

C.A. de Valdivia

Valdivia, veintiocho de julio de dos mil veintiuno.

VISTOS:

En rol de esta Corte N°3249-2020, comparece don Francisco Javier Segovia Marcos, administrativo contable, domiciliado en Fundo San Antonio, Parcela 6, Km. 4, sector Rapaco, comuna de La Unión, quien recurre de protección en contra de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, representada por su Superintendente, don Patricio Fernández Pérez, y de doña Pamela Rojo Sánchez, Médico Presidente de la Comisión Médica Central.

Funda su presentación señalando que se desempeña actualmente como administrativo contable del Departamento de Contabilidad de la Cooperativa Agrícola y Lechera de La Unión (COLUN) desde el año 1993-1994, donde se desempeña hasta la actualidad, desarrollando funciones propias de la contabilidad, a través de medios digitales y otros recursos administrativos y computacionales, todo en forma diaria, en horario administrativo de 9 horas diarias en una oficina ubicada en la casa matriz de dicha cooperativa en la misma ciudad. En su desempeño se ve obligado a estar de manera regular frente a un dispositivo digital que, dada su condición médico-oftalmológica, se le produce fatiga ocular, lo que involucra visión borrosa, agotamiento físico y mental y cefalea.

Da cuenta que a los veinte años tuvo un accidente, el cual le generó un trauma ocular grave del lado izquierdo y, por consecuencia, de la visión binocular, que en un principio no recibió un tratamiento adecuado, sino más bien se hizo una revisión constante cuando ya era evidente el daño. Acota que la recuperación posterior al golpe recibido fue espontánea, pero determinó una desventaja importante para su ojo izquierdo y un esfuerzo para el ojo con mejor agudeza, la que se compensó con el uso de lentes ópticos. A pesar de esto pudo iniciarse laboralmente en lo que había estudiado, dado que, aunque siempre ha desarrollado funciones del área contable donde también se involucra: gestión telefónica, revisión de contabilidad, registros, cálculos y otros con medios impresos. Al paso del tiempo, la empresa, como otras entidades, se fue integrando al desarrollo tecnológico con la incorporación de medios más sofisticados y digitales y



que, en su condición, ha afectado de forma directa la progresión de su salud ocular, producto de la carga física que requieren sus ojos y particularmente el ojo derecho, donde aún le queda un porcentaje de visión. El diagnóstico actualmente es de: ceguera del ojo izquierdo, ambliopía total, con desprendimiento de retina; Alta miopía ojo derecho y degeneración coriorretinal miópica ojo derecho.

A consecuencia de las afecciones de salud visual, se pensionó por invalidez por dictamen ejecutoriado de 14 de abril de 2018, con carácter de transitoria parcial desde el 21 de noviembre de 2017, con un porcentaje de 51.0 (%); sin embargo, considerando el progreso de su enfermedad, su estado laboral y de salud, el 14 de octubre de 2019, solicitó la reevaluación del grado de invalidez, iniciándose el procedimiento administrativo correspondiente, N° 312079, desarrollado conforme las disposiciones de los artículos 4 y 11 del D.L. 3500 de 1980.

Refiere que producto de la revisión de los antecedentes médicos por parte de la Comisión Médica de la Región de Valdivia, por medio del Dictamen N° 012.2478/2019, de fecha 04/12/2019, en el cual se determinó un “menoscabo de la capacidad de trabajo: 92.0 (%) (igual o mayor a 2/3)”, se aceptó, en consecuencia, la invalidez definitiva total. Pero ante dicha decisión apeló la Asociación de Aseguradores de Chile, con fecha 24 de diciembre de 2019, y la Comisión Médica de Valdivia remitió los antecedentes del reclamo o apelación - con fecha 27 mismo mes y año-, cuyo motivo es: "sobrevalorado" y el fundamento: "falta de compromiso de campo visual", y que se describe: "El cálculo del menoscabo por agudeza y campo visual combinados es de 47,5% según tabla de página 102, porptisisbulbise agrega 5%, sumado llega a 52,5".

Sostiene que la Comisión Médica Central solicitó, a raíz del reclamo de la Asociación de Aseguradores, una reevaluación en la ciudad de Santiago con fecha de 24 de marzo de 2020. Esta instancia comprendía una cita agendada a las 13:00 hrs. en el Instituto Oftalmológico para realizar examen de campo visual y posteriormente, a las 14:45 hrs., en el mismo lugar, revisión oftalmológica con el Dr. Alfonso Corvalán. Esto no ocurrió debido a la contingencia internacional sanitaria por Covid-19, al mismo tiempo que nunca se agendó en el inmediato plazo, hasta que con fecha 17 de agosto de 2020 el afiliado solicitó a la Comisión Médica de Valdivia, vía



correo electrónico, que la Superintendencia de Pensiones gestione la reevaluación en la ciudad de Valdivia en concordancia con las posibilidades de desplazamiento en el contexto de pandemia. Es así como posteriormente, vía telefónica, la Comisión Médica de Valdivia coordinó nueva evaluación en esa ciudad con la Dra. Álvarez.

Aduce que en la ciudad de Valdivia, el 8 de septiembre de 2020, se realizó segunda reevaluación con la Dra. Álvarez, del cual participó de la mejor manera posible para continuar este proceso, aun cuando se vio expuesto a exámenes altamente invasivos para su estado ocular, particularmente el de angiografía retinal, con la cual presentó molestos síntomas asociados a éste, como: visión borrosa, náuseas y cefalea.

Precisa que el día 4 de noviembre de 2020 - como consta de *print* de seguimiento Correos de Chile-, recibió a través de carta certificada en La Unión la resolución de la C.M.C N°10014/2020, la que, sin mayores fundamentos ni antecedentes, aceptó el reclamo de la Asociación de Aseguradoras y revocó el Dictamen de Reevaluación de la Comisión Médica de Valdivia y sólo otorgó invalidez parcial definitiva.

Manifiesta que esta resolución resulta arbitraria, fundamentalmente por la ausencia de fundamentación y revisión de los antecedentes, obviando todo el desarrollo de los procedimientos médicos y la determinación que se trata de una enfermedad o afección que empeora con el tiempo -progresiva-, cuestión de la que no se hace cargo en sus escuetos razonamientos. En efecto, sostiene que no hay claridad respecto a la discordancia entre agudeza y campo visual, y de forma general, al tránsito entre el reparo *a priori* que señala la Dra. Rojo sobre campo visual, luego del acuerdo de los médicos calificadores que le otorgaron pensión total. Particularmente se centra en los antecedentes, que indican que “oftalmólogo refiere pérdida importante de agudeza visual en OD, pero no así de campimetría” (campo visual), siendo que el oftalmólogo asignado por la Comisión de Valdivia sí estipulaba alteración de campo visual, indicando alteración en 50% y añade 5% por ptisisbulbi, el que fue reconocido por la Dra. Álvarez señalando además amaurosis, o pérdida visual, por ptisisbulbi, la cual no tiene posibilidad de recuperación por desprendimiento de retina.

Destaca que el acta consolidada del dictamen de la Comisión Médica Central, especifica que “no se cuenta con informe del médico asesor”, por lo



que todo lo concerniente a la evaluación médica fue visto por médicos asignados en la regional, y que, independientemente, que coinciden con el diagnóstico oftalmológico del médico tratante, fechado el 14 de agosto de 2019 que reza: “Diagnósticos: Ceguera Ojo izquierdo. Ambliopía ojo derecho, Ptisibulbis ojo izquierdo, alta miopía ojo derecho, degeneración miópica, coriorretinal ojo derecho. Incapacidad Laboral Superior a 2/3. Atte. Dr. Leonardo Tapia Lazo, Médico Cirujano Oftalmólogo, Reg. C.M. 9683, 6.328.749-0, Osorno”. Diagnóstico ratificado según informe médico que se acompaña.

En síntesis, el reclamo viene configurado por los puntos relativos a la supuesta discordancia en el valor de menoscabo, y valor o métrica de Campo Visual, por lo que estima pertinente remitirse a lo que establecen las “normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional séptima edición” donde se fijan los valores que la misma Asociación de Aseguradores de Chile acoge como fundamento en su página 102, que reproduce.

De este modo, teniendo en cuenta la tabla de la normativa del sistema de pensiones y su posterior comparativa, asevera resultar evidente la discordancia y arbitrariedad en la Reevaluación (II) de la Comisión Médica Central, y ello por lo siguiente:

- A) Que la supuesta discordancia se produce porque la Aseguradora ha considerado únicamente la evaluación realizada por la perito Dra. Lopehandia, quien utilizó una tabla de referencia para asignar el porcentaje entre la agudeza y el campo visual, que como muchas tablas utilizadas en el área de medicina cuenta con valores referenciales para facilitar el trabajo del profesional en la definición de un nivel determinado. Cabe destacar el acuerdo de la Comisión Regional no sólo se basa en la evaluación de un único profesional (Lopehandia), sino también en la de otro médico integrante asignado, que cuenta con la misma especialidad y, por ende, expertiz para diagnosticar y establecer un valor de menoscabo combinado, y que en conjunto son los acordados por la Comisión Regional para definir porcentaje de visión subnormal.
- B) El valor de visión subnormal (39) determinado en la última reevaluación (II en tabla) contraviene toda lógica, por cuanto el reclamo que hizo la



Aseguradora es por el cálculo de menoscabo, específicamente campo visual y no por el valor de visión subnormal que “sumado llega a 52.5”[sic];

C)□Para que el cálculo de 36% de Menoscabo con 340° de campo visual que obtiene la Dra. Álvarez, es necesario que el valor de agudeza visual sea de más 80%(0.8), lo que no es posible dado que ya se ha determinado que el señor Segovia posee en su ojo derecho una agudeza igual o inferior a 50% (20/40). Es más, la misma indica en su diagnóstico: “alta miopía de ojo derecho”. En la Escala de Snellen, que mide agudeza visual, 0.8 es equivalente a 20/25, agudeza que corresponde a la interpretación de una visión cercana a lo normal, que no es el caso del Señor Segovia.

D)□Considerando los valores de la normativa antes analizada y los propios valores según la última reevaluación de la Dra. Álvarez (II en tabla), el porcentaje total de menoscabo laboral teniendo en cuenta visión subnormal con porcentaje mínimo de 0.5 (50% más 5% ptisis bulbi) y factores complementarios (12), es de 67- 68%, lo que equivaldría a los dos tercios (2/3) igual o superiores necesarios para declarar invalidez total definitiva.

E)□Así, resulta arbitraria la decisión, porque lo que se requería era corroborar un valor final para compromiso de campo visual, el cual lo determinó la Dra. Álvarez en 340°, pero no le correspondía a título de la apelación, configurar, en este caso, desfavorablemente y sin sustento lógico el valor de agudeza visual en una enfermedad progresiva, previamente con un valor ya establecido para fines de pensión parcial.

F)□Hubo un tránsito difuso entre el reclamo propiamente tal de la Asociación de Aseguradores, ya que conforme al acta de la Resolución C.M.C. 10014/2020 es la Dra. Rojo quien plantea *a priori* al reclamo de la Asociación, la necesidad de reevaluar campo visual para ratificar el menoscabo final, el cual la Comisión Médica de Valdivia ya había estipulado en base a los exámenes,

G)□Si se observa en la Tabla 3, sólo considerando el valor de campo visual de la Reevaluación II (Álvarez), que era el quid de la cuestión, y estableciendo como mínimo el porcentaje de 0.5 que corresponde más ciertamente a la patología del señor Segovia, el valor final de los menoscabos laborales según las métricas de cada médico, son todas iguales o superiores a 67%-72% y superan los dos tercios (2/3) establecidos para ratificar Pensión de Invalidez Total. Valores que se condicen con la



unanimidad respecto del diagnóstico oftalmológico (ptisisbulbi, amaurosis, coriorretinitis, alta miopía).

H) El impedimento es visión subnormal H54, es decir, lo que se define como "Ceguera y disminución de la agudeza visual", por lo que, en su defecto, lo más esencial y donde no hay reparos es en ceguera (OI, ptisis bulbi), lo que es concordante con agudeza visual entre 0.5 y 0.3 según la evaluación médica.

Refiere existir arbitrariedad en la decisión recurrida, pues se trata de alta miopía con un carácter degenerativo a través de los años de manera insoslayable, y de no establecerse invalidez definitiva total con la consecuente interrupción de su actividad laboral, existe la probabilidad que la enfermedad progrese y quede con ceguera total, como se infiere de la conclusión unánime de los diagnósticos médicos y peritos asignados, así como el pronóstico asociado al mismo y que el médico tratante ha informado en dos oportunidades con independencia del proceso de evaluación de la Comisión.

Acota que el médico tratante, Dr. Leonardo Tapia Lazo, quien le ha asistido por 40 años, entregó su apreciación e historial en informe que indica: "Diagnósticos: Ceguera del ojo izquierdo, ambliopía total; Alta miopía ojo derecho; degeneración coriorretinal miopica ojo derecho, desprendimiento de retina ojo izquierdo. Pronóstico: Evolución al agravamiento, paulatina regresión de 80, agudeza visual en el tiempo."

Estima así vulneradas las garantías contempladas en los numerales 1, 2 y 24 del artículo 19 de la Carta Fundamental, solicitando expresamente tener por interpuesto Recurso de Protección en contra de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones y, en definitiva, acogerlo declarando que la recurrida ha actuado de manera ilegal y arbitraria al revocar el Dictamen de Reevaluación N° 012.2478/2019 de la Comisión Médica de Valdivia, de la Superintendencia de Pensiones, y de esta manera ordenando a la recurrida ajustar la resolución a la ley, en el sentido de expresar que al recurrente le corresponde una pensión por invalidez definitiva total; todo en razón de los antecedentes médicos tenidos a la vista y cuyas conclusiones fueron desestimadas sin fundamento, de manera de procurar la debida protección de las garantías constitucionales vulneradas, tomando las medidas conducentes para que se resguarden, con costas.



Informando la recurrida señala que si bien el recurrente ha dirigido su acción cautelar en contra de dicha Superintendencia de Pensiones - al parecer considerando que la Comisión Médica Central dependería de este Servicio-, el acto objeto del recurso, conforme a lo expresado en su libelo y en la petitoria del mismo, no es otro que la Resolución N° CMC 10014/2020, de 30 de septiembre de 2020, dictada por la Comisión Médica Central y no por la recurrida, que sólo es un organismo fiscalizador.

Aclara que las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central fueron creadas en virtud de lo dispuesto en el artículo 11 del D.L. N° 3.500 de 1980, para efectos de lo dispuesto por el artículo 4° del mismo cuerpo legal, es decir, para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema de Pensiones de Capitalización Individual. Las primeras, tienen por función la evaluación y calificación propiamente tal y la segunda, la Comisión Médica Central, es la instancia de reclamo que las partes pueden invocar en contra de los dictámenes de invalidez que emiten las Comisiones Médicas Regionales. Sin embargo, dichas Comisiones Médicas carecen de personalidad jurídica y patrimonio propios.

Señala que tales Comisiones Médicas no dependen de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones - hoy Superintendencia de Pensiones - ni forman parte de su estructura orgánica. Más aún, por expresa disposición del artículo 18 del Reglamento del D.L. N° 3.500 (contenido en el DS N° 57 de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social), estas Comisiones Médicas gozan de autonomía en cuanto al conocimiento y calificación de las solicitudes de invalidez sometidas a consideración de ellas.

Del mismo modo, el inciso tercero del artículo 19 del citado Reglamento prescribe que la Superintendencia tendrá la supervigilancia administrativa de estas Comisiones Médicas e impartirá las normas operativas que se requieran para calificar la invalidez.

Se extiende luego en que si bien por expresa disposición del inciso tercero del artículo 11 del D.L. N° 3.500, la Superintendencia de Pensiones debe designar, por intermedio de concurso público, la contratación de los médicos integrantes de las referidas Comisiones Médicas, la norma que reglamenta esa disposición es el artículo 20 del D.S. N° 57 de 1990, del



Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que prescribe que debe hacerlo sobre la base de honorarios y que tales Médicos Integrantes no serán funcionarios dependientes de aquélla.

Así concluye que ese organismo fiscalizador no tiene la representación judicial ni extrajudicial de las Comisiones Médicas Regionales, ni de la Comisión Médica Central y es a esta última a la que el actor imputa los actos que habrían vulnerado los derechos fundamentales que invoca. En este punto resalta que basta señalar que las facultades de la Superintendencia de Pensiones - potestades de derecho estricto - se encuentran contenidas en los artículos 94 del D.L. N° 3.500, de 1980; artículo 3° del D.F.L. N° 101 de 1980 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y 47 de la ley N°20.255, catálogos de atribuciones que en ninguna parte conceden a la Superintendencia de Pensiones la prerrogativa de representar a la Comisión Médica Central, mucho menos de ejercer atribuciones resolutorias de los reclamos interpuestos por las partes en contra de los dictámenes de invalidez que emiten las Comisiones Médicas Regionales. Atendido lo anteriormente expuesto y, teniendo presente que el N°1 del artículo 3° de la Ley Orgánica del Consejo de Defensa del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por el DFL N°1 del Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial, de fecha 7 de agosto de 1993, establece que a ese organismo le corresponde la "defensa judicial del Fisco en todos los juicios", la representación judicial de las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central, incumbe precisamente al Consejo de Defensa del Estado. Además, así ha sido declarado por la Excma. Corte Suprema.

Por lo expuesto, señala que la Superintendencia carece de legitimación pasiva para ser recurrida en estos autos, fundada en la Resolución N° C.M.C. 10014/2020, de 30 de septiembre de 2020, de la Comisión Médica Central, razón por la cual sentencia que el presente recurso de protección debe ser desestimado.

Por otro lado, precisa que el derecho a pensión de invalidez de los afiliados al Sistema de Pensiones de Capitalización Individual, como el procedimiento de evaluación y calificación de invalidez se encuentra regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980; su Reglamento, contenido en el D.S. N° 57 de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; las normas e



XVEXKCCBZX

instrucciones impartidas por esa Superintendencia, contenidas en el Compendio de Normas del Sistema de Pensiones; y las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema Previsional. En efecto, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 4° del D.L. N° 3.500 de 1980, desde el punto de vista médico, el derecho a pensión de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema está condicionado al hecho que presenten o sufran un menoscabo laboral permanente de a lo menos un cincuenta por ciento, para invalidez parcial y, mayor de dos tercios para invalidez total, a causa de enfermedades o debilitamiento de sus fuerzas físicas e intelectuales. Detalla que este mismo precepto dispone que las Comisiones Médicas a que se refiere su artículo 11, deberán, frente a una solicitud de pensión de invalidez del afiliado, verificar los requisitos del inciso primero - antes citados - y emitir un dictamen de invalidez que otorgará el derecho a pensión de invalidez total o parcial a contar de la fecha que se declare la incapacidad, o lo negará, según corresponda.

Se entiende que transcurridos tres años desde la fecha a partir de la cual fue emitido un primer dictamen de invalidez parcial que originó el derecho a pensión, las Comisiones Médicas, a través de las Administradoras, deberán citar al afiliado para reevaluar su invalidez y emitir un segundo dictamen, que ratifique o modifique el derecho a pensión de invalidez, o lo deje sin efecto, según sea el cumplimiento de los requisitos establecidos en las letras a) o b) del inciso primero de este artículo. El afiliado inválido parcial que cumpliera la edad legal para pensionarse por vejez dentro del plazo de tres años, podrá solicitar a la Comisión Médica respectiva, por intermedio de la Administradora a que estuviera afiliado, que emita el segundo dictamen al cumplimiento de la edad legal. De no ejercer esta opción, el afiliado mantendrá su derecho al aporte adicional establecido en el artículo 53, si correspondiera, en caso de ser reevaluado con posterioridad a la fecha en que cumpliera dicha edad

A su turno, destaca que el citado artículo 11 establece que la invalidez será calificada en conformidad con las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", según lo señale el reglamento, por una Comisión de tres médicos cirujanos que funcionará en cada Región, designados por el



Superintendente de Administradoras de Fondos de Pensiones, hoy Superintendente de Pensiones. Del mismo modo, el inciso quinto de este artículo prescribe que los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas Regionales serán reclamables mediante solicitud fundada, por el solicitante afectado, por el Instituto de Previsión Social y por las Compañías de Seguros que se adjudiquen la licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia a que se refiere el artículo 59 bis, en el caso de los afiliados cubiertos por dicho seguro, ante la Comisión Médica Central, la que estará integrada por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente en igual forma que los de las Comisiones Médicas Regionales y conocerá del reclamo sin forma de juicio, ateniéndose al procedimiento que describe, del que concluye que en esta materia el legislador ha establecido un procedimiento médico administrativo especial, de evaluación y calificación de invalidez de doble instancia, cuya función corresponde a las Comisiones Médicas establecidas en el artículo 11 ya comentado, para lo cual gozan de autonomía, no obstante que deben actuar con estricto apego a las Normas de evaluación que el propio cuerpo legal prescribe. En efecto, en virtud de lo dispuesto por el artículo 18 del D.S. N° 57 de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento del citado D.L. N° 3.500, las Comisiones Médicas gozan de autonomía en el conocimiento y resolución de las invalideces sometidas a consideración de ellas, reservándose privativamente a esta Superintendencia la facultad fiscalizadora del Sistema. Por ello, este Organismo carece de facultades para intervenir en el conocimiento y calificación de tales requerimientos, sino sólo para ejercer la supervigilancia administrativa de las Comisiones Médicas. A su vez, el inciso cuarto del artículo 11 del D.L. N° 3.500 dispone que los afiliados que requieran pensión de invalidez deberán someterse a los exámenes que les solicite la Comisión Médica Regional. Los exámenes serán decretados por dicha Comisión y financiados por las administradoras, en el caso de los afiliados no cubiertos por el seguro a que se refiere el artículo 59; por las compañías de seguros que se adjudiquen la licitación a que se refiere el artículo 59 bis, de referido texto legal. En concordancia con lo anterior, el inciso segundo del artículo 22 del Reglamento mencionado, dispone que el solicitante de calificación de invalidez podrá aportar los exámenes, informes médicos u otro tipo de antecedentes que desee a la Comisión Médica con el objeto de respaldar su



solicitud, los que podrán ser entregados en la Administradora o en el Instituto de Previsión Social, según corresponda, conjuntamente con la presentación de la solicitud. En ningún caso la Administradora o el Instituto de Previsión Social podrán negar la solicitud, porque el interesado no aporta los antecedentes antes señalados. No obstante lo anterior, el interesado podrá aportar mayores antecedentes a la Comisión Médica cuando sea citado. Finalmente, el inciso tercero de este precepto prescribe que los antecedentes aportados por el afiliado no podrán ser determinantes por sí solos en la calificación de la invalidez del solicitante y formarán parte del expediente respectivo.

Más tarde aduce que en lo tocante a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones, cuya aplicación es obligatoria para las Comisiones Médicas, conforme a lo prescrito por el citado artículo 11 del D.L. N° 3.500 de 1980 -se encuentran publicadas en el Diario Oficial y en el Sitio Web de la Superintendencia-, determinan que la enfermedad o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales que afecta la capacidad de trabajo se denomina "Impedimento" en el programa de pensiones de la Seguridad Social. La pérdida de la capacidad de trabajo se denomina "Menoscabo Laboral" y se expresa en términos porcentuales como parcial de un segmento y global de la persona. Refleja el impacto que los Impedimentos y Factores Complementarios ocasionan sobre las actividades de la vida diaria y exigencias del trabajo. Su determinación es propia de las Comisiones Médicas.

Sostiene que la relación causa-efecto entre Impedimento y Menoscabo permite declarar la invalidez. Los impedimentos pueden encontrarse configurados o no configurados. Sólo los impedimentos configurados permiten asignar el menoscabo laboral porcentual que dictan estas normas. 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. En ausencia de alguno de estos cinco requisitos, el impedimento se considerará no configurado y, por lo tanto, no procederá asignar menoscabo laboral permanente.

Puntualiza que existiendo posibilidades de acceso a tratamiento a través de Garantías Explícitas de Salud (GES) u otros programas ministeriales, estos esquemas de terapia se considerarán exigencias mínimas para configurar, con excepción de las terapias paliativas. Los Impedimentos no configurados no señalan ausencia de enfermedad, sólo el incumplimiento de las condiciones que permiten considerarlo para calificar la invalidez.

Habiéndose estimado indispensable para entrar a la vista de la causa, con fecha 17 de mayo del presente, se ofició a la Comisión Médica Central, a fin que informara al tenor del recurso y al médico Oftalmólogo, Dr. Leonardo Tapia Lazo, para que lo hiciera respecto de la circunstancia relativa a precisar desde cuando ha sido el médico tratante, explicara su diagnóstico y pronóstico contenido en el informe ya acompañado, dé cuenta de los procedimientos y conclusiones de la Comisión Médica Central y respecto de las conclusiones de la Comisión Médica Regional que dictaminó la Invalidez Total, definiendo si la afección de campo y visión ocular era de carácter progresivo en el caso, así como su pronóstico a corto y largo plazo.

Se requirió también informe a la Comisión Médica Regional de Los Ríos, a fin que señalara cuáles fueron los antecedentes tenidos a la vista y conclusiones médicas, que le permitieron y habilitaron para declarar la invalidez total por medio de Dictamen del 4 de diciembre de 2019 y su tránsito de invalidez parcial, decretado el 14 de marzo de 2018.

Evacuados los informes requeridos, se trajeron los autos en relación y se procedió a la vista del recurso, con fecha 26 de julio del presente, escuchando alegatos del letrado asesor del recurrente y de parte de la Superintendencia de Pensiones.



Y TENIENDO PRESENTE:

PRIMERO: Que el recurso de protección de garantías constitucionales, previsto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, es una acción constitucional, cuyo propósito consiste en obtener de los tribunales superiores de justicia, una tutela eficaz y eficiente para salvaguardar la integridad de los derechos fundamentales que aquella norma contempla.

Al conocer un recurso de protección es deber constitucional de esta Corte adoptar, en forma inmediata, las providencias necesarias para asegurar la debida protección ante la existencia de una acción u omisión arbitraria o ilegal, que importe una privación, perturbación o amenaza de los derechos y garantías que el Constituyente establece.

En dicho sentido, consiste en un medio de impugnación jurisdiccional, que permite poner pronto remedio a situaciones de hecho que amaguen derechos de rango constitucional, estrictamente enumerados en el precepto ya citado, comprendiendo situaciones inequívocas, de fácil y rápida comprobación, dentro de un procedimiento breve y sumarísimo.

Se trata así de una acción de naturaleza cautelar, urgente y no declarativa, de modo que no es posible a través de esta herramienta obtener un pronunciamiento en el que se dirima la existencia del derecho de propiedad y demás derechos constitucionales invocados, su validez y, en general, las materias cuyo fallo requiere una discusión y tramitación en un juicio de lato conocimiento.

SEGUNDO: Que, en tal orientación, la Excelentísima Corte Suprema ha indicado lineamientos que deben ser advertidos a la hora de resolver un recurso de esta índole, prescribiendo que: *“según se deduce de lo dispuesto en el artículo 20 de la Carta Fundamental, la denominada acción o recurso de protección requiere para su configuración la concurrencia copulativa de los siguientes presupuestos:*

- a) *Una conducta –por acción u omisión- ilegal o arbitraria;*
- b) *La afectación, expresada en privación, perturbación o amenaza, del legítimo ejercicio referido a determinados derechos esenciales garantizados en la misma Constitución y que se indican en el mencionado precepto;*



c) *Relación de causalidad entre el comportamiento antijurídico y el agravio a la garantía constitucional; y*

d) *Posibilidad del órgano jurisdiccional ante el cual se plantea de adoptar medidas de protección o cautela adecuadas, para resguardar el legítimo ejercicio del derecho afectado.*” (Entre otras, sentencia dictada el 16 de mayo de 2019 en causa rol 78-2019).

TERCERO: Que, a partir del escrito presentado por el recurrente e informe emanado de la entidad recurrida, así como de los complementarios requeridos a terceros a quienes pudiere afectar lo que se resuelva, es dable desprender que el aspecto nuclear sobre el cual debe emitir pronunciamiento este tribunal ha de versar acerca de la ilegalidad y/o arbitrariedad de la resolución emanada de la Comisión Médica Central designada con el N°10014/2020, de 30 de septiembre de 2020, la que, acogiendo el reclamo emanado de la Asociación de Aseguradoras de Chile, revocó el Dictamen de Reevaluación de la Comisión Médica de Valdivia N° 012.2478/2019, de fecha 4 de diciembre de 2019, en el cual se había determinado un “menoscabo de la capacidad de trabajo: 92.0 (%) (Igual o mayor a 2/3)”, concluyendo la invalidez definitiva total del recurrente, para en su lugar sólo culminar declarándose la invalidez parcial definitiva del mismo.

CUARTO: Que, según se desprende del mérito de los antecedentes acopiados a la tramitación de la presente acción constitucional, constan en autos los siguientes hechos:

1.- Que el recurrente, a consecuencia de las afecciones de salud visual que le afectaban, se pensionó originalmente por invalidez mediante dictamen ejecutoriado de 14 de abril de 2018, otorgándosele carácter de transitoria parcial, con un porcentaje de 51.0 (%).

2.- Que, considerando el progreso de su enfermedad, su estado laboral y de salud, el 14 de octubre de 2019, solicitó la reevaluación del grado de invalidez, iniciándose el procedimiento administrativo correspondiente N° 312079, desarrollado conforme las disposiciones de los artículos 4 y 11 del D.L. N°3500 de 1980.

3.- Que la Comisión Médica de la Región de Valdivia, por medio del Dictamen N° 012.2478/2019, de fecha 04/12/2019, determinó un “menoscabo de la capacidad de trabajo: 92.0 (%) (Igual o mayor a 2/3)”, aceptando, en consecuencia, la invalidez definitiva total.



4.- Que de dicha decisión se apeló por la Asociación de Aseguradores de Chile, esgrimiendo que tal condición se habría "sobrevalorado" y el fundamento fue: "falta de compromiso de campo visual", describiendo: "El cálculo del menoscabo por agudeza y campo visual combinados es de 47,5% según tabla de página 102, por ptisisbulbise agrega 5%, sumado llega a 52,5".

5.- Que mediante resolución C.M.C N°10014/2020, de la Comisión Médica Central, se aceptó el reclamo de la Asociación de Aseguradoras y se procedió a revocar el Dictamen de Reevaluación de la Comisión Médica de Valdivia, otorgando finalmente invalidez parcial definitiva.

QUINTO: Que, en un primer aspecto planteado por la recurrida, Superintendencia de Pensiones, se ha alegado la falta de legitimación pasiva en relación con el presente recurso, cuyo esencial sustento radica en tratarse de un órgano fiscalizador administrativo, mas no de otro orden en relación ni con la Comisión Médica Regional de Los Ríos ni con la Central, cuyas resoluciones constituyen los actos sometidos a decisión, procurando la primacía de la resolución de la primera frente a la divergencia con la de la última, que se pronunció respecto de su apelación.

En este sentido, se han dado adecuadas razones para entender que efectivamente tal falta de legitimación se halla presente, desde que consta desde un punto de vista positivo que tales comisiones médicas no son órganos dependientes de la mentada Superintendencia sin que tampoco formen parte de su estructura orgánica. Tan es así, que en el artículo 18 del D.S. N° 57 de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que corresponde al Reglamento del D.L. N° 3.500, queda meridianamente establecido que las mismas gozan de autonomía en cuanto al conocimiento y calificación de las solicitudes de invalidez sometidas a su consideración, precisando el inciso tercero del artículo 19 del mismo texto reglamentario, que la Superintendencia tiene a su cargo, según se expresó, únicamente la supervigilancia administrativa de estas Comisiones Médicas e imparte las normas operativas que se requieran para calificar la invalidez, así como el inciso tercero del artículo 11 del D.L. N° 3.500, previene que la Superintendencia debe designar, por intermedio de concurso público, la contratación de los médicos integrantes de las referidas Comisiones Médicas, lo que queda estatuido en el artículo 20 del citado Reglamento, que



prescribe que debe hacerlo sobre la base de honorarios y que tales Médicos Integrantes, dejando en claro que no serán funcionarios dependientes de aquélla.

Así las cosas, considerando el principio de juridicidad que debe disciplinar los actos de los órganos de la Administración del Estado, y los de toda magistratura, persona o grupo de éstas, conforme al cual ninguno de aquellos está dotado de otra autoridad o derechos que los que expresamente establezcan a su respecto la Constitución o las leyes, obrando válidamente en la medida que exista previa investidura regular de sus integrantes y, en lo que interesa al recurso, dentro de su competencia y en la forma que prescriba la ley, acorde a los artículos 6 y 7 de la Carta Fundamental, resulta claro que en las determinaciones de orden técnico adoptadas por las referidas comisiones médicas en nada ha podido tener injerencia el órgano recurrido, merced a la autonomía de la cual están revestidas éstas, en lo que toca a conocer y calificar las solicitudes de invalidez sobre las que deben pronunciarse.

En efecto, las potestades de la Superintendencia de Pensiones se recogen en el artículo 94 del D.L. N° 3.500, de 1980, más artículo 3° del D.F.L. N° 101 de 1980 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y 47 de la ley N°20.255, los que en parte alguna, por un lado, le conceden la prerrogativa de representar a la Comisión Médica Central, así como tampoco la de ejercer atribuciones resolutorias de los reclamos interpuestos por las partes en contra de los dictámenes de invalidez que emiten las Comisiones Médicas Regionales.

SEXTO: Que, sin perjuicio de lo antes reseñado, que habría de bastar para la desestimación del arbitrio intentado, pero habiéndose requerido informes complementarios a los entes concernidos, refrenda lo expresado, ahora en el ámbito procedimental, que el D.L. N°3.500, en su artículo 4° previene que las Comisiones Médicas a que se refiere el artículo 11, deberán primeramente, frente a una solicitud de pensión de invalidez del afiliado, verificar los requisitos que establece el inciso primero, esto es, que se haya demostrado que aquel presenta o sufre un menoscabo laboral permanente de a lo menos un cincuenta por ciento, para invalidez parcial y, mayor de dos tercios para invalidez total, a causa de enfermedades o debilitamiento de sus fuerzas físicas e intelectuales, para emitir sobre esa base un dictamen de



invalidez que otorgará el derecho a pensión de invalidez total o parcial a contar desde la fecha en que se declare la incapacidad, o bien, lo negará según corresponda.

En este sentido, se advierte que al transcurrir tres años desde la fecha a partir de la cual fue emitido un primer dictamen de invalidez parcial que originó derecho a pensión, las Comisiones Médicas, a través de las Administradoras, deberán citar al afiliado para reevaluar su invalidez y emitir un segundo dictamen, que ratifique o modifique el derecho a pensión de invalidez, o lo deje sin efecto. Ahora bien, si el afiliado inválido parcial cumpliere la edad legal para pensionarse por vejez dentro del plazo de tres años, podrá solicitar a la Comisión Médica respectiva, por intermedio de la Administradora a que estuviera afiliado, que emita el segundo dictamen al cumplimiento de la edad legal. De no ejercer esta opción, el afiliado mantendrá su derecho al aporte adicional establecido en el artículo 53, si correspondiera, en caso de ser reevaluado con posterioridad a la fecha en que cumpliera dicha edad. En la especie, antes de transcurrir siquiera este lapso se ha solicitado una reevaluación, que estuvo sujeta a los avatares resolutivos ya descritos en la expositiva.

No debe olvidarse tampoco que se ha explicado que el ya mentado artículo 11 dispone que la invalidez será calificada en conformidad con las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", por una Comisión de tres médicos cirujanos que funcionará en cada Región, designados por el hoy Superintendente de Pensiones. Luego, el inciso quinto de igual precepto refiere que los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas Regionales serán reclamables mediante solicitud fundada, por el solicitante afectado, por el Instituto de Previsión Social y por las Compañías de Seguros que se adjudiquen la licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia a que se refiere el artículo 59 bis, en el caso de los afiliados cubiertos por dicho seguro, ante la Comisión Médica Central, la que estará integrada a su vez por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente en igual forma que los de las Comisiones Médicas Regionales y conocerá del reclamo sin forma de juicio, ateniéndose al procedimiento médico administrativo especial, de evaluación y calificación de invalidez dispuesto en doble instancia, a cargo de las aludidas comisiones médicas, que gozan de autonomía (artículo



18 del D.S. N° 57 de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social), debiendo actuar con estricto apego a las normas de evaluación que en ese texto legal se contemplan.

SÉPTIMO: Que en el caso sometido a decisión, resulta palmario advertir que precisamente se accionó por el afiliado, siguiendo el cauce legal dispuesto al efecto para obtener una primera resolución de reevaluación técnica de la Comisión Médica Regional de Los Ríos datada el 4 de diciembre de 2019, mientras, por su parte, se ejerció por la Asociación de Aseguradoras el derecho al recurso para impugnar vía apelación la determinación de primera instancia, revirtiéndose fundadamente esta última con fecha 30 de septiembre de 2020, en atención a haber detectado errores en la determinación del cálculo del porcentaje de invalidez que afectaba al recurrente, a través del otorgamiento de razones de mérito de orden científico-médico consignadas en el acta respectiva, basadas en exámenes practicados al afiliado y que no son susceptibles de revisar por esta vía, en la medida que han surgido como consecuencia de un proceso en que cada parte ha podido efectuar sus planteamientos y en cuyo contexto se ha respetado el íter procesal y contado con antecedentes clínicos que han respaldado las respectivas determinaciones.

Lo anterior cobra especial relevancia para descartar la existencia de un acto ilegal y/o arbitrario, particularmente de cargo de la Comisión Médica Central, que es lo que en último término se reprocha, pues los antecedentes aparejados al presente recurso han permitido brindar adecuado respaldo a su dictamen, máxime si no se pierde de vista que, según se adelantó, un mecanismo tutelar de rápida sustanciación y no declarativo, de la índole constitucional del examinado, parte de la base de la invocación de un derecho indubitado, el que no aparece existir en el caso sublite, desde que se disputa precisamente el sustento técnico del dictamen que ha desconocido la aspiración en que se apoya la supuesta garantía que se dice atacada, lo cual, además de tratarse de una mera expectativa, tanto en torno a la declaración de invalidez como en cuanto al derecho a la pensión consecuenencial, resulta ser materia propia de un debate de lato conocimiento.

De este modo, no cabe sino entender descartada la ilegalidad y arbitrariedad del acto que fuera esgrimida, puesto que la decisión impugnada ha sido dictada en empleo legítimo de atribuciones técnicas propias del



órgano administrativo aludido, obedeciendo en su dictamen a cánones de racionalidad y proporcionalidad, debidamente fundados y enmarcado dentro de los límites del ordenamiento jurídico.

OCTAVO: Que, por último, en consonancia con los racionios que anteceden, no habiéndose constatado la concurrencia de uno de los requisitos básicos exigidos para hacer factible acoger el arbitrio cautelar intentado, cual lo es que se haya detectado un acto u omisión que revista caracteres de ilegal o arbitrario, en ejercicio infructuoso se erige examinar la convergencia de los demás presupuestos ligados, en particular, el modo como se ha producido la afectación de las garantías fundamentales traídas a colación, al detentar naturaleza copulativa; razón por la que ya se advertirá el destino desfavorable que traerá aparejado este remedio tutelar en lo resolutivo.

Por estas consideraciones y de conformidad, igualmente, con lo previsto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre la materia, **se RECHAZA** el recurso interpuesto por don Francisco Javier Segovia Marcos, tanto en contra de la Superintendencia de Pensiones como en contra del dictamen C.M.C N°10014/2020, emitido por la Comisión Médica Central.

Regístrese y archívese, en su oportunidad.

Redacción a cargo del Ministro Titular, señor Luis Moisés Aedo Mora.

N°Protección-3249-2020.



Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Valdivia integrada por Ministra Presidente Maria Elena Llanos M., Ministro Luis Moises Aedo M. y Fiscal Judicial Gloria Edith Hidalgo A. Valdivia, veintiocho de julio de dos mil veintiuno.

En Valdivia, a veintiocho de julio de dos mil veintiuno, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.
A contar del 04 de abril de 2021, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>