

Santiago, veintisiete de julio de dos mil veintitrés.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que doña [REDACTED] interpone la presente acción constitucional de protección en contra de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, en adelante Comisión Médica Central, órgano sin personalidad jurídica creado al amparo del artículo 11 del Decreto Ley N°3.500. La Comisión Médica Central está presidida por doña María Adriana Montenegro Varas, y su presidente médico de sala, signatario de la resolución recurrida, es don Fernando Lucero Escudero. Además, cuenta con el secretario y ministro de fe don José Ignacio Méndez Campos, y está integrada por don John Tapia Núñez. La recurrente solicita que se restablezca el imperio del derecho frente al actuar ilegal y arbitrario de la Comisión Médica Central, que la priva del legítimo ejercicio del derecho a la igualdad ante la ley, así como del derecho a no ser juzgada por comisiones especiales, consagrados respectivamente en los numerales 2 y 3 de la Constitución Política de la República.

Refiere que recurre en contra de la Resolución N° C.M.C. 1053/2022 de la Comisión Médica Central de fecha 25 de enero de 2022, ejecutoriada y notificada a la recurrente con fecha 23 de febrero de 2022, que confirmó la Resolución N° C.M.C. 10470/2021, que declara que procede otorgar invalidez parcial transitoria, fijando el porcentaje de invalidez global en 58%.

Explica que con fecha 27 de julio de 2021, por la unanimidad de los miembros de la Comisión Médica de la Región Santiago Centro -en adelante también la CMRSC-, se acordó aceptar su invalidez definitiva total. En efecto, el dictamen N° 016.7444/2021, da por acreditada la patología que le asiste, la que es calificada como migraña refractaria crónica idiopática en clase iv, alto, concluyendo un grado de invalidez de 75%, que se desglosa en un 66% migraña -patología principal- más el factor complementario global, quedando en definitiva en un 75% el grado de incapacidad o invalidez laboral. Lo anterior consta en el Acta de sesión N° 231 de la CMRSC. Lo que fue decidido luego de un proceso de evaluación, análisis de documentación, informes, peritajes, certificados médicos y exámenes neurológicos, psiquiátricos y óseos.

Añade que entre los fundamentos de dicha decisión se encuentra el peritaje efectuado por un médico experto en neurología, designado por la CMRSCM, quien estimó procedente aprobar la invalidez, que indica: *“Paciente de sexo femenino de 59 años de edad portadora de patología degenerativa de columna cervical; quién reporta cuadro neurológico de instalación de más de 30 años, consistente en inicio*



de Cefalea, después del nacimiento de su segundo hijo y de haberse administrado anestesia peridural.

El síntoma se hace constante, de localización migratoria hemicránea, pulsátil y opresivo, recurrente, sin ritmo horario, de frecuencia aumentada, sin factor desencadenante, que se acompaña de náuseas y en ocasiones de vómitos y que alcanza una alta intensidad cuando está en su peak máximo (nota de 10 de EVA).

Cuadro concordante con una definida Migraña Refractaria Recurrente. Desde ese entonces con múltiples enfoques terapéuticos, realizados por distintos especialistas del área neurológica, incluyendo la administración de toxina botulínica, pero que, sin embargo, nunca se ha podido controlar el cuadro, ni en distanciamiento ni en magnitud, persistiendo con una alta frecuencia y refractariedad, con crisis de alta intensidad, en que suele quedar en total incapacidad durante 2-3 días para realizar las actividades de la vida diaria.

El impedimento está configurado, toda vez, que se han realizado todas las alternativas de tratamiento, con incluso el retiro de una gran cantidad de medicación analgésica, que podría estar indicando alguna inclinación de rebote, pero esta no se logra mitigar, lo que provoca severas interferencias en su actividad laboral que constantemente se fragmenta producto de las crisis, así como también en su actividades cotidianas y su interacción social. El menoscabo se sitúa en la Clase IV, Rango Alto, de la Página N° 34, de las actuales normas”.

Prosigue indicando que la Asociación de Aseguradoras de Chile A.G. apeló en contra del referido Dictamen, para ante la Comisión Médica Central por considerar que el impedimento estaba sobrevalorado, generándose entonces un nuevo proceso de evaluación y revisión de los informes anteriores por otros especialistas. Es así que con fecha 20 de octubre de 2021, se dio por establecido y concurrente el diagnóstico de migraña refractaria en clase III alto, esto es, se confirma el diagnóstico general, pero se revoca el dictamen de la CMRSC, otorgando solamente una invalidez parcial transitoria, y disminuyendo el grado o clase en que se presenta dicha enfermedad, y por consiguiente disminuye el porcentaje de invalidez previamente establecido, todo ello mediante Resolución de la C.M.C. N° 10470/2021.

Explica que la enfermedad pasó a ser migraña con característica de jaqueca común, por lo que el grado de invalidez pasó de 75% a 58%. Además se estableció que era una patología transitoria.

En ese contexto, alega que la Comisión Médica Central adoptó un "PRE-ACUERDO" en el que se decidió solicitar una segunda evaluación con un especialista en neurología. Sin embargo, este acuerdo no está fundamentado ni



sustentado en antecedentes claros, ya que no se especifica el motivo que llevó a la CMC a solicitar una nueva evaluación. Esta decisión se tomó simplemente como resultado de la apelación presentada.

La segunda evaluación fue practicada por el Dr. Rivera, quien es un neurólogo que ha participado en la evaluación de la paciente. En el informe médico del 2015, el Dr. Rivera emitió un diagnóstico y una calificación de invalidez que fue modificada en la evaluación actual del 2021, sin proporcionar fundamentos suficientes para este cambio. Además, destaca que el Dr. Rivera diagnosticó a la paciente con migraña refractaria en Clase III Alto. Sin embargo, no se especifica cómo llegó a estas conclusiones ni se explican las contradicciones entre el diagnóstico, el resultado negativo del tratamiento y la baja calificación de la migraña. De modo que resulta inexplicable la propuesta que se efectuara en orden a revocar dictamen de la CMRSC y otorgar pensión parcial, pues ello no se sustentó en un análisis orgánico y comparativo de los múltiples informes y exámenes, los que no son referidos ni analizados, sino que únicamente se prefirió una opinión médica -la nueva- por sobre las otras.

Con lo anterior, la CMC determinó revocar el dictamen regional, otorgar invalidez parcial, y calificando la migraña diagnosticada con un global de 49%, que sumando los factores complementarios, alcanzó a un total de 58%.

Alega que dedujo un recurso de reposición administrativo por las falencias en la resolución de la CMC son: 1. No considerar los tratamientos paliativos realizados por la paciente desde el año 2015, que no han logrado controlar su cuadro de migraña refractaria. A pesar de que la paciente ha experimentado un intenso dolor y ha pasado por un proceso de desintoxicación de medicamentos, la CMC no tomó en cuenta esta información y concluyó que la invalidez era transitoria. 2. No fundamentar adecuadamente el cambio en el diagnóstico y calificación de invalidez realizado por el Dr. Rivera en la evaluación actual. A pesar de que en informes anteriores se mencionaba la falta de éxito en los tratamientos y la incapacidad de controlar el cuadro, el Dr. Rivera diagnosticó migraña con características de jaqueca común y consideró que era un cuadro transitorio.

Alega que estos yerros en la resolución demuestran una falta de fundamentos y motivación suficiente, lo que lleva a considerarla como arbitraria.

Por otra parte, indica en la reposición que el informe médico del 2015, emitido por el Dr. Mario Rivera, es un antecedente relevante. Sin embargo, resulta inexplicable que el mismo médico haya modificado su criterio en la evaluación actual del 2021, disminuyendo el grado de invalidez sin proporcionar fundamentos suficientes para este cambio. Además, se adjuntó un informe médico de Clínica Meds que respalda la realización de un tratamiento de reemplazo desde 2016 a



2019, y en dicho informe se menciona que los episodios de cefalea tienen una alta frecuencia, llegando a ser superiores al 60% que el Dr. Rivera asegura sin ser el médico tratante.

Agrega, que en relación a la categoría transitoria de la invalidez, alegó en la reposición que el diagnóstico del Dr. Rivera, emitido el 6 de octubre de 2021, no tiene en cuenta el historial de tratamientos intentados para controlar y aliviar los efectos de las migrañas y dolores. Se menciona que el Dr. Pereira indica que el uso de toxinas, entre otros tratamientos, no ha logrado controlar la condición.

Añade que solicitó revocar el dictamen de la CMC y restablecer la calificación de invalidez del 75% realizada por la CMRSC, argumentando que no se consideraron todos los antecedentes que respaldan dicha calificación. Sin embargo, la CMC decidió mantener la rebaja y rechazó la reposición, manteniendo el porcentaje de invalidez en 58% de manera arbitraria.

Destaca que no ha tenido acceso a todos los antecedentes del expediente de Calificación de Invalidez, lo que dificulta determinar si se consideraron otros factores.

Indica que la Resolución de la CMC N° 1053/2002 rechazó la reposición administrativa y se fundó en el Acta de Sesión N° 62, de fecha 25 de enero de 2022. Ésta refiere que en la nueva revisión de antecedentes, destaca que no fue evaluada por médico asesor regional. Dr. Pereira, neurólogo, se encontró que la afiliada sufre de migraña refractaria crónica idiopática en clase IV, con múltiples tratamientos sin éxito. Asimismo, el Acta indica que ante la apelación de las compañías de seguros la CMC acuerda solicitar una nueva evaluación neurológica. Dr. Rivera, neurólogo, configura migraña común, refractaria en clase III, rango alto. Refiere afiliada portadora del impedimento configurado que le genera a lo menos 60% de los días del mes con crisis, ha usado todo lo disponible para su tratamiento sin lograr buen control, no tiene cefalea inducida por fármacos, porque ya la presentó y evita el uso de potenciales fármacos de riesgo.

Alega que la CMC realiza un análisis arbitrario de los antecedentes debido a varias razones. En primer lugar, se omite la evaluación por parte de un médico asesor regional, lo cual es necesario para asegurar el pleno respeto de los derechos del solicitante. Esta omisión va en contra del debido proceso administrativo y limita la garantía de una evaluación imparcial y completa. Además, la CMC no proporciona explicaciones claras ni fundamentos suficientes para preferir la evaluación diagnóstica más reciente sobre la realizada por la CMRSC, a pesar de que esta última calificó la invalidez con un porcentaje mayor. Esta falta de motivación y fundamentación adecuada indica un actuar arbitrario por parte de la CMC.



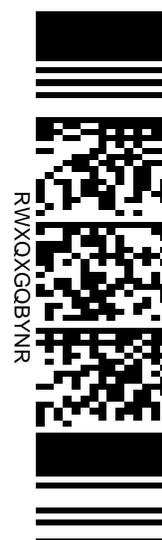
Agrega que la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados, en un informe aprobado por unanimidad por 115 parlamentarios, concluyó que existe y se ha acreditado suficientemente el control de siniestralidad en las pensiones de invalidez cubiertas por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia SIS. En dicho informe se cuestiona el hecho de que las compañías de seguros paguen los honorarios de los médicos interconsultores de forma artificialmente sobrepreciada, lo que podría influir en la subevaluación de los impedimentos de los solicitantes. Esto indica que el análisis realizado por la CMC, que se basa en el peritaje de un médico interconsultor, puede ser considerado arbitrario debido a la posible influencia de intereses económicos en la evaluación de los casos.

Alega que ante la discordancia de dos peritajes médicos, se debería realizar una nueva evaluación por un tercer especialista, considerando todos los informes y antecedentes previos. Sin embargo, la CMC no dio opción a cuestionar la evaluación del interconsultor que emitió un informe a su solicitud, ignorando los informes y evaluaciones anteriores de los médicos tratantes y otro interconsultor.

Además, la CMC calificó la incapacidad en un porcentaje menor al esperado, a pesar de reconocer que la afiliada sufre de migraña crónica en un 60% de los días del mes. La CMC decidió solicitar un informe sociolaboral en lugar de un nuevo informe médico, lo cual no es explicado adecuadamente. El informe sociolaboral indica que la afiliada ha tenido ausentismos laborales debido a la migraña crónica, pero no se realizó una entrevista con el empleador por temor a ser despedida si éste se entera que está solicitando una pensión de invalidez. Los informes médicos y antecedentes entregados a la CMRSC indican lo siguiente:

Añade la fijación de frecuencia de las crisis, no se sustenta en antecedentes objetivos debidamente informados que motiven o fundamenten su apreciación, y que permitan trasladar sus fundamentos a la debida motivación del dictamen administrativo. En efecto, los informes médicos y antecedentes entregados a la CMRSC, y que obran en el expediente administrativo de calificación de invalidez, indican que: 1. Los episodios de cefalea tienen una periodicidad de al menos 2 episodios por semana, con una duración de 24 a 72 horas y una intensidad de moderada a severa. Además, la afiliada presenta síntomas asociados como náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. 2. La migraña refractaria crónica idiopática en clase IV ha sido diagnosticada por el neurólogo Dr. Pereira, quien ha tratado a la afiliada. 3. La afiliada ha recibido múltiples tratamientos para la migraña sin éxito.

Añade que también sufre de cervicalgia, una patología degenerativa de la columna cervical. Lo anterior consta en los antecedentes entregados a la CMRSC



Se menciona que esta patología es evidente según los resultados de resonancias magnéticas y que no ha mejorado a pesar de los tratamientos medicamentosos y kinésicos. Se argumenta que la cervicalgia debe ser considerada en los grados de invalidez otorgados, en un rango entre el 35% y el 49%, Clase III, ya que: 1. Está configurada la anomalía evidente con exámenes clínicos de Resonancias magnéticas. 2. Esta patología es degenerativa, es decir pese a tratamientos medicamentosos y kinésicos, no mejora. 3. Por su propia naturaleza, esta patología provoca interferencias en las actividades de la vida diaria y laboral de la recurrente.

Refiere que el actuar de la CMC es ilegal, y 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, ello, al calificar erróneamente los impedimentos que conforman el menoscabo laboral de la recurrente.

También, alega que se erige en ilegal al darle valor único al peritaje del Dr. Rivera 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, que resalta la importancia de que las Comisiones Médicas cuenten con antecedentes técnicos y objetivos sobre las patologías invocadas por los solicitantes de pensión por invalidez. Se menciona que las normas permiten a estas comisiones solicitar evaluaciones de diversas especialidades médicas y exámenes complementarios para fundamentar sus pronunciamientos sobre el grado de menoscabo de la capacidad de trabajo del solicitante. Esto agiliza el procedimiento médico administrativo y reduce los plazos involucrados en el estudio de las solicitudes de calificación y reevaluación del grado de invalidez.

La norma añade que en cuanto a la selección e incorporación de interconsultores, se establece la existencia de un Registro Nacional de Interconsultores, conformado por instituciones, médicos y otros profesionales seleccionados por la Superintendencia de Pensiones. Los médicos y profesionales interesados en formar parte de este registro deben presentar su currículum vitae actualizado, copia legalizada de su certificado de título y especialidad médica (si corresponde), y una declaración jurada simple que certifique que no han cesado



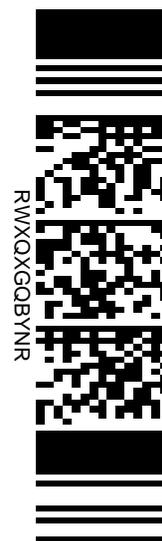
en un cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria, que no están inhabilitados para ejercer funciones públicas y que no tienen condenas por crimen o delito.

A continuación el mismo cuerpo legal indica que las instituciones como sociedades médicas, clínicas y laboratorios deben presentar una serie de documentos, como la escritura social vigente y su publicación en el Diario Oficial, la Resolución del Ministerio de Salud que autoriza su funcionamiento, y los antecedentes curriculares y certificados de título y especialidad de los profesionales que realizarán los exámenes médicos. La selección de interconsultores será realizada exclusivamente por la Superintendencia, considerando criterios como los conocimientos técnicos y la idoneidad de los profesionales, su disposición a cumplir con las normas del Sistema de Pensiones, las necesidades reales de profesionales e instituciones, la disposición para realizar interconsultas domiciliarias, y el compromiso de asistir a seminarios y reuniones. La Superintendencia se reserva el derecho de autorizar la incorporación de profesionales que no puedan realizar visitas domiciliarias u hospitalarias.

Finalmente, la norma indica que la Superintendencia comunicará su conclusión sobre la incorporación de interconsultores a las Comisiones Médicas, al Instituto de Previsión Social y a las Administradoras de Fondos de Pensiones, con copia al interconsultor postulante.

Prosigue indicando que de la normativa precitada, se colige que tanto el interconsultor neurólogo Dr. Rivera como el Dr. Pereira cumplen con los requisitos y tienen vastos conocimientos técnicos e idoneidad como médicos especialistas. No hay un criterio de preeminencia entre los informes de los interconsultores designados por la Comisión Médica Regional o la Comisión Médica Central, ya que ambos son designados por la Superintendencia de Pensiones. Por lo tanto, no hay sustento legal para desestimar el diagnóstico de un interconsultor solo porque fue solicitado por la Comisión Médica Regional. La CMC debe considerar todos los antecedentes y, en caso de que un informe parezca más idóneo, debe expresar los fundamentos técnicos en los que se basa. La normativa no otorga preeminencia a un informe sobre otro, a menos que se manipulen los expedientes y no se tengan todos los elementos de juicio a la vista.

Explica que 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.



Alega que 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 consiguiente, 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 también un acto ilegal y arbitrario.

Agrega que El artículo 4 del D.L. 3500 establece que los afiliados no pensionados por esta ley tienen derecho a pensión de invalidez si sufren un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo debido a enfermedad o debilitamiento físico o intelectual. La recurrente ha seguido los procedimientos establecidos por la ley para obtener esta calificación. Sin embargo, la Comisión Médica Central (CMC) ha actuado de manera arbitraria e ilegal al apartarse de los procedimientos establecidos y omitir trámites, no brindar la debida asesoría, no valorar todos los antecedentes y no motivar claramente el dictamen. La CMC, como órgano técnico, está obligada a fundamentar sus decisiones y cumplir con la obligación de motivar y justificar sus disposiciones según la Ley 19.880.

Respecto del actuar arbitrario e ilegal de la recurrida, alega que ha perturbado y privado los derechos constitucionales garantizados en el artículo 19 N° 2 y N° 3 de la Constitución Política de la República.

Refiere, en primer lugar, que se ha conculcado el derecho a la igualdad ante la ley, establecido en el numeral 2 del artículo 19. La Comisión Médica Central no ha seguido un procedimiento técnico y científico debidamente fundamentado y motivado, omitiendo considerar todos los medios probatorios, informes médicos, pericias y exámenes complementarios, así como los criterios establecidos por las Normas de Evaluación. En cambio, parece haber optado por considerar solo el peritaje que favorece a su posición, lo cual ha generado un trato discriminatorio y diferencias arbitrarias en comparación con otras personas que han sido tratadas de manera justa y racional en procedimientos similares.

Además, la Comisión Médica Central, como órgano técnico encargado de decidir desde el punto de vista de la ciencia médica, está obligada a fundamentar sus decisiones de manera clara y justificada. Esto se debe a la obligación de motivar y justificar los actos administrativos que afecten los derechos de los particulares, según lo establecido en el artículo 11 inciso 2 de la Ley 19.880. Esta obligación se repite en el artículo 16 de la misma ley en relación con los recursos administrativos. Sin embargo, en el caso presente, la resolución de la CMC adolece de defectos en su fundamentación, lo cual ha generado una afectación en el ejercicio de los derechos constitucionales de la recurrente.



Agrega que el actuar de la Comisión Médica Central ha infringido el derecho a no ser juzgado por comisiones especiales, establecido en el inciso quinto del artículo 19 de la Constitución. Su actuación ha desnaturalizado su rol como ente administrativo, convirtiéndose en una Comisión Especial y vulnerando el debido proceso.

Pide en definitiva que esta Corte ordene lo siguiente:

1. Dejar sin efecto la Resolución N° C.M.C. 1053/2022 de la Comisión Médica Central, que confirmó la Resolución N° C.M.C. 10470/2021 y estableció un porcentaje de invalidez global del 58%.

2. Declarar que el procedimiento de reclamo impetrado por la Compañía de Seguros contra el dictamen de invalidez de la recurrente, contenido en el Dictamen N° 016.7444/2021 de la Comisión Médica Santiago Centro, no se ajustó a derecho y debe ser dejado sin efecto.

3. En consecuencia, tener por ejecutoriado el Dictamen N° 016.7444/2021 de la Comisión Médica Regional Santiago Centro del 27.07.2021 que determinó un porcentaje de Invalidez de un grado superior a dos tercios, esto es, 75%, con carácter permanente.

En subsidio de lo anterior, pide dejar sin efecto la Resolución N° C.M.C. 1053/2022, que decide confirmar la Resolución N° C.M.C. 10470/2021, ambas de la de la Comisión Médica Central, ordenándosele que disponga una reevaluación de la condición de salud y grado de invalidez, por una comisión de médicos diversa a aquéllas que ya han intervenido en el proceso, ponderando la totalidad de los antecedentes allegados al expediente, subsanando todas las omisiones respecto de los antecedentes médicos y emitiendo un dictamen debidamente fundado

Asimismo, solicita que se disponga cualquier otra medida que esta Corte estime necesaria para restablecer el imperio del derecho.

Todo lo anterior, con costas.

Segundo: Que informa el recurso doña María Adriana Montenegro Varas, presidente de la Comisión Médica Central. Hace presente en primer lugar que se dedujo recurso de protección contra los integrantes de la CMC, doctores Fernando Lucero, José Ignacio Méndez, John Tapia Núñez y la presidenta. Sin embargo, la Comisión es un órgano administrativo colegiado regulado por el D.L. N°3.500 de 1980, cuya función exclusiva y excluyente consiste en resolver los reclamos que suscriban en contra de los Dictámenes de Invalidez, las partes intervinientes en el proceso de evaluación y calificación de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema de Pensiones de Capitalización Individual que contempla dicho decreto



ley. Por lo tanto, sus médicos integrantes no actúan individualmente, sino como órgano colegiado.

Prosigue alegando falta de legitimación pasiva, toda vez que las Comisiones Médicas Regionales y esa Comisión Médica Central no tienen personalidad jurídica ni patrimonio propios y son supervigiladas por la Superintendencia de Pensiones, conforme con lo dispuesto en el número 17 del artículo 94 del D.L. N°3.500, de 1980 y los artículos 18, 19 y 37 del D.S. N°57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que contiene el Reglamento de dicho decreto ley. Consecuente con ello, estas Comisiones Médicas pertenecen a la Administración Central del Estado, de modo que su representación judicial corresponde al Consejo de Defensa del Estado. Asimismo, hace presente que la Superintendencia de Pensiones no las representa y estos órganos evaluadores no son parte ni tienen dependencia de ella, como tampoco forman parte de su estructura orgánica para efectos de emitir sus pronunciamientos. Más aún, por expresa disposición del artículo 18 del reglamento del D.L. N°3.500 (contenido en el D.S. 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 su consideración.

Del mismo modo, el inciso tercero del artículo 19 del citado Reglamento prescribe que la Superintendencia tendrá la supervigilancia administrativa de las Comisiones Médicas Regionales y de la Comisión Médica Central e impartirá las normas operativas que se requieran para calificar la invalidez. Seguidamente, si bien por expresa disposición del inciso tercero del artículo 11 del D.L. N°3.500, la Superintendencia de Pensiones debe designar, por medio 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 no serán funcionarios dependientes de aquélla.

Por lo tanto, la representación judicial de las Comisiones Médicas Regionales y de esta Comisión Médica Central corresponde al Consejo de Defensa del Estado, debiendo haberse intentado en contra del Fisco y no en contra de las entidades recurridas, ya que como se señaló la Superintendencia de Pensiones no tiene atribuciones ni puede intervenir en el proceso de calificación de invalidez.

En segundo término alega la improcedencia de la acción deducida en autos por cuanto la situación reclamada excede el ámbito del recurso de protección. Sobre el particular, hace presente que del propio tenor del recurso de autos resulta claro que éste debe ser rechazado, atendido que excede el ámbito del recurso de



protección, no siendo susceptible de discutirse en esta sede lo que persigue el recurrente. En efecto, la acción de protección tiene por finalidad poner en ejercicio las facultades jurisdiccionales de los tribunales de justicia, con el propósito de salvaguardar los derechos de las personas de un modo directo e inmediato.

En cuanto al fondo del asunto refiere que la recurrente presentó una solicitud de pensión y calificación de invalidez debido a su migraña crónica. Después de una evaluación médica, se determinó que la recurrente sufría de migraña refractaria crónica idiopática, con un menoscabo en Clase IV, rango alto. A pesar de recibir diversos tratamientos, su condición persistía y la incapacitaba en sus actividades diarias. La Comisión Médica Regional declaró la invalidez total definitiva de la recurrente, representada por la pérdida del 75% de su capacidad de trabajo debido a la migraña.

Agrega que, sin embargo, las compañías de seguros de vida adjudicatarias del seguro de invalidez y sobrevivencia, interpusieron un reclamo en contra del dictamen de invalidez antes singularizado, argumentando que el impedimento por migraña está sobrevalorado y se basa en la falta de normas específicas para la calificación de síntomas funcionales como la cefalea. Además, se menciona que la afiliada cumple con los criterios de la clase I de la norma general, ya que no hay pérdida de autonomía ni interferencias en las actividades diarias. Por lo tanto, se sostiene que no corresponde asignarle un grado de invalidez tan alto como el propuesto.

Agrega que la Comisión Médica de la Región Metropolitana, Santiago Centro, notificó a la afiliada recurrente del reclamo presentado por las compañías de seguros de vida adjudicatarias del seguro de invalidez y sobrevivencia. La afiliada presentó sus alegaciones a través de un informe de la Médico Asesora del Afiliado, doctora Lucy Holzapfel, el 16 de agosto de 2021, y un escrito propio el 24 de agosto de 2021. Además, presentó un certificado médico del neurólogo tratante, doctor Manuel Morales Jure, el 31 de agosto de 2021

Explica que estudiados los antecedentes del caso, se realizó un nuevo peritaje neurológico a la recurrente. El interconsultor neurólogo, Dr. Mario Rivera Kindel, sugirió configurar un impedimento por Migraña común refractaria, con menoscabo en Clase III, rango alto. Se concluyó que la migraña le genera al menos un 60% de los días del mes con crisis. El médico integrante asignado de CMC, Dr. Alonso Quijada, consideró las evaluaciones y antecedentes, y propuso revocar el Dictamen anterior y otorgar invalidez parcial. En consecuencia, se resolvió aceptar el reclamo y otorgar invalidez parcial transitoria a favor de la afiliada recurrente, representada por la pérdida de un 58% de su capacidad de trabajo, derivada de Migraña (49%) más 9 puntos de Factores complementarios.



El 25 de noviembre de 2021, la recurrente presentó un recurso de reposición administrativo contra la resolución de la Comisión Médica Central. Sin embargo, mediante la Resolución CMC N°1053/2022, de 25 de enero de 2022, se rechazó el recurso y se confirmó la Resolución CMC N°10470/2021, otorgando invalidez parcial transitoria a favor de la recurrente.

Añade que el 25 de noviembre de 2021, la recurrente presentó un recurso de reposición administrativo contra la resolución de la Comisión Médica Central. Sin embargo, mediante la Resolución CMC N°1053/2022, de 25 de enero de 2022, integrada por médicos distintos de quienes conocieron y fallaron el reclamo de las compañías de seguros de vida adjudicatarias del seguro de invalidez y sobrevivencia, rechazaron el recurso y confirmaron la Resolución CMC N°10470/2021, otorgando invalidez parcial transitoria a favor de la recurrente.

En cuanto al derecho, refiere que en primer término, es útil precisar que tanto 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 encuentran regulados 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 instrucciones impartidas por esta 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.

Luego, en virtud de lo dispuesto por el artículo 11 del D.L. N°3.500 de 1980, la invalidez será calificada por una Comisión de tres médicos cirujanos designados por el Superintendente de Pensiones. Estas Comisiones Médicas tienen autonomía en el conocimiento y resolución de las invalideces sometidas a su consideración, pero deben actuar con estricto apego a las Normas de evaluación establecidas.

Por su parte el artículo 22 del D.S. N°57 de 1990 establece que el solicitante de calificación de invalidez puede aportar exámenes, informes médicos u otros antecedentes para respaldar su solicitud, los cuales formarán parte del expediente respectivo. Sin embargo, estos antecedentes no pueden ser determinantes por sí solos en la calificación de la invalidez y será responsabilidad de las Comisiones Médicas evaluar y calificar el grado de invalidez de acuerdo con las normas establecidas.

En resumen, el procedimiento de evaluación y calificación de invalidez se rige por las normas establecidas en el D.L. N°3.500 de 1980, su Reglamento y las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez. Las Comisiones Médicas, conformadas por médicos cirujanos designados por el Superintendente



de Pensiones, son las encargadas de evaluar y calificar la invalidez de acuerdo con dichas normas.

Por su parte, refiere que el procedimiento para conocer de un reclamo ante la Comisión Médica Central se establece en el artículo 11 del D.L. N°3.500 de 1980. Según este artículo, el reclamo debe interponerse por escrito ante la Comisión Regional que emitió el dictamen de invalidez. La Comisión Regional remitirá el reclamo y los antecedentes a la Comisión Médica Central, la cual estudiará los antecedentes y podrá solicitar nuevos exámenes o análisis al afiliado. La CMC tiene un plazo de diez días hábiles para emitir su fallo, el cual puede confirmar o revocar lo resuelto por la Comisión Regional.

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. A su vez, el inciso cuarto del artículo 11 del D.L. N°3.500 de 1980, 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, del referido texto legal. En concordancia con lo anterior, el inciso segundo del artículo 22 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.

Prosigue indicando que 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, 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.

Agrega 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.

Alega que la patología que afecta a la recurrente no es de carácter transitorio, partiendo por la definición del Artículo 4° del D.L. N°3.500 de 1980, que condiciona el derecho a pensión de invalidez, total o parcial, al hecho que el trabajador afiliado sufra un menoscabo laboral permanente, de a lo menos un cincuenta por ciento, para invalidez parcial y mayor de dos tercios para invalidez total, por causa de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales.

A continuación, refiere que la protegida ha configurado un impedimento que le produce un menoscabo laboral permanente en grado parcial conforme al artículo 4° de la ley. Otra cosa es que por disposición del inciso tercero del artículo 4° antes citado, el derecho a pensión de invalidez parcial tenga carácter transitorio, lo que significa que tal invalidez será reevaluada transcurridos tres años contados desde la emisión del primer dictamen que declaró tal derecho.



RWMXOXGGBYNR

Sobre la base de las consideraciones que anteceden es del todo concluyente que lo actuado por esa Comisión Médica Central es plenamente legal y, en todo caso, carente de arbitrariedad. Las Resoluciones impugnadas han sido dictadas por la autoridad competente, en pleno ejercicio de sus facultades y atribuciones legales y, en todo caso, con estricto apego a las normas y procedimientos que regulan la evaluación y calificación del grado de invalidez. La recurrente reconoce que junto con la notificación de la Resolución de esta Comisión Médica recibió copia del acta de la sesión en que se adoptó el acuerdo, circunstancia que prueba también que las resoluciones se encuentran debidamente motivadas, pues éstas contienen el desarrollo fundado de la evaluación y calificación de invalidez más allá que la recurrente no comparta lo resuelto. El hecho que la recurrente pueda controvertir las decisiones adoptadas citando los distintos argumentos contenidos en las Actas, importa que éstas se encuentran debidamente motivadas. Cabe precisar que las actas de sesión son notificadas junto a la Resolución sólo al afiliado, por cuanto contienen datos personales y sensibles, en cumplimiento con la Ley N° 19.628.

Por ello, pide rechazo de la acción.

Tercero: Que, asimismo informó Superintendencia de Pensiones, explicando en primer lugar que corresponde a las Comisiones Médicas Regionales, designadas por el Superintendente de Pensiones, evaluar y calificar la invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones. Los dictámenes emitidos por estas comisiones pueden ser reclamados ante la Comisión Médica Central, que también está integrada por médicos designados por el Superintendente. El reclamo debe presentarse por escrito y la Comisión Médica Central tiene un plazo de diez días hábiles para emitir su fallo, que puede confirmar o revocar el dictamen de la Comisión Regional.

Explica que las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central no dependen de la Superintendencia de Pensiones. Según el artículo 11 del DL N°3.500 de 1980, estas comisiones fueron creadas para la evaluación y calificación de la invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones de capitalización individual. Aunque la Superintendencia de Pensiones tiene la supervigilancia administrativa de las Comisiones Médicas y emite las normas operativas necesarias para calificar la invalidez. No obstante, la Superintendencia debe contratar a los médicos de las Comisiones Médicas a través de un concurso público, estos médicos no son funcionarios dependientes de la Superintendencia, sino que se les paga por honorarios.

Indica que no hay fundamentos para suponer que la Comisión Médica Central favorece a las compañías de seguros. Las reclamaciones de las



aseguradoras se basan en la clasificación de la migraña en una clase y rango más bajo, y en el hecho de que la afiliada ha trabajado durante muchos años sin licencias médicas.

Refiere que la diferencia entre las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central radica en su función y ámbito de actuación. Las Comisiones Médicas Regionales son responsables de evaluar y calificar la invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones de capitalización individual. Estas comisiones se encuentran en cada región y están integradas por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente de Pensiones. Su función principal es evaluar las solicitudes de invalidez y emitir dictámenes al respecto. Por otro lado, la Comisión Médica Central es la instancia de reclamo para las partes en contra de los dictámenes de invalidez emitidos por las Comisiones Médicas Regionales. Está compuesta por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente de Pensiones de la misma forma que los de las Comisiones Médicas Regionales. Su función es revisar los reclamos presentados y estudiar los antecedentes para emitir un fallo, que puede confirmar o revocar el dictamen de la Comisión Regional.

Expone, las Comisiones Médicas Regionales son las encargadas de evaluar y calificar la invalidez inicialmente, mientras que la Comisión Médica Central actúa como una instancia de reclamo para revisar los dictámenes emitidos por las Comisiones Regionales.

En resumen, indica que la señora [REDACTED] alega que las resoluciones de la Comisión Médica Central carecen de fundamentos y motivación. Sin embargo, la Comisión Médica Central basó sus decisiones en el acta de sesión en la que se adoptó el acuerdo y en los certificados e informes contenidos en el expediente de invalidez. La afiliada tuvo conocimiento de estas actas de sesión y fueron notificadas junto con las resoluciones de invalidez. Además, la determinación del grado de invalidez se basa en los hallazgos y descripciones de los signos y síntomas, así como en el impacto de estos en las actividades diarias de la persona. La Comisión Médica Central actuó de acuerdo con el procedimiento establecido y la afiliada fue asistida por el Médico Asesor del Afiliado en la etapa de reclamo de las compañías de seguros de vida. No existe la figura del Médico Asesor en la Comisión Médica Central.

Finaliza indicando que la actora será reevaluada transcurridos tres años desde la emisión del primer dictamen que declaró el derecho a pensión de invalidez parcial transitoria. Durante el período transitorio la pensión de invalidez es pagada por la AFP, pero financiada con cargo al seguro de invalidez y sobrevivencia, significando esto que los fondos de pensiones de la afiliada no



serán utilizados sino hasta que quede ejecutoriado el segundo Dictamen de Invalidez, en el que se reevaluará a la actora.

Cuarto: Que, como se sabe, el recurso de protección de garantías constitucionales establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye jurídicamente una acción de naturaleza cautelar, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes, que en esa misma disposición se enumeran, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto arbitrario o ilegal que impida, amague o moleste ese ejercicio.

Quinto: Que, consecuentemente, es requisito indispensable de admisibilidad de la acción cautelar de protección la constatación de la existencia de un acto ilegal, esto es, contrario a la ley, o arbitrario, producto del mero capricho de quien incurre en él, que provoque alguna de las situaciones que se han indicado y que afecte, además, una o más de las garantías constitucionales protegidas por el citado artículo 20 de la Carta Fundamental.

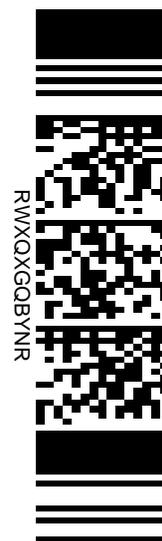
Sexto: Que el acto que el recurrente califica de ilegal y arbitrario es la decisión de la Comisión Médica Central Resolución de la CMC N° 1053/2002 que rechazó la reposición administrativa y que confirmó la Resolución N° C.M.C. 10470/2021, que declararon que procedía declarar la invalidez parcial transitoria de doña [REDACTED], fijando el porcentaje de invalidez global en 58%.

Séptimo: Que previo a pronunciarse sobre el asunto de fondo cabe analizar la alegación de falta de legitimidad pasiva de la recurrida, en cuanto sostiene que debió recurrirse contra el Consejo de Defensa del Estado.

Al respecto, corresponde desestimar tal alegación dada la naturaleza desformalizada de la acción de protección. En efecto, lo que se busca por medio de ella es restablecer en forma urgente el imperio del derecho frente a actuaciones ilegales o arbitrarias que emanen de cualquier entidad, sea persona natural, sea jurídica, ya se trate de particulares o de órganos del Estado o de grupos intermedios, para lo cual se solicita un informe rápido de quien se syndica como recurrido.

Ante ello lo que importa es oír el descargo de quien emana la actuación supuestamente atentatoria de derechos fundamentales y es por esta razón que alegaciones propias de un juicio propiamente tal ceden frente a la urgencia de la acción.

En consecuencia la falta de legitimación pasiva debe ser desechada.



Octavo: Que en cuanto al tema de fondo, la parte recurrente construye su alegación de ilegalidad y arbitrariedad sobre la base de infracción a las siguientes normas:

1. 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 2 de marzo de 2016 y vigentes a contar del día 1º de julio de 2016.

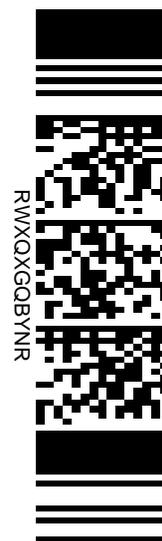
Esta infracción se configura, en su concepto, al no seguir los procedimientos establecidos en dichas normas. La Comisión habría calificado erróneamente los impedimentos que conforman el menoscabo laboral, omitiendo considerar adecuadamente todos los antecedentes médicos existentes y no fundamentando de manera clara el dictamen emitido. Esto va en contra de lo establecido en las normas mencionadas, que establecen los criterios y procedimientos para la calificación de la invalidez.

2. Compendio de Normas del D.L. 3.500, en relación con la calificación errónea de los impedimentos que conforman el menoscabo laboral de la recurrente. Lo anterior, al no considerar adecuadamente todos los antecedentes médicos existentes y al no fundamentar de manera clara el dictamen emitido. Esto va en contra de lo establecido en el Compendio de Normas, que establece la necesidad de contar con opiniones médicas autorizadas y objetivadas a través de exámenes y peritajes, así como la importancia de fundamentar adecuadamente los pronunciamientos sobre el grado de menoscabo de la capacidad de trabajo del solicitante.

3. Artículo 11 bis del Decreto Ley N.º 3.500, que establece la obligación de la Comisión Médica Central de seguir los procedimientos establecidos en las Normas de Evaluación y Calificación de Invalidez. Esto se desprende del análisis del expediente de calificación de invalidez, donde se evidencia que la Comisión Médica Central no refiere en su análisis los múltiples informes y antecedentes acompañados al expediente.

4. Artículo 11 del Decreto Ley N° 3500 que dispone, para el caso, la designación de un médico asesor del solicitante, lo que no se habría verificado en su caso.

La mencionada norma, dispone en lo que interesa, lo siguiente: *“El afiliado que se encuentre en alguna de las situaciones que señalan las letras a) o b) del artículo 54, deberá presentar los antecedentes médicos que fundamenten su solicitud de invalidez ante un médico cirujano de aquellos incluidos en el Registro Público de Asesores, que administrará y mantendrá la Superintendencia, con el objeto que éste informe a la Comisión Médica Regional si la solicitud se encuentra*



debidamente fundada. En caso que ésta se encuentre debidamente fundada, la respectiva Comisión Médica Regional designará, sin costo para el afiliado, a un médico cirujano de aquellos incluidos en el citado Registro, con el objeto que lo asesore en el proceso de evaluación y calificación de invalidez y asista como observador a las sesiones de las Comisiones en que se analice su solicitud. Con todo, el afiliado siempre podrá nombrar, a su costa, un médico cirujano de su confianza para este último efecto, en reemplazo del designado. En caso que no se considere debidamente fundamentada la solicitud, el afiliado que se encuentre en alguna de las situaciones que señalan las letras a) o b) del artículo 54, podrá asistir al proceso de evaluación y calificación de invalidez sin asesoría o nombrar, a su costa, un médico cirujano de su confianza para que le preste la referida asesoría como médico observador. Asimismo, las compañías de seguros a que se refiere el artículo 59 podrán designar un médico cirujano en cada una de las Comisiones Regionales, para que asistan como observadores a las sesiones de éstas, cuando conozcan de la calificación de invalidez de un afiliado cuyo riesgo las compañías hubieran cubierto. El médico asesor y el observador tendrán derecho a voz pero no a voto durante la adopción del respectivo acuerdo. La Superintendencia de Pensiones establecerá, mediante norma de carácter general, las inhabilidades que afectarán al médico asesor y al observador.”.

Noveno: Que el artículo cuarto del Decreto Ley 3.500, promulgado en 1980, consigna la disposición de una pensión por invalidez en favor de los afiliados que no han sido ya beneficiados con una pensión en virtud de dicha normativa legal. Los referidos afiliados, que, por circunstancias derivadas de una afección patológica o un debilitamiento de su vigor físico o intelectual, experimenten una menoscabo perdurable de su habilidad para laborar, y que no cumplen aún con los criterios etarios para acceder a una pensión de vejez, pueden aspirar a:

- a) Una pensión de invalidez de carácter integral, destinada a aquellos afiliados cuya capacidad de trabajo ha mermado en al menos dos tercios, y
- b) Una pensión de invalidez de carácter parcial, para aquellos cuyas habilidades laborales han sufrido una disminución equivalente o superior al 50% pero inferior a dos tercios.

Las Comisiones Médicas, aludidas en el artículo 11 del mismo cuerpo normativo, están encargadas de corroborar la veracidad del cumplimiento de los requisitos y emitir un fallo de invalidez. Este pronunciamiento puede otorgar o denegar el derecho a la pensión por invalidez, total o parcial, a partir de la fecha en la que se declare la discapacidad.



En el caso de un dictamen que proclame una invalidez total, este tendrá un carácter irrevocable y único. No obstante, después de un período de tres años a partir de la fecha en que se emitió un primer fallo de invalidez parcial, las Comisiones Médicas están en la obligación de convocar nuevamente al afiliado para reevaluar su condición de invalidez y emitir un segundo fallo.

Las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central ostentan la autonomía para discernir y clasificar las incapacidades presentadas. Por otro lado, la Superintendencia de Pensiones tiene el mandato de supervisar administrativa y fiscalmente a estas Comisiones, y posee la facultad para promulgar normas operativas necesarias para la calificación de invalidez.

Décimo: Que, existe consenso en que la recurrente mantiene un impedimento de salud por migraña que le provoca un menoscabo laboral, pero se difiere en cuanto a la Clase en que éste debe ser calificado y conforme a ello el grado de invalidez que le afecta.

Undécimo: Que, lo cierto es que, de acuerdo a la normativa que rige la calificación de invalidez, en especial por mandato del artículo 11 del Decreto Ley N° 3500 las decisiones de la Comisión Médica Regional pueden reclamarse no solo por el solicitante sino también por las Compañías de Seguros que se adjudiquen la licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia, y dentro del ejercicio de ese derecho, ante la apelación presentada por la Compañía de Seguros, la Comisión Médica Central emitió su decisión, la que ahora es cuestionada.

Pues bien, la recurrente afirma que no hubo un estudio acabado de sus antecedentes médicos, y que por ello la decisión deviene en infundada.

Sin embargo, del examen de los antecedentes que conforman el expediente administrativo es posible colegir que frente a la decisión de la Comisión Médica Central, la recurrente recurrió de reposición, allí se consideró que con motivo de la apelación que hiciera la Compañía de Seguros se había requerido una nueva evaluación neurológica la que realizó el doctor Rivera y sobre la base de dicho informe se revocó el dictamen regional.

Ahora bien, la Comisión con posterioridad y a propósito de la reposición propuso seguir las indicaciones del doctor Tapia y requerir un informe socio-laboral para investigar de forma dirigida el ausentismo laboral de la solicitante, recabar información en su lugar de trabajo sobre asistencias y ausencias para verificar que la requirente pudiera tener un mayor menoscabo que el configurado.

Dicho informe fue encomendado a la psicóloga Verónica Díaz quien dio cuenta que la afiliada demostró capacidad de trabajo con posterioridad a su afiliación al nuevo sistema previsional, que sus ausentismos laborales y licencias



RMXOXGGBYNR

médicas han sido debido a migraña crónica, la que le obliga a confinarse en su hogar, a tener ayuda permanente de terceros en periodos críticos, ausentándose de su trabajo, que en la actualidad nunca ha presentado licencia médica –para evitar que la finiquiten- y que a solicitud de la afiliada no se realizó entrevista con el empleador pues manifestó que temía ser despedida si se enteraba que estaba solicitando una pensión de invalidez.

Frente a este nuevo antecedente, el doctor Tapia concordó con la configuración propuesta de migraña en clase III rango alto, ratificándose finalmente la decisión.

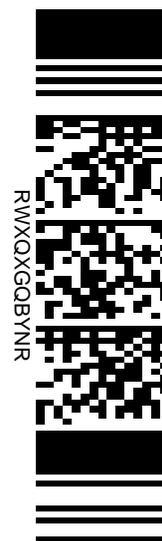
Duodécimo: Que de lo expuesto precedentemente no se observa ilegalidad o arbitrariedad en la decisión, pues se han señalado los fundamentos que condujeron a adoptarla, se pidió una nueva evaluación de un neurólogo como también la elaboración de un informe social-laboral para determinar la incidencia de la patología en el campo laboral, por lo que la resolución cumple con las exigencias de motivación que impone la ley.

Décimo tercero: Que en cuanto a la circunstancia indicada en el recurso sobre una opinión médica que habría tenido el doctor Rivera en el año 2015 en relación a la del año 2021, cabe indicar que no se contó con los informes del año 2015 a los que alude la recurrente y tampoco aparecen en las copias del expediente acompañado por la recurrida ni en los antecedentes proporcionados por la actora.

Sin perjuicio de lo anterior, ha de tenerse presente que la Comisión Médica Central es un órgano compuesto por diversos facultativos médicos, entre ellos un neurólogo, que conociendo de los antecedentes esgrimidos y recabando nuevas opiniones médicas de especialistas tomó la decisión, sin que se avizore un reproche en su actuar.

Décimo cuarto: Que asimismo, se rechazará la alegación relativa a la transitoriedad respecto de la declaración de invalidez que motiva el presente recurso. En el caso de la invalidez parcial, la pensión es transitoria por un período de 3 años o hasta antes del cumplimiento de la edad legal, lo que ocurra primero. Al cumplirse este período, el afiliado será citado para suscribir la solicitud de reevaluación de su invalidez, la que puede ser ratificada como parcial, cambiar a total o ser rechazada. Si es aprobada pasa a ser invalidez definitiva.

En efecto, el artículo 4° del Decreto Ley N° 3500 indica: *“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”.

Décimo quinto: Que, finalmente en cuanto a la no designación de un médico asesor, cabe considerar que de acuerdo a la normativa previamente descrita en el considerando octavo (numeral 4) tal designación es para la tramitación ante las Comisiones Regionales más no ante la Comisión Médica Central cuya decisión se discute en autos.

Décimo sexto: Que así, el recurso de protección debe ser desechado al no constatarse un actuar arbitrario o ilegal por lo que se hace innecesario analizar la eventual vulneración de garantías constitucionales.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado de la Excelentísima Corte Suprema sobre la materia, se resuelve:

I.- Que se rechaza la excepción de falta de legitimidad pasiva deducida por la parte recurrida.

II.- Que se rechaza sin costas, la acción de protección deducida por [REDACTED], en contra de la Comisión Médica Central.

Redactó la Ministra Mireya López Miranda.

Regístrese y, en su oportunidad archívese.

Rol N° 2297-2022



Pronunciado por la Quinta Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por los Ministros (as) Mireya Eugenia López M., Maria Paula Merino V. y Abogado Integrante Sebastian Ramon Hamel R. Santiago, veintisiete de julio de dos mil veintitrés.

En Santiago, a veintisiete de julio de dos mil veintitrés, 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 02 de abril de 2023, 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>