Materia: Recurso de Protección

Recurrente: FUNDACIÓN VALÍDAME

Rut: 65.065.759-4

Representante: Juan Carlos Pizarro Cortés

Rut: 10. 076.282-k

Recurridos 1: COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

Representante María Adriana Montenegro Varas

Rut: 6.549.324-1

Recurrido 2 : COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

Coordinadora Administrativa: Marlene Loren Brand Chávez

Rut: 12.012.349-1

Recurrido 3 : COMISIÓN MEDICA REGIONAL DE LA SERENA

Coordinadora Administrativa: Ana Victoria Aros Valdivia

Rut: 7.531.942-8

EN LO PRINCIPAL: Recurso o acción constitucional de protección. -

PRIMER OTROSÍ: Acredita personería y acompaña documento. -

SEGUNDO OTROSÍ: Acompaña documentos que indica. -

ILTMA CORTE DE APELACIONES DE LA SERENA

Fundación Valídame RUT 65.065.759-4; organización sin fines de lucro, domiciliada en Colón 352 oficina 320 de la ciudad de La Serena, representada, según se acreditará en un otrosí de esta presentación, por su presidente don **Juan Carlos Pizarro Cortés,** en favor de doña **MYRIAM LUZ LOPEZ TAPIA,** chilena, cédula nacional de identidad número 9.895.490-2, soltera, domiciliada en Calle San Carlos 314, ciudad de Combarbalá, a **US. ILTMA**. respetuosamente digo:

Que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y lo establecido en el Auto Acordado de la Excelentísima Corte Suprema, de

fecha 24 de junio de 1992, sobre tramitación del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, vengo en interponer recurso o acción constitucional de protección en contra de la **COMISIÓN MÉDICA CENTRAL DE LA SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**, Rol Único Tributario no conocido, representada para estos efectos por su Presidente Coordinadora Doña **María Adriana Montenegro Varas**, Cédula Nacional de Identidad N.º 6.549.324-1, de profesión médico, ambos domiciliados en San Antonio # 19, Piso 14, Santiago, de la comuna y ciudad de Santiago, correo electrónico mbrand@cmcentral.cl y/o erios@cmcentral.cl; en contra de la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas (FACM) ROL 65145662-2 de las Coordinadoras Administrativa de la Comisión Médica Central Sra. Marlene Brand Chávez, funcionaria de la anterior, cédula nacional de identidad , de profesión desconocida, domiciliada en San Antonio 19 Piso 14 de la ciudad de Santiago, y en contra de la Coordinadora Administrativa de la Comisión Médica Regional de la Serena, Sra. Ana Victoria Aros Valdivia, ambas domiciliadas en Av. El Santo # 1490, ciudad de La Serena, corro electrónico cmcoquimbo@cmregionales.cl en base a los fundamentos de hecho y de derecho que se exponen a continuación:

I.- LOS HECHOS:

Con fecha 06 de febrero del año 2020, Fundación Valídame recibió de la Comisión Médica Regional de La Serena, copia íntegra del expediente de Calificación de Invalidez de la Sra. Myriam Luz López Tapia, una vez que había quedado ejecutoriada la Resolución de la Comisión Médica Central, que resuelve revocar el dictamen de la Comisión Médica Regional de La Serena, revocando la invalidez total permanente a la que le daba derecho el menoscabo laboral con un porcentaje de 70%.

Dicho dictamen, N° N°005.1982/2019: establece los siguientes impedimentos configurados:

Impedimentos

F32	**50%**
LUMBAGO CRÓNICO	**25%**
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	**1%**
FACTORES COMPLEMENTARIOS	**7%**

Los impedimentos fueron configurados, de acuerdo al procedimiento establecido en el Compendio de Normas del Sistema Previsional Chileno, bajo las Normas vigentes año 2016, la solicitante, Sra. Myriam Luz Lopez Tapia, fue evaluada por un médico Interconsultor Asignado, integrante de la Comisión Médica Regional de La Serena; que

determinó que debía ser evaluada por otros médicos interconsultores especialistas, que forman parte del registro nacional de interconsultores especialistas de la Superintendencia de Pensiones. Por tanto, la Sra. Myriam fue derivada a un interconsultor de Especialidad Traumatólogo Dr. Danilo Valentín Antillanca que con fecha 22 de mayo de 2019; realiza peritaje y configura Lumbago Crónico en Clase II rango medio; de acuerdo a las normas de calificación para el menoscabo laboral, "el rango de los valores de cada clase permite discriminar desde mínimo a máximo, es decir, calificar con rangos altos, medios o bajos al interior de una misma clase" por lo tanto en el rango clase II esto es de 15 a 34% el porcentaje de rango medio será 25% . Factor que se asigna en el acta de la CMR; en absoluta concordancia con lo señalado por el Interconsultor especialista. Ahora bien es dable señalar que las normas carecen de la racionalidad básica que debiese contener una normativa que pretenda determinar la condición de salud de una persona y el grado de menoscabo laboral que se tiene, toda vez que impide que todos los impedimentos, sean sumados, a menos de de forma arbitraria exista un impedimento en Clase III, por lo tanto, es una arbitrariedad que hay que desechar para sumar todos y cada uno de los impedimentos reconociendo de esta forma el verdadero estado de invalidez de la persona humana.

A su turno el Interconsultor especialista psiquiatra Fernando Iván Benavente Guzmán, con fecha 22 de mayo de 2019, configura impedimento F 32.2 en sus conclusiones señala que configura "sin duda" impedimento en clase IV rango menor (bajo) cuyo porcentaje de menoscabo laboral está definido en las Normas para la Calificación del Menoscabo Laboral año 2016 de la siguiente manera

"Clase IV Menoscabo Global de la Persona 50% - 66%

Depresión, manía y/o síndrome mixto severo. No hay síntomas psicóticos. Periodos cortos de normalidad entre episodios. Interferencias severas en las actividades de la vida diaria. En el rango alto de la Clase las actividades de la vida diaria requieren supervisión constante"

En concordancia con el peritaje la CMR Regional configura menoscabo por impedimento F 32.2 en un 50%.

Además, respecto de los tratamientos y el diagnóstico de Hipertensión Arterial, con los antecedentes que tiene a la vista configura impedimento por Hipertensión Arterial, en un porcentaje de 1%.

El dictamen en comento, omite, sin expresión de causa y sin mención alguna, de acuerdo al acta de sesión del dictamen precitado, el peritaje del interconsultor reumatólogo Dr. Gustavo Roll que configura artrosis de manos y lumbar, en clase III rango alto, esto es 49%, de acuerdo a las normas de calificación para el menoscabo laboral. En el mismo peritaje el Interconsultor, en adelante IC, no configura Hernia del núcleo pulposo HNP, y sugiere peritaje por neurocirujano; así mismo, no configura impedimento por fibromialgia.

Ante la declaración de menoscabo laboral permanente, las compañías de seguros interponen recurso de Reclamo o Apelación, señalando en síntesis que no existe interferencia en las AVD (actividades de la vida diaria) respecto del dolor causado por el menoscabo lumbar, que el menoscabo por impedimento F 32.2 estaría sobrevaluado, y que " no corresponde pensionar por menoscabo global inferior al 50%"

Esta Fundación, ante la Apelación de la Compañía de seguros, interpone a su vez reclamo, solicitando no solo que se mantengan los impedimentos configurados y consignados en el Acta de Sesión de la Comisión Médica Regional de Coquimbo; sino que además hace presente dos circunstancias evidentemente vulneratorias del proceso de calificación de invalidez; la primera, es que a pesar de que la normativa que regula el procedimiento para la calificación del menoscabo laboral le garantiza a los solictantes la participación de un médico asesor, que defenderá sus derechos siempre que haya fundado su solicitud, en el caso de marras, dicho médico no existe siendo un imperativo de la normativa para una afiliada cubierta por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia SIS, esto es, no ha fundado o rechazado solicitud alguna; es menester señalar a V.S.Ilma. que en el evento de que el médico asesor que se asigne para defender los derechos de los solictantes, no funde la solicitud de pensión de invalidez; los solicitantes, tienen el derecho de designar, a su costa un médico externo que los represente en el proceso, si así lo estiman pertinente, pero con esto no liberan de forma alguna la responsabilidad obligatoria del Médico Asesor, así se señala expresamente el Compendio de Normas del D.L. 3.500 que literalmente establece "todos los afiliados cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia de acuerdo a las letras a) y b) del artículo 54, **cuya solicitud se encuentre fundada en aspectos técnicos, tienen derecho a que la Comisión Médica les designe sin costo**, un médico para que lo asesore durante el proceso de evaluación y calificación de invalidez y asista como observador a las sesiones donde se analice su solicitud. Sin perjuicio de lo anterior el afiliado siempre podrá optar por nombrar a su costa, un médico de su confianza que lo asesore en el proceso como médico observador", pero esas gestiones administrativas se encuentran en poder del personal de la Fundación Para la Administración de Comisiones Médicas entidad de derecho privado que en sus manos tiene el destino de los procedimientos administrativos referente a nuestra representada.

El énfasis es extremadamente relevante, puesto que el encargado de fundar la solicitud es precisamente el Médico Asesor, que en el caso de marras simplemente desaparece, lo que evidentemente vulnera los derechos de la solicitante, toda vez que si efectivamente hubiese existido una entrevista con un médico asesor, y que este no fundase la solicitud de pensión de invalidez, ella a su costa podría haber tenido un profesional observador que representara sus intereses.

El segundo hecho grave que esta fundación hace presente es que sin fundamento ni mención alguna, la CMR de Coquimbo omite, ya sea por negligencia o deliberadamente, el peritaje que ella misma ha encargado, en cuanto así lo determina el Médico Interconsultor Asignado, médico integrante de la Comisión Médica Regional designando al interconsultor especialista reumatólogo; sin embargo, en el acta de sesión del dictamen

que determina el menoscabo laboral de la Sra Tapia, no hay mención alguna a dicho peritaje. Así precisamente lo señala esta Fundación, en el recurso incoado ante la CMC Comisión Médica Central cuyo tenor literal es el siguiente:

> "El acta señala 3 impedimentos 1. Depresión, 2 Lumbago Crónico 3. HTA. Dicha acta omite mención alguna al peritaje realizado por IC Reumatólogo que configura artrosis de manos y columna lumbar con menoscabo de 49% demostrados con deterioro de funcionalidad especialmente en columna, este impedimento, en especial el de manos no se considera; es más el acta no consigna mención alguna al peritaje realizado por IC Reumatólogo, no se hace cargo de la necesidad de evaluar compromiso neurológico producido por hernia del núcleo pulposo que IC Reumatólogo señala expresamente que debe ser evaluado por IC Neurocirujano"

La Comisión Médica Central, en sesión N° 981 de fecha 4 de diciembre de 2019; en la que se consolida una sesión previa, sin fecha, pero que necesariamente se llevó a cabo antes del 15 de octubre; se hace cargo exclusivamente de la apelación de las compañías de seguros, sin hacer mención alguna al Reclamo presentado por la Solicitante, y señala "CMR acepta entera proposición de psiquiatra IC, y parcial las de reumatólogo sin expresión de causa. Sin referencia a anteriores presentaciones. Afiliada no envió respaldo técnico de ninguna de sus dolencias en supuesto tratamiento, se expresa en el acta.

Continúa el acta en lo relevante señalando:

CMC: en consideración a los antecedentes expuestos considera adecuadamente configurado su impedimento tanto por su columna como por EE.SS (extremidades superiores) en clase II rango medio cada una de ellas. Falta por afinar el menoscabo mental. Se solicita nueva evaluación psiquiátrica con psicometría de organicidad más TOMM con IC Dr. Gonzalez.

A continuación se realiza peritaje por El Médico Psiquiatra Dr.Carlos González Mella en la ciudad de la Serena el día 15 de octubre de 2019; las conclusiones del Interconsultor González son claramente diversas a las del Dr. Benavente, también de especialidad psiquiátrica, propone Trastorno del ánimo no configurado. El peritaje psicológico señala mini mental déficit leve, posible DOC. Y luego el acta señala expresamente "concluye en funcionalidad cognitiva normal, daño orgánico leve"

Luego en sesión 981 de 4 de diciembre de 2019; la Comisión Médica Central establece, Afiliada Claramente sin menoscabo significativo por patología mental. Se mantienen sus patologías osteoarticulares de columna vertebral y EE.II (extremidades inferiores) lo cual con FC (factores complementarios) Se sugiere aceptar parcialmente apelación de aseguradora respecto de a su depresión pero manteniendo sus impedimentos osteoarticulares.

La Comisión concuerda entonces configurar

Lumbago Crónico 25%

Artrosis de EE.SS 25%

Hipertensión Arterial 1%

Factores complementarios 7%

Total 51%

A continuación se emite resolución de fecha 15 de enero de 2020; ejecutoriada el 29 de enero de 2020.

Esta Fundación solicita la entrega del expediente íntegro, lo que se produce de acuerdo al certificado, el 6 de febrero del año 2020. Es a partir de ese momento, que se tiene acceso a todos los antecedentes que figuran en el expediente, y del estudio detallado de este se arriba a una serie de conclusiones.

Existe un único estudio de especialista reumatólogo, este es el llevado adelante por el Dr. Gustavo Roll; que configura menoscabo laboral de artrosis de manos y columna en un 49%. La CMC yerra al señalar que la comisión médica regional acepta parcialmente la evaluación del Dr. Roll; pues esta simplemente es omitida, en lo que sí es efectivo es que esta omisión se realiza " sin expresión de causa" esto es sin fundamento alguno. A pesar de que la CMC lo hace presente, señala que se mantendrá impedimento artrosis de manos, y lo configura en un 25% en circunstancias que el interconsultor especialista reumatólogo lo configura en un 49%; Esto sumado a su lumbago crónico configurado en un 25% por el especialista TRAUMATÓLOGO, le da acceso a la Sra. López Tapia a un menoscabo laboral superior a dos tercios; lo que implica que es invalida total permanente, y tiene derecho a pensión de invalidez total y permanente 2/3, equivalente al 70% del promedio de sus rentas. Sin embargo, la CMC omite la calificación del Médico especialista reumatólogo, y señala nuevamente sin fundamento, sin análisis excepto "de los antecedentes tenidos a la vista considera ADECUADAMENTE configurados los impedimentos su impedimento tanto por su columna como por EE.SS (extremidades superiores) en clase II rango medio cada una de ellas; en circunstancias que el impedimento Artrosis de EE.SS está configurado por el reumatólogo especialista designado por la propia Comisión, como especialista; cuya opinión no es considerada y simplemente el menoscabo desaparece por arte de magia, magia que podría tener como responsables administrativos al personal de la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas, en el dictamen de la Comisión Médica Regional CMR y luego se ve claramente disminuido en la Comisión Médica Central CMC, sin fundamento alguno.

V.S.Ilma, la falta de fundamento en la variación del menoscabo laboral claramente es un perjuicio para la Sra Myriam López, por cuanto, no existe en todo el expediente y en la normativa previsional a saber, y es menester señalar que ha sido estudiado exhaustivamente por esta Fundación, motivo o fundamento que avale esta determinación de la Comisión Médica Central. Lo que impide incluso impugnar administrativamente el acto; puesto que no hay argumento alguno para la determinación de la CMC de modificar el porcentaje de menoscabo laboral, en circunstancias que ni siquiera ordena un nuevo peritaje. Es menester aclarar que esta parte no está solicitando peritaje nuevo alguno, sino que atendido que existe un **único peritaje del médico interconsultor Reumatólogo**

este sea debidamente considerado, o en su defecto, que la CMC señale expresamente las razones y fundamentos técnicos jurídicos para modificar en esa magnitud el menoscabo configurado. Tampoco parece asimilable con el diagnóstico de lumbago, puesto que ambas son patologías diversas, el lumbago fue evaluado por el interconsultor Traumatólogo, y configurado en un 25%. El reumatólogo dentro de su especialidad considera el impedimento de artrosis; uno diverso, y este simplemente se reduce a casi un 50%. Determinación que al no estar fundamentada, más que un análisis técnico jurídico parece una determinación arbitraria y evidentemente ilegal, que al parecer tiene como único objeto, disminuir el porcentaje total de invalidez de la solicitante, lo que causa un evidente perjuicio, es un acto arbitrario e ilegal que requiere la urgente intervención de V.S.Ilustrísima para restablecer el imperio del derecho, sin que se materialice lo que establece la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados en su informe de julio de 2019, hechos investigados por denegación y concesión de pensiones de invalidez entre los años 2008 y 2019, acusando "CONTROL DE SINIESTRALIDAD" arbitrario e ilegal.

Unas situación similar ocurre con el menoscabo f 32.2, que se entiende no configurado, basándose en el peritaje del médico interconsultor psiquiatra Dr. González, desestimando sin expresión de causa los señalado por el otro interconsultor psiquiatra Dr. Benavente. La simple lógica ordena que ante tan diversos diagnósticos, el órgano llamado a dirimir la controversia, se pronuncie al menos señalando cuáles son los fundamentos por las que pondera uno por sobre el otro; cuestión que en este caso no ocurre; por el contrario, al parecer simplemente se prefiere al perito que decide no configurar el impedimento, versus el que sí lo configura, señalando un diagnóstico completamente diverso. Es menester hacer presente que la CMC tiene amplias facultades para solicitar incluso informes a los servicios de salud en los que la solicitante se atiende, solicitando informes de adherencia y accesibilidad a los tratamientos, tiene facultades para ordenar peritajes sociolaborales, lecturas de fichas clínicas, etc., fichas clínicas que revelarían actos atentatorios sobre la integridad física de la trabajadora inducidos por los efectos de los medicamentos que se le suministraban para la enfermedad, y que en su ficha técnica el propio fabricante reconoce que uno de los efectos colaterales que produce el consumo del fármaco son los intentos suicidas. Sin embargo, nuevamente, y a pesar de que se sugieren por los interconsultores, no se lleva adelante peritaje alguno y la CMC pondera exclusivamente el peritaje del Dr. González, considerando **evidente que no existe menoscabo por depresión**, desestimando arbitrariamente lo señalado por el Dr. Benavente que señala **que se configura sin duda impedimento apoyado en el historial clínico con dos intentos suicidas, más los efectos devastadores del cáncer.**

V.S. Ilustrísima, lo anterior cobra sustancial relevancia a la luz de lo discutido y acreditado en la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados, informe que fue aprobado de manera unánime por 115 parlamentarios de la Cámara baja del Congreso Nacional de forma transversal, señalando que se entiende que existe y se ha acreditado suficientemente el control de siniestralidad en las pensiones de invalidez, es decir la denegación para trabajadores cubiertos por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia SIS. En dicho informe se cuestiona el hecho de que sean las Compañías de Seguros las que pagan los honorarios de los médicos interconsultores especialistas de forma artificialmente sobre preciada, se discutía sobre valores hasta cuatro veces y media por sobre valor de mercado; lo que claramente implicaría que el médico interconsultor puede verse influenciado, en el sentido de sub evaluar los impedimentos de los solicitantes, puesto que a la larga estaría resguardando los intereses de su empleador. Es por tanto, de extrema relevancia que el órgano llamado a resolver, en este caso la CMC, mantenga

un criterio técnico-jurídico absolutamente objetivable, cuestión que no ocurre en el caso de marras; en el que al parecer simplemente se opta por considerar el peritaje que no otorga menoscabo. Lo que nuevamente deviene en un acto ilegal y arbitrario.

Queda además esclarecer la Ausencia del Médico Asesor; profesional encargado de representar los intereses de los solicitantes, que en esta evaluación simplemente no aparece, lo que contraviene normativa expresa, y conculca los derechos de los solicitantes y de la Sra. Myriam Luz Lopez Tapia en particular, puesto que es este el profesional llamado a elevar un documento conocido como Téngase presente, en el que, en el caso de que el dictamen sea apelado por las compañías de seguros; fundamente las razones médicas por las que debe mantenerse un porcentaje determinado. En este caso, es el médico Asesor quien podría haberse referido a la adecuada configuración del impedimento F. 32.2; por el Dr. Benavente o la ausencia de otros diagnósticos, es precisamente esta ausencia la que termina por avalar actuaciones contrarias a derecho.

II.- DEL ACTO ILEGAL Y ARBITRARIO Y DE LA GARANTÍA CONSTITUCIONAL AFECTADA:

Como Su Señoría Ilustrísima podrá entonces apreciar, la actuación de la Comisión Médica Central y Comisión Médica Regional de La Serena administrada por la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas, es del todo arbitraria e ilegal, pues va en contra de lo establecido en las **Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores afiliados al Nuevo Sistema Previsional, dictadas por la Comisión Técnica de Invalidez, publicada en el Diario Oficial de fecha 2º de marzo de 2016 y vigentes a contar del día 1º de julio de 2016, dictadas en cumplimiento de lo prescrito en el artículo 11 bis del Decreto Ley N.º 3.500**, o simplemente Normas para la calificación del menoscabo laboral. Y además en contra de lo establecido en el Compendio de Normas del D.L. 3.500.

Y que al calificar correctamente los impedimentos configurados; y los factores complementarios que la norma establece; el solo hecho de considerar el impedimento artrosis, señalado por el IC Reumatólogo, en la clase correspondiente, al ser el más grave, siempre que que se omita, como lo hace efectivamente la Comisión Médica el impedimento F 32.2, permite que se sumen combinadamente el resto de los impedimentos; esto es lumbago crónico 25%, si la Comisión Médica Central, hubiesen actuado con la diligencia que la norma prescribe, se debió haber otorgado un porcentaje de menoscabo laboral; por el sólo impedimento de Artrosis de EESS de un 49% lo sumado al factor invalidante lumbago crónico y los factores complementarios, otorga un porcentaje de invalidez, aplicando el factor de suma combinada de un 68,75%; lo que implica un 69% de menoscabo laboral; lo que necesariamente conduce a una Invalidez Total Permanente 2/3.

Además de los impedimentos ya señalados, como se ha referido anteriormente, a pesar de que el IC psiquiatra Dr. Benavente, configura sin duda, un impedimento por F 32.2 en un porcentaje de 50%; este es desestimado, dándole valor único al peritaje del Dr. González sin expresión de causa, y sin establecer los fundamentos por los que se

considera un peritaje más adecuado que el otro. Al respecto el compendio de normas del D.L. 3500 Libro III, Título I, Letra D Capítulo XII. Interconsultores expresamente señala:

1. Aspectos Generales

La complejidad de la tarea encomendada a las Comisiones Médicas, hace necesario que éstas puedan **disponer de antecedentes técnicos, objetivos, sobre cada una de las patologías invocadas por los solicitantes de pensión de invalidez.**

El conjunto de normas legales, reglamentarias y administrativas que regulan el ámbito de los beneficios previsionales en el Sistema de Pensiones de Capitalización Individual y en el Sistema de Pensiones Solidarias, autoriza a los referidos órganos calificadores a solicitar evaluaciones de las diversas especialidades médicas, como también exámenes de laboratorio y demás complementos que estimen necesarios para fundamentar sus pronunciamientos, acerca del grado de menoscabo de la capacidad de trabajo que provocan al solicitante las patologías que invoca en su solicitud de pensión por invalidez.

Por consiguiente, es de vital importancia que cuenten con **opiniones médicas autorizadas, objetivadas a través de los exámenes de rigor**, circunstancia que además del aporte técnico especializado importa la agilización del procedimiento médico administrativo, así como una reducción de los plazos involucrados en el estudio de las solicitudes de calificación y reevaluación del grado de invalidez.

3. Selección e Incorporación de Interconsultores

a) Registro Nacional

El Registro Nacional de Interconsultores, a que se refiere la letra D. del Título I del Libro III del Compendio de Normas de Pensiones, corresponde a la nómina integrada por las instituciones, médicos y otros profesionales seleccionados por la Superintendencia de Pensiones para efectuar los exámenes y peritajes requeridos por las Comisiones Médicas.

La solicitud de incorporación al registro se regirá por lo dispuesto en el Capítulo III de la Letra D del Título I de este Libro. Los médicos y otros profesionales deberán suscribir el formulario de Solicitud de Incorporación al Registro de Interconsultores y acompañar los siguientes documentos:

- Currículum Vitae actualizado.
- Copia legalizada de certificado de título profesional y especialidad médica, cuando corresponda.
- Declaración jurada simple de no haber cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria o, de haber ocurrido, hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones; así como, de no estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado por crimen o simple delito.
- Declaración jurada simple sobre inhabilidades tratadas más adelante.

Tratándose de Instituciones, tales como sociedades médicas, clínicas y laboratorios, deberán acompañar lo siguiente:

- Copia legalizada de escritura social vigente y extracto de su publicación en el Diario Oficial.
- Copia legalizada de la Resolución del Ministerio de Salud vigente, que autoriza la instalación y funcionamiento del centro médico, laboratorio o clínica. Antecedentes curriculares y copias legalizadas de certificados de título y/o especialidad de los profesionales que efectuarán e informarán los exámenes médicos.

b) Selección
La selección de Interconsultores corresponderá exclusivamente a esta Superintendencia. La aprobación de las solicitudes de incorporación comprenderá los siguientes criterios:

- **Vastos conocimientos técnicos e idoneidad de los médicos especialistas, médicos generales, tecnólogos médicos, psicólogos, peritos socio laborales, sociedades y centros médicos, laboratorios y clínicas**.

- Declaración del Interconsultor de su disposición a **conocer y dar cumplimiento al conjunto de normas que regula el Sistema de Pensiones, contenido en el D.L. Nº 3.500, de 1980, su Reglamento** (D.S. Nº 57, de 1990, de Previsión Social), la Ley 20.255, circulares y otras normas complementarias de procedimientos administrativos que regulan el proceso de evaluación y calificación de la invalidez y, especialmente, las Normas Técnicas.

- Necesidades reales de profesionales e instituciones interconsultores, las que están determinadas por el número de solicitudes de calificación de invalidez, características de la región en la que tiene sede la Comisión Médica para cuya colaboración se propone, incidencia de la especialidad o de la naturaleza del examen que se propone en la calificación del grado de invalidez, entre otros.
- Disposición del profesional para realizar, eventualmente, interconsultas domiciliarias.

- **Compromiso del Interconsultor de asistencia obligatoria a seminarios, reuniones y sesiones cuando lo solicite el Presidente de la Comisión Médica, con sede en la Región en que prestará sus servicios profesionales, o cuando convoque esta Superintendencia.**

Esta Superintendencia se reservará el derecho de autorizar la incorporación de un profesional postulante que no disponga del tiempo necesario para efectuar eventuales visitas domiciliarias y hospitalarias.

c) Incorporación

Conforme a la ponderación de los antecedentes y criterios referidos en los numerales precedentes, **esta Superintendencia procederá a comunicar su conclusión a las Comisiones Médicas**, al Instituto de Previsión Social y a las Administradoras de Fondos de Pensiones, con copia al Interconsultor postulante.

De la normativa precitada, se colige, que tanto el interconsultor psiquiatra Dr. Benavente como el Dr. González han cumplido todos y cada uno de los requisitos, y cuentan con "Vastos conocimientos técnicos e idoneidad de los médicos especialistas"; la norma no establece un criterio de preeminencia respecto de lo informado por un interconsultor designado por la Comisión Médica Regional o la Comisión Médica Central, atendido que todos son designados por la Superintendencia de Pensiones. Por tanto, no existe sustento legal alguno para desestimar el diagnóstico de un médico interconsultor porque su peritaje fue solicitado por la Comisión Médica Regional, por el contrario al ser la CMC el órgano revisor de las Resoluciones deben ponderar todos los antecedentes tenidos a la vista, y en el caso de determinar que un informe pareciese ser más idóneo, debiese al menos expresar los fundamentos técnicos en los que se sustenta, atendido que la normativa no otorga preeminencia de un peritaje sobre otro, a menos que se manipulen los expedientes y no se tengan todos y cada uno de los elementos de juicio a la vista.

Respecto de la ausencia del Médico Asesor en todo el proceso de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez, el Compendio de Normas del D.L. 3.500 de 1980 señala en el Capítulo XIII. Normas y Procedimientos Administrativos para la Calificación y Reevaluación del Grado de Invalidez por las Comisiones Médicas del Libro III, Título I, Letra D Pensión de Invalidez numeral 2. Tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez ante las Comisiones Médicas Regionales letra f) Revisión y asignación del expediente

"En caso que el afiliado esté cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia, el expediente **debe** ser derivado al médico asesor. En los casos en que se encargó el caso a un médico interconsultor domiciliario, por la imposibilidad del afiliado de concurrir personalmente a la Comisión, el médico asesor **deberá** conocer el informe del médico interconsultor domiciliario y los otros antecedentes médicos que corresponda, para pronunciarse respecto si está o no fundada la respectiva solicitud, lo cual deberá informarse por carta al afiliado."

Como Vuestra Señoría Ilustrísima constata, la norma precitada es a todas luces imperativa en sentido estricto, puesto que ordena o manda expresamente la derivación al médico asesor. Estas normas además son de orden público, por tanto el hecho de que no exista un médico asesor en todo el proceso, y que a pesar de ello, la Comisión Médica Central haya emitido la Resolución en comento, sin subsanar el vicio, teniendo amplias facultades para hacerlo, constituye un acto ilegal y arbitrario.

En cuanto al derecho constitucional conculcado, evidentemente es el derecho a no ser juzgado por comisiones especiales, contemplado en el inciso quinto del N °3 del artículo 19 de la Carta Fundamental; puesto que las Comisiones Médica Central; **no ha actuado**, como resultado de un procedimiento técnico científico debidamente razonado y

a la luz de los resultados de las pericias médicas y exámenes complementarios y de lo previsto para cada impedimento por las Normas de Evaluación, sino que, se aprecia " en este caso el actuar voluntarioso, previamente considerado, el cual sobrepasa los límites de lo que las potestades discrecionales permiten" (Corte de Apelaciones de Temuco, Rol 5959-2016" de 15 de noviembre de 2016).

Que con lo razonado previamente, VSI pueden constatar una evidente infracción del debido proceso; que en este caso "*es de una intensidad tal que desnaturaliza al ente administrativo, que en este caso actuaba como tribunal y lo transforma en una Comisión Especial*" en este caso, la Comisión Médica Central, y los actos por ella adoptados han vulnerado de forma flagrante el debido proceso; transformándose entonces, en una Comisión Especial, omitiendo su mandato legal de analizar y evaluar los casos puestos a su consideración, incumpliendo su mandato legal. En este sentido se ha pronunciado la Corte de Apelaciones de Concepción estableciendo que *"si bien, en principio, y de acuerdo al texto expreso del artículo 20 de la constitución Política el recurso de protección sólo resulta procedente, en lo pertinente, para amparar el derecho de toda persona a no ser juzgado por comisiones especiales, contemplado en el inciso quinto del N °3 del artículo 19 de la Carta Fundamental, no es posible descartar a priori el análisis de su procedencia para amparar los derechos y garantías que contempla el inciso sexto del mismo numeral y artículo, en el cual el constituyente prescribe que toda sentencia de un órgano que ejerza jurisdicción debe fundarse en un procedimiento previo* ***legalmente tramitado,*** *agregando que corresponde al legislador establecer siempre las garantías de un* ***racional y justo procedimiento*** *. Ello por cuanto si se constatare" – como aquí sucede – "que la infracción a las normas de un debido proceso, que el órgano jurisdiccional debe observar, resultan ser tan evidentes y de una magnitud que lo desnaturalizan como tal, no nos quedará otra alternativa que considerar que quien de este* ***modo haya sido juzgado, no lo ha sido por el tribunal señalado por la ley, establecido por ésta con anterioridad, sino que por una comisión especial"*** (Rol 5959-2016)

Para reforzar la idea anterior y mayor claridad de V.S.I., no se está solicitando por el presente arbitrio constitucional nada que no sea considerar en los procesos administrativos de calificación de invalidez de la Sra Myriam Luz Lopez Tapia que se llevaron a cabo ante las Comisiones Médicas Regional y Comisión Médica Central administradas en su totalidad por el personal administrativo por la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas, los resultados médicos de los exámenes ordenados y proporcionados por ella misma, aplicando a sus resultados **los porcentajes dispuestos en las normas técnicas reglamentarias y legales ya descritas que es irracional al desnaturalizar la forma como funcionamos los seres humanos como un todo y no por partes de forma irracional con propósitos gananciales que benefician directamente a quienes intermedian y venden los seguros, al impedir sumar impedimentos si uno de ellos no clasifica arbitrariamente en Clase III**, con la consecuencia técnico-médico-jurídica que corresponda. No se están cuestionando los exámenes realizados ni sus resultados, así como tampoco se están pidiendo nuevos exámenes. Solo se está pidiendo que se ponderen los resultados de los peritajes que las propias Comisiones Médicas ordenaron practicar y que se constan en el expediente, o al menos debieran constar en él y que se apliquen los criterios de ponderación que se establece en la norma, o lo que la Ilustrísima Corte de Apelaciones de La Serena estime que en derecho corresponde, por ejemplo, sumando todos los impedimentos sin

restricción alguna; mediante un proceso racional, con un estudio real del caso; tal como lo establece la ley; y que las conclusiones y por tanto las razones y fundamentos de estas decisiones administrativas que restringen o conceden derechos, sean expresados. Puesto que como se ha explicado; las Comisión Médica Central actúa arbitraria e ilegalmente; excediendo sus facultades de discrecionalidad. Es decir, es un caso de acción u omisión ilegal y arbitraria por parte de unas autoridades llamada a resolver un asunto, que constituye prácticamente **una vía de hecho que priva de un derecho fundamental consagrado en la Constitución que está amparado por esta acción constitucional cautela**r, y en que la Corte de Apelaciones ordenando subsanar la omisión logra que se aplique el imperio del Derecho y da protección al afectado. Si la Comisión Médica Central hubiese actuado conforme a Derecho y realizado un proceso racional y justo, determinado por la ley, que considera tanto los exámenes y peritajes ordenados realizar por ella, tanto como los antecedentes aportados y las normas de calificación, habrían llegado necesariamente a un resultado favorable a nuestra representada, pero al no hacerlo —sin explicar el por qué- llegó a un resultado favorable para quien vende el Seguro de Invalidez, dónde tiene una participación relevante en la administración del procedimiento administrativo el personal de la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas pertenecientes a todas las Administradoras de Fondos de Pensiones; tan simple como eso.

POR TANTO: de conformidad con lo antes expuesto y disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias citadas; **RUEGO A V. S. ILTMA**. se sirva tener por interpuesto el presente Recurso o Acción Constitucional de Protección en contra de la **COMISIÓN MÉDICA CENTRAL administrada por la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas y su** presidenta Doña María Adriana Montenegro Varas, La Coordinadora Administrativa de la Comisión Médica Central personal encargado dependiente de la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas, Doña Ana Victoria Aros Valdivia Coordinadora Administrativa de la Comisión Médica Regional de La Serena administrada por la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas, ya individualizados, admitirlo a tramitación y, en definitiva, acogerlo, declarando:

1. Que la Comisión Médica Central administrada por la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas su presidenta y Coordinadora Administrativa Sra. Marlene Brand Chávez, la Coordinadora Administrativa de la Comisión Médica Regional administrada por la Fundación para la Administración de Comisiones Médicas Sra. Ana Victoria Aros Valdivia, actuaron en forma arbitraria e ilegal en el proceso de Calificación de Invalidez reclamado de doña **MYRIAM LUZ LOPEZ TAPIA**, al haber resuelto, sin haber considerado, sin explicación ni fundamento alguno, los resultados de los peritajes ordenados practicar por las Comisión Médica Regional y que constan en el expediente, y sumarlos a las patologías configuradas y no objetadas que se consignan en el acta y resolución final ejecutoriada con fecha 29 de enero de 2020.

2. Que las referidas Comisiones retrotraigan dicho proceso de calificación de invalidez al estado de:

i. Considerar los resultados de los peritajes refrendados por ella misma, particularmente del reumatólogo Dr. Gustavo Roll S. y/o en su defecto sumarlos a las patologías configuradas y no objetadas que se consignan en el acta y dictamen final, aplicando los porcentajes de invalidez que ellos han arrojado.

ii. Que además se consideren los peritajes del Dr. Benavente y que comparados con los del Dr. González, ambos médicos interconsultor psiquiatras de la ciudad de La Serena con idéntica calificación y especialidad; y que cotejados ambos se funden las razones por las que uno de ellos tiene mayor valor a juicio de la recurrida.

3. Que la referida Comisión Médica Regional y Central, habiendo retrotraído el proceso y antes de resolver al respecto, la Solicitante sea entrevistada por el Médico Asesor correspondiente, que a su vez señale si funda o no la solicitud, y de fundar asesore a la afiliada Sra. Myriam Luz Lopez Tapia en el trámite de apelación, alegaciones o recursos, según corresponda de acuerdo a lo establecido en el Libro III, Título I, Letra D Pensión de Invalidez Capítulo XIII. Normas y Procedimientos Administrativos para la Calificación y Reevaluación del Grado de Invalidez por las Comisiones Médicas del Compendio de Normas del DL 3500
Todo ello de acuerdo con lo establecido en las Normas para la evaluación y calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores afiliados al Nuevo Sistema Previsional, dictadas por la Comisión Técnica de Invalidez, vigentes a contar del día 1 de julio de 2016, en cumplimiento de lo prescrito en el artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500.

4. Que la recurrida debe ser condenada en costas en caso de no allanarse a la presente acción constitucional. -

PRIMER OTROSÍ: RUEGO A VUESTRA SEÑORÍA ILTMA. Se sirva tener presente que mi personería para actuar en Representación de Fundación Valídame, consta en escritura pública de fecha 24 de enero de 2013; otorgada ante el Notario Público de la Ciudad de La Serena 935-2013; la que acompaño en este acto.

SEGUNDO OTROSÍ: RUEGO A VUESTRA SEÑORÍA ILTMA. tener por acompañados, además, los siguientes documentos:

1. Copia del expediente de Calificación de Invalidez de la Sra. Myriam Luz Lopez Tapia entregado a Fundación Valídame con fecha 06 de febrero de 2020, que consta de 61 páginas y comprobante de entrega