de invalidez parcial, para afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo igual o superior a cincuenta por ciento e inferior a dos tercios. Tiene un carácter transitorio por un período de tres años, contado desde la fecha de emisión del dictamen que generó el derecho a pensión. Al término de éste el afiliado será citado para que, conjuntamente con el pago de las tres últimas pensiones, suscriba la Solicitud de reevaluación del grado de invalidez. En caso de otorgarse nuevamente calificación de invalidez, el segundo dictamen tiene el carácter de definitivo.”

Las solicitudes de pensión de invalidez son presentadas a las CMRe, donde se verifica el cumplimiento de los requisitos establecidos, se realiza la evaluación de salud al afiliado y se emite un dictamen de invalidez que puede otorgar derecho a pensión de invalidez total o parcial a contar de la fecha en que se declare la incapacidad. Dado que el sistema previsional considera también un Pilar Solidario, las solicitudes de calificación para pensiones solidarias también son evaluadas por las CMRe y revisadas por la CMC, en caso de discrepancias con los dictámenes de las CMRe.

El proceso de calificación de una solicitud de pensión de invalidez se rige por normas escritas. Todas las CMRe son dependientes de la Superintendencia de Pensiones y están conformadas por personal administrativo y médico, siendo integradas por médicos de distintas especialidades que realizan los roles de Presidente, Secretario, Integrante o Asesor de las respectivas comisiones. Estos profesionales son seleccionados por la Superintendencia de Pensiones mediante un sistema de concurso público y nombrados mediante decreto.

Para complementar el proceso de calificación, participan también en el proceso médicos interconsultores, que son especialistas a quienes son derivados los afiliados para peritaje clínico. Estos especialistas deben pertenecer a un registro nacional de interconsultores acreditado por la Superintendencia de Pensiones, y su rol y condiciones de desempeño están contenidos en la Norma de Carácter General N°4: Sistema de calificación y calificación de invalidez, normas para los interconsultores, del 18 de abril de 2011⁵, que establece, entre otras condiciones, que deberán firmar una solicitud jurada que acredite que no se encuentren afectos a alguna de las causales de inhabilidad establecidas y tienen como obligación cumplir con instrucciones precisas de calificación, incluyendo plazos y modalidad de informes. También existen en convenio psicólogos y asistentes sociales, que realizan funciones de calificación requeridas por el proceso, según solicitud de las CMRe o CMC.

Todos los exámenes y prestaciones médicas con fines diagnósticos que puedan requerirse para completar el proceso, serán realizados en laboratorios, centros de imágenes y otros previamente acreditados.

Según el Manual de Normas 2012, confeccionado por encargo de la Superintendencia de Pensiones por un grupo de especialistas participantes en el proceso en las Comisiones médicas o como interconsultores o especialistas especialmente convocados para la ocasión, “para la cuantificación del grado de invalidez, tanto de los trabajadores afiliados del Sistema del DL 3.500, como de los solicitantes del Sistema Solidario, las CMC y las CMRe se atenderán estrictamente a las “Normas para la calificación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones”². Estas normas surgen de la Comisión Técnica de Invalidez establecida en el Decreto Ley 3.500¹ de 1980 y en su reglamento.

Luego de emitido un dictamen, éste puede ser apelado a la CMC.

Descripción del Proceso de Calificación de Invalidez

Solicitud de calificación de invalidez

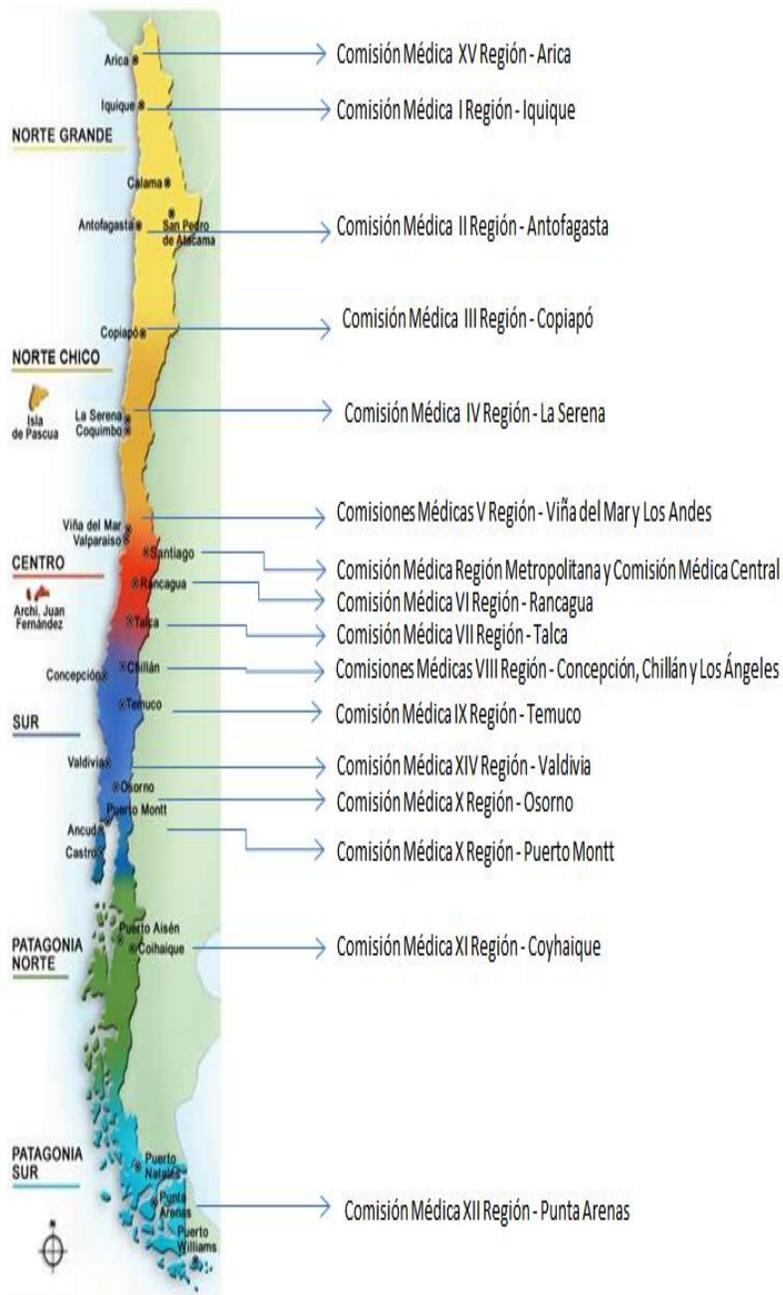
Para dar inicio al proceso, la solicitud de pensión de invalidez debe ser presentada por el afiliado en cualquier agencia de la AFP a la que se encuentra afiliado. Para ello debe suscribir los formularios "Solicitud de Pensión de Invalidez" y "Solicitud de Calificación de Invalidez" y llenar la Ficha de Datos Personales, en esta etapa es indispensable presentar la Cédula de Identidad vigente.

La AFP deberá efectuar el requerimiento de calificación de invalidez a la CMRe correspondiente según residencia, en el plazo reglamentario. Cada CMRe se define como un órgano pluripersonal, integrado por a lo menos 3 médicos cirujanos, designados por la Superintendente de Pensiones, cuya función consiste en evaluar y calificar el grado de invalidez de los afiliados y/o beneficiarios solicitantes de pensión.

Las CMRe también realizan las reevaluaciones de invalidez solicitadas por los afiliados o las AFP cuando se requieren, con el objetivo de modificar un dictamen previo. En caso de solicitud de las AFP estas reevaluaciones son obligatorias para el afiliado.

En la lámina siguiente se muestran las CMRe a lo largo del país.

Comisiones médicas regionales



En este proceso, la enfermedad o causal médica de solicitud de pensión se denomina impedimento y se define como enfermedad o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales que afecta la capacidad de trabajo.

Las limitaciones para el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) descritas en el anexo 1, que estos impedimentos generan se denominan menoscabo laboral permanente, que se define como la pérdida de la capacidad de trabajo, se expresa en términos porcentuales como parcial de un segmento y global de la persona y refleja el impacto que los impedimentos y Factores Complementarios (edad y educación) tienen sobre las AVD y exigencias del trabajo. Su determinación es propia de las Comisiones Médicas, constituyéndose así un lenguaje específico del proceso de calificación de invalidez. Según las Normas², la relación causa-efecto entre impedimento y menoscabo laboral permanente permite declarar la invalidez.

El impedimento configurado debe cumplir con los siguientes requisitos: ser objetivable según conocimientos médicos actualizados, ser demostrable, ser verificable que las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas al alcance del afiliado se cumplan o estén finalizadas, le evolución esté estabilizada o en agravación y no existan tratamientos que puedan revertirla y se hayan cumplido los períodos de observación clínica indicados en estas normas, excepto para aquellos cuyo curso clínico sea objetivamente irremediable.

Según estas condiciones, determinadas por la calificación realizada, los impedimentos pueden encontrarse en uno de los siguientes estados:

No configurado

Configurado, sin menoscabo

Configurado con menoscabo laboral permanente inferior al 50%

Configurado con menoscabo laboral permanente igual o superior al 50% e inferior a 2/3

Configurado con menoscabo laboral permanente igual o superior a 2/3

Para esta definición, las normas actualmente vigentes aportan un método que mide las consecuencias que el impedimento físico o mental produce sobre las actividades laborales, relacionándolos con las dificultades que ocasionan en las AVD. La ponderación final refleja la pérdida de capacidad para efectuar cualquier trabajo, como lo exige el Sistema de Pensiones. El trabajo que desempeñan los médicos asignados, interconsultores y asesores, así como los demás profesionales que participan en la acreditación del estado del impedimento y su estado de configuración o no configuración se enmarca en esta definición. Cuando un impedimento no cumple con los requisitos mencionados y por tanto no se configura, no significa que haya ausencia de la enfermedad que el afiliado refiere, sólo que no se cumplen las condiciones pre-establecidas que permiten considerarlos para efectos de calificar la invalidez.

Dos conceptos importantes en este proceso de calificación son la capacidad laboral y la autonomía, que, para este efecto, se definen el primero como “conjunto de aptitudes que permiten asumir las exigencias de cualquier puesto de trabajo”, y el segundo como “la capacidad

de efectuar la actividades de la vida diaria sin ayuda o supervisión de terceros”, su ausencia caracteriza el nivel del impedimento configurado.

Los impedimentos se clasifican en 5 clases, nominadas en números romanos de I a V, según la intensidad de los síntomas y signos que generan, desde intensidad leve o ligera, hasta grave, que no logra controlarse a pesar de tratamiento especializado. Luego cada clase se categoriza en rangos definidos por la frecuencia de presentación de los síntomas y signos en bajo, medio y alto, siendo bajo aquellos de frecuencia intermitente u ocasional, medio los de frecuencia habitual y altos los de frecuencia constante y permanente. Estas categorías se encuentran contenidas en tablas específicas en las Normas de Calificación, si no fuera así, el interconsultor deberá aportar los fundamentos técnicos que permitan a la Comisión determinar el rango, lo que también puede ser realizado por la propia comisión según los antecedentes contenidos en el expediente individual del trabajador que ha solicitado pensión de invalidez.

Ante la presencia de múltiples impedimentos configurados, corresponderá realizar una suma combinada según el porcentaje de pérdida definido para cada impedimento, llegando así a un porcentaje total de invalidez, al cual se pueden sumar factores complementarios por edad y educación del evaluado. Para realizar esta suma combinada, los impedimentos a sumar deben afectar distintas áreas de actividades de la vida diaria, deben agravar el menoscabo laboral y al menos uno de ellos debe estar clasificado al menos en clase III, entre 35 y 49%, o bien los impedimentos, descritos en las normas en capítulos referidos a los distintos sistemas del organismo, que pertenecen a un mismo capítulo y afectan la misma área de actividades de la vida diaria potenciándose entre sí, al ser sumados combinados alcanzan 35% de menoscabos global al menos.

Las Normas de Calificación², se encuentran organizadas por capítulos de la siguiente forma:

Capítulo I	Sistema Osteomioarticular y tejido conjuntivo
Capítulo II	Sistema Nervioso Central y Periférico
Capítulo III	Sistema Respiratorio
Capítulo IV	Sistema Digestivo
Capítulo V	Sistema Urinario
Capítulo VI	Sistema Cardiovascular
Capítulo VII	Sistema Endocrino
Capítulo VIII	Sistema Hematopoyético e inmunitario
Capítulo IX	Sistema Visual
Capítulo X	Sistema Auditivo, Equilibrio y Fonación

Capítulo XI	Impedimentos Mentales
Capítulo XII	Impedimentos Neoplásicos Malignos
Capítulo XIII	Impedimentos Dermatológicos

Toda la normativa que se aplica al proceso de calificación de invalidez está orientada a homogenizar los criterios de calificación mediante baremos conocidos por todos los participantes, sin embargo, es imposible evitar la aplicación de criterios individuales fuertemente influidos por la experiencia individual de cada profesional participante en el proceso, lo que otorga mayor valor a la revisión conjunta de aquellos dictámenes en que el solicitante discrepa de lo resuelto.

Calificación de la invalidez del afiliado AFP o solicitante de Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI)

El afiliado será citado a la CMRe que le corresponda, donde deberá presentar los antecedentes médicos que fundamenten su solicitud de invalidez ante un médico cirujano perteneciente al Registro Público de Asesores, con el objeto de que éste informe a la CMRe si la solicitud se encuentra debidamente fundada.

En caso que el médico asesor informe que la solicitud se encuentra debidamente fundada, la respectiva CMRe designará, sin costo para el afiliado, a un médico cirujano de aquellos incluidos en el Registro Público de Asesores, con el objeto que lo asesore en el proceso de calificación de invalidez y asista como observador a las sesiones de las Comisiones en que se analice su solicitud. Este médico asignado no tiene costo para el afiliado. No obstante, el afiliado siempre podrá nombrar, pagado por él, un médico cirujano de su confianza, en reemplazo del designado.

En caso que el médico no considere debidamente fundamentada la solicitud, el afiliado podrá asistir al proceso de calificación de invalidez sin asesoría o nombrar, a su costo, un médico cirujano de su confianza para que le preste la referida asesoría como médico observador.

Para el ejercicio de sus funciones, el médico asesor podrá participar durante todo el proceso de calificación de invalidez respectivo y asistir, sólo con derecho a voz, durante la adopción del respectivo acuerdo.

La CMRe designará a uno de sus integrantes para que estudie y presente el caso, este médico citará al afiliado a una entrevista preliminar y le entregará las órdenes de los exámenes e interconsultas médicas de las especialidades que correspondan, según los impedimentos que el afiliado declare y de acuerdo a las instrucciones contenidas en las Normas.

Los exámenes solicitados deberá realizárselos el afiliado en el sistema de médicos e instituciones interconsultoras que forman parte de un registro autorizado por la Superintendencia de Pensiones.

La CMRe debe demostrar si el impedimento o enfermedad que invoca el afiliado, es objetivo, demostrable, se encuentran agotadas las terapias médicas o quirúrgicas accesibles y se ha cumplido el período de observación post tratamiento indicado en las Normas de Calificación. Cuando se cumplen estas condiciones, la Comisión Médica determina el menoscabo que el impedimento provoca en la capacidad de trabajo del afiliado.

Dictamen de invalidez

Una vez concluido el proceso de estudio y recopilación de antecedentes, el Médico Asignado expone el caso a la CMR, emite una sugerencia de rechazar o acoger la solicitud, define el o los impedimentos y propone un porcentaje de menoscabo. Luego del análisis del caso la Comisión emite un dictamen de invalidez que especifica el impedimento y su correspondiente menoscabo y se envía al afiliado.

Proceso de apelación a CMC

Si el afiliado beneficiario de pensión por AFP o el beneficiario de Pensión Básica Solidaria están en desacuerdo con este dictamen, pueden presentar una apelación, que entrega en la CMRe para su envío a la Comisión Médica Central (CMC), que constituye un órgano pluripersonal, integrado por a lo menos 3 médicos cirujanos, designados por la Superintendente de Pensiones, cuya función consiste en resolver los reclamos que interpongan los afiliados y/o beneficiarios solicitantes de pensión, las Administradores de Fondos de Pensiones, o las Compañías Aseguradoras de invalidez, en contra de los dictámenes que emiten las CMR.

Los dictámenes de los afiliados cubiertos por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS) pueden ser apelados a la CMC por la Compañía de Seguros.

La CMC está constituida por 3 salas que sesionan con un mínimo de 3 médicos participantes: un Presidente, Secretario y un Médico integrante. Una vez recibida la apelación desde la CMR, el Presidente de la sala revisa el expediente y asigna el caso a un médico integrante, quien tiene la misión de revisar en profundidad los antecedentes y preparar un informe para su discusión en la sesión de la Comisión de la cual forma parte.

El resultado de este análisis es una sugerencia por parte del médico asignado al caso a su sala de la CMC de rechazar o acoger la apelación, modificando o no el dictamen regional según su análisis del expediente. También puede sugerir nuevas evaluaciones y exámenes si considera que el estudio regional ha sido insuficiente. Estas acciones de evaluación médica, psicológica o social, pueden realizarse en la regional del paciente o en Santiago, según disponibilidad del examen o especialista requerido. En cada sesión se exponen los casos asignados, habitualmente 10, a los médicos integrantes y se define el curso a seguir.

Dictamen de la CMC

La CMC puede acoger la apelación y modificar el dictamen de la CMR, ya sea disminuyendo o aumentando el menoscabo otorgado o puede rechazar la apelación y confirmar el dictamen de la CMR, en ambos casos emite una Resolución. Esta resolución tiene una nueva instancia de apelación llamada Recurso de Reposición, que sigue el mismo proceso y finalmente existe una instancia llamada Recurso Extraordinario de Reposición que implica la revisión de la corrección con que el proceso de calificación y apelación fue llevado a cabo.

Flujograma de apelaciones a la CMC



III OBJETIVOS

GENERAL

Revisar el procedimiento de apelación contra los dictámenes de las CMRe de Calificación de Invalidez de la Superintendencia de Pensiones, que se resuelven en la CMC y analizar su contenido

para contribuir a la comprensión de las conexiones de la salud pública con la protección social en el ámbito de la pensión por invalidez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comentar el desarrollo del proceso de calificación de incapacidad y apelación a la Comisión Médica Central.
2. Narrar los resultados del proceso y comentar las principales patologías involucradas en las solicitudes de pensión de invalidez, ya sea de AFP o PBSI.
3. Describir el proceso de apelaciones a la CMC y las principales razones y argumentos usados en las apelaciones, retratar las principales discrepancias entre los dictámenes regionales y los argumentos desplegados por los pacientes.
4. Recoger las reflexiones de los actores de la CMC sobre el proceso.
5. Reflexionar sobre la relación entre las causas de invalidez y las actividades de promoción y protección de la salud como campo de la salud pública.

IV METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo que consiste en la revisión y análisis del sistema de apelación a la CMC, según la normativa e información contenida en los siguientes documentos, mediante el cual se busca describir tanto el proceso como los resultados de las solicitudes de pensiones y las apelaciones de los dictámenes regionales de 2014:

- Normativa vigente en el proceso de calificación de invalidez.
- Informes de resultados de las actividades de las CMRe y la CMC de la Superintendencia de Pensiones.
- Actas de casos resueltos en la CMC.
- Registro de entrevistas a actores relevantes del proceso de calificación.

Experiencia de la investigadora

La investigadora tiene experiencia en el proceso de calificación de incapacidades de origen laboral, que se enmarca en la Ley 16.744 y sus reglamentos desde 1991.

A partir de 2013 ha formado parte de la CMC de la Superintendencia de Pensiones como médico integrante, revisando cientos de casos durante cada año, experiencia que ha llevado a la formulación de la presente tesis.

Entrevistas

Entrevistas semiestructuradas a médicos integrantes de la CMC.

Estudio de casos

Los casos serán seleccionados a partir de la revisión sistemática realizada como parte del trabajo habitual en la CMC, resguardando la confidencialidad de la información sensible y rescatando sólo los aspectos involucrados en la investigación, como son:

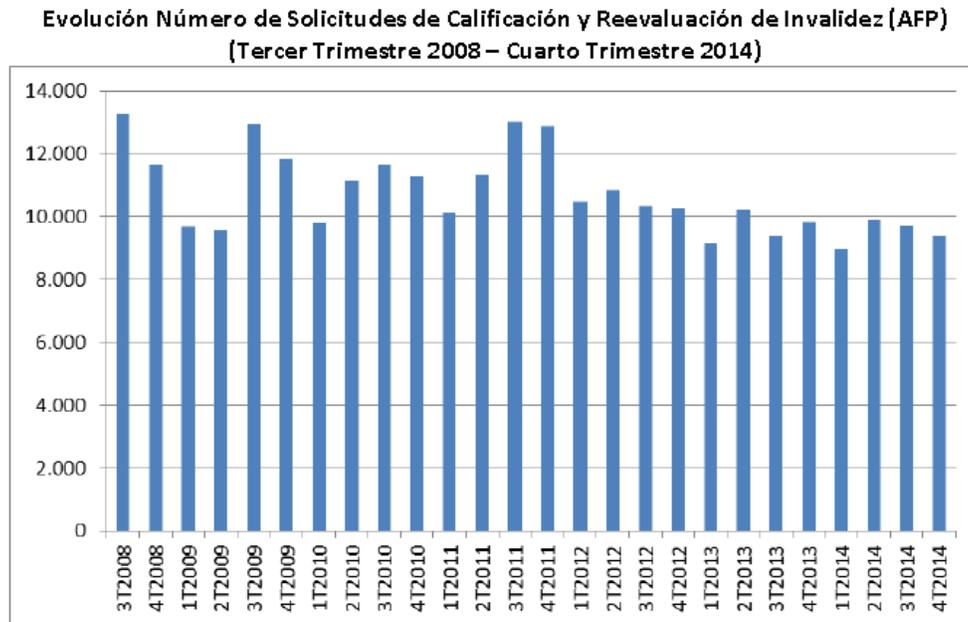
- Fundamentos de las apelaciones.
- Principales diagnósticos involucrados y el estudio de éstos.
- Configuración de impedimentos que llevan a distintos grados de invalidez según la calificación clínica realizada.

V RESULTADOS

Según el Informe Estadístico Mensual de Afiliados y Cotizantes a AFP 2015, en el año 2014 hubo 10.861.552 afiliados, de éstos 5.734.608 son hombres, y corresponden al 53% del total. Las mujeres son el 47%, 5.126.944 afiliadas.

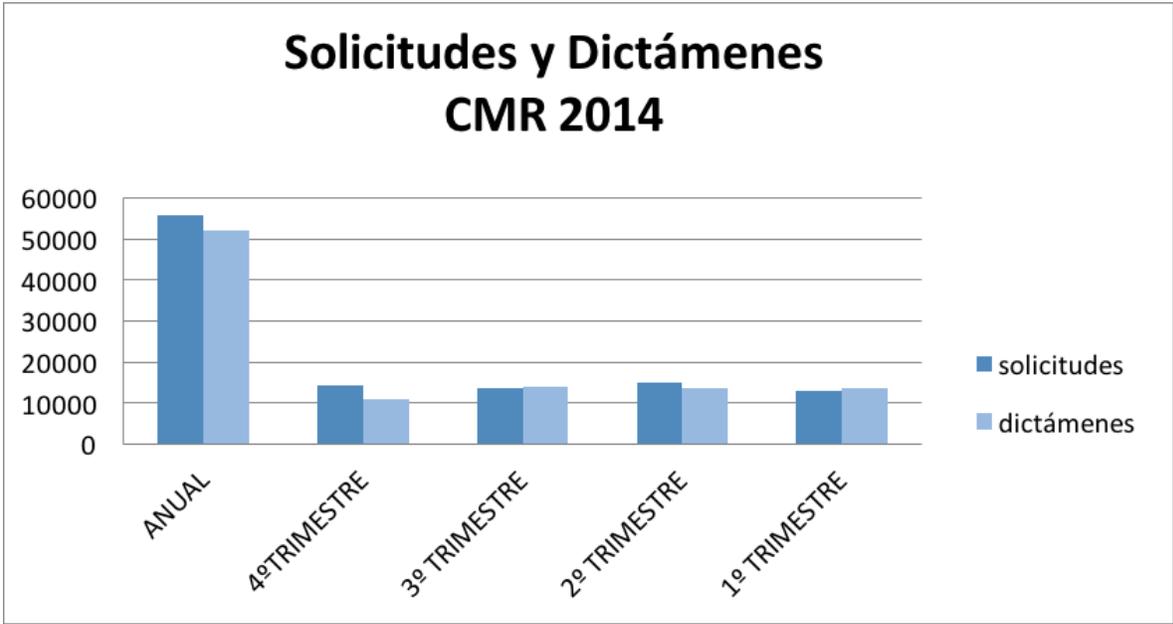
Este universo corresponde a los afiliados que pueden solicitar ser sometidos al proceso descrito en esta tesis.

El siguiente gráfico muestra el número de solicitudes de Calificación y Recalificación Invalidez recibidos en las CMRe desde 2008 a 2014

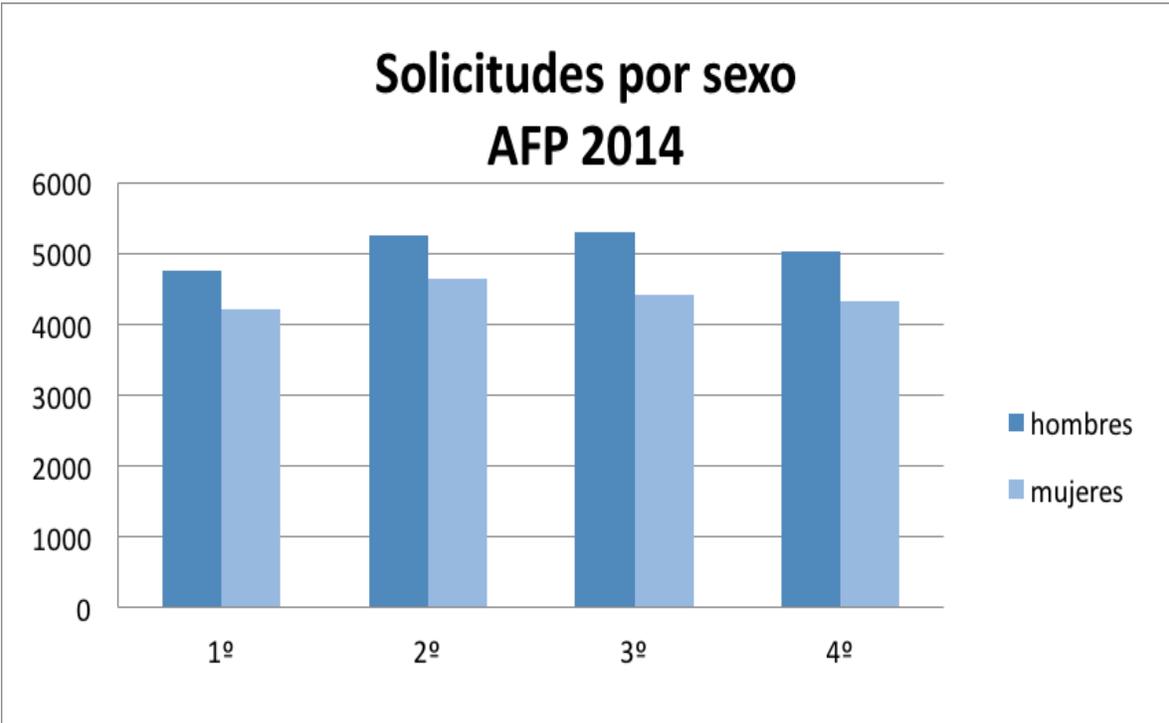


Descripción y análisis de la labor desarrollada en 2014 por las CMR y CMC

Según los Informes Trimestrales de Gestión de las CMRe y CMC 2014 ^{13, 14, 15, 16}, durante 2014 las CMRe recibieron 55.843 solicitudes de calificación y reevaluación de invalidez, de las cuales 37.995, 68%, fueron hechas por afiliados a AFP y 17.848, 32%, fueron hechas por los solicitantes de PBSI y se emitieron 51.962 dictámenes.

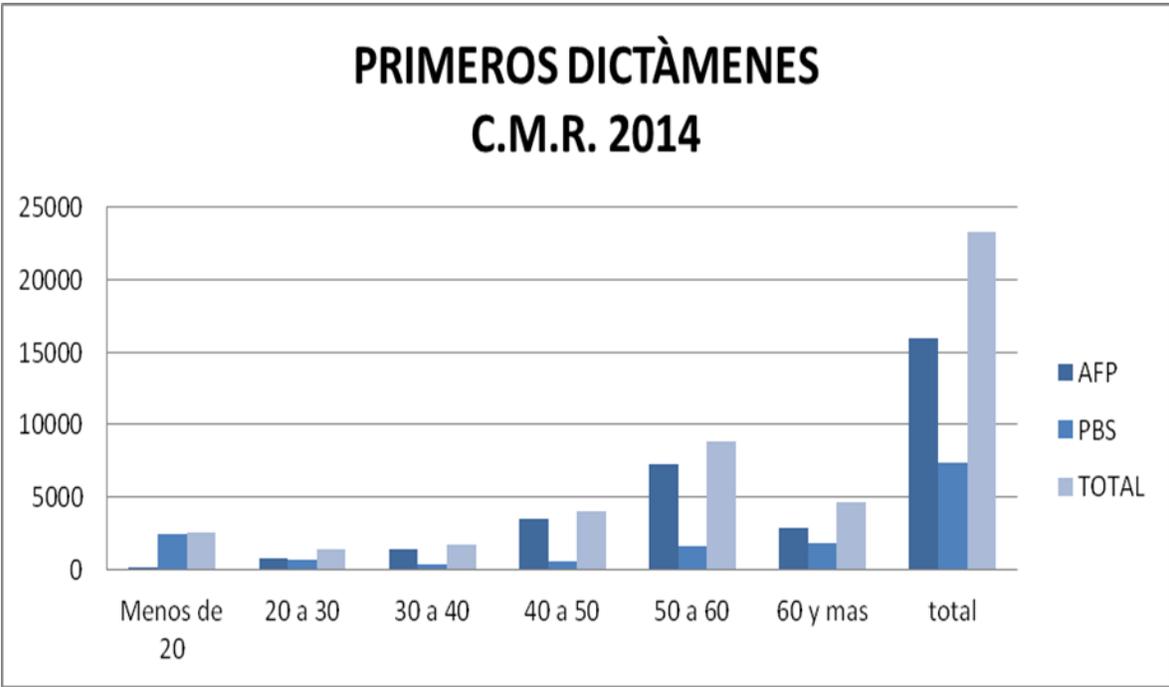


En las solicitudes de pensiones por AFP, se observa que del total, el 54% son hombres y el 46% mujeres, sin embargo en las PBSI las mujeres representan casi dos tercios de las solicitudes, 73%.



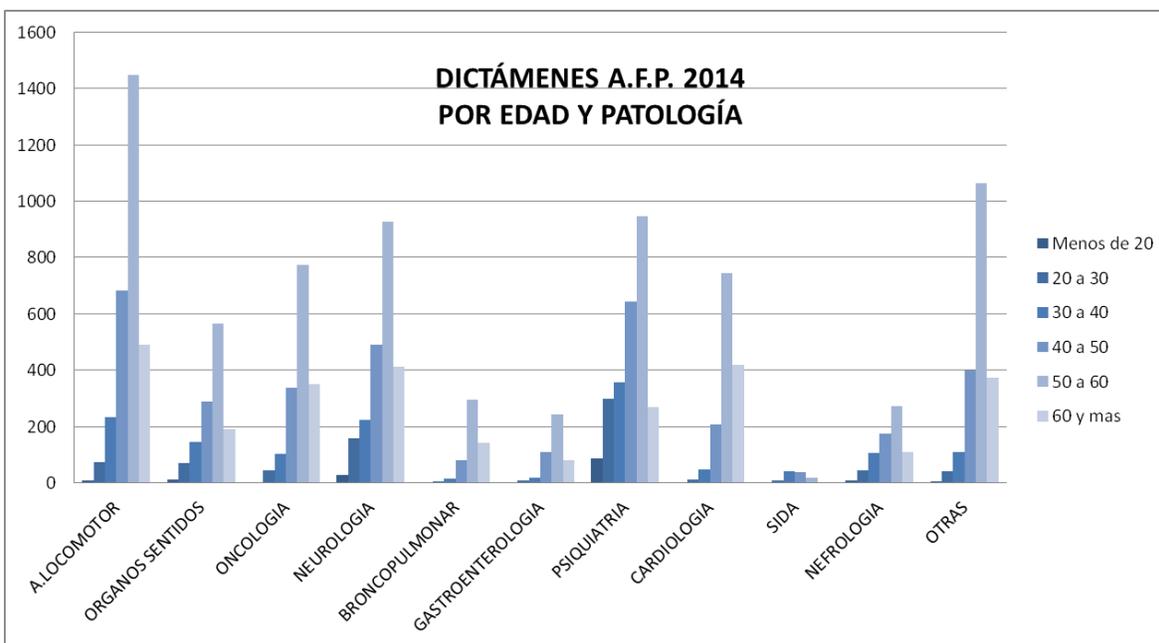


Según edad y tipo de pensión, observamos en la siguiente gráfica que el grupo etario más representado en los dictámenes es el de 50 a 60 años de edad para las AFP, mientras en las PBSI es el de menos de 20 años.



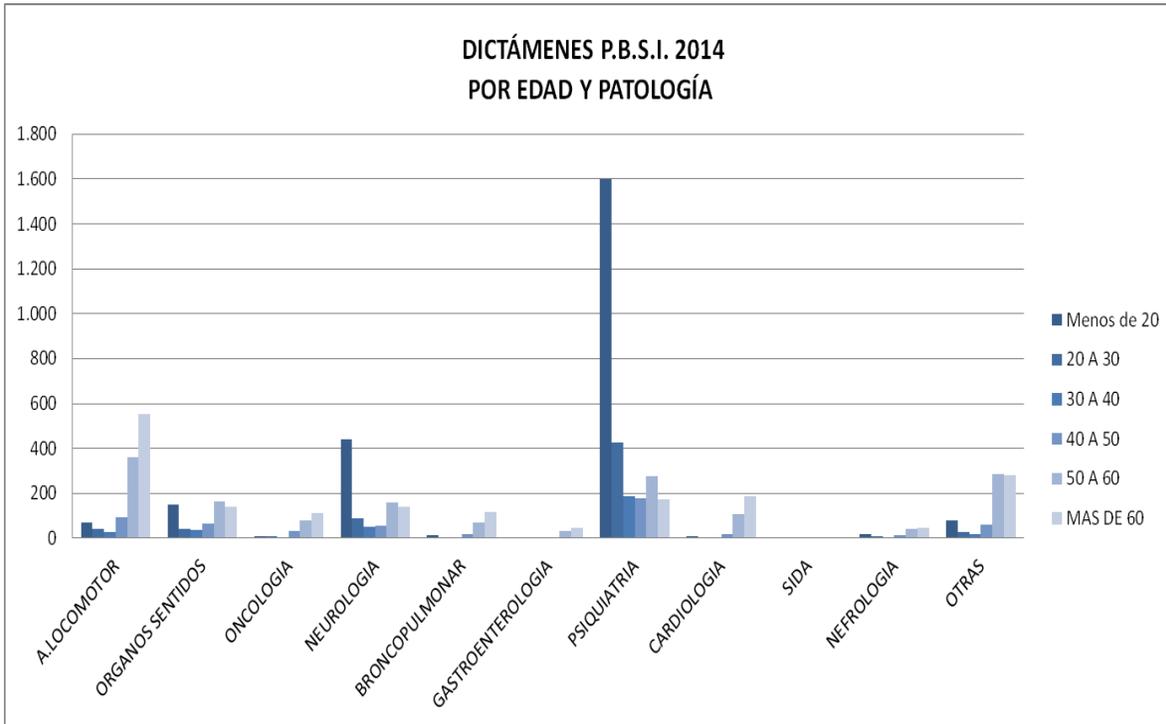
Pensiones AFP por edad y diagnóstico

En las pensiones otorgadas por AFP se observa que el rango de edad con mayor número de pensiones otorgadas por las CMRe es el tramo 50 a 60 años en todos los diagnósticos, excepto SIDA, el tramo 40 a 50 aparece segundo en las patologías psiquiátricas, neurológicas, del aparato locomotor, órganos de los sentidos y otras, en patologías oncológicas y cardiológicas, el tramo etario de 60 y más aparece en segundo lugar. La mayor cantidad de pensiones otorgadas, por tanto, corresponden a la década anterior a la edad legal de pensionarse.



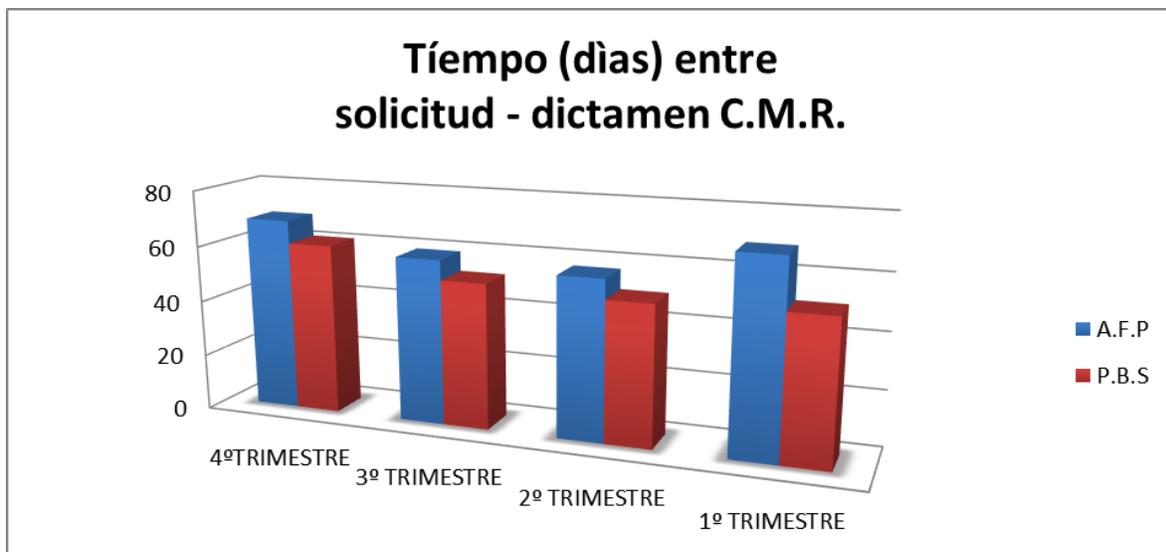
Pensiones básicas solidarias de invalidez

En cuanto a las PBSI, se observa que el grupo etario más representado es el de los menores de 20 años y el diagnóstico más frecuente en este grupo es el psiquiátrico, mayoritariamente por Retardo Mental, seguido del grupo neurológico, principalmente trastornos neurológicos congénitos o de la infancia. En el rango de más de 60 años, prevalecen los diagnósticos del aparato locomotor, principalmente artrosis y patología de columna lumbar, propias de la edad y que requieren tratamiento al cual los solicitantes pueden no tener acceso.



Tiempo del proceso

Como una observación de la eficiencia del proceso, se revisó el tiempo en días entre la entrega de la solicitud por parte del afiliado AFP o solicitante PSBI y la emisión del dictamen por parte de la CMRe, resultando en general alrededor de los 60 días. Hay que considerar que este tiempo incluye la revisión de los antecedentes, el envío a interconsultores, la recepción de los exámenes e informes de estos especialistas, la revisión del caso en sesión por la CMRe y la emisión del dictamen.



Resultados 2014 del proceso de apelación ante CMC

Durante el año 2014, 9704 apelaciones fueron presentadas ante la CMC, vale decir, el 18,1% de los dictámenes de las CMRe fueron apelados. Las Compañías de Seguros presentaron, 2.821 apelaciones, 30%, y 6.583, por los afiliados y solicitantes de PBSI.

En el 85% de los casos de apelaciones, la CMC, luego de analizado el expediente y realizados los exámenes complementarios que pudieran haberse requeridos, confirmó el dictamen de la CMRe, rechazando por tanto la apelación del afiliado/solicitante PBSI y manteniendo el menoscabo otorgado por la CMRe.

En las apelaciones realizadas por las Compañías de Seguros, el dictamen regional fue confirmado en el 53,15% de los casos, vale decir, en más de la mitad de los casos el dictamen regional fue modificado.

Argumentos de apelaciones ante CMC

Los argumentos más usados por los afiliados AFP/solicitantesPBSI para apelar contra los dictámenes de las CMRe aluden a que el menoscabo otorgado es inferior a las dificultades que sus patologías les generan en sus actividades de la vida diaria, o que no se incluyeron en el dictamen regional todas las patologías que dicen padecer o éstas no fueron configuradas por la CMRe por distintas razones, con las que discrepan.

En cuanto a las Compañías de Seguros, los argumentos más frecuentemente utilizados para apelar, aluden a que los impedimentos no están configurados según Normas, ya sea porque no se ha cumplido el plazo de observación, no se realizan los tratamientos como lo indican los lineamientos ministeriales, las Guías GES o el estado del arte de la patología; por falta de adherencia al tratamiento o porque los menoscabos otorgados a los impedimentos configurados están sobrevalorados, según la opinión del médico que revisa el caso para la Compañía de Seguros.

Los afiliados AFP/solicitantes PBSI envían cartas a la CMC, ya sea manuscritas hasta escritos de abogados que ofrecen sus servicios para estos efectos y múltiples antecedentes, como informes médicos, epicrisis de hospitalizaciones recientes, resultados de exámenes e incluso cartas de cónyuges y familiares describiendo la situación de invalidez de quien apela a la CMC.

Las Compañías de Seguros por su parte, suelen sugerir nuevas evaluaciones médicas o peritajes socio-laborales para aclarar el impacto de los impedimentos configurados en las actividades de la vida diaria de los afiliados/solicitantes.

Estudio de 100 casos de apelaciones a CMC durante 2014

Del total de casos revisados por la tesista para ser presentados a su sala en la CMC durante 2014, aproximadamente 700, se seleccionaron al azar 100 casos de apelaciones a los dictámenes de las CMRe para ser analizados, de estos casos, que podían haber sido apelados por un afiliado a AFP, un solicitante de PBSI o una Compañía de Seguros, el 88% fueron rechazadas por la CMC y se confirmó el dictamen regional.

Distribución según quien apela el caso

El 79% de las apelaciones fueron presentadas por afiliados a AFP y el 17% por solicitantes de PBSI, en ambas situaciones el motivo de apelación fue considerar que el menoscabo otorgado fue inferior al que el afiliado/solicitante considera que corresponde a su patología, y por tanto no otorga invalidez parcial o dando lugar a pensión parcial, el afiliado/solicitante considera que debe ser total.

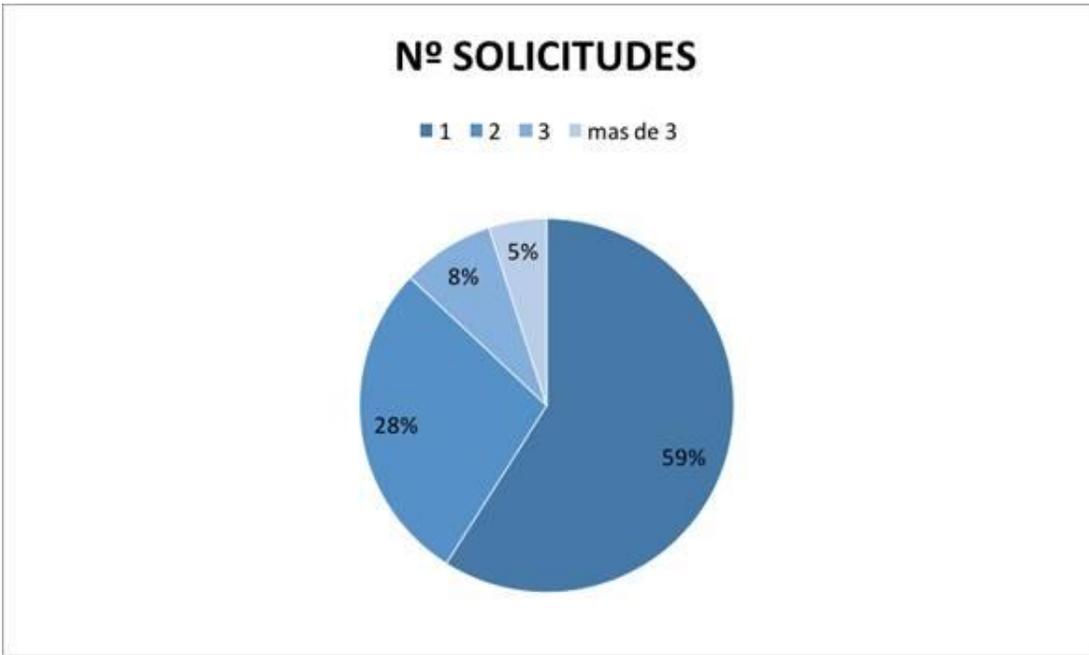
El 4% de las apelaciones fue presentado por las Compañías de Seguros que proveen el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, y todas las apelaciones son por considerar que la invalidez parcial o total otorgada es superior al menoscabo que el afiliado presenta, y por tanto no corresponde pensión total o parcial.

El 100% de las apelaciones de solicitantes de PBSI, el 86% de las de afiliados AFP y el 50% de las apelaciones de las Compañías de Seguros fueron rechazadas por la CMC y se confirmó el dictamen de la CMRe, por considerarse que el proceso de calificación fue correcto y que no existen argumentos que permitan modificar el dictamen regional. En los dos casos aceptados de apelaciones de las Compañías de Seguros, se disminuyó el menoscabo otorgado por la CMRe.

Según el número de solicitudes presentadas por cada apelación

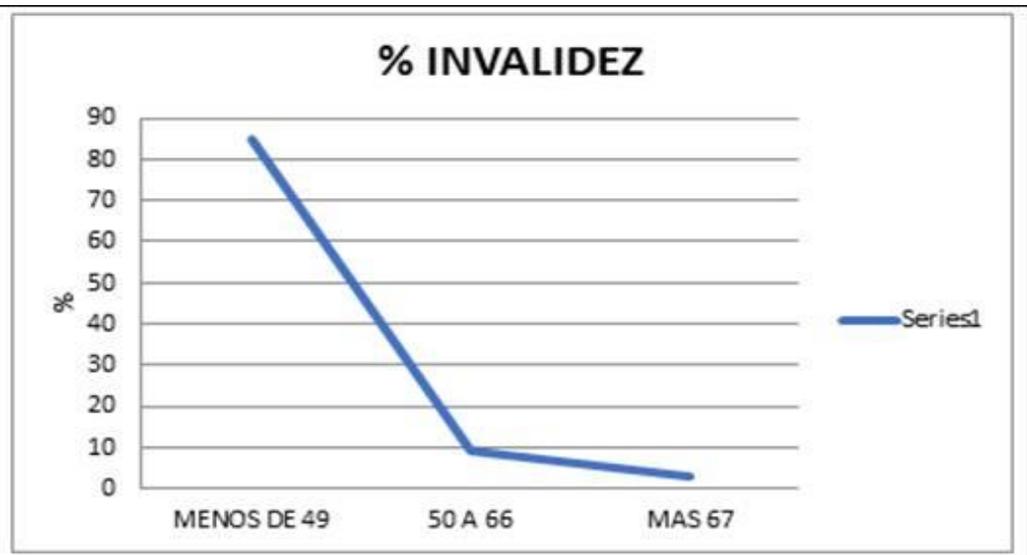
En el 59% de los casos se trataba de la primera solicitud de calificación de invalidez de quien apela contra un dictamen de la CMRe, en el 28% de los casos había 2 solicitudes, el 8% 3 solicitudes y en el 5% de las apelaciones se trataba de afiliados/solicitantes que habían presentado más de 3 solicitudes.

Como se explicó en la introducción, los afiliados/solicitantes pueden presentarse a calificación de invalidez las veces que les parezca adecuado, algunos casos vistos en CMC tienen más de 10 presentaciones, entre solicitudes, apelaciones, recursos de reposición y recursos extraordinarios de reposición, estos dos últimos son nuevas instancias de apelación. Todas estas presentaciones requieren que las CMRe y la CMC lleven a cabo el mismo proceso de calificación descrito, cuando el tiempo entre dos presentaciones es muy breve, inferior a un año, se pueden utilizar los mismos exámenes e interconsultas realizados en la presentación previa, a menos que el afiliado/solicitante refiera nuevas patologías que deban estudiarse para verificar si constituyen impedimentos.



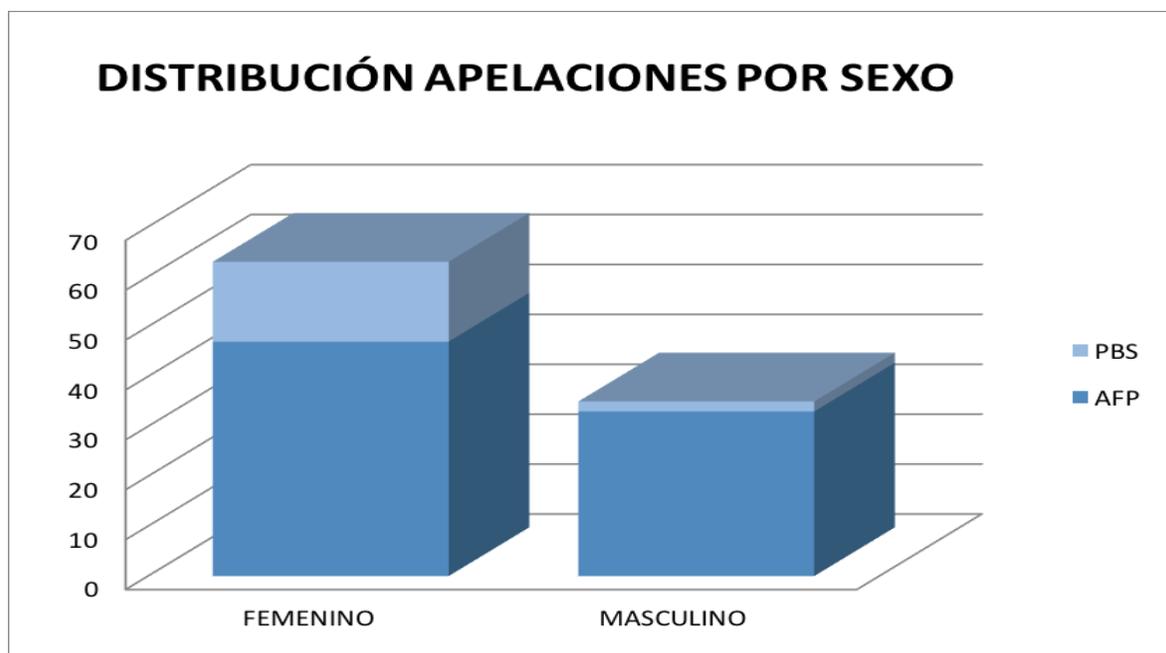
Según el porcentaje de invalidez otorgado en la CMR

En el 90% de los casos el dictamen de invalidez de la CMRe fue inferior al 49%, no otorgando derecho al afiliado/solicitante a pensión parcial; alrededor del 8% fue de 50 a 66% por lo tanto el afiliado/solicitante tenía al momento de la apelación derecho a una pensión parcial y sólo el 3% tenía más del 67%, pensión total. Todos los casos apelados por las Compañías de Seguros presentan al menos una pensión parcial.



Distribución de apelaciones por sexo

En esta distribución se observa que en las apelaciones de PBSI las mujeres son mayoría, mientras que en las apelaciones de AFP, la mayoría son hombres. Esta observación puede ser por la realidad nacional de que las mujeres están menos representadas en la fuerza laboral y por lo tanto no tienen ahorro previsional, por lo que se presentan a solicitar PBSI.



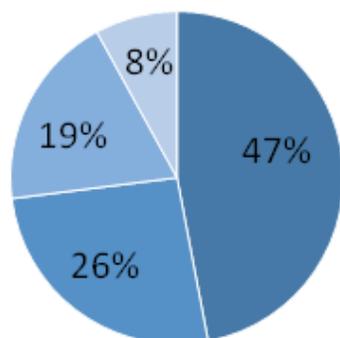
Distribución por nivel de educación de los afiliados/solicitantes

Casi un quinto de quienes presentan apelaciones en el grupo estudiado tienen educación superior, todos ellos son afiliados a AFP y la mayoría está en la década anterior a la edad legal de pensionarse.

La distribución de escolaridad por sexo, muestra que las mujeres en mayor porcentaje tienen escolaridad superior, al revisar la profesión declarada, la moda son las profesoras que apelan por disconformidad con los dictámenes de las CMRe, ya sea porque no alcanzan a pensión parcial o porque consideran que su invalidez les debería otorgar pensión total.

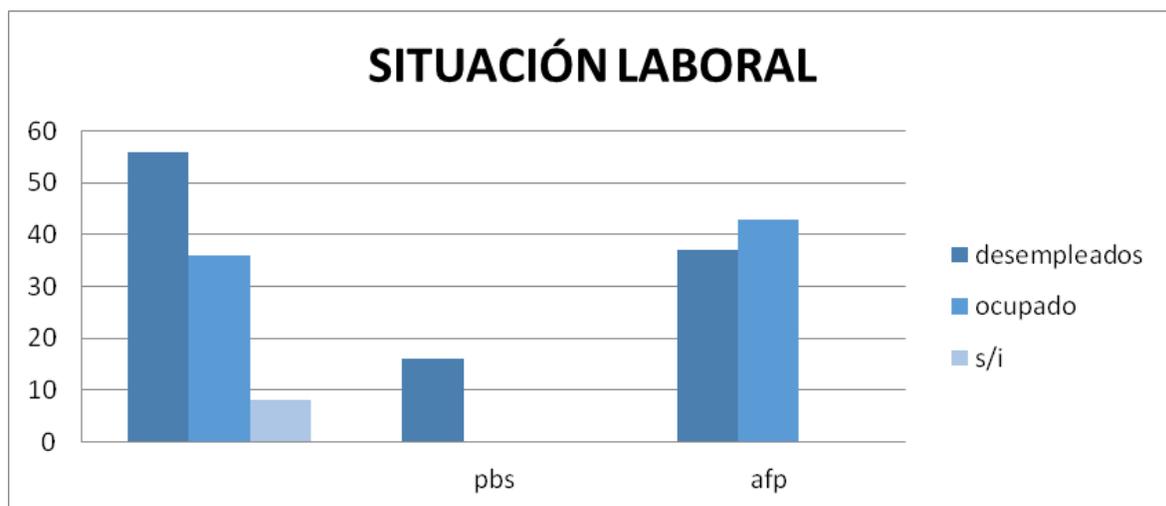
NIVEL ESCOLARIDAD

■ Bàsica ■ Media ■ superior ■ N/I



Distribución según situación laboral

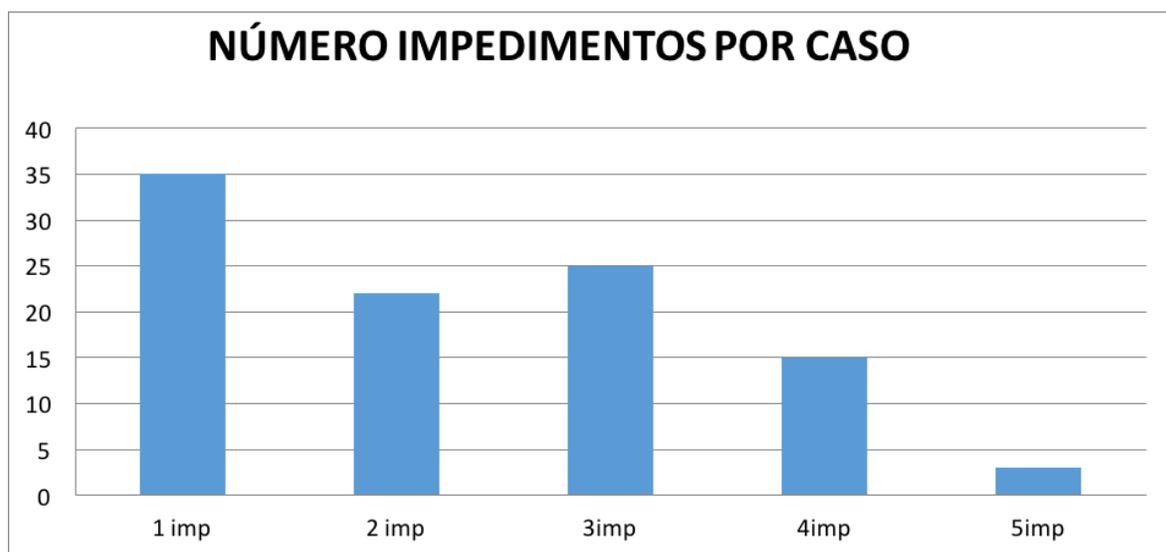
En el 55% de las apelaciones quien apela está desempleado, en todos los casos de PBSI y en el 45% de los afiliados a AFP. Esta situación laboral podría, en algunos casos, explicar la presentación a solicitar pensión de invalidez y luego la apelación, al no obtener la invalidez solicitada.



Distribución según número de impedimentos por caso

En el 35% de los casos el afiliado/solicitante presentaba un solo impedimento y en el 2,5% presentaba 5 impedimentos.

El diagnóstico que se repite con mayor frecuencia es hipertensión arterial en el 38% de los casos, seguido de lumbago en el 31% de los casos, 22% trastornos de salud mental y diabetes mellitus en el 18% de los casos. La combinación más frecuente es hipertensión arterial + diabetes mellitus. Otros diagnósticos representados son trastornos del ánimo y de adaptación, alteraciones visuales, artrosis de manos, fibromialgia, epilepsia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, dependencia al alcohol y otras sustancias, hipoacusia, vértigo, retardo mental, asma bronquial, secuelas de TEC, lupus.



Entrevista a médicos integrantes de la CMC

La Entrevista se realizó mediante cuestionario adjunto en anexo 1, que fue distribuido a 18 médicos integrantes de dos salas de la CMC y se recibieron 9 respuestas.

En general los médicos integrantes consideran que las principales fortalezas del proceso de calificación de invalidez de la Superintendencia de Pensiones son el fácil acceso para los afiliados/solicitantes, ya que basta con presentarse ante su AFP correspondiente y solicitar ser evaluados.

También se considera una fortaleza que el proceso sea regulado por una Normativa que permite mayor homogeneidad de criterios, esto contribuye a disminuir el impacto de la dispersión geográfica y la posible diferencia en acceso a capacitación permanente de los médicos integrantes de las CMRe y los interconsultores.

Es opinión de los integrantes de la CMC que las calificaciones y apelaciones pueden ser resueltas con los medios de exámenes e interconsultas disponibles.

El tiempo de resolución de las solicitudes de evaluación de incapacidad es adecuado cuando no se requieren exámenes adicionales, pero puede prolongarse dependiendo de la facilidad con que el afiliado pueda asistir a las interconsultas y exámenes adicionales solicitados por la CMC, prolongándose sobre todo cuando el afiliado/solicitante debe desplazarse desde su lugar de residencia para los exámenes requeridos.

Al consultar si las solicitudes de pensión de invalidez resuelven un problema de la seguridad social distinto a la invalidez por enfermedad, 4 médicos integrantes respondieron que sí, dado que en algunos casos se solicitan pensiones de invalidez por condiciones económicas desmedradas, pero es opinión mayoritaria que las pensiones son otorgadas según la normativa vigente de calificación, sin influencia de factores sociales anexos, como pobreza o marginalidad, a menos que éstos impidan acceso al tratamiento requerido y por tanto se considere un impedimento configurado por no acceso a la terapia indicada, por ejemplo, falta de acceso a prótesis de cadera en afiliado/solicitante que no esté en edad de cobertura por GES para artrosis de cadera y que presente interferencias importantes en las AVD por este motivo.

VI DISCUSIÓN

Una vez revisado el proceso de calificación de invalidez no laboral en el sistema previsional chileno, es posible concluir que este sistema es de acceso disponible a quienes consideren que su situación de salud no les permite trabajar y por tanto solicitan pensionarse en forma anticipada.

Si bien el acceso es expedito, basta con presentar una carta de solicitud de calificación de invalidez para ser citado a una de las CMRe que sesionan en el país, el proceso en sí requiere que se cumplan una serie de requisitos formalmente establecidos, para que se otorgue una pensión de invalidez, que en el 49% de los casos revisados para el año 2014 no se consigue.

La revisión de las cartas de apelación de quienes no consiguieron las pensiones solicitadas o sólo consiguieron pensiones parciales, van desde la auto percepción de una salud muy deteriorada como para trabajar, hasta el reconocimiento expreso del estado de necesidad económica que presenta el afiliado y que lo lleva a solicitar pensión. Esta motivación es más frecuente en quienes solicitan PBSI, ya que por definición pertenecen a la población más pobre de Chile y además están enfermos, sin embargo en un elevado porcentaje su enfermedad, si bien se constituye como impedimento, no alcanza menoscabo de al menos 50%, exigido para una pensión parcial.

Después de revisar cientos de casos de apelaciones, con sus respectivos estudios regionales, se presenta la interrogante de ¿cuáles son las necesidades no cubiertas por la seguridad social de Chile que pretenden ser cubiertas solicitando una pensión de invalidez?, este análisis permite concluir que quienes presentan alguna patología que esté en tratamiento, aunque sin efectos demostrables o severos sobre sus actividades de la vida diaria, ven en la pensión de invalidez una alternativa para conseguir ingresos en forma anticipada a la edad legal de jubilar.

Los casos revisados durante 30 meses de ejercicio como médico integrante de la CMC, permiten plantearse algunas observaciones sobre la relación entre el sistema de salud pública en que se atiende la mayoría de quienes solicitan pensiones con la situación de salud de estas personas:

Ha sido sorprendente observar la disponibilidad de recursos de salud en todo el sistema de atención pública del país en cuanto a los exámenes cuyos informes son enviados en la apelación y los medicamentos de última generación, que los afiliados refieren haber recibido tanto en la atención primaria como en los Hospitales de distinta complejidad a lo largo del país. Esta observación se confirma en los 100 casos revisados en detalle, puesto que en ellos los pacientes tuvieron acceso a exámenes y medicamentos requeridos según sus patologías, en ocasiones más de 5 de ellas, y se han mantenido el tiempo suficiente en control y seguimiento como para que sus dolencias constituyan impedimentos configurados según las Normas de este proceso.

Sin embargo un punto menos exitoso es la disponibilidad de horas de especialistas, informado por los pacientes en sus solicitudes y apelaciones como largos tiempos de espera para acceder a esta atención especializada desde sus localidades rurales hasta las ciudades que cuentan con hospitales

de mayor complejidad e incluso en las ciudades mismas hay largos tiempos de espera por horas de especialidad y para tratamientos más complejos.

El hecho de que el 51% de las solicitudes de pensión resulten finalmente en una pensión, permite reflexionar sobre el 49% restante que se presentó por considerar su salud deteriorada, pero que luego del proceso de calificación se concluyó que dicho deterioro no era del nivel requerido para conseguir una pensión, por tanto es factible plantear que la atención de salud recibida ha sido adecuada para mantener sus patologías compensadas, evitando la progresión del daño. Sin embargo, también es causal de no obtención de pensión que las patologías no se hayan considerado impedimentos configurados por falta de atención médica adecuada, pero en el caso de comprobarse falta de acceso a un tratamiento, por ejemplo artroplastia de cadera o rodilla, para resolver un cuadro que lo requiere, se procedería a configurar impedimento por dicho cuadro, de modo que se puede vislumbrar que quienes refiriendo estar enfermos no lo están tan severamente como para ser pensionados y han recibido la atención de salud que necesitan.

VII CONCLUSIÓN

El proceso de calificación de invalidez no laboral de los afiliados a AFP y solicitantes de PBSI en nuestro país se desarrolla dentro de un marco normativo bien definido y con acceso a todos quienes soliciten ser sometidos a calificación.

Las CMRe desarrollan el proceso inicial de calificación de invalidez según los antecedentes aportados por los afiliados AFP/solicitante PBSI y solicitan exámenes médicos, interconsultas a especialistas, evaluaciones psicológicas y peritajes sociolaborales, con el objetivo de evaluar la pertinencia de configurar impedimentos que otorguen menoscabo laboral.

Menos del 20% de los dictámenes regionales son apelados ante la CMC.

La CMC recibe las apelaciones de los afiliados, solicitantes de PBSI y compañías de seguro y las resuelven en base a los antecedentes proporcionados o solicita nuevos exámenes, interconsultas, evaluaciones psicológicas o peritajes sociolaborales, según el análisis de cada caso, con el objetivo de aclarar y confirmar técnicamente los impedimentos otorgados.

En el proceso de apelación revisado en esta tesis se observa que más del 80% de las apelaciones son rechazadas por la CMC confirmándose los dictámenes regionales, por lo que se puede asumir que en un alto porcentaje el proceso de evaluación desarrollado en las CMRe es técnicamente adecuado.

Los principales diagnósticos de los dictámenes de pensiones reflejan la realidad nacional de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto.

Es interesante plantear la revisión más profunda de la relación entre el funcionamiento de los centros de atención primaria y secundaria a nivel nacional con el perfil de dictámenes de invalidez por enfermedades comunes de las Comisiones Médicas Regionales descritas.

VIII BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto Ley 3500. 1980.
2. Comisión Técnica de Invalidez.. Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al nuevo sistema previsional. ; 2012.
3. Superintendencia de Seguridad Social. Panorama Mensual de Seguridad y Salud en el Trabajo - Agosto 2015. Santiago;; 2015.
4. Superintendencia de Pensiones. Misión institucional. WWW.spensiones.cl 5/12/2015.
5. Superintendencia de AFPs. Normas de Interconsultores. . WWW.spensiones.cl 12/10/2015
6. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto Supremo 57/90 1990.
7. Cáceres C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. Auditio. Revista electrónica de audiología. 2004; 2(3): p. 74—77.
8. Berstein S. DOCUMENTO DE TRABAJO N° 45. IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA PREVISIONAL EN CHILE,. 2011.
9. Superintendencia de Seguridad Social. Jurisprudencias e instructivos de la Superintendencia www.spensiones.cl12/10/2015
10. Superintendencia de Pensiones. El Sistema Previsional en Chile. Santiago de Chile. 2005.
11. Superintendencia de Pensiones. El sistema Chileno de pensiones. Santiago de Chile. 2010.
12. Superintendencia de Pensiones. Capítulo IV Procedimiento de reclamo del dictamen de invalidez. In Pensiones Sd. Compendio de normas del sistema de pensiones.
13. Superintendencia de Pensiones. Informe de Gestión Comisiones Médicas Regionales y Comisión Médica Central Enero-Marzo. Santiago;; 2014.
14. Superintendencia de Pensiones. Informe de Gestión de Comisiones Médicas Regionales y Comisión Médica Central Abril-Junio. Santiago;; 2014.
15. Superintendencia de Pensiones. Informe de Gestión de Comisión Médicas Regionales y Comisión Médica Central Julio-Septiembre. Santiago;; 2014.
16. Superintendencia de Pensiones. Informe de Gestión Comisiones Médicas Regionales y Comisión Médica Central Octubre-Diciembre. Santiago;; 2015.

17. Bickenbach J, Posarac A, Alarcos C, Kostanjsek N. Assessing disability in Working Age Population. Banco Mundial; 2015.
18. Social Security Systems Around the Globe. Disponible en www.pwc.com/gx/en/hr-management-services/pdf/social-security-country-profiles-march-2014.pdf; 2014.
19. Vásquez Barquero JL(. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. OMS - OPS; 2001.
20. Officer A(, Posarac A(JdR. Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011. Organización Mundial de la Salud - Banco Internacional; 2011.
- 21 Ley 16.744 Seguro Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. 1968

Anexo 1

Actividades de la vida diaria

ESENCIALES	DESPLAZAMIENTO	DOMÉSTICAS	EFICIENCIA SOCIAL
Alimentarse	Bipedestación	Cocinar	Interacción social
Vestirse y desnudarse	Marchar a pie	Asear espacios	Resolución de problemas
Sentarse y levantarse	Desplazarse en vehículos	Cuidado de la ropa	Memoria
Levantarse y acostarse	Desplazarse en transporte colectivo	Ordenar habitaciones	Comprensión
Asearse	Desplazarse en sillas de ruedas	Ocuparse de niños	Expresión
Evacuar intestino y vejiga	Desplazarse en planos inclinados	Capacidad de usar dinero	Capacidad de mantención y respeto de vínculos socio-culturales
Dormir y descansar		Responder a urgencias	Practicar deportes
Deambular y desplazarse en su domicilio		Hacer compras	Participar de actividades lúdicas
Salir del domicilio en caso de peligro		Cuidar salud personal	
		Usar medios de comunicación	

Anexo 2

Entrevista a actores claves

Entrevista a actores clave del proceso de evaluación de invalidez por patologías comunes

Nombre: _____

Cargo: _____

- 1) ¿Cuáles son según usted las principales fortalezas del sistema de evaluación de incapacidad de la Superintendencia de Pensiones?

- 2) ¿Considera usted que el proceso es de fácil acceso a los afiliados de AFP que solicitan pensión por invalidez?
SI NO

- 3) ¿Considera usted que las apelaciones de los afiliados pueden ser resueltas con los medios de exámenes e interconsultas disponibles?
SI NO

- 4) ¿Considera usted que el tiempo de resolución de las solicitudes de evaluación de incapacidad es adecuado, desde el dictamen regional hasta la resolución?
SI NO

- 5) ¿Considera usted que la solicitud de pensión de invalidez resuelve un problema de la seguridad social diferente a la invalidez por enfermedad?
SI NO

- 6) ¿Considera usted que los médicos de la Comisiones de Evaluación son influidos por factores sociales en su determinación de invalidez?
SI NO