DERECHO A PENSIÓN DE INVALIDEZ COMÚN POR INCAPACIDAD O MENOSCABO LABORAL PERMANENTE

D.L. N° 3.500 DE 1980, LEY N° 20.255
CEI 32 CÁMARA DE DIPUTADOS

Incapacidad laboral transitoria:
merma temporal en la capacidad de desarrollar las actividades propias del trabajo específico por parte del trabajador o trabajadora a causa de una enfermedad o lesión de origen común o laboral , que habiendo sido refrendado por medio de una licencia médica por el profesional de la salud autorizado, permite al trabajador ausentarse justificadamente de sus labores.

Licencia médica:

Conforme al DS N°3 de 1984 del MINSAL, es el derecho que tiene el trabajador o trabajadora de ausentarse o reducir su jornada de trabajo durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, reconocida por su empleador en su caso y autorizada por la Compin o Isapre, según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio de incapacidad laboral, si cumple con los requisitos establecidos para ello.

Incapacidad laboral permanente del Sistema de Pensiones del DL 3.500/80 Art. 4°:

"Tendrán derecho a pensión de invalidez los afiliados no pensionados por esta ley que, sin cumplir los requisitos de edad para obtener pensión 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:

a) Pensión de invalidez total, para afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo de, al menos, dos tercios, y

b) 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."

Invalidez conforme al DL 3.500/80

Impedimento:

En el programa de pensiones de la Seguridad Social es la enfermedad o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales que afecta la capacidad de trabajo, (que puede estar *configurado* o *no configurado*); a diferencia de las patologías o enfermedades que es la acepción de uso en el programa de Salud.

Menoscabo Laboral Permanente:

Es la pérdida de la capacidad de trabajo y se expresa en términos porcentuales como parcial de un segmento y global de la persona. Refleja el impacto que los Impedimentos configurados y Factores Complementarios ocasionan sobre las actividades de la vida diaria y exigencias del trabajo. Su determinación es propia de las Comisiones Médicas.

Invalidez conforme al DL 3.500/80

EVALUACION:

- ANALISIS DEL ESTADO DEL IMPEDIMENTO
- RELACION ENTRE EL IMPEDIMENTO FISICO, SENSORIAL O MENTAL, CON LAS INTERFERENCIAS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

CALIFICACION:

- DETERMINACION DE INTENSIDAD Y FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS
- FACTIBILIDAD DE SUMA COMBINADA Y ASIGNACIÓN DE FACTORES COMPLEMENTARIOS.

COMPROMISO DE LA AUTONOMÍA

Invalidez conforme al DL 3.500/80

AUTONOMIA	**CAPACIDAD DE EFECTUAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SIN AYUDA O SUPERVISIÓN**
CAPACIDAD LABORAL	**APTITUDES QUE PERMITEN ASUMIR EXIGENCIAS DE CUALQUIER PUESTO DE TRABAJO**

Invalidez conforme al DL 3.500/80

El **impedimento configurado** es aquel que cumple con los requisitos siguientes:

1. Es **objetivable** según conocimientos médicos ***validados o evidencia médica.***
2. Es **demostrable** por medios clínicos, de laboratorio, pruebas funcionales o imagenología.
3. Las medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas **accesibles** por el ***evaluado*** están ***efectuadas o no revertirán el impedimento de acuerdo a la evidencia médica***. La ***falta de acceso*** a tratamientos por su complejidad o costo está demostrada por peritaje socio-laboral.
4. La evolución según la probabilidad médica se ha **estabilizado o *está* en agravación** y no existe en el estado actual del arte tratamientos accesibles que reviertan la condición.
5. Los **periodos de observación** clínica indicados en estas normas para las especialidades respectivas están cumplidos. Hará excepción de esto, aquel impedimento cuyo curso clínico sea objetivamente ***irreversible e inexorable.***

CLASES GENERALES

CLASES DE APLICACIÓN GENERAL

Estas normas consideran Clases de Aplicación General, que podrán ser empleadas exclusivamente si un Impedimento configurado no está considerado o no es homologable a otro de similares alteraciones morfofisiológicas o funcionales en el capítulo respectivo.

Los capítulos incluyen parámetros clínicos propios de cada especialidad y requisitos respecto al grado de limitación en actividades de la vida diaria; siendo este último el método general de calificación de estas normas.

La correcta aplicación de las magnitudes de intensidad y frecuencia permite que el porcentaje de Menoscabo Laboral Permanente se ajuste a la efectiva pérdida de capacidad general de trabajo.

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

Procedimiento médico-administrativo que deben efectuar las Comisiones Médicas, dotadas de autonomía técnica para sus determinaciones, con la finalidad de verificar si los afiliados y/o beneficiarios solicitantes de pensión de invalidez cumplen los requisitos establecidos para tal efecto y cuyo pronunciamiento tiene carácter médico-legal.

Invalidez conforme al DL 3.500/80

DICTAMEN DE INVALIDEZ

Dictamen de invalidez: expresión en porcentaje de la pérdida permanente de capacidad laboral para cualquier tipo de trabajo (según normas técnicas de evaluación vigentes):

Rechazo de Invalidez	Invalidez parcial (transitoria)	Invalidez total (definitiva)
•Rechazo Administrativo • Por no comparecencia • Por fallecimiento • Por incompatibilidad legal •Rechazo Médico: • No configurado, BOT(*) • Sin menoscabo laboral • Menoscabo laboral <50%	• Menoscabo igual o mayor a 50% y menor a 2/3 • Puede ser definitiva en reevaluación	• Igual o mayor a 2/3 • No revisable

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
NORMA TÉCNICA

"Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones", 6ta. y 7ta. Ediciones.

- Publicadas en el diario oficial del 01.03.2012 y 02.01.2016
- Edición Vigente desde 01.07.2016
- Ultima Modificación a Norma 2016 publicada el 25.01.2018, vigente desde 01.07.2018
- Comisión Técnica de Invalidez (Art. 11 bis del D.L. N° 3.500)
- Baremo de Invalidez

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
COMISIONES MÉDICAS

Las Comisiones Médicas, creadas por el D.L. N° 3.500, de 1980, son las entidades encargadas de determinar la condición de invalidez de aquellas personas que, sin cumplir los requisitos de edad para obtener pensión de vejez, y a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo en a lo menos un 50%.

COMISIONES MÉDICAS

COMISIÓN MÉDICA REGIONAL

Órgano pluripersonal, integrado por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente de Pensiones, previo Concurso Público. Su función consiste en evaluar y calificar el grado de invalidez de los afiliados y/o beneficiarios solicitantes de pensión, cuya conclusión queda plasmada en un Dictamen de Invalidez.

COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

Órgano pluripersonal, integrado por tres médicos cirujanos, designados por el Superintendente de Pensiones, previo Concurso Público. Su función consiste en resolver los reclamos o apelaciones que interpongan los afiliados y/o solicitantes de pensión, o las compañías aseguradoras de invalidez, en contra de los dictámenes que emiten las CMR. Su pronunciamiento queda plasmado en una Resolución que confirma o revoca el Dictamen regional.

Invalidez conforme al DL 3.500/80

COMISIONES MÉDICAS

En cada región habrá al menos una Comisión Médica encargada de la calificación de la invalidez de las personas (referidas en los artículos 4°, 4° bis y 8° de la ley y aquellas referidas en los párrafos cuarto y quinto del Título I de la Ley N° 20.255).

En el Reglamento N° 57 del DL 3.500, de 1980, en su artículo N° 20, alude a que: «Cada Comisión estará integrada por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente, los que serán seleccionados por concurso público».

El Superintendente designará a uno de los miembros de la Comisión para que se desempeñe en calidad de Presidente (el cual es elegido mediante Concurso Público).
Dichos médicos tendrán la calidad de contratados a honorarios por la Superintendencia y no serán funcionarios dependientes de ésta.
Uno de los otros miembros actuará como Secretario Médico de la Comisión, el cual también será designado como tal por el Superintendente y subrogará al Presidente, en ausencia de éste.

Región	Comisión Médica	Cargos Médicos
XV Región	Arica	3
I Región	Iquique	3
II Región	Antofagasta	4
III Región	Copiapó	3
IV Región	La Serena	7
V Región	Los Andes	4
V Región	Viña del Mar	12
VI Región	Rancagua	10
VII Región	Talca	9
VIII Región	Concepción	13
XVI Región	Chillán	9
VIII Región	Los Ángeles	5
IX Región	Temuco	10
XIV Región	Valdivia	6
X Región	Osorno	4
X Región	Puerto Montt	4
X Región	Castro	3
XI Región	Coyhaique	3
XII Región	Punta Arenas	3
XIII Región	Metropolitana Centro	20
XIII Región	Metropolitana Sur	20
XIII Región	Central	28
TOTAL		**183**

Al sistema se suman: 545 médicos Interconsultores de diversas especialidades, 85 Peritos Socio laborales y 63 Psicólogos.

Invalidez conforme al DL 3.500/80

COMISIONES MÉDICAS REGIONALES

El proceso de Evaluación y Calificación se inicia con una solicitud de calificación de invalidez que puede ser suscrita en la AFP o en las Centros de Atención Previsional Integrados (CAPRI), la que debe ser enviada a la CMR.

1. Ingreso de la solicitud a la comisión.
2. El Presidente de la Comisión Médica Regional debe asignar un médico integrante para que estudie el caso.
3. Se cita al solicitante para una evaluación con el médico asignado.
4. En la evaluación médica se elabora un historial clínico, se realiza un examen clínico (físico y mental) y, de ser necesario, se solicitan exámenes e interconsultas con especialistas inscritos para ello.
5. Al recibir los resultados de los antecedentes solicitados, el médico asignado debe analizar los hallazgos clínicos y de acuerdo a las Normas Técnicas, sugerir un resultado a la comisión (rechazo, invalidez parcial o total).

Invalidez conforme al DL 3.500/80

COMISIONES MÉDICAS REGIONALES

El caso pasa a la revisión del presidente, quien revisa y decide su paso a la sesión.

6. En dicha sesión (que se realiza al menos una vez por semana) el médico asignado presenta el caso y se discute con todos los integrantes, tomando una determinación final y dictaminan cada caso.
7. Posteriormente, la comisión procede a firmar los dictámenes y ordenan su notificación a las partes (solicitantes o compañías de seguro), quienes disponen de 15 días hábiles para presentar una apelación.
8. En caso de recibir una apelación, personal administrativo lo ingresa al sistema derivándola a la Comisión Médica Central para su estudio.

Invalidez conforme al DL 3.500/80

APELACIÓN O RECLAMO – C. M. CENTRAL

El proceso se inicia con el ingreso de una apelación, sea del mismo afiliado o de las compañías de seguros (en caso de estar cubierto por el SIS), a la Comisión Médica Regional, ingresándose en el Sistema oficialmente al proceso en la Comisión Médica Central generando los siguientes pasos:

1. El Presidente debe asignar un médico para realizar el estudio del caso.
2. El médico asignado al caso debe revisar todos los antecedentes que contiene el expediente. Una vez finalizado este análisis, debe sugerir un resultado: necesidad de nuevos estudios, mantener lo dictaminado en la CMR ó revocar dicho dictamen.
3. Previo a su ingreso a dicha sesión, el caso es revisado por el Secretario Médico quien confecciona el acta que incorpora un resumen del análisis efectuado por el médico asignado y da su V°B° para que sea incorporado en la sesión.
4. En dicha sesión, el médico asignado presenta el caso y se discute con todos los integrantes, tomando una determinación final y resuelven confirmar o revocar el dictamen reclamado.
5. Posteriormente la resolución es enviada a la Comisión Médica Regional, la que debe ser ingresada a la sesión para que tome razón de dicha resolución.
6. Luego de ello se procede a notificar a las partes (solicitantes o compañías de seguro).
7. Finalmente, las partes pueden presentar un recurso de reposición, dentro de cinco días hábiles

Invalidez conforme al DL 3.500/80

Solicitudes Totales (con revaluaciones)	**AFP**	**PBS**	**TOTAL**
2017	43.232	14.748	57.980
2018	46.640	14.993	61.633
2019 a julio	35.821	9.100	44.921

Solicitudes Totales (con revaluaciones)	AFP	PBS	TOTAL	Incremento
2017 a julio	24.710	8.936	33.646	
2018 a julio	26.464	9.194	35.658	6%
2019 a julio	35.821	9.100	44.921	**21%**

RELACIÓN ENTRE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y LICENCIA MÉDICA

1. **¿Quiénes pueden solicitar la calificación de invalidez, para efectos de pensión, de un trabajador afiliado al sistema de pensiones del D.L. N° 3.500 de 1980?**

- Exclusivamente el trabajador afiliado al Sistema, por sí o debidamente representado**.**

2. ¿Para solicitar este trámite, es requisito o condición que se encuentre haciendo uso de licencia médica?

- No. Para calificar la invalidez esta información no es relevante.

3. ¿Para qué efectos se requiere esta información?

- Para determinar el devengamiento o fecha de inicio de la pensión total o parcial que eventualmente se otorgue.
- Para notificar el dictamen de invalidez a la entidad pagadora de subsidios, según corresponda.

Invalidez conforme al DL 3.500/80

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ <u>POR REQUERIMIENTO DE ISAPRE</u>
➔NO CONDUCENTE A PENSIÓN DE INVALIDEZ

Art. 197, inciso octavo del DFL N° 1 de 2005 del MINSAL.

Las Instituciones podrán en casos calificados solicitar a las comisiones que establece el artículo 11 del Decreto Ley N° 3.500, de 1980, o a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, según corresponda, la declaración de invalidez del cotizante. Si la declaración de invalidez fuere solicitada a las Comisiones a que se refiere el citado artículo 11, las instituciones deberán financiar la totalidad de los gastos que demande esa solicitud, tales como exámenes de especialidad, análisis, informes y gastos de traslado del cotizante.

Esta solicitud debe ser presentada en la AFP en que se encuentre afiliado el cotizante. La Administradora deberá, dentro de las siguientes 48 horas, comunicar a su afiliado por carta certificada, que ha recibido una solicitud de calificación de invalidez, indicándole además lo siguiente: Que si la solicitud de calificación de invalidez es aprobada producirá la suspensión de su licencia médica; Que dicho dictamen no genera pensión de invalidez; Que tiene como opción suscribir inmediatamente su solicitud de pensión de invalidez. En este caso, la Administradora deberá adjuntarla a la solicitud presentada por la ISAPRE. Si el afiliado suscribe su propia solicitud se aplican las disposiciones contenidas en este capítulo, siendo ésta distinta e independiente de la solicitud de la ISAPRE.

Invalidez conforme al DL 3.500/80

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ POR REQUERIMIENTO DE ISAPRE ➔NO CONDUCENTE A PENSIÓN DE INVALIDEZ

La Comisión Médica se encuentra obligada a citar al afiliado y calificar la invalidez del afiliado. En este caso la Comisión Médica sólo se pronunciará respecto de la pérdida de capacidad de trabajo del afiliado y no da origen a pensión de invalidez, a menos que el afiliado suscriba la Solicitud de Pensión de Invalidez. Este dictamen es reclamable por el afiliado.

Solicitudes Isapre	
2017	823
2018	692
2019 a julio	613

Solicitudes Isapre	
2017 a julio	533
2018 a julio	363
2019 a julio	613