Seguridad Social y Psiquiatría

Nadia Saavedra V.

Conceptos generales de Seguridad Social

“La Seguridad Social es la rama de la política socio-económica de un país, por la cual la comunidad protege a sus miembros, asegurándoles condiciones de vida, salud y trabajo suficientes, a fin de lograr una mejor productividad, más progreso y bienestar comunes” (1)

El concepto de Seguridad Social se fundamenta en que los seres humanos estamos expuestos a riesgo social y a sufrir contingencias, que nos ponen en un estado de necesidad y que la sociedad a través del Estado debe protegernos mientras esta situación se mantenga.

El Estado, como se concibe actualmente, tiene el deber de proteger al individuo que está en una situación desvalida y a los que dependen de él. Para cumplir con esta obligación, que emana en el caso de nuestro país de su propia Constitución Política, se dispone de un conjunto de mecanismos sociales, económicos y jurídicos que conforman la Seguridad Social, cuya finalidad es reestablecer el bienestar perdido y que se deben poner en marcha cuando un individuo ha sufrido una contingencia social que lo pone en un estado de necesidad.

Las llamadas contingencias sociales son todos aquellos eventos vitales que provocan en las personas un estado de menor capacidad de ganancia o una exigencia económica extraordinaria, o ambas a la vez. De acuerdo a su génesis las podemos clasificar en:

Origen	Contingencias
Patológico	Enfermedad Accidente Incapacidad Invalidez
Biológico	Maternidad Vejez Muerte
Socioeconómico	Desempleo Cargas familiares excesivas

Aspectos históricos

La Seguridad Social es un derecho cambiante, por cuanto está históricamente determinado, depende de la ideología imperante y está influenciado internacionalmente.

Tanto en el mundo como en nuestro país su historia es reciente, situándose su mayor desarrollo a mediados del siglo XX.

Aunque en Chile encontramos organizaciones precursoras de la Seguridad Social ya a fines del siglo XIX, el primer hito significativo en este campo no se dio sino hasta 1924, con la promulgación de las leyes 4.054 “Seguro Trabajador Obligatorio de Enfermedad e Invalidez” y la 4.055 sobre “Indemnizaciones por Accidentes del Trabajo”. En conjunto regulaban el otorgamiento de subsidios por enfermedad, indemnización por muerte, pensiones de invalidez y retiro y aseguraba además asistencia médica y dental para los trabajadores.

A las anteriores, le siguen en 1938 la Ley de Medicina Preventiva, pionera en Latinoamérica, que fue la primera ley que normaba acciones médicas preventivas y que obligaba a las Cajas de Previsión de la época a incluirlas en sus prestaciones y beneficios.

Si bien desde ese período a la fecha se crearon diversas leyes, normas e instituciones previsionales, gran parte de la legislación que nos rige en materia de Seguridad Social hasta el día de hoy se desarrolló en los años 50 y 60. Por ejemplo, se creó el Servicio de Seguro Social y se otorgó previsión total a los empleados particulares a través de la Ley 10.475. También se publicó la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Laborales, la que permanece hasta la actualidad con muy pocas modificaciones.

Enfermedad y Seguridad Social

En el plano individual, toda enfermedad, es un evento vital que entorpece o detiene la biografía del que la sufre, poniéndola en un paréntesis y extremando la exigencia a sus recursos adaptativos. Asimismo, dependiendo de su magnitud y carácter, también trasciende en forma de crisis al sistema familiar e impacta en el medio colectivo, ya sea en el trabajo, en la economía, en la salud pública, etc.

Desde el punto de vista de la Seguridad Social, es uno de los riesgos sociales al que está expuesto todo individuo, que una vez producido provoca importantes repercusiones

socioeconómicas en la familia, el trabajo y por ende en la sociedad.

En consecuencia, en materia de salud, la Seguridad Social se encarga de proteger a las personas en situación de enfermedad y en aquellas condiciones que surgen de ésta como son la incapacidad, invalidez y muerte, a través del otorgamiento de una serie de beneficios que se pueden resumir en prestaciones médicas y prestaciones pecuniarias.

El sistema previsional de salud en Chile está dividido en 2 grandes instituciones, el sistema de salud común que se encarga de las enfermedades y accidentes de origen común, y un sistema de salud laboral que protege a la población trabajadora frente a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que norma la Ley 16.744. Ambos sistemas otorgan protección tanto asistencial como económica en caso de incapacidad laboral temporal o permanente.

Las prestaciones médicas están referidas a lo asistencial propiamente tal y las prestaciones pecuniarias corresponden principalmente a subsidios de incapacidad laboral temporal e invalidez, tanto en el sistema previsional común como laboral, más indemnizaciones y pensiones de sobrevivencia, en el sistema laboral.

La asistencia médica de la enfermedad, sea esta de origen laboral o común, se convierte en materia de Seguridad Social, en la medida que el Estado la regula o norma para toda la sociedad, desde, por ejemplo, la existencia de una cotización obligatoria para efectos de atención en salud que rige para todos los trabajadores del país, la que tiene como finalidad que todo trabajador esté protegido económicamente por alguna institución. En las enfermedades de origen común dicha cobertura le corresponde a una ISAPRE o FONASA, y en las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo a los llamados Organismos administradores de la Ley 16.744 (Mutualidad de empleadores, Instituto de Normalización Previsional - INP u Organismos con administración delegada).

Salud Mental y Seguridad Social

El impacto indiscutible que provoca la enfermedad psiquiátrica no sólo en el bienestar de la persona, sino también en su entorno familiar y social se ve agravado por su alta incidencia en la población chilena. A lo anterior debemos sumar que con frecuencia, por su naturaleza, los cuadros psiquiátricos se acompañan de incapacidad laboral, siendo este tipo de patologías las que motivan un número importante y creciente de licencias médicas, constituyendo una de las principales causas de pérdida de días laborales en nuestro país.

Asimismo, pese al notable progreso que han experimentado los tratamientos psiquiátricos en el último tiempo, muchas de estas enfermedades evolucionan en forma crónica, provocando a quienes la padecen grados variables de incapacidad no recuperable, fundamentando

finalmente gran parte de las pensiones de invalidez que se otorgan en nuestro país.

Como resultado de esta situación, la enfermedad psiquiátrica es un foco relevante para la elaboración e implementación de las políticas públicas, al mismo tiempo que ocupa enormes recursos de la Seguridad Social.

Ante estas circunstancias se hace sumamente importante que los profesionales de la salud, en especial los médicos, adquieran un conocimiento acabado de los derechos que otorga la Seguridad Social en Chile frente a la ocurrencia de una enfermedad psiquiátrica. Como médicos, nos corresponde un rol respecto de la protección de los derechos de las personas en situación de enfermedad, y también respecto de la utilización responsable de las prestaciones y beneficios disponibles.

Beneficios de la Seguridad Social en la enfermedad psiquiátrica de origen común

1. Prestaciones médicas

En materia asistencial, la responsabilidad de llevar a cabo las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación corresponde al servicio público de salud y a instituciones de salud privadas, según el caso, las que están técnicamente normadas por el Ministerio de Salud.

En cuanto a la enfermedad psiquiátrica, cabe destacar que uno de los cambios más importantes que se han dado en este plano es la incorporación de algunas patologías como la depresión en el plan AUGE (GES), según el que, tanto FONASA como las ISAPRES deben otorgar tratamiento oportuno y adecuado a todos sus beneficiarios; a través del servicio público de salud, la primera institución y de servicios clínicos privados acreditados, las últimas.

También es importante señalar que la normativa actual obliga a los médicos, frente a la sospecha del diagnóstico de esquizofrenia primer brote o depresión, a informar a su paciente que la afección que le aqueja está cubierta por las Garantías Explícitas en Salud (GES) y proceder a su derivación al organismo que corresponda. La decisión de utilizar o no dicho derecho corresponde finalmente al afectado. Para este efecto, existe un formulario de la Superintendencia de Salud, el que debe ser firmado por el paciente como constancia de haber recibido dicha información de su médico tratante.

2. Prestaciones pecuniarias

2.1 Incapacidad laboral temporal

Como se señaló anteriormente, la incapacidad laboral suele ser una consecuencia frecuente de las patologías psiquiátricas y frente a esta contingencia la Seguridad Social dispone del *subsidio de incapacidad laboral temporal*, al que tienen derecho todos los trabajadores que se encuentren afiliados a FONASA o ISAPRES. Dicho subsidio se hace efectivo mediante una *licencia médica*, debidamente autorizada por los organismos médicos contralores correspondientes.

El *subsidio de incapacidad laboral* es una prestación de carácter pecuniario que se otorga al trabajador con el objeto de sustituir su remuneración mientras está acogido a licencia médica de tipo curativa (en el caso de enfermedad común). Dicho beneficio se paga mientras dure la incapacidad y para tener derecho al pago del mismo, debe cumplir ciertos requisitos de carácter contractual y provisional como:

- Tener contrato vigente a la fecha de inicio de la licencia.
- Completar la antigüedad de afiliación exigida por la ley (180 días), en cualquier régimen previsional, a la fecha de inicio de la licencia médica.
- Contar con un mínimo de 90 días de cotizaciones en los 6 meses previos al inicio de la licencia.

La licencia médica por patología psiquiátrica de origen común corresponde a una licencia curativa – tipo 1 y es un documento médico que cumple con 2 objetivos:

- Justificar la ausencia laboral ante el empleador.
- Reemplazar la remuneración del trabajador en situación de incapacidad.
- Mantener la continuidad previsional en los regímenes de pensiones y de salud a que se encuentre afiliado el trabajador (las cotizaciones).

El beneficio de licencia médica y por ende el subsidio por incapacidad laboral que la misma genera, son de carácter estrictamente temporal, por tanto sólo corresponde en patologías que provocan incapacidad laboral transitoria. Lo que descarta la posibilidad de dicho beneficio en aquellas patologías crónicas que pese a recibir tratamiento adecuado no tienen la posibilidad de recuperar la capacidad de trabajo.

Por otra parte la prescripción de reposo a través de la licencia médica tiene el objetivo de favorecer la recuperación del individuo, por lo que la ley también exige que ésta efectivamente tenga un rol terapéutico.

Es decir el estar enfermo por sí mismo no da derecho a la licencia médica. Para tener acceso a dicho derecho, la indicación de reposo debe cumplir con un objetivo terapéutico claro y tener carácter de transitorio.

También es importante tener en cuenta que para que la licencia médica genere derecho al subsidio, además de cumplir con los requisitos administrativo-jurídicos (contractuales y previsionales) antes señalados, dicha licencia debe ser autorizada por las instituciones

correspondientes, ya sea las ISAPRES o las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), las que están facultadas para autorizarlas, modificar el período prescrito o rechazarlas de acuerdo a los objetivos y características que la ley determina.

Causas de rechazo de licencias médicas	
Causas médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo no justificado (no hay incapacidad laboral o el reposo no cumple un rol terapéutico). • Incapacidad laboral permanente.
Causas jurídicas	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de reposo • Presentación fuera de plazo • Contrato laboral no vigente

Información relevante. ¿Qué se hace ante el rechazo de una licencia médica?

Es frecuente el rechazo a una licencia médica y los médicos deben saber cuáles son los procedimientos que deben seguirse.

La licencia médica es considerada una verdadera solicitud que hace el médico tratante. Para que tenga efecto debe ser autorizada por los organismos contralores, sean estos las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) o las Contralorías Médicas de las ISAPRE, siempre bajo la supervisión de un médico cirujano.

Las Contralorías y las COMPIN para autorizar una licencia normalmente toman en cuenta si existe una correspondencia lógica o razonable entre el período de reposo otorgado y el diagnóstico. Cuando se considera que esto no es así, están facultadas para rechazar o reducir el período otorgado. En estos casos deben comunicar por escrito al paciente la condición en que está la licencia, a través de una resolución. Ocasionalmente, tanto la COMPIN como la ISAPRE pueden citar al paciente a un peritaje médico, generalmente con un especialista, el que aportará su propia opinión acerca del reposo otorgado. Esta opinión normalmente es tenida en cuenta por los organismos contralores.

Si el paciente (o el médico tratante) no está conforme con la resolución, tiene que realizar un reclamo ante la COMPIN (si está afiliado a una ISAPRE), o bien interponer un recurso de reposición ante la misma COMPIN, en caso de que esté afiliado a FONASA. En cualquiera de estos casos es necesario acompañar el reclamo o la reposición de nuevos antecedentes (que no hayan sido aportados previamente).

En un tiempo prudente la COMPIN responderá el reclamo o la reposición, sea acogiéndolo o desestimándolo. Si el reclamo o la reposición son acogidos, la COMPIN obliga a la ISAPRE a cancelar el subsidio (licencia), o bien la propia COMPIN cancela el subsidio, en el caso de trabajadores de FONASA. Si el reclamo o la reposición no son acogidos y el paciente estima que no está satisfecho, puede recurrir con un nuevo reclamo esta vez a la Superintendencia de Seguridad Social, que resolverá en última instancia por lo que se está reclamando.

En cualquiera de estos casos hay que tener presente que lo que más toman en cuenta los diferentes organismos de control y fiscalización, es la *correcta fundamentación del reposo*. En el caso de patologías psiquiátricas, un buen informe médico es un elemento insustituible. El informe debe contener en forma exhaustiva datos clínicos, anamnesis, examen mental, tratamiento detallado, intervenciones psicoterapéuticas, evolución y pronóstico. Mientras más fundamentado sea el informe, más posibilidades tiene de volcar a su favor una decisión de los diferentes organismos. Por el contrario, los informes breves, sin clínica ni especificación de tratamiento, ni pronóstico, suelen ser no considerados.

Si bien, como se señaló anteriormente, la licencia sólo corresponde en enfermedades recuperables o que provocan incapacidad laboral transitoria, si existiera una incapacidad laboral que el médico tratante presume que se ha establecido en forma permanente, a fin de asegurar la

continuidad de los beneficios económicos la normativa actual permite la autorización de las licencias médicas por estas patologías, pero sólo mientras el paciente tramita una pensión de invalidez por dicha enfermedad (3). De acuerdo a la ley, la declaración de irrecuperabilidad de la enfermedad le corresponde en primera instancia al médico tratante, no obstante también faculta a las instituciones previsionales para declararla.

2.2 Incapacidad laboral permanente - invalidez

Cuando la enfermedad es irrecuperable y provoca una incapacidad permanente el trabajador tendrá derecho a tramitar una pensión de invalidez, para lo que se exige que no haya cumplido los requisitos de edad para optar a una pensión de vejez.

La ley define como incapacidad permanente al menoscabo permanente de la capacidad de trabajo a causa de enfermedad o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales, la que, según el grado de menoscabo que provoque (que se expresa como porcentaje de incapacidad), generará el derecho a pensión parcial o total de invalidez. Según el sistema previsional al que se encuentre afiliado el trabajador, será el porcentaje exigido para tener derecho a pensión. Sin embargo cualquiera de los sistemas considerará como permanente la incapacidad cuando el impedimento se encuentre configurado como se explica más adelante.

Por ejemplo en el sistema de AFP, corresponde invalidez total si la pérdida de capacidad de ganancia que la enfermedad le provoca es al menos de 2/3. La invalidez parcial procede si la pérdida de capacidad de trabajo es igual o superior a un 50% e inferior a 2/3.

Para los afiliados al antiguo sistema de pensiones, que reúne el INP y que corresponden entre otros al ex SSS, EMPART, CANAEMPU, etc., se establecen distintos requisitos en cuanto al grado de incapacidad que deben reunir para optar a una pensión, pero el concepto de menoscabo de la capacidad de trabajo es el mismo y éste debe cumplir también con el carácter de permanente.

Cuando la incapacidad permanente se ha establecido se habla de *impedimento configurado* y para esto, en el caso de las patologías psiquiátricas, se exige que se trate de un trastorno mental permanente, de curso inexorable y conocido, que no tiene tratamiento en el estado actual de la medicina, por tanto no requiere periodo de observación ni tratamiento para asignar menoscabo en la capacidad de trabajo. Del mismo modo estarán configurados aquellos trastornos mentales con diagnóstico establecido, tratados según los conocimientos de la especialidad, con buena adherencia al tratamiento, con recurrencia cuya gravedad y frecuencia lo estime el especialista por un periodo mínimo de 12 meses y que no ha logrado remitir o su remisión sea sólo parcial (2).

Interesa evaluar en general el menoscabo respecto de:

- Las actividades de la vida diaria.
- Destrezas sociales y comunicación.
- Cuidado personal.
- Ajuste conductual.
- Perturbación del entorno
- Independencia o requerimiento de asistencia de terceros.
- Nivel de actividad.
- Nivel de interferencia de los síntomas en el funcionamiento global, cognitivo, afectivo y social.

Beneficios de la Seguridad Social respecto de la enfermedad psiquiátrica de origen laboral

Tanto las prestaciones médicas como económicas de las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo están reguladas por la ley 16.744 (4-5). Según dicho cuerpo legal, corresponde a los organismos administradores de la Ley otorgar todos los beneficios. Deben por tanto efectuar la labor de prevención, vigilancia, tratamiento y rehabilitación de este tipo de cuadros, y a la vez otorgar los subsidios por incapacidad laboral temporal, así como indemnizaciones y pensiones de invalidez por incapacidad permanente, además de las pensiones de sobrevivencia en caso de muerte. Los empleadores están obligados por ley a afiliarse a alguna de las mutualidades privadas existentes, o bien al INP, que es un organismo estatal. Estas instituciones funcionan como un seguro en base al pago anual por el empleador de una prima que se recalcula cada año según el grado de siniestralidad que tenga el empleador. Es una manera de obligar al empleador a mantener condiciones de seguridad e higiene mínimas en el trabajo.

Las enfermedades psiquiátricas de origen laboral están reconocidas por la ley bajo la denominación de *neurosis profesionales*, a las que define como: “Todos aquellos cuadros psiquiátricos en sus distintas formas de presentación tales como trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y dolor crónico, que hayan sido originados en el ejercicio del trabajo”.

Describe como trabajos de riesgo a todos aquellos que expongan a riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación causa efecto.

Tal definición es bastante amplia por lo que, por un lado, hace difícil la aplicación de la ley al momento de calificar una enfermedad psiquiátrica como de origen laboral, pero al mismo tiempo presenta la ventaja que permite considerar como de origen laboral a cuadros psiquiátricos que antiguamente no eran aceptados como tales.

Frente al diagnóstico de enfermedad psiquiátrica de origen laboral al médico tratante le corresponde derivar al paciente a la mutual correspondiente o al INP, según el caso, para su estudio y tratamiento. En caso de que requiera reposo, debe emitir una licencia tipo 5, si

corresponde a un accidente del trabajo o tipo 6, si corresponde a una enfermedad profesional.

La incapacidad laboral temporal está definida como toda aquella provocada por un accidente del trabajo o enfermedad profesional, de naturaleza o efectos transitorios, que permita la recuperación del trabajador y su reintegro a sus labores habituales. Este estado genera derecho a una prestación económica, el subsidio por incapacidad laboral, el que será pagado por el organismo administrador de la Ley 16744 correspondiente (es decir, una mutualidad o el INP).

Invalidez: Estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produce una incapacidad presumiblemente de naturaleza irreversible, aun cuando deje en el trabajador una capacidad residual de trabajo que le permita continuar con su actividad.

A las mutualidades les corresponde realizar la evaluación del grado de incapacidad, en caso de accidentes del trabajo de sus afiliados y a la COMPIN la evaluación de la incapacidad permanente en caso de enfermedades profesionales de los beneficiarios tanto de mutualidades como del INP y de los organismos con administración delegada. Además, las COMPIN evalúan el grado de incapacidad derivada de los accidentes del trabajo de los beneficiarios del INP y Organismos con administración delegada.

A fin de asegurar la atención médica del trabajador, aún cuando exista controversia respecto del origen de la patología, el artículo 77 bis de la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, establece que la institución que recibe en segunda instancia al afectado debe otorgar las prestaciones hasta que se resuelva sobre la calificación común o laboral del origen de la enfermedad. Es decir, una enfermedad tipificada por el médico tratante como de origen común (tipo 1) puede ser calificada por la ISAPRE o la COMPIN como enfermedad laboral (tipo 6), generando un rechazo de la licencia por esta causa, ya que si se trata de una enfermedad de origen laboral, no le corresponde a la ISAPRE ni a FONASA su cobertura. Producido el rechazo por esta causa la institución que rechaza debe además remitir al trabajador al organismo administrador de la ley 16.744 que le corresponda, instituciones que de acuerdo al artículo mencionado deberán acoger al paciente, estudiarlo y tratarlo hasta su recuperación o hasta que se resuelva la controversia, pagando simultáneamente el subsidio (licencia). Es decir, ante una controversia, el trabajador no queda desprotegido. Una vez resuelta la calidad de la patología (común o laboral), las instituciones deben resolver entre ellas a cuál corresponde el cargo por el pago de los beneficios.

Todas las controversias originadas son resueltas en única instancia por la Superintendencia de Seguridad Social, que es el organismo fiscalizador de la Ley 16.744 y a quien responden todos los organismos administradores de la Ley.

Bibliografía

1. Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. Héctor Humeres Noguera. Tomo III – Derecho de la Seguridad Social
2. Normas de evaluación de incapacidad de la Superintendencia de Salud.
3. Jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social.
4. Ley 16.744.
5. Decreto Supremo 109.

Nadia Saavedra Vergara
Médico psiquiatra
Departamento Médico
Superintendencia de Seguridad Social
Apuntes con fines docentes exclusivos
 2008