

VI. Temas importantes que usted debe tener en cuenta durante el proceso de evaluación y calificación de invalidez

El proceso de evaluación y calificación de invalidez constituye un requisito previo e indispensable para solicitar el otorgamiento de una pensión de invalidez, siempre y cuando el Comité Médico competente del Sistema Privado de Pensiones (SPP) determine la condición de invalidez del afiliado con un menoscabo mayor o igual al 50% de su capacidad de trabajo.

Por tanto, el referido proceso comprende un conjunto de actividades y procedimientos en los cuales participan organismos, entidades y profesionales médicos que conforman el Sistema Evaluador de Invalidez, cuya finalidad es la evaluación y calificación de la condición de invalidez de los afiliados o sus beneficiarios, la cual se ve traducida en un dictamen emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o por el Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

Si usted presenta algún impedimento físico o mental que le genera un menoscabo en su capacidad de trabajo y está considerando la posibilidad de solicitar una evaluación de su condición actual, o si ya inició el respectivo trámite ante su AFP, convendría que se familiarice cuanto antes con algunos conceptos y procedimientos que tienen significativa importancia durante el proceso de evaluación y calificación de invalidez; toda vez que definirán las condiciones en que recibirá sus pensiones de invalidez.

1. ¿Qué se considera invalidez en el SPP?

Es una condición médico-administrativa-laboral determinada por los Comités Médicos del SPP, que se configura cuando una persona, sin haber optado por jubilarse, presenta una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad de trabajo, y en virtud de la cual un afiliado puede solicitar el pago de pensiones de invalidez.

La calificación de la condición de invalidez en el SPP se realiza en base a dos criterios, la magnitud del menoscabo y su recuperabilidad. Así tenemos que la invalidez puede ser:

- Por Grado de Invalidez (Pérdida de capacidad de trabajo)

Parcial	Menoscabo \geq 50% pero $<$ de 2/3
Total	Menoscabo \geq de 2/3
- Por Naturaleza de la Invalidez (Recuperación en el tiempo)

Temporal	Susceptible de recuperación
Permanente	No susceptible de recuperación

Por tanto, como resultado del proceso de evaluación y calificación de invalidez, se pueden obtener las calificaciones de invalidez siguientes:

Parcial-Temporal, Parcial-Permanente, Total-Temporal o Total-Permanente.

2. ¿Entonces, cualquier daño o impedimento no es considerado un siniestro pensionable en el SPP?

En efecto. Solo aquel suceso que origina el fallecimiento o la declaración de invalidez parcial o total de un afiliado, de acuerdo a un dictamen emitido por los Comités Médicos del SPP, constituye un siniestro pensionable.

Por ejemplo, si usted tiene un impedimento, producto de una enfermedad o dolencia de carácter físico o mental, que afecta el desempeño de sus actividades diarias, debería ser evaluado por el COMAFP o el COMEC -según la instancia que corresponda- para que evalúe y determine qué nivel de menoscabo le genera dicho impedimento.

Si la valoración realizada en base al Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MECGI), no alcanza el 50% de menoscabo, no se configuraría la condición de invalidez en el SPP y, por tanto, no correspondería el pago de pensiones.

Sin embargo, si la valoración del impedimento realizada por el Comité Médico, resultara igual o superior al 50% de menoscabo en la capacidad de trabajo, sí se configuraría la condición de invalidez y, por tanto, correspondería el pago de las respectivas pensiones.

3. ¿Qué es el Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MECGI)?

El MECGI es un conjunto de normas técnicas de evaluación y calificación del grado de invalidez, donde se establecen criterios y métodos uniformes para la asignación del menoscabo derivado de impedimentos físicos o mentales, al cual se asocian factores complementarios –por edad, grado de instrucción y labor habitual-, permitiendo determinar el grado de la invalidez.

Los Comités Médicos del SPP, teniendo a la vista los antecedentes médicos y laborales del expediente, deben sujetarse al precitado manual para evaluar y calificar el grado de invalidez de los afiliados o sus beneficiarios. Por tanto, cualquier certificado de incapacidad o de discapacidad emitido por una entidad, organismo o institución que no pertenezca al SPP, sólo puede ser considerado como un documento referencial dentro del proceso de evaluación y calificación de invalidez, toda vez que el COMAFP y COMEC, en sus respectivas instancias, son los únicos organismos competentes para calificar la condición de invalidez en el SPP.

El MECGI consta de catorce (14) Capítulos correspondientes a los diversos sistemas del organismo humano, una tabla especial de valores combinados, y un anexo de instrucciones para el uso de dichas normas, incluyendo un acápite referente a factores complementarios. La versión digitalizada del manual se encuentra publicada en el sitio web de la SBS (www.sbs.gob.pe).

4. ¿Qué importancia tiene el grado de la invalidez y cuáles son sus efectos?

El grado de invalidez es importante porque interviene en el cálculo del capital requerido para el pago de las pensiones de invalidez con cobertura, toda vez que éste se realiza bajo la modalidad de renta vitalicia y tomando como base el 70% o 50%, respectivamente, de la remuneración mensual del

trabajador afiliado, dependiendo si se trata de una invalidez de grado total o parcial.

Por ejemplo, si de acuerdo al dictamen emitido por alguno de los Comités Médicos del SPP, usted tuviera un menoscabo igual o superior al 50% pero inferior a los dos tercios (66.66%) de su capacidad de trabajo, le correspondería recibir una pensión equivalente al 50% del promedio de remuneraciones debidamente actualizadas de los 48 meses anteriores al mes de ocurrencia del siniestro. Sin embargo, si tuviera un menoscabo igual o superior a los dos tercios (66.66%), le correspondería recibir una pensión equivalente al 70% del promedio de remuneraciones debidamente actualizadas de los cuarenta y ocho (48) meses anteriores al mes de ocurrencia del siniestro.

Por tanto, una calificación de invalidez de grado total, redundará en el otorgamiento de una mayor pensión que si se obtuviera una calificación de grado parcial.

5. ¿Qué importancia tiene la naturaleza de la invalidez y cuáles son sus efectos?

La naturaleza de la invalidez se determina en función a si el siniestro en virtud del cual se configura la condición de invalidez es susceptible de recuperación en el tiempo.

Al respecto, la normativa del SPP prevé el pago de pensiones transitorias cuando la naturaleza de la invalidez, reconocida por la instancia médica competente, es temporal. En estos casos, culminado el periodo de vigencia del dictamen que determina la temporalidad de la invalidez, se reevalúa la condición del afiliado, procediéndose a emitir un nuevo dictamen. Si sigue siendo temporal, se continúa con el pago de las pensiones transitorias; sin embargo, éstas dejan de percibirse desde el momento en que el COMAFP o el COMEC, según sea el caso, determine la inexistencia de la condición de inválido.

No obstante, cuando la naturaleza de la invalidez es permanente en tres (3) evaluaciones consecutivas, el COMAFP o el COMEC, según sea el caso, deben otorgar la calificación de invalidez definitiva. En estos casos, el afiliado puede optar por recibir una pensión definitiva bajo alguno de los productos previsionales que ofrece el SPP. Bajo dicha circunstancia, el afiliado no necesita someterse nuevamente a otras evaluaciones en vista que la condición de invalidez definitiva ha sido reconocida por el Comité Médico correspondiente.

Excepcionalmente, en aquellos casos en donde la enfermedad o patología materia de evaluación se presuma definitiva en razón de su carácter o de encontrarse en su fase terminal, los comités médicos podrán no requerir la exigencia de un segundo o tercer dictamen de calificación de invalidez, según corresponda.

6. ¿Qué es la fecha de ocurrencia del siniestro y cuáles son sus efectos dentro del trámite de invalidez?

La fecha de ocurrencia del siniestro de invalidez es la fecha en la que se determina una pérdida objetiva, igual o superior al 50% de la capacidad de trabajo del afiliado, conforme a los criterios establecidos en el SPP.

La determinación de la fecha de ocurrencia de la invalidez se sustenta, de modo principal, en la información de la historia clínica del afiliado; otros criterios como la información de los pagos por subsidio a EsSALUD, información del cese laboral se tomarán en cuenta solamente de modo supletorio.

La fecha de ocurrencia es importante porque, sobre la base de dicha fecha se determina el acceso a la cobertura del seguro previsional en el SPP.

Un siniestro de invalidez que cuenta con la referida cobertura obliga a la Empresa de Seguros con la cual la AFP del afiliado tiene suscrito el Contrato de Administración de Riesgos de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio, al pago de las pensiones transitorias en relación directa y proporcional con el promedio de sus remuneraciones y, cuando corresponda a una invalidez definitiva, al pago de pensiones preliminares –de ser el caso– y la realización del Aporte Adicional.

Es decir, las pensiones transitorias de invalidez con cobertura son financiadas por la Empresa de Seguros y, en caso se obtenga un dictamen de invalidez definitiva, ésta completa el capital que se necesita y que no ha podido ser cubierto con el saldo de la Cuenta Individual de Capitalización (CIC) del afiliado y el valor de redención del Bono de Reconocimiento (BdR), para otorgar una pensión definitiva.

Sin embargo, cuando un siniestro no cuenta con la cobertura del seguro, la AFP otorga las pensiones transitorias de invalidez con cargo al saldo acumulado en la CIC y, en caso el afiliado obtenga un dictamen de invalidez definitiva, éste puede contratar el producto previsional de su preferencia, únicamente con el saldo de su cuenta individual y el valor de redención del BdR, pero sin el concurso del Aporte Adicional por parte de la Empresa de Seguros.

7. ¿Qué ocurre cuando uno no está conforme con el dictamen emitido por el COMAFP?

Si usted, por ejemplo, se encontrase disconforme con alguno o más de uno de los aspectos de la calificación de invalidez –grado, naturaleza, fecha de ocurrencia, periodo de vigencia, diagnóstico, entre otros– contenidos en el dictamen vigente emitido por el COMAFP, tiene derecho a presentar ante su AFP una solicitud de apelación dentro del plazo de quince (15) días útiles de haber sido notificado, bajo cargo.

La apelación debe presentarse por escrito y no requiere autorización de abogado. A dicho efecto, las AFP tienen el formato “Solicitud de Apelación por Invalidez” a disposición de los afiliados o sus beneficiarios, en sus oficinas y agencias.

La AFP se encuentra en obligación de recibir su apelación y trasladarla al COMAFP dentro de los tres (3) días útiles posteriores, para que dicho Comité Médico, en similar plazo, eleve al COMEC la referida apelación.

Corresponde exclusivamente a la SBS, de acuerdo a sus facultades reconocidas en la normativa del SPP, determinar la procedencia de la evaluación en segunda instancia, en la eventualidad que se presenten solicitudes de apelación en forma extemporánea. En estos casos, el COMEC remite copia del expediente a la SBS para que ésta emita su

pronunciamiento, tras la correspondiente evaluación de los antecedentes y documentos médico-administrativos.

Es muy importante que usted tenga en cuenta que la fecha de ocurrencia es un aspecto que sólo puede ser apelado durante la vigencia del primer dictamen emitido por el COMAFP, toda vez que dicha fecha sólo se determina por única vez en la primera evaluación, y es en base a ella que la AFP verifica si el siniestro cuenta con la cobertura del seguro para solicitar a la Empresa de Seguros el pago de las respectivas pensiones de invalidez.

8. ¿Cómo se determina el acceso a la cobertura del seguro en base a la fecha de ocurrencia?

El seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio es un beneficio que otorga el SPP en virtud a la retención y pago de las primas del seguro, como parte del aporte obligatorio que los afiliados deben efectuar a la AFP por intermedio de sus empleadores, en el caso de trabajadores dependientes, y por cuenta propia, en el caso de trabajadores independientes.

Tienen derecho a la cobertura del seguro los afiliados que hayan realizado en la AFP cuatro (4) aportaciones mensuales de aquellas que corresponden a los ocho (8) meses calendarios anteriores al mes de la fecha de ocurrencia (FO) del siniestro.

FO
↓

n-8	n-7	n-6	n-5	n-4	n-3	n-2	n-1	Mes n
Pagado	Pagado	Pagado	Pagado					

No es necesario que los pagos sean consecutivos o correspondan a los meses más antiguos, como se muestra en el ejemplo. Lo importante es que se haya efectuado el pago de cuatro (4) aportaciones de las ocho (8) aportaciones que corresponden a los devengues inmediatamente anteriores al mes de la fecha de ocurrencia del siniestro.

Asimismo, en el caso de trabajadores independientes, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- La cobertura no puede ser rehabilitada con aportes efectuados después de la ocurrencia de la contingencia de invalidez o fallecimiento;
- Sólo se computa, para efectos de la cobertura, los aportes efectuados en el mes de pago que corresponda, independientemente que éstos se refieran a uno o más meses anteriores, salvo en aquellos casos en que el trabajador haya suscrito convenio de recaudación de pago de aportes previsionales con periodicidad distinta a la mensual;
- Los aportes deben realizarse sobre la remuneración mínima vital vigente a la fecha de su realización.

Es importante precisar que no sólo se debe cumplir con el requisito de aportación mínima para el acceso a la cobertura del seguro previsional. Además se requiere no encontrarse comprendido dentro de alguna de las causales de exclusión siguientes:

- Siniestros producidos por la participación del afiliado en guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú; en motín, conmoción contra el orden público o terrorismo, siempre que el asegurado tenga participación activa en tales eventos.

- Siniestros producidos por fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- Invalidez o muerte cubierta por disposiciones legales vigentes que contemplen el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- Invalidez o muerte causada por alcoholismo o drogadicción del afiliado, conforme a los criterios de diagnóstico médico comúnmente aceptados.
- Invalidez que se cause a sí mismo el afiliado, voluntariamente y en estado de conciencia normal.
- Siniestros que se originen por suicidio del afiliado ocurrido dentro del año posterior a su incorporación al SPP, causado a sí mismo voluntariamente y en estado de conciencia normal. No es considerado suicidio la muerte provocada en estado de inconsciencia o enfermedad mental.
- Siniestros producidos por enfermedad que resulten calificados como preexistencias en el SPP.

9. ¿Qué es el periodo transitorio de invalidez?

El periodo transitorio de invalidez es el plazo que transcurre desde el momento en que se expide el primer dictamen de invalidez, de grado parcial o total, o de naturaleza temporal o permanente, hasta el momento en que, de ser el caso, se expide un dictamen definitivo de invalidez. Durante dicho periodo, el afiliado tiene derecho a percibir pensiones transitorias de invalidez, sustentadas en los dictámenes sucesivos emitidos por los Comités Médicos, que no tengan la calificación de invalidez definitiva.

La vigencia del periodo de invalidez determinado en cada dictamen no puede exceder los doce (12) meses calendario; y su respectiva fecha de expiración o término debe coincidir con la fecha de inicio del periodo del siguiente dictamen, de forma tal que haya continuidad en el pago de las pensiones transitorias de invalidez.

10. ¿Bajo qué circunstancias cesa el pago de pensiones transitorias de invalidez?

El pago de pensiones transitorias de invalidez cesa cuando el COMAFP emite, a partir de la segunda evaluación, un dictamen desfavorable a la solicitud de evaluación de invalidez, es decir, el cual determina que el siniestro no califica para invalidez dentro del SPP. En dicho caso, el afiliado dependiente, de ser el caso, debe reincorporarse a su centro de trabajo a fin de regularizar su situación laboral. Dicha reincorporación debe realizarse aún cuando el trabajador interponga su apelación ante el COMEC.

En todo caso, ante un dictamen desfavorable por parte del COMAFP así como del COMEC en segunda instancia, el afiliado puede presentar una nueva "Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez", sólo cuando existan razones y elementos de carácter médico que así lo justifiquen.

Por otro lado, existe otra circunstancia en la cual cesa el pago de las pensiones de invalidez durante el periodo transitorio, y corresponde al cumplimiento de la edad legal de jubilación, es decir, los sesenta y cinco (65) años de edad. En dichos casos, corresponde al afiliado iniciar el respectivo trámite de jubilación ordinaria con el objeto de optar por alguno de los productos previsionales que ofrece el SPP.

Es importante que el afiliado revise oportunamente la vigencia del periodo de invalidez determinado por el Comité Médico en el dictamen, a fin de

verificar si el cumplimiento de la edad legal de jubilación tendrá lugar antes de su expiración o término, toda vez que, de ser así, se suspenderán los pagos de pensiones transitorias y la posibilidad de alcanzar un dictamen definitivo de invalidez que podría habilitarle el pago del Aporte Adicional en caso cuente con la cobertura del seguro previsional. Por tanto, en los casos de disconformidad con la vigencia del periodo de la invalidez, el afiliado puede -como en el resto de aspectos que componen la calificación de invalidez- apelar el respectivo dictamen dentro de los plazos previstos en la normativa del SPP.

Finalmente, otra situación que genera el cese de las pensiones transitorias de invalidez es la conclusión del plazo de evaluación del expediente por parte de los Comités Médicos. Esto se produce cuando, el afiliado o beneficiario no concurre a los citatorios cursados por el Comité Médico y resulta aplicable cuando ha transcurrido noventa (90) días útiles contados desde la fecha del cargo de recepción de una tercera comunicación realizada por el Comité al afiliado o beneficiario. Por dicha razón es importante que éstos concurren oportunamente a los citatorios que pudieran realizar los Comités Médicos.