

Libro III, Título I, Letra D Pensión de Invalidez**Capítulo XIII. Normas y Procedimientos Administrativos para la Calificación y Revaluación del Grado de Invalidez por las Comisiones Médicas**

1. Locales, personal y equipamiento

Las Administradoras deberán velar por que los locales en que funcionen las Comisiones Médicas reúnan las siguientes características:

a) Ubicación: Los locales deben estar ubicados cercanos al centro de la respectiva ciudad, con disponibilidad de locomoción que facilite una concurrencia expedita desde diversos lugares.

b) Acceso: En caso de que el local esté ubicado en edificio de departamentos, éste debe contar con ascensor amplio o estar ubicado en un primer piso sin escalinatas de acceso o con rampa. Los edificios en que se ubiquen los locales de las Comisiones Médicas deben cumplir con las disposiciones contenidas en el D.S. N° 201, de 1998, de Vivienda y Urbanización.

c) Independencia: Las Comisiones Médicas deberán funcionar con absoluta independencia de los locales de las respectivas Administradoras de Fondos de Pensiones o Instituto de Previsión Social y deben estar ubicadas independiente de centros médicos, hospitales o compañías de seguros.

d) Infraestructura: Cada local debe contar con sala de espera, oficinas o lugar para personal de secretaría, consultas médicas, sala de sesiones y baños tanto para el público como para el personal, elementos de higiene y seguridad, iluminación adecuada, sistemas de calefacción y equipos de acondicionador de aire.

La amplitud, número y características de cada una de las dependencias dependerá de la clasificación por tamaño que se haya hecho de la Comisión Médica. Está estrictamente prohibido a las Comisiones Médicas exhibir artículos de escritorio o elementos que hagan referencia a una Administradora de Fondos de Pensiones, Compañía de Seguros, Institución de Salud Previsional (ISAPRE) , Instituto de Previsión Social u otras entidades comerciales o de servicios.

e) Mobiliario: Las oficinas deberán contar con mobiliario adecuado, estructura para archivos, extintores y luces de emergencia en los lugares que corresponda.

f) Comunicaciones: Las Comisiones Médicas deberán contar con sistemas de comunicación expeditos que permitan operar en forma ágil con conexión independiente de teléfonos, con correo electrónico y acceso vía Internet a la página del sistema de apoyo a la gestión de las Comisiones Médicas (SAGCOM) o sistema de información. Además, deberán disponer de un sistema de distribución de correspondencia o correo postal.

g) Sistema de Información: Las Comisiones Médicas Regionales deberán disponer de un Sistema de Información interconectado entre todas ellas y la Comisión Médica Central, que apoye la gestión del Sistema de Calificación de Invalidez, permitiendo registrar cada solicitud de calificación de invalidez, administrar expedientes electrónicos de invalidez, conocer en todo momento el estado de trámite de una solicitud de pensión de invalidez y facilitar el cumplimiento de las obligaciones normativas y de procedimientos que establece el presente Capítulo. Además, de todo el equipamiento computacional y tecnológico que se requiera para otorgar el soporte a dicho sistema informático.

Del mismo modo, dicho sistema debe permitir el acceso directo de esta Superintendencia a la información de los procesos individuales, a los reportes que dispone dicho sistema y a la respectiva Base de Datos. Los cambios que se introduzcan al sistema de información deberán contar con la aprobación de esta Superintendencia.

h) Implementos médicos: Los elementos que a continuación se indican son indispensables para dotar a las Comisiones Médicas del equipamiento médico básico para su funcionamiento:

- Camillas con sabanillas clínicas desechables
- Negatoscopio
- Fonendoscopio
- Balanza
- Cartabón
- Esfingomanómetro
- Martillo de Reflejos
- Goniómetro
- Linterna y Baja lenguas
- Botiquín de primeros auxilios

i) Identificación: Cada local deberá identificarse en forma clara y visible, como Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones, con un letrero que contenga el logo de esta Superintendencia, con los colores institucionales.

En ningún caso se podrá hacer mención o publicidad a las Administradoras de Fondos de Pensiones o Instituto de Previsión Social, en los locales donde funcionen las respectivas Comisiones Médicas.

Además, se deberá exhibir en un lugar visible al público, el horario de atención y un panel informativo que contenga los nombres de los médicos integrantes de la Comisión y del o de los Médicos Asesores del Afiliado.

De igual modo, deberán mantener un letrero informativo que señale que la tramitación de la solicitud de pensión de invalidez es gratuita, tanto en la AFP como en el Instituto de Previsión Social y en la Comisión Médica y no requiere intermediarios, de acuerdo al siguiente tenor:

Sr. (a) usuario (a)

Informamos a usted que el trámite de solicitud de pensión de invalidez es gratuito, tanto en las Administradoras de Fondos de Pensiones como en el Instituto de Previsión Social y en las Comisiones Médicas de la Superintendencia de Pensiones, salvo en lo que respecta al financiamiento de exámenes que le sean requeridos por la Comisión, siempre que a usted le corresponda un porcentaje de copago. El procedimiento de calificación del grado de invalidez está regulado por la ley, de modo que no requiere de intermediarios.

Toda duda en relación al beneficio de pensión de invalidez debe ser aclarada en la AFP a la cual se encuentra incorporado(a) o en el Instituto de Previsión Social, sin costo alguno. Es su derecho conocer toda la información necesaria sobre el trámite que se encuentra realizando.

COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN

j) Archivos: Los locales de las Comisiones Médicas deben contar con espacios físicos o bodegas, destinados a mantener los archivos físicos, así como condiciones necesarias para los archivos magnéticos.

k) Personal administrativo: Las Comisiones Médicas deben contar con el personal de secretaría y administrativo que se requiera, el que deberá ser permanentemente capacitado.

2. Tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez ante las Comisiones Médicas Regionales

Las normas contenidas en este número regulan la tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez suscritas por trabajadores afiliados a las Administradoras de Fondos de Pensiones y

por las personas que se encuentran postulando a una pensión básica solidaria de invalidez, de acuerdo a lo previsto por la Ley N° 20.255. Se aplican también a las solicitudes de revaluación de invalidez, de calificación de invalidez a requerimiento de ISAPRE y de beneficiarios de pensión de sobrevivencia. También se aplican a los afiliados y pensionados, que por haber presentado una solicitud de certificación como enfermo terminal, deben ingresar una solicitud de calificación de invalidez o de revaluación de invalidez, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 21.309.

Nota de actualización: La última oración de este párrafo fue agregada por la Norma de Carácter General N° 283, de fecha 16 de junio de 2021.

Cada una de las etapas de tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez, ya sea con procedimiento regular o con procedimiento prioritario como enfermo terminal, deberán quedar registradas en el expediente electrónico de calificación contenido en el sistema de información de las Comisiones Médicas, con el detalle de las fechas correspondientes y sus responsables, así como los antecedentes relevantes de cada una de las respectivas etapas, los que formarán parte del expediente electrónico.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 283, de fecha 16 de junio de 2021.

Para poder ingresar información al expediente electrónico o efectuar alguna tarea preestablecida, cada funcionario sea administrativo o médico debe estar previamente acreditado en el sistema informático con una clave de acceso personal e intransferible.

a) Recepción de la solicitud de calificación de invalidez en la Comisión Médica Regional

Los antecedentes necesarios para la calificación de invalidez deben ser enviados a la Comisión Médica Regional por la AFP o el IPS, en forma electrónica vía Web Service, de acuerdo a lo establecido en el número 1. del Capítulo III de la presente Letra D y en el número 1. del Capítulo I de la Letra B del Título V.

b) Revisión de la solicitud de calificación de invalidez

El análisis de admisibilidad de la solicitud de calificación de invalidez por la Comisión Médica, deberá efectuarse a más tardar al día hábil siguiente de recibida y deberá, al menos, considerar lo siguiente:

i. Verificar la competencia territorial de la Comisión para pronunciarse acerca del grado de invalidez del solicitante.

Si el solicitante es trabajador dependiente, la calificación de su invalidez debe efectuarla la Comisión Médica de la región en que se ubica el domicilio del empleador de aquél.

Cuando el trabajador desempeñe sus labores habituales en una región diferente a aquella en que se ubica la casa matriz del empleador, la calificación de su invalidez corresponderá a la Comisión Médica de la región en que efectivamente se ubica el lugar de trabajo o faena.

Si el solicitante es trabajador independiente, no está trabajando, está desempleado o sus servicios se encuentren suspendidos, la calificación de su invalidez deberá efectuarla la Comisión Médica de la región en que se ubica el domicilio particular de aquél.

Cuando el trabajador solicitante se encuentre acogido a licencia médica, la calificación de su invalidez deberá efectuarla la Comisión Médica de la región en que se ubique el lugar de reposo médico indicado en la respectiva licencia.

ii. Verificar que los antecedentes remitidos a través de los medios electrónicos por las AFP e IPS estén completos y sin errores.

iii. Constatar que los documentos mencionados en el inventario de antecedentes médicos, se adjunten en su totalidad.

iv. Verificar que se trate de trabajadores afiliados menores de sesenta y cinco años de edad a la fecha de presentación de la solicitud de pensión en la Administradora. En el caso de los solicitantes

de PBSI debe verificarse que se trate de solicitantes de 18 años o más, pero menores de 65 años de edad, entendiendo que una persona tiene esta condición hasta 30 días antes de cumplir dicha edad.

v. Si los datos previsionales contenidos en sus sistemas de información lo permiten, verificar que los solicitantes no tengan la condición de pensionados en el sistema de capitalización individual o tengan en trámite una solicitud de calificación de invalidez, en alguna Comisión Médica Regional. Respecto a la calificación de invalidez por requerimiento de ISAPRE deberá considerar lo señalado en el número 4 de este Capítulo y en la letra a) del número 2 del Capítulo VII de la Letra H del presente Título.

vi. Verificar si el interesado registra una solicitud de pensión y calificación de invalidez con dictamen ejecutoriado, presentada con anterioridad.

Si se detectare la existencia de un expediente anterior no enviado a la Comisión, deberá solicitarlo por escrito dentro del plazo de un día hábil. A su vez, la entidad previsional deberá remitirlo en un plazo no superior a los 2 días hábiles contado desde la recepción de la solicitud. Si al cabo de este plazo, la Comisión Médica no recibe el expediente, procederá a cursar una irregularidad por "Información Incompleta o Inexistente" y dará inicio al proceso de calificación o reevaluación sin el expediente anterior. La Comisión Médica deberá intentar reconfigurar el expediente en base a los antecedentes médicos y administrativos disponibles en el sistema de información. En forma similar se deberá proceder con la falta del expediente anterior de solicitudes de PBSI, que deben ser remitidos por el Instituto de Previsión Social.

Los primeros días de cada mes, cada Comisión Médica Regional deberá comunicar a esta Superintendencia los casos calificados o reevaluados sin expediente en el mes inmediatamente anterior, distinguiendo por AFP e IPS.

Una vez recibido el expediente anterior, deberá registrarse la fecha de recepción en el sistema de información.

El hecho que se encuentre pendiente la recepción de expedientes anteriores, no debe retardar el registro, ingreso, asignación y evaluación de la respectiva solicitud de calificación de invalidez..

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, si el solicitante registra una solicitud anterior, pero como trabajador afiliado, habiéndose declarado su invalidez en esa condición, aun cuando se trate de una invalidez transitoria, resulta inoficioso una nueva evaluación, de modo que el primer dictamen es suficiente para que acredite su calidad de inválido para efectos del beneficio de pensión de sobrevivencia. En ese evento, la Solicitud de Calificación de Invalidez como beneficiario deberá ser devuelta a la Administradora, mediante oficio conductor, señalando las razones del caso.

Cuando la Comisión Médica reciba una solicitud de calificación de invalidez suscrita por mandatario deberá entender, por el sólo hecho de haberse tramitado ésta por la Administradora o el IPS, que el mandato reúne las condiciones previstas por las normas de esta Superintendencia y ha sido aprobado por la entidad previsional. Dicho mandato debe permanecer en poder de la AFP o el IPS, de modo que no será incorporado en los antecedentes de invalidez..

c) Devolución de solicitudes sin tramitar Si como resultado del proceso de verificación a que se refiere la letra b) anterior, la Comisión Médica Regional concluye que la solicitud de calificación de invalidez no cumple con las condiciones que hacen admisible su trámite, a más tardar al día hábil siguiente de la revisión, procederá a devolver sin tramitar las solicitudes de calificación de invalidez por medio del sistema informático y adicionalmente por oficio cuando corresponda devolver documentación física, señalando a la respectiva entidad la o las causales de devolución. A su turno, dentro de los 2 días hábiles siguientes de la fecha en que reciba la solicitud devuelta, la respectiva entidad deberá subsanar las objeciones formuladas por la Comisión y remitirla debidamente corregida, en caso que corresponda. La Comisión anotará en el sistema de información las irregularidades que impidan o dificulten la adecuada evaluación de invalidez, ya sea por falta de información, inconsistencias o por el atraso en la recepción de aquélla. El registro deberá contener, al menos, la fecha en que se detectó la irregularidad, el emisor de la información, el tipo de irregularidad el nombre del solicitante, el número del expediente y la indicación de la documentación de respaldo de la irregularidad. Excepcionalmente en estos casos, la Comisión Médica podrá omitir la devolución de la solicitud, acogiéndola a trámite si cuenta con antecedentes indicativos de que el estado de salud del solicitante así lo amerita. Complementariamente, deberá requerir por escrito a la entidad remitente que, dentro de los dos días hábiles siguientes proporcione, complementamente o corrija los datos en cuestión. En el evento que

la solicitud de calificación recibida corresponda ser tramitada por otra Comisión Médica Regional, deberá generar oficio informando la irregularidad a la entidad remitente e ingresar ésta en el sistema de información; asimismo deberá transferir la solicitud a la CMR que corresponda, vía sistema de información, y remitirle la respectiva documentación. En el caso que una solicitud fuese tramitada en una CAPRI, la AFP debe enviar a la Comisión Médica, tanto los datos por Web Service como la solicitud original para acreditar la fecha de recepción en la CAPRI. Dicha solicitud se ingresará al expediente electrónico.

d) Ingreso de las solicitudes de calificación de invalidez acogidas a trámite

Se entiende ingresada una solicitud de calificación de invalidez a la Comisión Médica Regional respectiva, cuando aquélla es aceptada en el sistema de información, asignándole el código correlativo de identificación.

Una vez admitida a trámite una solicitud, cada movimiento interno debe ser registrado en el sistema de información de las Comisiones Médicas. Del mismo modo, la información de las solicitudes deberá estar permanentemente actualizada en virtud del estado de trámite en que se encuentre el expediente. El sistema de información debe permitir un acceso rápido y expedito a los antecedentes de cada solicitud.

El sistema de información deberá registrar la información remitida por el receptor de la solicitud, según se establece en la letra a) de este número, y la información referida al proceso de calificación al interior de la Comisión, debiendo considerar al menos:

- Estado del trámite: dictaminado no ejecutoriado, dictaminado ejecutoriado, en apelación CMC, apelación resuelta CMC, en apelación SUSESO, apelación resuelta SUSESO.

- Médicos asignados.

- Comparecencias del solicitante a la Comisión.

- Movimientos del expediente en la Comisión.

- Solicitudes de exámenes, informes, fichas clínicas y/o certificaciones a entidades administradoras del seguro de la Ley N° 16.744.

- Sesión en que se discute el caso.

- Antecedentes del dictamen o acuerdo.

e) Confección del expediente de calificación de invalidez

El expediente de calificación de invalidez electrónico estará contenido en el sistema de información. El expediente deberá incluir:

1. Dictamen de invalidez.

2. Acuerdos de suspensión del plazo.

3. Antecedentes de la solicitud de calificación de invalidez y, cuando corresponda, documentación remitida por las AFP e IPS, a que se refiere el número 1 del Capítulo III de la presente Letra D.

4. Informe de cobertura remitido por la AFP, de acuerdo a lo dispuesto en la letra f) del Capítulo II de la presente Letra D.

5. Entrevista por el médico asignado (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).

6. Anamnesis por médico asignado (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).

7. Examen Físico por médico asignado (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).

8. Conclusiones (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).

9. Entrevista por el médico asesor, según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas (SAGCOM), solo para los afiliados cubiertos por el SIS.

10. Discusión y conclusiones de la sesión (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas).

Nota de actualización: El número 9.fue agregado y el número 10. modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

11. Antecedentes Médicos aportados por el solicitante, los cuales se escanearán cuando corresponda.

12. Peritajes, exámenes e informes médicos obtenidos a través del sistema de interconsultores.

13. Expediente de Calificación de Invalidez anterior, si corresponde

14. Informe de la ISAPRE, cuando corresponda.

15. Fotocopias de las Licencias Médicas remitidas por la ISAPRE, cuando corresponda.

El expediente debe contener todos los archivos digitalizables y un inventario de la documentación anexa no digitalizable, que debe ser resguardada materialmente, entre la que puede encontrarse el expediente anterior. Los documentos médicos, exámenes de laboratorio y exámenes imagenológicos, en formato físico, deberán ser archivados en un sobre especial y mantenidos en un lugar destinado especialmente para ello, ordenados por número de expediente o según apellido paterno del solicitante.

Los formularios a que se refieren los números 5. a 10. anteriores, constituyen el expediente médico propiamente tal y serán elaborados electrónicamente.

Nota de actualización: Los párrafos segundo y tercero fueron modificados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Una vez dictaminado un caso, no se podrá modificar, aclarar o suprimir, información alguna del expediente.

f) Revisión y asignación del expediente

El expediente de calificación de invalidez deberá ser revisado y asignado por el Presidente de la Comisión en un plazo de un día hábil de aceptada la solicitud en el sistema informático.

El Presidente deberá efectuar un análisis preliminar del expediente y procederá a asignar el estudio del caso a uno de los médicos integrantes de la Comisión para entrevista y examen físico, o remitirá a interconsultas o exámenes médicos en forma previa a la mencionada entrevista y examen, o determinará visita médica domiciliaria.

En caso que el afiliado esté cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia, el expediente debe ser puesto a disposición en el sistema informático al médico asesor. En los casos en que se encargó el caso a un médico interconsultor domiciliario, por la imposibilidad del afiliado de concurrir personalmente a la Comisión, el médico asesor deberá conocer el informe del médico interconsultor domiciliario y los otros antecedentes médicos que corresponda, para pronunciarse respecto si está o no fundada la respectiva solicitud. Este pronunciamiento deberá informarse al afiliado preferentemente por medios electrónicos o alternativamente por correo certificado.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

En los casos considerados como fundados por el médico asesor y una vez sancionados por parte del Presidente, el médico asesor deberá conocer todos los antecedentes médicos disponibles, previo a la sesión, con el fin de ejercer su derecho a voz durante la presentación del caso en sesión. Si el asesor funda la solicitud, deberá asesorar al afiliado en el trámite de apelación, alegaciones o recursos, según corresponda.

g) Citación y comparecencia del solicitante.

En un plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha en que fue aceptada la solicitud de calificación de invalidez, el funcionario administrativo de la Comisión Médica deberá citar al interesado para que concurra, de manera presencial o alternativamente de manera remota, a entrevista preliminar y/ o examen que practicará el médico asignado, o para retirar o enviarle orden de examen o interconsulta. El envío de la citación deberá ceñirse al modelo contenido en el Anexo N° 1 de la presente Letra D.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

La fecha para la comparecencia del interesado deberá ser fijada dentro de los diez días hábiles siguientes a la asignación de la solicitud en la Comisión Médica Regional. Desde el día siguiente de verificada la comparecencia, se inicia el plazo de sesenta días dispuesto por la ley para que la Comisión emita el correspondiente dictamen de invalidez. Para el caso del solicitante visitado en su domicilio, centro hospitalario o centro penitenciario en el que se encuentre internado, se considerará como fecha de comparecencia la de concurrencia del médico interconsultor domiciliario.

El proceso de evaluación y calificación de invalidez es indelegable, por lo tanto, el solicitante está obligado a comparecer ante la Comisión Médica, salvo en los casos de imposibilidad por razones de salud, evento que debe ser acreditado con un certificado de su médico tratante o con antecedentes clínicos que certifiquen dicha condición o acreditación de trámite domiciliario realizado por la AFP o IPS, según corresponda, o documentos jurídicos que indiquen que el solicitante está privado de libertad, lo que implicará una evaluación médica domiciliaria.

Si el interesado no concurre el día y hora fijados para el efecto, la Comisión deberá cursarle una nueva citación en el plazo de un día hábil, fijando la nueva fecha de comparecencia; las dos citaciones médicas deben estar separadas por un máximo de diez días hábiles entre ellas. En caso de no comparecencia del solicitante, la Comisión Médica emitirá un dictamen de cierre administrativo en un plazo no menor a 30 días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud de calificación de invalidez fundado en la no comparecencia del solicitante, el cual no es reclamable. Cabe señalar que este procedimiento no será aplicable a las solicitudes de reevaluación del grado de invalidez, puesto que el Reglamento del D.L. N° 3.500, de 1980, establece un procedimiento especial de término ante la no comparecencia del pensionado por invalidez transitoria.

Cuando la citación tenga por finalidad que el interesado concurra a retirar una orden para peritaje o examen, la Comisión deberá informar en términos claros y precisos al interesado si debe concurrir al examen con cierta preparación previa.

El médico asignado que efectúe la entrevista y examen físico deberá constatar la identidad del solicitante de calificación de invalidez con la cédula de identidad de éste, o pasaporte, según corresponda, previamente verificada por el personal administrativo de la Comisión Médica. Esta verificación se efectuará cada vez que el afiliado o solicitante concurra ante la Comisión.

h) Casos Especiales

i. Visita Médica Domiciliaria

Nota de actualización: El título de la letra h) fue modificado y el subtítulo fue agregado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Si el solicitante no puede concurrir personalmente a la Comisión por los motivos acreditados señalados en la letra anterior, el médico asignado y/o Presidente deberá encargar el caso a un médico interconsultor domiciliario mediante el formulario contenido en el Anexo N° 2 de la presente Letra D. El certificado médico no será necesario si de los antecedentes contenidos en el expediente el médico asignado puede inferir la imposibilidad física del solicitante para concurrir.

A su turno, el médico domiciliario deberá visitar al solicitante en su domicilio, centro hospitalario o centro penitenciario, en que se encuentre internado, dentro del plazo de 5 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la orden de examen médico interconsultor domiciliario. Excepcionalmente, la Comisión podrá aceptar que la visita domiciliaria sea efectuada en día inhábil, pero dando aviso previo al solicitante. En todo caso, la visita médica deberá verificarse entre las 8:00 y 21:00 horas.

El profesional deberá constatar la identidad del afiliado o solicitante o beneficiario solicitante de calificación de invalidez con la cédula de identidad de éste. Acto seguido procederá a examinarlo,

dejando constancia en su informe de las razones que impiden al solicitante concurrir a la Administradora, al IPS y a la respectiva Comisión Médica. Por último, deberá obtener la firma o huella digital del solicitante, si es analfabeto o no está en condiciones de firmar. Sin embargo, la Comisión deberá advertir a los interconsultores domiciliarios que tratándose de solicitantes que debido a la naturaleza de sus afecciones se encuentren en estado de inconciencia, sopor, coma, etc., la firma o huella digital debe requerirse a quien se encuentre asistiéndolo, tenga o no vínculo de parentesco dejando consignada dicha condición en la respectiva orden médica. El interconsultor deberá también consignar en la orden médica el hecho que el propio afiliado o sus familiares impidan que se efectúe el examen.

El informe deberá contener, además, anamnesis, examen físico y conclusiones, los cuales deberá revisar el médico asignado perteneciente a la Comisión Médica Regional, consignando sus conclusiones en el expediente electrónico de calificación de invalidez..

Igual procedimiento deberá aplicarse cuando un solicitante no pueda concurrir por los motivos acreditados señalados anteriormente, a la revaluación correspondiente.

ii. Atención médica remota.

El presidente de la Comisión Médica Regional respectiva, o quien lo subrogue, podrá autorizar la evaluación del solicitante, por parte del médico asignado, mediante una consulta en forma remota, la que podrá realizarse por videoconferencia, videollamada o vía telefónica. Esta autorización podrá darse solo respecto de aquellos solicitantes que acepten este mecanismo de evaluación en el formulario de "Solicitud de calificación de Invalidez" y solo en el caso que se dé alguna de las situaciones excepcionales que se mencionan a continuación:

1. Situaciones de emergencia o contingencia que impidan realizar atenciones presenciales, tales como cortes de agua, cortes de energía eléctrica, fuga de gas u otras situaciones que afecten a la sede de la Comisión Médica Regional, esto sólo mientras dure la emergencia.

2. Situaciones de riesgo general que impidan la atención en la sede y/o el desplazamiento de los solicitantes, tales como inundaciones, incendios, sismos, indisponibilidad del transporte público u otros que produzcan el mismo efecto, esto solo mientras dure la emergencia.

3. Solicitantes que tengan domicilios rurales extremos o de muy difícil traslado hacia la Comisión Médica Regional conforme al criterio fundado del presidente de esa Comisión al momento de la asignación del caso para la evaluación médica.

4. Solicitantes que se determinen durante el proceso, de acuerdo con el sistema de identificación de los impedimentos invocados por los solicitantes, conforme a criterios de priorización aplicados por la Comisión para agilizar el trámite de aquellos solicitantes portadores de patologías ominosas y/o de riesgo vital.

5. Otras condiciones de salud específicas y/o generales que deberán determinarse según el mejor criterio de cada Comisión.

Cada vez que se autorice una evaluación en forma remota, deberá quedar registro de ello en el expediente, explicitándose, con el debido detalle cuál de las causales 1 a 5 precedentes llevó a determinar el uso de esta modalidad de atención.

Para la realización de las atenciones remotas que se autoricen, las Administradoras a través de la FACM o la entidad que la remplace, deben poner a disposición de las Comisiones Médicas Regionales un sistema que permita la comunicación efectiva y segura entre los médicos y los solicitantes, preferentemente por videoconferencia o videollamada, si las condiciones del solicitante así lo permiten, quedando como última opción el contacto telefónico.

En caso de producirse una falla en la conexión, se reagendará una nueva hora o se entregará una hora presencial, quedando registrado el motivo del reagendamiento, el cual en ningún caso se considerará de responsabilidad del solicitante. Asimismo, se deberá contar con un mecanismo de autenticación de identidad seguro, el cual deberá ser autorizado por la Superintendencia.

Cada vez que se autorice una evaluación a través de una atención remota, las Administradoras a través de la FACM o la entidad que la remplace, deberán realizar contacto previo con el solicitante, con el fin de entregarle información sobre esta modalidad de atención, comprobar que se cuente con una conexión adecuada y explicarle cómo se validará su identidad.

El sistema deberá dejar trazabilidad de todas las gestiones realizadas, identificando cada una de las etapas y los usuarios involucrados en cada comunicación.

Para poder realizar evaluaciones remotas, en alguna de las situaciones planteadas en el primer párrafo de este subtítulo, el solicitante deberá haber dado expresamente su consentimiento para ser evaluado mediante un sistema de atención remota. Para hacer efectiva la evaluación en forma remota, el solicitante debe responder "Sí" a la consulta incluida en el formulario de Solicitud de Calificación de Invalidez o de reevaluación del Anexo N° 1 de este Título.

En todo caso, aun cuando el solicitante hubiese aceptado o negado la opción de ser evaluado de manera remota en los formularios, podrá en cualquier momento, antes de la sesión donde se tratará su caso, cambiar su decisión comunicándose a la Comisión Médica mediante el correo electrónico informado en su solicitud o por cualquier otro medio electrónico con validación de la Administradora.

Asimismo, la Comisión podrá proponer fundadamente al afiliado, la atención en forma remota, en base a las condiciones que se definen en este número. El afiliado podrá aceptar o rechazar la propuesta.

iii. Priorización de casos especiales

Con el objetivo de optimizar los procesos de calificación y agilizar el trámite de solicitantes portadores de patologías ominosas y/o de riesgo vital, así como aquellas que dispongan de antecedentes que permitan a los médicos gestionar eficientemente dichos casos, el personal administrativo correspondiente a profesionales del área de la salud, que cumplan los requisitos determinados por esta Superintendencia y acordados con el Presidente de la respectiva Comisión Médica Regional, podrá efectuar un sistema de identificación de los impedimentos invocados por los solicitantes. Los criterios de priorización serán definidos por esta Superintendencia.

Nota de actualización: Los literales ii. y iii., fueron agregados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

i) Evaluación del médico asignado

Durante la evaluación del médico asignado, éste deberá completar los diferentes campos según formato del expediente electrónico de calificación de invalidez:

- Causal médica probable de la solicitud: Cuando se trate de una calificación de invalidez o reevaluación, el médico deberá llenar este ítem con la información obtenida del propio solicitante, sobre los problemas de salud que a juicio de este último sean la razón por la cual está presentando la solicitud.

- Anamnesis y Examen Físico: Deberán ser completados, durante la evaluación que efectúe el médico asignado, en el expediente electrónico de calificación de invalidez, cuyos campos son obligatorios.

Para completar la anamnesis, el médico asignado deberá obtener del solicitante toda la información respecto de las enfermedades o afecciones que presenta, su evolución y los tratamientos efectuados. Asimismo, deberá obtener antecedentes respecto del posible origen profesional o accidente laboral de las afecciones que invoca el solicitante como posibles causas de menoscabo laboral.

La información obtenida en la anamnesis sólo tendrá el carácter de referencial y deberá ser ratificada con el examen físico practicado y con los informes médicos, exámenes de laboratorio y de especialidad, proporcionados por el requirente o solicitados por el médico asignado.

El examen físico comprenderá el general y segmentario, en este último el médico asignado deberá anotar separadamente el examen físico practicado a cada uno de los segmentos, en el expediente electrónico de calificación de invalidez del sistema de información.

Al finalizar dicha evaluación el médico asignado deberá completar la tabla donde se consignan los impedimentos, tanto invocados por el solicitante como los encontrados durante el examen físico, que deban ser evaluados durante el proceso.

El solicitante que lo desee, puede aportar nuevos exámenes o antecedentes médicos al momento de realizarse la entrevista, examen físico o durante el proceso de calificación, mientras la Comisión no haya emitido su dictamen de invalidez.

En cualquier etapa del proceso en que estos documentos sean recibidos en forma física, el funcionario administrativo estampará en ellos timbre de la Comisión y la fecha de recepción, luego de lo cual procederá a escanearlos y adjuntarlos en el expediente electrónico, consignando en el sistema la fecha de su recepción. La documentación original en formato físico será devuelta al solicitante en el mismo momento de su entrega luego de haber sido efectuado su escaneo. En el caso que estos documentos sean recibidos por medios electrónicos, se procederá a adjuntarlos en el expediente electrónico, consignando en el sistema la fecha de su recepción. Ambos procedimientos deberán ser realizados dentro del plazo de un día hábil contado desde la recepción de la documentación. En caso de aportar antecedentes no digitalizables (ejemplo, placas radiográficas), éstos formarán parte del expediente.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

El médico asignado o el Presidente deben considerar la información o antecedentes provenientes del médico tratante, sin perjuicio del carácter referencial de la misma.

j) Solicitud de exámenes clínicos, evaluaciones e informes médicos y peritajes

El requerimiento de exámenes o antecedentes médicos o repetición de los mismos, deberá ser realizado por el médico asignado al caso o por el Presidente, quedando registrado en el expediente electrónico.

Los exámenes, evaluaciones, informes y peritajes deberán obtenerse sólo a través de los profesionales e instituciones inscritos en el Registro Nacional de Interconsultores. Aquéllos se registrarán por las normas del Capítulo XII de la presente Letra D.

Cada vez que la Comisión Médica decreta evaluaciones, peritajes o exámenes a través de interconsultores, entregará al interesado o al interconsultor, cuando éste tenga acceso al sistema de información, una "Orden de Examen Laboratorio o Especialidad" (Anexo N° 3 de la presente Letra D) u "Orden de Examen Médico Interconsultor" (Anexo N° 4 de la presente Letra D), la cual debe ser dirigida al laboratorio o especialista seleccionado, consignando lo siguiente:

- Código y nombre del examen solicitado según arancel del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469.

- Firma del Presidente o médico integrante de la Comisión Médica.

- Hora del examen, que será solicitada por el funcionario administrativo de la Comisión. En caso de no concurrencia del solicitante, será responsabilidad de éste conseguir otra hora.

- Porcentaje del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469, y valor que debe pagar el interesado o beneficiario.

La orden de examen se enviará preferentemente por medios electrónicos (correo electrónico u otro), que incluya un método de confirmación de recepción automático. En el caso que no se cuente con información de algún medio electrónico para comunicarse con el afiliado por escrito, se le deberá llamar telefónicamente para que concurra personalmente a retirar la orden a la Comisión Médica respectiva. En todo caso, el día hábil antes de la fecha agendada para retirar la orden de examen, la Comisión deberá enviar una nueva comunicación recordando la fecha del retiro.

En caso de concurrir personalmente a retirar la orden de examen, ésta se entregará al solicitante en un sobre cerrado con la leyenda "Para ser abierto sólo por destinatario". Deberá informarse al solicitante el valor de su cargo. En el caso que el interconsultor se encuentre incorporado al sistema informático, las órdenes generadas quedarán a su disposición a través del sistema, y se le entregará al solicitante una citación que indique los datos mínimos necesarios para su concurrencia.

Nota de actualización: El párrafo cuarto fue agregado y el párrafo quinto modificado, por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Cuando concurra un tercero a retirar la orden de examen a nombre del interesado deberá presentar su cédula de identificación, fotocopia de la cédula nacional de identidad del titular, un poder simple extendido por éste para el efecto y deberá dejar constancia de la recepción de la orden de examen. El poder simple que lo autoriza para retirar la orden, formará parte del expediente electrónico.

Cuando se trate de exámenes solicitados a aquellos solicitantes impedidos de asistir a la Comisión para la calificación de su invalidez, el médico interconsultor domiciliario podrá solicitar a la Comisión Médica las órdenes de examen que considere pertinentes.

Si a juicio del Presidente de la Comisión, el examen solicitado conlleva algún tipo de riesgos para la salud del interesado, se deberá requerir previamente una autorización escrita de su parte o de su familiar más cercano (cónyuge, conviviente civil, hijo, padre o madre) en caso que se encuentre incapacitado. La autorización deberá efectuarse mediante la suscripción del formulario "Autorización para exámenes, procedimientos y hospitalización" (Anexo N° 5 de la presente Letra D), el cual formará parte del expediente electrónico.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 153, de fecha 11 de septiembre de 2015.

Asimismo, en caso que el examen requerido por el médico asignado o interconsultor tenga un alto costo, que no esté contemplado en las Normas de Evaluación o no esté codificado en el arancel FONASA, el Presidente podrá autorizarlo sólo cuando lo estime imprescindible al propósito de calificar y su resultado pueda definir una clase distinta de la ya configurada con los exámenes corrientes. Para ello, el Presidente deberá solicitar por escrito su incorporación en el sistema (código, precio y prestador del convenio), indicando los motivos de dicha solicitud para su aprobación por esta Superintendencia.

Una vez que la Comisión Médica reciba el informe del interconsultor junto con la orden de interconsulta suscrita por el examinado, deberá revisar los antecedentes y dará su visto bueno a través de un timbre o leyenda en la orden, que indique: "*Esta Comisión certifica que el peritaje realizado corresponde a lo solicitado y a lo que se consigna en boleta o factura N°*", registrando, además, el nombre del funcionario responsable de su recepción.

El ejemplar debidamente timbrado por la Comisión Médica Regional se entregará junto con la boleta al interconsultor para que proceda al cobro de sus honorarios o valores de las prestaciones médicas.

Los informes de los interconsultores y los resultados de los exámenes formarán parte del respectivo expediente electrónico. Sin perjuicio de lo anterior, se debe incorporar el informe original firmado por el interconsultor en el expediente físico, junto con los exámenes no digitalizables.

k) Evaluación del impedimento por parte del médico asignado

En esta etapa del trámite, el médico asignado debe efectuar una revisión y análisis de toda la información que disponga: informes médicos y exámenes de laboratorio o de especialidad, anamnesis, información laboral contenida en la ficha de datos personales, examen físico practicado, u otros antecedentes contenido en el expediente, registrando en el correspondiente formulario del expediente, los diagnósticos y los porcentajes de menoscabo determinados de acuerdo a las normas técnicas vigentes y su recomendación respecto a la calificación de invalidez.

l) Revisión del expediente por el Presidente de la Comisión

Una vez concluida la evaluación, el médico asignado deberá liberar el expediente para la revisión del Presidente de la Comisión, previo a su ingreso a la sesión respectiva.

El Presidente deberá revisar y visar el expediente, determinando si procede incluirlo en la tabla de la próxima sesión o si se requiere efectuar otros exámenes o interconsultas distintas de las que hubiere solicitado el médico asignado. En este último caso, el expediente será devuelto al médico asignado para que complete el estudio.

m) Sesión

La sesión es la reunión de los miembros integrantes de la Comisión Médica, que tiene por objeto dictaminar en relación a cada solicitud de calificación de invalidez.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

La sesión quedará constituida con la asistencia de a lo menos dos de los médicos que integran la Comisión Médica Regional. Además, podrán asistir a la sesión de la Comisión Médica Regional, el

médico observador de las Compañías de Seguros, el médico asesor del afiliado y el médico tratante del afiliado, en los términos establecidos por el D.L. N° 3.500, de 1980, y su reglamento.

La Comisión Médica podrá acordar la concurrencia a la sesión de médicos cirujanos u otros profesionales, informantes, peritos o tratantes, para que acudan a la sesión en representación del solicitante. La concurrencia e información del profesional referido, no podrá dar origen a una discusión. Terminada su exposición y sólo una vez que haya hecho abandono de la reunión, la Comisión abrirá debate sobre el caso y procederá a emitir su dictamen.

La Comisión, antes de resolver, podrá acordar también, la comparecencia personal del solicitante.

Las sesiones se podrán celebrar en las oficinas de la Comisión Médica Regional de forma presencial, de forma remota por videoconferencia o videollamada, o bien, una combinación de ambas, según lo estimen conveniente. Las sesiones ordinarias se celebrarán, a lo menos, una vez a la semana. El Presidente de la Comisión podrá citar a sesión extraordinaria cuando lo estime pertinente en razón al número de casos pendientes.

Se deberá dejar constancia en acta de la modalidad utilizada y de la asistencia.

Nota de actualización: El párrafo quinto fue modificado y el párrafo sexto fue agregado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

En las sesiones deberán tratarse los casos que se encuentren en condiciones de ser dictaminados y con el visto bueno del Presidente de la Comisión.

A lo menos con 24 horas de anticipación a la sesión que corresponda, los miembros integrantes de la Comisión deberán disponer de la tabla de la sesión (según formato establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas). Sin perjuicio de lo anterior, en caso de requerirse, se podrán incluir nuevos expedientes hasta antes de iniciada la sesión. Dicha tabla comprenderá lo siguiente:

i. La nómina de casos cuya invalidez será dictaminada, indicando el nombre del solicitante de pensión de invalidez, y el nombre del médico a quien se le asignó el estudio del caso.

ii. La nómina de casos para los cuales se deberá acordar la suspensión, indicando el nombre del solicitante de pensión de invalidez o de revaluación, la causa de dicha suspensión y el nombre del médico a quien se le asignó el estudio del caso.

iii. La nómina de casos cuya solicitud será rechazada por causa administrativa, indicando el nombre del solicitante, la causal de rechazo y el nombre del médico a quien se le asignó el estudio del caso.

Nota de actualización: Los literales ii. y iii., fueron modificados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

iv. Información que dará el Presidente referente a instrucciones o normativa recibida.

v. Toma de conocimiento y cúmplase de las Resoluciones de la Comisión Médica Central

Respecto al estudio de cada caso, el médico asignado debe hacer una relación del expediente. Al término de cada exposición del caso a estudiar el Presidente abrirá debate y el médico secretario incorporará en el sistema informático, durante la sesión, la discusión y conclusión de cada uno de los casos. Los dictámenes se aprobarán por acuerdo de la mayoría de los miembros de la Comisión o con voto de minoría. En situaciones especiales el Presidente podrá poner término al debate de la sesión y posponer la decisión hasta una próxima reunión.

De cada sesión se levantará un acta fiel y exacta de todo lo tratado en la reunión, consignándose las opiniones de los miembros, la que será anexada al expediente electrónico. Particular importancia reviste la existencia de esta acta, por ser un documento que puede ser requerido por los Tribunales de Justicia u otros organismos. En el acta se dejará constancia de cada caso tratado, del acuerdo respectivo y si éste fue adoptado por unanimidad de sus miembros o con voto de minoría. El acta de la sesión deberá ajustarse al contenido establecido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas. El acta deberá ser aprobada y firmada electrónicamente por cada uno de los miembros de la Comisión.

El dictamen de la Comisión quedará también consignado en el expediente, por lo cual deberá ser completado al momento de la sesión y podrá ser suscrito con firma material o firma electrónica avanzada, en un plazo máximo de tres días hábiles de sesionado el caso.

n) Suspensión del plazo para dictaminar

La suspensión del plazo de dictamen, a que se refiere el número 5. del Capítulo III de la presente Letra D, deberá ser acordado en sesión. Dicha suspensión no deberá exceder de 60 días. Cuando el vencimiento del plazo sea en día sábado, domingo o festivo, éste se prorrogará hasta el día hábil siguiente.

Sin embargo, el plazo de suspensión podrá prorrogarse cuando la Comisión determine la concurrencia de alguna de las siguientes causales: por existir exámenes o análisis pendientes; por encontrarse pendientes atenciones médicas requeridas dentro del plazo, pero postergadas por razones administrativas en los servicios médicos a los que debe recurrir el solicitante; por existir razones clínicas que precisan la postergación de los exámenes que deba practicarse el solicitante; por haberse efectuado consultas al Servicio de Salud respectivo sobre la causa de la incapacidad que presenta el afiliado, en relación con la Ley N° 16.744 o con cualquiera otra disposición legal que contemple la protección contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

El Acuerdo de Suspensión emitido por la Comisión Médica, deberá ser notificado a las partes intervinientes en el proceso, esto es, solicitante, Administradora de Fondos de Pensiones a la cual éste se encuentra incorporado, Instituto de Previsión Social y Compañía de Seguros, según proceda. La notificación se efectuará remitiendo el original del acuerdo, mediante correo certificado, a más tardar el tercer día siguiente al de la adopción del acuerdo en sesión. Si la causal de la prórroga se debe a una consulta al Servicio de Salud o Mutualidad de Empleadores, cuya respuesta se encuentra pendiente, respecto de un eventual origen laboral de la invalidez, el acuerdo se deberá notificar además a esta entidad, en el mismo plazo.

El tiempo de prórroga será determinado en concordancias con las gestiones pendientes.

El texto del documento que comunica el Acuerdo de Suspensión del plazo para dictaminar y, fundamentalmente, la causal que lo genera, debe indicarse en términos claros para una fácil comprensión del mismo.

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, no procede atender al origen laboral o común de la invalidez del beneficiario en la suspensión del plazo para dictaminar, porque la incompatibilidad legal de beneficios del artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, no resulta aplicable a las pensiones de sobrevivencia por invalidez.

ñ) Dictamen de invalidez

El dictamen que emite la Comisión Médica consiste en la calificación del grado de invalidez del afiliado o solicitante, determinada en sesión, sobre la base de la evaluación médica efectuada previamente y que se traduce en un pronunciamiento que otorgará el derecho a pensión de invalidez total o parcial, o lo negará, según corresponda.

El dictamen que emite la Comisión Médica debe quedar consignado en el Acta de la Sesión y ajustarse a los formatos contenidos en el Anexo N° 1 Formularios, del presente Título.

El documento consta de diversos ítems, los que deben ser llenados incorporando los datos del expediente de calificación de invalidez.

Asimismo, la Comisión Médica deberá consultar el informe de cobertura de los afiliados solicitantes de pensión. Dicho informe debe ser enviado por la Administradora dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud de pensión; una vez recibido por la Comisión Médica, ésta deberá incorporarlo en el respectivo expediente de calificación de invalidez.

Si transcurrido este plazo no se recepciona el informe de cobertura, se deberá consignar en el dictamen la información que registre el rubro "Compañía Aseguradora de Invalidez", de la solicitud de calificación de invalidez.

El dictamen de reevaluación del grado de invalidez del solicitante, lo emitirá la Comisión sobre la base de la nueva calificación médica de las patologías ya evaluadas, que se traduce en un

pronunciamiento que ratificará o modificará el derecho a pensión de invalidez total o parcial, o lo negará, según corresponda.

Será responsabilidad del Presidente y del Secretario de la Comisión Médica la correcta emisión de los dictámenes de invalidez, para lo cual deberán validarlo con su firma electrónica avanzada.

En la reevaluación por cumplimiento del plazo de tres años, el segundo dictamen no puede emitirse antes del vencimiento de dicho plazo contado desde la fecha de emisión del primer dictamen que generó el derecho a pensión por invalidez transitoria. Salvo que el afiliado cumpla la edad legal para pensionarse por vejez, durante el período transitorio, y hubiere ejercido la opción porque se emita su segundo dictamen al cumplimiento de la edad legal, en cuyo caso el segundo dictamen debe emitirse a partir de esa data. En estos casos, cuando se ha cumplido el plazo legal para dictaminar, el proceso médico se encuentra concluido y aún no se produce el cumplimiento del plazo de tres años o la edad legal para pensionarse por vejez, se debe adoptar el Acuerdo de Suspensión por el tiempo necesario, que no debe exceder de sesenta días. Si no obstante que la Comisión Médica adoptó las medidas necesarias para que el vencimiento del plazo de tres años se cumpliera dentro del término de 120 días máximos en que debe emitir el segundo dictamen, pero esta circunstancia no se hubiere logrado, sea porque el procedimiento de exámenes y peritajes se prolongó en demasía, sea porque el propio interesado solicitó cambio de horas, etc., no procede el cierre del trámite por la causal administrativa de Vencimiento de Prórroga, sino completar la evaluación médica y emitir el pronunciamiento de fondo mediante el correspondiente segundo dictamen, aun excediendo el plazo máximo de 120 días.

En el evento que la imposibilidad de dictar el segundo dictamen se deba a causas imputables al solicitante, como la no comparecencia a examen ante Médico Asignado, o no practicarse los exámenes y peritajes médicos requeridos, la Comisión deberá informar a la Administradora o al IPS, de acuerdo a lo establecido en el número 2 del Capítulo VII de la presente Letra D.

Si en el proceso de reevaluación la Comisión Médica toma conocimiento que el inválido transitorio fue sometido a un trasplante de órgano, implantación de marcapasos, práctica de by-pass o cualquiera de aquellas situaciones que de acuerdo a las Normas de Evaluación se requiere de un plazo de observación clínica determinado antes de pronunciarse sobre el grado de invalidez, se debe adoptar un Acuerdo de Suspensión por el tiempo suficiente hasta que se cumpla dicho plazo, período durante el cual el solicitante continuará percibiendo su pensión de invalidez transitoria.

Si el afiliado se encuentra cubierto por el seguro, deberá registrarse en el ítem "Compañía Aseguradora de Invalidez", "Compañías de Seguros adscritas al contrato N° xxx" que corresponda, de acuerdo al informe de cobertura remitido por la AFP, según se establece en la letra f) del Capítulo II de la presente Letra D. Cuando se trate de afiliados que no se encuentran cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia, en dicho campo deberá registrarse la frase "NO CUBIERTO".

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, es necesario identificar en el rubro Compañía Aseguradora de Invalidez, a las Compañías con contrato vigente a la fecha de fallecimiento del causante o a la fecha de declaración de la invalidez, si se trata de un afiliado inválido y siempre que la Administradora hubiere informado el derecho a Aporte Adicional.

En el caso de reevaluación de invalidez, deberá consultar el informe de cobertura de los afiliados contenido en el expediente del primer dictamen. Si el afiliado se encuentra cubierto por el seguro, deberá anotar en el rubro "Compañía Aseguradora de Invalidez" del dictamen, el nombre de la Compañía de Seguros o Compañías de Seguros que mantenían contrato vigente con la Administradora a la fecha de Solicitud de Pensión de Invalidez, aun cuando a la fecha de reevaluación la Administradora mantenga contrato con otra Aseguradora. En la emisión de un segundo dictamen originado por una nueva reevaluación suscrita por un afiliado pensionado por invalidez parcial definitiva, debe tenerse presente que aun cuando hubiera estado cubierto por el seguro en su oportunidad, en las nuevas reevaluaciones ya no hay Compañía Aseguradora involucrada al siniestro, de modo que el rubro del dictamen en que usualmente se individualiza a la Aseguradora debe quedar en blanco.

o) Tramitación de las Solicitudes de Calificación de Invalidez para enfermos terminales

La tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez para enfermos terminales, se ceñirá a los mismos procedimientos administrativos establecidos para las solicitudes de calificación de invalidez.

Al recibir una solicitud de calificación de invalidez para enfermos terminales, un funcionario administrativo deberá efectuar, en lo pertinente, el examen de admisibilidad y deberá verificar

adicionalmente que contenga el certificado emitido y firmado por el médico tratante y el director médico, o su equivalente, del establecimiento de salud público o privado. En caso contrario, se devolverá la solicitud de calificación de invalidez.

Para los efectos de la citación con el médico asignado y de la comparecencia, los solicitantes de calificación de invalidez como "enfermo terminal", se entenderán imposibilitados de comparecer en la Comisión Médica.

El plazo para la tramitación de este tipo de solicitudes es de 7 días hábiles contados desde la fecha de recepción de la solicitud o desde que se disponga de la totalidad de los antecedentes médicos requeridos por la Comisión Médica.

El médico asignado al caso debe evaluar la totalidad de los antecedentes presentados por el afiliado y en caso de no ser suficientes podrá entrevistar telefónicamente al solicitante y/o requerir de mayores antecedentes; los cuales pueden ser a través de la revisión de la ficha clínica, visita domiciliaria o cualquier otro antecedente necesario para dictaminar el caso.

Por el plazo involucrado, estos casos deben tramitarse en forma urgente e ingresar a la sesión más próxima una vez completado su estudio, en un plazo que no podrá exceder de 7 días hábiles.

En el rubro de observaciones del dictamen, se debe indicar que se trata de un caso de enfermo terminal consignando: "En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley 21.309".

Si el afiliado ha sido certificado como enfermo terminal y la Comisión Médica Regional no se pronuncia dentro del plazo establecido para este tipo de trámites, se entenderá declarado inválido total.

Para estos efectos, el caso debe ser derivado a la sesión más próxima a más tardar al día hábil siguiente de haber recibido el resultado de su certificación desde los Consejos Médicos. En dicha sesión se procederá a emitir un dictamen de inválido total y en rubro de observaciones se indicará "En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley 21.309". Este dictamen tendrá el carácter de ejecutoriado y no será apelable por ninguna de las partes.

Si el afiliado fallece durante el proceso de calificación de invalidez, encontrándose certificado como enfermo terminal, se entenderá declarado inválido total para todos los efectos legales a través de un dictamen de invalidez.

Para efectos de lo indicado en el párrafo anterior, la Comisión Médica Regional, procederá a derivar el caso a la sesión más próxima a más tardar al día hábil siguiente de haber recibido el certificado de defunción. En dicha sesión se dictaminará como inválido total indicando en el rubro de observaciones "En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley 21.309". Este dictamen tendrá el carácter de ejecutoriado y no será apelable por ninguna de las partes.

La notificación de los dictámenes de las solicitudes de calificación de invalidez como enfermo terminal, se realizará preferentemente por medios electrónicos y al correo electrónico consignado en la solicitud. En caso de no contar con un correo electrónico válido; se deberá notificar por correo certificado al domicilio del afiliado.

La notificación al resto de las partes se realizará por medios electrónicos, los que deberán ser auditables.

El plazo para presentar una apelación es de 3 días hábiles contados desde la fecha de notificación de dicho dictamen, el cual se entenderá notificado al tercer día hábil del despacho correspondiente, sea este realizado por un medio electrónico o correo certificado.

Reclamos o apelaciones en contra de un dictamen de calificación de invalidez identificado como enfermo terminal

El ingreso de la apelación por la Comisión Médica Regional, se registrará por el proceso normal.

Una vez ingresada la apelación por la Comisión Médica Regional al Sistema, de acuerdo al procedimiento regular establecido, el Sistema informático automáticamente asignará las apelaciones así ingresadas en forma homogénea y aleatoria entre los presidentes de sala de la Comisión Médica Central, identificando el caso como prioritario y enfermo terminal.

El médico presidente debe revisar la totalidad de los antecedentes del caso, completar los campos propios de su análisis en el Sistema para que en un plazo máximo de 3 días hábiles, contados

desde el día siguiente del ingreso de la apelación a la Comisión Médica Central, emita la Resolución correspondiente.

Si una vez analizados todos los antecedentes del caso, el médico asignado concluye que no son suficientes para resolver, puede solicitar directamente sin ingresar el caso a sesión, las pericias adicionales que necesite, sean nuevas interconsultas o exámenes.

En el caso que se soliciten nuevas pericias, el plazo para resolver se suspende hasta la recepción de las mismas.

Una vez recepcionados los antecedentes adicionales requeridos, el plazo para resolver el caso es de 3 días hábiles, contados desde el día siguiente de la recepción de la totalidad de dichos antecedentes.

El médico Presidente asignado al caso, una vez concluido su análisis según las normas técnicas establecidas, lo ingresará directamente a la sesión más próxima, sin necesidad de realizar por parte del secretario la tarea de preparación de acta, la que se obtendrá automáticamente del Sistema Informático.

Una vez ingresado el caso a sesión, sigue el procedimiento regular establecido.

En caso de fallecimiento de un afiliado con la documentación respectiva y habiendo éste sido certificado como enfermo terminal por los Consejos Médicos, estando en trámite su proceso de calificación de invalidez, debe ser ingresado a la sesión más próxima, para que sea resuelto como inválido total. En este caso, la resolución debe indicar en el rubro Observaciones lo siguiente: "En aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley 21.309".

La notificación de las Resoluciones de reclamaciones a solicitudes de calificación de invalidez como enfermo terminal, se realizará preferentemente por medios electrónicos al correo electrónico consignado en la solicitud. En caso de no contar con un correo electrónico válido; se deberá notificar por correo certificado al domicilio del afiliado.

La notificación al resto de las partes se realizará por medios electrónicos, los que deberán ser auditables.

Modificación de dictamen:

Procede realizar una modificación de dictamen en las siguientes situaciones:

i) Tratándose de un afiliado certificado como enfermo terminal cuyo fallecimiento se conoce en forma posterior a la emisión del dictamen o de la resolución y previo a la ejecutoria de los mismos, siempre que el resultado de la calificación sea diferente a invalidez total.

ii) Tratándose de un afiliado que cursa su trámite de calificación de invalidez normal y se reciben los antecedentes médicos asociados a la solicitud de certificación de enfermo terminal con posterioridad a la emisión del dictamen o la resolución y previo a la ejecutoria de los mismos; siempre que el resultado de la calificación sea diferente a invalidez total.

En la situación indicada en el punto i) la Comisión Médica Regional o Comisión Médica Central, según corresponda, debe modificar el dictamen o resolución calificando como inválido total al afiliado, consignando en el rubro Considerando, lo siguiente: "Tomando conocimiento del fallecimiento del afiliado según certificado de defunción recibido (indicar fecha) y estando certificado como enfermo terminal, se procede a modificar el dictamen o resolución, según corresponda, en aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley 21.309".

En la situación indicada en el punto ii) la Comisión Médica Regional o Comisión Médica Central, según corresponda, debe analizar los nuevos antecedentes recibidos y/o completar el estudio con antecedentes adicionales si es que la Comisión Médica lo estima necesario, para proceder de acuerdo con el análisis efectuado. Si a juicio de la Comisión corresponde modificar el dictamen o resolución calificando como inválido total al afiliado, consignará en el rubro Considerando, lo siguiente: "Tomando conocimiento de los nuevos antecedentes médicos presentados con fecha dd/mm/aaaa, a raíz de presentación de una solicitud de certificación de enfermo terminal, se procede a modificar el dictamen o resolución, según corresponda, en aplicación del art. 70 bis inciso 5° de la Ley 21.309".

Nota de actualización: Esta letra o), fue agregada por la Norma de Carácter General N° 283, de fecha 16 de junio de 2021. Las letras o), p), q), r) y s) pasan a ser p) q), r), s) y t), respectivamente:

p) Tramitación de las Solicitudes de Calificación de Invalidez para beneficiarios

La tramitación de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios se ceñirá a los mismos procedimientos administrativos establecidos para las solicitudes de calificación de invalidez.

Al recibir una solicitud de calificación de invalidez para beneficiarios, un funcionario administrativo deberá efectuar, en lo pertinente, el examen de admisibilidad y deberá verificar lo siguiente:

- Si existen solicitudes presentadas con anterioridad, cuyo expediente anterior no lo hubiere acompañado la Administradora, sea por omisión o porque se originó en otra Administradora. En ambos casos deberá requerir el expediente anterior a la AFP correspondiente.

- Si el beneficiario solicitante registra una solicitud anterior, pero como trabajador afiliado, habiéndose declarado su invalidez en esa condición, aun cuando se trate de una invalidez transitoria, resulta inoficioso una nueva evaluación, de modo que el primer dictamen es suficiente para que acredite su calidad de inválido para efectos del beneficio de pensión.

En ese evento, la solicitud de calificación de invalidez para beneficiario deberá ser devuelta a la Administradora, mediante oficio, señalando las razones del caso.

- Si, por el contrario, el beneficiario ya declarado inválido se presenta a calificar como trabajador afiliado, no procede una nueva evaluación pero sí emitir un único dictamen definitivo, por el cual la Comisión ratificará la invalidez otorgada, definiendo si tal incapacidad tiene o no carácter previo a la afiliación al sistema, sobre la base de la fecha de declaración de invalidez determinada en el dictamen de beneficiario. Además, para el sólo efecto de la determinación y cálculo de la pensión, deberá señalar la fecha de declaración de invalidez que debe corresponder a la de presentación de la solicitud.

El dictamen que se emita no será susceptible de reclamo y se entenderá ejecutoriado desde su notificación.

- Si al recibir una solicitud de calificación para beneficiario, la Comisión verifica que éste tiene en trámite una solicitud de calificación de trabajador afiliado, deberá devolver la solicitud para beneficiario y continuar con el procedimiento ya iniciado para trabajador afiliado hasta la emisión del correspondiente primer o segundo dictamen, según el caso, puesto que dicho dictamen será suficiente para acreditar en la Administradora la condición de inválido, de ser así declarado, en ambos beneficios.

- A diferencia de lo que ocurre con los trabajadores afiliados, los beneficiarios de pensión de sobrevivencia no tienen límite de edad para requerir su calificación.

En el caso de las solicitudes de calificación de invalidez para beneficiarios, deberá considerar lo siguiente:

- Señalar como fecha de declaración de la invalidez, aquella a contar de la cual se produjo efectivamente la invalidez. Si no es posible precisar esta fecha se deberá consignar el 1 de enero del año en que se produjo la invalidez. Si rechaza la invalidez, sólo se consignará la frase "Rechazar Invalidez" en el ítem "Por lo tanto acuerda".

- Como se señalara, la incompatibilidad del artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, no afecta y, por tanto, no es aplicable a las calificaciones de invalidez de beneficiarios. En efecto, las pensiones de sobrevivencia por invalidez no son incompatibles con las pensiones de invalidez que el beneficiario pueda percibir por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. En consecuencia, la causal de rechazo administrativo por incompatibilidad de beneficios que afecta a los trabajadores afiliados, es inaplicable en la calificación de invalidez de beneficiarios.

- De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 74 del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que contiene el Reglamento del D.L. N° 3500 de 1980, las pensiones de sobrevivencia de beneficiarios inválidos tendrán siempre el carácter de definitivas. Por lo tanto, la declaración de invalidez de los beneficiarios no está sujeta a reevaluación y el dictamen que así lo declara tiene carácter de único dictamen.

- El dictamen de beneficiario sólo tiene por efecto determinar si el solicitante tiene la calidad de inválido parcial o total y la fecha a contar de la cual se produjo el menoscabo laboral. No otorga derecho a pensión de invalidez ni de sobrevivencia, sino que habilita al beneficiario a acceder a una pensión de sobrevivencia siempre que concurren los demás requisitos legales. Las pensiones de sobrevivencia

se devengan desde la muerte del afiliado causante, razón por la cual no procede señalar fecha de devengamiento alguna en el dictamen.

Cuando se trate de un dictamen modificatorio, a que se refiere el número 5. del Capítulo III de la presente Letra D, en el rubro VISTO deberá señalar el o los antecedentes tenidos a la vista; en el rubro CONSIDERANDO deberá indicar las causas o consideraciones de hecho y derecho que justifican la modificación, y en el rubro ACUERDA deberá especificarse el dictamen que se rectifica y las modificaciones que se resuelven.

Cuando un dictamen de invalidez adolezca de vicio de nulidad o manifiestamente la Comisión haya incurrido en error al evaluar el grado de invalidez del solicitante, no susceptible de corregir por la vía de apelación, en el ejercicio del principio de revocabilidad de los actos administrativos, consagrado en el artículo 61 de la Ley N° 19.880, podrá revocar o dejar sin efecto el referido dictamen, el que en todo caso será susceptible de reclamo.

Las glosas que conforman el dictamen se deben remitir a las instrucciones particulares de esta Superintendencia.

q) Notificación del dictamen de invalidez

El dictamen de invalidez y reevaluación emitido por la Comisión Médica Regional debe ser notificado, preferentemente por medios electrónicos (correo electrónico u otro), que incluya un método de confirmación de recepción automática o, alternativamente, por carta certificada a las partes intervinientes en el proceso de calificación según corresponda: afiliado o solicitante, Administradora de Fondos de Pensiones correspondiente, Instituto de Previsión Social, Compañía de Seguros sólo si se trata de un afiliado cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, ISAPRE y/o COMPIN, según corresponda.

La notificación a las partes involucradas, se efectuará remitiendo el original del dictamen, solo en la notificación al afiliado se deberá adjuntar el acta de sesión en que la Comisión Médica Regional se pronunció sobre el caso. Todas las notificaciones deberán efectuarse, a más tardar, al tercer día de tomado el acuerdo por la Comisión.

Un dictamen de invalidez se entiende notificado al tercer día siguiente del envío de la notificación por medios electrónicos o al de la recepción de la carta certificada en la oficina de correos, según corresponda.

Nota de actualización: Los párrafos anteriores fueron modificados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

A más tardar a los tres días hábiles de ejecutoriado el primer, segundo o único dictamen de la Comisión que declare una invalidez parcial o total o que la rechace, deberá ser notificado a las siguientes entidades interesadas: entidad pagadora de subsidios, sólo si el afiliado solicitante se encuentra acogido a subsidios por incapacidad laboral; institución empleadora en el caso de trabajadores del sector público, municipal docente o poder judicial, siempre que otorgue pensión de invalidez; solicitante; Administradora respectiva; Instituto de Previsión Social, y Compañías de Seguros con las cuales se hubiere contratado el seguro para el pago del aporte adicional, en caso que el afiliado se encuentre cubierto por el seguro.

Para estos efectos, la Comisión Médica deberá enviar al solicitante y a la entidad pagadora de subsidios, cuando corresponda, preferentemente por medios electrónicos (correo electrónico u otro) que incluya un método de confirmación de recepción automática, o alternativamente por correo certificado, una copia del dictamen de invalidez, el cual llevará impresa en el ángulo superior derecho la siguiente leyenda: "Dictamen ejecutoriado con fecha". Cada ejemplar se acompañará de una carta tipo, cuyo formato se adjunta en el Anexo N° 6 de la presente Letra D. En el caso de la notificación a la institución empleadora del sector público, sector municipal docente o poder judicial, se deberá enviar el original del respectivo documento, preferentemente por medios electrónicos (correo electrónico u otro) que incluya un método de confirmación de recepción automática, o alternativamente por correo certificado.

La notificación a la Administradora, al IPS y a las Compañías de Seguros se efectuará por nómina en un solo acto y preferentemente a través de medios electrónicos. La nómina llevará un encabezado Notificación de Dictámenes de Invalidez Ejecutoriados AFP (INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE VIDA.....). Posteriormente, debe identificar a los solicitantes involucrados, con nombre completo y número de cédula nacional de identidad, número y fecha del dictamen y fecha a contar de la cual se entiende ejecutoriado.

Nota de actualización: Los párrafos quinto y sexto, fueron modificados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Si se hubiere presentado reclamo en contra del dictamen, se deberá retener la notificación a la entidad pagadora de subsidios y a la institución empleadora, hasta que la Comisión Médica Central haya emitido la resolución y ésta se entienda ejecutoriada.

Una vez resuelto el reclamo y al día siguiente de la sesión en que la Comisión Médica Regional tomó conocimiento de la Resolución de la Comisión Médica Central, deberá enviar preferentemente por medios electrónicos (correo electrónico u otro), que incluya un método de confirmación de recepción automática o alternativamente por correo certificado la respectiva Resolución, al solicitante, la AFP, el IPS y a las Compañías de Seguros, según corresponda.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.**r) Inventario y retiro de expedientes de calificación de invalidez**

Para el efecto, deberá estarse a las instrucciones a que se refiere el Capítulo II del Título XIII y el Capítulo II de la Letra M del Título V, ambos del presente Libro III, referidos a la foliación y retiro de expedientes de invalidez desde las Comisiones Médicas Regionales por las AFP y el IPS, respectivamente.

El procedimiento de retiro de expedientes en las Comisiones Médicas debe efectuarse a lo menos una vez al mes.

Con la debida antelación al día y hora acordados, el funcionario administrativo de la Comisión designado para este efecto, deberá ordenar los expedientes físicos que se encuentren para retiro, con sus radiografías y documentación original que debe estar contenida en el expediente electrónico. Cuando el expediente electrónico no cuente con documentación física, en ningún caso deberá imprimirse para su retiro.

El formulario Retiro de Expedientes de Invalidez, contenido en Anexos del Título XIII y de la Letra M del Título V, del presente Libro III, deberá dejarse en la tapa del expediente o expedientes físicos. A dicho formulario no se le podrán efectuar modificaciones o enmiendas.

La constancia de retiro de los expedientes, según formato contenido en el Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas, deberá incluir un resumen de todos los expedientes que retira la Administradora o el Instituto de Previsión Social, según corresponda, y deberá ser suscrito por ambos funcionarios.

La Comisión deberá velar porque las Administradoras y el IPS observen el necesario resguardo de los expedientes que retiran, debidamente empaquetados y sellados, que garantice la seguridad e integridad de toda la documentación durante su traslado.

La Comisión Médica deberá requerir la identificación del personal designado por la Administradora y el IPS para el retiro de expedientes, de modo tal que será impropio permitir el acceso a los expedientes al personal que no registre autorización vigente.

En el evento que las Administradoras o el IPS no efectúen oportunamente el respectivo retiro, las Comisiones Médicas deberán informar este hecho, por correo electrónico, al Jefe de la Agencia de la Administradora o Jefe Cabecera de Región del IPS e incluir esa circunstancia en el Informe Mensual de Irregularidades.

Cuando el volumen de expedientes de calificación de invalidez lo justifique, las Comisiones Médicas deberán disponer de un espacio físico especialmente destinado al procedimiento de inventario y retiro de expedientes.

Las Administradoras y el Instituto de Previsión Social deben informar a las Comisiones Médicas Regionales, con copia a esta Superintendencia, la nómina de los trabajadores autorizados para inventariar y retirar los expedientes, y comunicar oportunamente los cambios. La Comisión Médica deberá requerir la identificación del referido personal, de modo tal que será impropio permitir el acceso a los expedientes al personal que no registre autorización vigente.

s) Emisión de certificado para acreditar calificación de invalidez

Los afiliados o solicitantes que, para efectos de cursar licencias médicas u otros fines, necesiten acreditar que su trámite de calificación se encuentra pendiente en la Comisión Médica Regional o Central, podrán solicitar un certificado en que conste este hecho.

Dicho certificado deberá ser extendido siempre por la Comisión Médica Regional en el formulario contenido en Anexo N° 7 de la presente Letra D, independientemente que el procedimiento de calificación o revaluación de invalidez se encuentre en etapa de reclamo o recursos ante la Comisión Médica Central. Lo anterior considerando que corresponde a la Comisión Médica Regional practicar las notificaciones de los dictámenes y resoluciones de invalidez, de modo que a ésta consta si los dictámenes o resoluciones se encuentran o no ejecutoriados. Dichas notificaciones deberán efectuarse preferentemente a través de medios electrónicos.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

t) Libro de reclamos y sugerencias

La Comisión Médica deberá contar con un Libro de Reclamos y Sugerencias, el cual deberá estar a la vista de todos los solicitantes que concurran a las oficinas de la Comisión Médica.

En su tapa superior deberá contener un rótulo con la leyenda COMISIÓN MÉDICA.....REGIÓN, LIBRO DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

El solicitante que utilice este libro, deberá estampar su nombre, cédula nacional de identidad, firma y fecha de la anotación.

El Presidente de la Comisión Médica deberá tomar conocimiento mensualmente de las anotaciones pertinentes, adoptar las medidas tendientes a resolver los reclamos e informar a esta Superintendencia, adjuntando fotocopia de lo estampado en dicho libro e indicando, de acuerdo al mérito de la queja, las acciones que se han tomado para subsanarla.

u) Notificaciones, citaciones y comunicaciones

Todas las notificaciones que se realicen en virtud de lo dispuesto en el artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980 y en la presente Letra D, tanto por las Comisiones Médicas Regionales como por la Comisión Médica Central, ya sea para citaciones, pronunciamientos o comunicaciones a las partes, deberán efectuarse preferentemente a través de medios electrónicos (correo electrónico u otro) que incorporen un método de confirmación de recepción automática. Los documentos adjuntos a la notificación deberán requerir para su apertura el ingreso de un número o clave de seguridad.

En el caso que las notificaciones de pronunciamientos, citaciones o comunicaciones que la Comisión Médica Regional haya remitido por medios electrónicos no reciban confirmación de recepción, esa Comisión reenviará por correo certificado el mismo documento. Las fechas de notificación, fecha máxima de apelaciones y de citaciones que se indiquen, se mantendrán inalterables. En los casos en que la citación implique un plazo perentorio que impida la asistencia del solicitante, debido al cambio en el envío de la notificación, la citación se reprogramará para la fecha más cercana, informando de ello al solicitante.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

3. Confidencialidad y resguardo de la información

a) Deber de reserva y resguardo

El personal administrativo y médico de la Comisión debe mantener la más absoluta reserva respecto de la información médica y antecedentes que conforman el expediente de calificación de invalidez, sin perjuicio del derecho del titular de una solicitud de calificación o revaluación de invalidez, de conocer en cualquier momento, el estado de su tramitación.

Sobre este particular, es necesario tener en consideración la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, que entre otras materias protege y regula el tratamiento de los datos personales,

estableciendo derechos para los titulares de los mismos, obligaciones para los administradores de datos de carácter personal en registros o bancos de datos, además de sanciones por el incumplimiento de sus disposiciones.

Por otra parte, respecto de los datos personales que se refieren a los estados de salud físicos o psíquicos, conforme con el inciso segundo del artículo 127 del Código Sanitario, las recetas médicas, análisis y exámenes de laboratorio clínicos y servicios relacionados con la salud son reservados y sólo podrá revelarse su contenido o darse copia de ellos con el consentimiento expreso del paciente otorgado por escrito, quedando afecto a las sanciones establecidas por dicho cuerpo legal quienes divulgaran su contenido indebidamente.

Los datos y antecedentes contenidos en los expedientes de calificación de invalidez son reservados, de carácter personal y sensible. Por lo tanto, la utilización de los datos personales contenidos en los referidos expedientes sólo puede efectuarse cuando la ley lo autorice, exista consentimiento expreso de su titular, o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares.

En consecuencia, el personal administrativo y médico sólo puede dar a conocer el estado del trámite de evaluación y calificación de invalidez de un solicitante, directamente al propio afectado cuando éste lo solicite, personalmente o por el correo o medio electrónico que haya registrado en su solicitud de calificación o por correo certificado.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Excepcionalmente, esta información puede ser entregada a terceras personas a solicitud del propio afectado, siempre que presenten un poder simple y la cédula nacional de identidad del titular, o mandato especial extendido por escritura privada o pública.

La entrega de datos en forma telefónica se podrá efectuar sólo con un mecanismo seguro de autenticación. En este caso, las atenciones deberán ser grabadas, informando de ello al solicitante y estar disponibles para la fiscalización de esta Superintendencia.

Nota de actualización: Este párrafo fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

La Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentre incorporado un trabajador afiliado que registra una solicitud de calificación de invalidez en trámite, propia o de algún beneficiario, podrá consultar acerca del estado del trámite. Igual disposición aplicará al Instituto de Previsión Social.

Procederá la entrega, a las entidades pagadoras de subsidios, de información del estado del trámite de invalidez, patologías invalidantes, porcentaje de menoscabo asignado a cada una de ellas, o la entrega de copia de los respectivos dictámenes y resoluciones de invalidez, sólo si su requerimiento obedece a la necesidad de determinar u otorgar beneficios de salud que correspondan a sus titulares. El requerimiento debe ser formulado por escrito.

Las disposiciones precedentes se entenderán sin perjuicio de los requerimientos que en el ejercicio de sus facultades fiscalizadoras formule esta Superintendencia.

Durante el trámite de calificación de invalidez los expedientes físicos y la documentación original deben permanecer en la respectiva Comisión Médica, debidamente resguardados.

b) Acceso al expediente

El acceso y tratamiento de los expedientes de calificación de invalidez corresponde exclusivamente a los médicos integrantes y personal administrativo de la Comisión Médica. Sin perjuicio de los accesos autorizados, al titular de los antecedentes, al médico asesor y observador, así como a los profesionales interconsultores y al personal de esta Superintendencia en el ejercicio de su función fiscalizadora.

Durante el período de apelación, el acceso al expediente por las partes involucradas (afiliado o solicitante, Compañías de Seguros de Vida, Instituto de Previsión Social, médico observador, médico asesor o médico tratante), tiene por objeto la obtención de antecedentes que permitan fundar los reclamos ante la Comisión Médica Central. El acceso al expediente electrónico o a una copia del

mismo al solicitante afectado, se podrá efectuar una vez notificado del dictamen o de la resolución correspondiente.

El afiliado o solicitante de pensión o calificación de invalidez podrá acceder al respectivo expediente directamente o a través de una tercera persona, en este último caso, entregando una autorización escrita en la que manifieste expresamente que lo autoriza para ese efecto o por mandato especial constituido por escritura privada o pública, en cuyo caso el mandato deberá contener entre las facultades conferidas la de consultar el expediente. La autorización o mandato aludidos, formarán parte del respectivo expediente electrónico. Tendrán acceso al expediente el solicitante o su médico tratante, una vez notificado del dictamen o la resolución correspondiente.

Las Comisiones podrán permitir el acceso al expediente electrónico o a una copia del mismo al solicitante afectado, una vez notificado del dictamen o resolución correspondiente.

Nota de actualización: Los párrafos segundo y tercero anteriores fueron modificados y el párrafo cuarto fue agregado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

El médico observador de las Compañías de Seguros tendrá acceso a los expedientes de calificación de invalidez sólo respecto de los afiliados cuyos riesgos de invalidez se encuentren cubriendo las citadas Compañías. Este profesional deberá estar autorizado ante la Comisión Médica Regional, debiendo acreditar su identidad en el sistema de información con firma electrónica avanzada, otorgándosele acceso al expediente completo sin posibilidad de imprimir ni copiar los archivos, una vez autorizado, en forma previa a la sesión, por el Presidente de la Comisión.

Por su parte, los representantes de las compañías de seguros, designados para presentar las apelaciones, podrán acceder a los expedientes de los casos cubiertos sólo una vez que los correspondientes dictámenes hayan sido notificados y durante el período de apelación, debiendo acreditar su identidad en el sistema de información con firma electrónica avanzada, otorgándosele acceso al expediente completo sin posibilidad de imprimir ni copiar los archivos.

El Presidente de la Comisión o el médico asignado al caso, podrán autorizar el acceso a los antecedentes médicos u otros datos necesarios para una adecuada evaluación por parte de los interconsultores. Tal autorización quedará registrada en el expediente electrónico. En ningún caso, el expediente físico podrá ser retirado de la Comisión.

c) Devolución de antecedentes médicos o entrega de fotocopias al solicitante

Los solicitantes que son evaluados y calificados para efectos de pensión, son los titulares de los datos y antecedentes que conforman los expedientes de invalidez, no obstante que por disposición de la ley tales antecedentes forman parte de dichos expedientes, cuya custodia corresponde a las Administradoras de Fondos de Pensiones o al Instituto de Previsión Social, según corresponda, y no procede su devolución. Sin perjuicio de ello, una vez notificado el dictamen o resolución correspondientes a los solicitantes, podrán entregarse a aquéllos copias de los antecedentes que componen el respectivo expediente. En cuanto a los antecedentes médicos, cabe distinguir entre los que aportó el afiliado o solicitante y que también forman parte del expediente y aquéllos recabados durante el procedimiento de calificación, por intermedio del sistema de interconsultores. En modo alguno procede la devolución de los documentos originales, cualquiera que sea la forma de financiamiento de los exámenes o estudios médicos que hayan sido requeridos por las Comisiones. No obstante, el solicitante podrá requerir la devolución de placas radiográficas que él haya aportado en el proceso de calificación.

La solicitud de tales antecedentes debe ser efectuada por el titular de los mismos, salvo que tal gestión sea encomendada a un tercero, mediante un poder simple en donde se identifique claramente al mandante y al mandatado. También se puede requerir por el correo electrónico u otro medio que el solicitante haya registrado en la solicitud de calificación ante la Administradora. La entrega de las copias de dichos documentos se realizará preferentemente por medios electrónicos o alternativamente de manera física. El envío de copia de partes o del expediente en su totalidad se remitirá exclusivamente al correo electrónico u otro medio que el solicitante haya registrado en la solicitud de calificación ante la Administradora. Los documentos adjuntos a la notificación electrónica deberán requerir para su apertura el ingreso de un número o clave de seguridad. En caso de solicitarse en forma presencial, se deberá imprimir el contenido del expediente digital solo a requerimiento del recurrente, a excepción de las imágenes que contenga, y dejar registro de ese hecho en el sistema informático.

Tales requerimientos deberán ser atendidos en un plazo no superior a 2 días hábiles.

Nota de actualización: Los párrafos primero y tercero anteriores fueron modificados y el párrafo segundo fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

4. Calificación de invalidez requerida por ISAPRE

En virtud de lo establecido en el inciso octavo del artículo 197 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.933, entre otros cuerpos legales, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) pueden solicitar, en casos calificados, a las Comisiones Médicas Regionales de esta Superintendencia, la declaración de invalidez de sus cotizantes, que se encuentren afiliados al sistema de pensiones.

El citado precepto contiene un mandato legal para las Comisiones Médicas de calificar el grado de invalidez de los cotizantes de ISAPRE, afiliados a las AFP, independiente que el afiliado respecto de quien se solicita su calificación de invalidez, reúna o no los requisitos establecidos en el D.L. N° 3.500, de 1980, para pensionarse por invalidez, por cuanto la declaración que emane de esa solicitud, sólo producirá efectos para lo solicitado por la ISAPRE, es decir, en el ámbito de la salud.

Corresponde exclusiva y excluyentemente a la ISAPRE, la determinación de caso calificado, para efectos de requerir o no la declaración de invalidez del cotizante. Según se ha pronunciado la Superintendencia de Salud, no constituye requisito para estas solicitudes el hecho que el afiliado se encuentre acogido a licencia médica.

Al respecto se aplicarán las normas a que se refiere el número 2. del Capítulo VII de la Letra H del presente Título. A su vez, la tramitación de estas solicitudes en las Comisiones Médicas se ceñirá a los mismos procedimientos administrativos establecidos para las solicitudes de calificación de invalidez.

El financiamiento de exámenes, peritajes, informes y otros procedimientos y el reembolso de los honorarios se regirán por lo establecido en el Capítulo X de la presente Letra D. En el evento que la Comisión ordene el traslado del afiliado a otra región, deberá dirigir a la ISAPRE, por intermedio del mismo afiliado, un oficio informando la necesidad de traslado, medio de transporte y eventualidad de estadía y/o acompañante, de modo que la Institución de Salud disponga las medidas para su financiamiento.

En caso de calificación de invalidez simultánea a requerimiento de una ISAPRE y del trabajador afiliado, sea que se remitan conjuntamente a la Comisión Médica o en fechas diferentes, la Comisión debe preparar un expediente, practicar una sola evaluación y calificación de invalidez y emitirá un dictamen de invalidez para cada solicitud. Habiéndose emitido dictamen de trabajador afiliado y por requerimiento de ISAPRE, que declaran la invalidez del afiliado, la Comisión Médica deberá acompañar a la notificación del dictamen por requerimiento de ISAPRE, la carta tipo contenida en el Anexo N° 8 de la presente Letra D. El reclamo a cualquiera de los dictámenes comprende necesariamente el conocimiento de ambos, por parte de la Comisión Médica Central. Del mismo modo, la Comisión Médica Central emitirá su fallo, a través de una sola Resolución, alcanzando sus efectos a ambos dictámenes de invalidez.

Si durante la tramitación simultánea de una solicitud de calificación de invalidez a requerimiento de ISAPRE y de pensión por invalidez de trabajador afiliado la Comisión Médica constata que, además de los menoscabos de origen común invocados por la ISAPRE, el afiliado es beneficiario de pensión por invalidez de origen laboral o profesional, o presenta menoscabos presumiblemente de origen laboral o profesional, podrá, excepcionalmente, emitir dos dictámenes pronunciándose en distinto sentido. En efecto, si comprueba el goce actual de pensión por invalidez conforme a la Ley N° 16.744 u otro cuerpo legal que contemple la protección contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, deberá por una parte declarar la incompatibilidad de beneficios establecida en el artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, mediante dictamen de trabajador afiliado y, por la otra, pronunciarse a través de un dictamen por requerimiento de ISAPRE, acerca del grado de invalidez que provoquen los menoscabos de origen común, sin incorporar en esta evaluación las afecciones de origen laboral.

Si el origen laboral de alguna de las afecciones que presenta el trabajador afiliado sólo se presume, es decir no existe declaración como tal por parte del Organismo competente, la Comisión Médica deberá solicitar la evaluación de éstas al Organismo competente y, de acuerdo a sus resultados,

emitir su dictamen, sea declarando la incompatibilidad de beneficios, o pronunciándose acerca del grado de invalidez, según el procedimiento general en estos casos. Ambos dictámenes deben ser emitidos al mismo tiempo.

En cuanto a la sesión en que se dictamine una solicitud de calificación de invalidez a requerimiento de ISAPRE, cabe hacer presente que el médico observador de las Compañías de Seguros debe abstenerse de conocer la evaluación y calificación de estas solicitudes, por cuanto las Compañías no son parte en ellas, salvo que se trate de un trámite simultáneo de solicitudes y siempre que el afiliado se encuentre cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia. De igual forma la notificación del acuerdo que contiene la suspensión del plazo para dictaminar no debe remitirse a la Compañía de Seguros, salvo que se trate de un trámite simultáneo de calificación, si correspondiere y el afiliado se encontrare cubierto por el seguro de invalidez.

El dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE, cuyo formulario se presenta en el Anexo N° 1. Formularios del presente Título I, podrá disponer una de las siguientes conclusiones:

- Por las afecciones que presenta el trabajador, se declara la invalidez para efectos exclusivos de lo solicitado, a contar de la fecha en que quede ejecutoriado el presente dictamen.

- Las afecciones que presenta el trabajador le provocan una pérdida menor del 50% de su capacidad de trabajo y por lo tanto lo declara no inválido.

- Por existir medidas terapéuticas pendientes, no se configura la invalidez en los términos del D.L. N° 3.500, de 1980 y, por lo tanto, lo declara no inválido.

- Agotado el plazo de 60 días sin haber comparecido el (la) afiliado (a) antes individualizado (a) a las citaciones de fechas y, notifíquese a la Entidad requirente que no fue posible llevar a efecto la calificación y evaluación de invalidez solicitada.

- Agotado el plazo legal para dictaminar y la negativa del (la) afiliado (a) antes individualizado (a) a practicarse los exámenes y peritajes médicos requeridos por la Comisión, notifíquese a la Entidad requirente que no fue posible llevar a efecto la calificación y evaluación de invalidez solicitada.

5. Convenios Internacionales de Seguridad Social

El proceso de evaluación y calificación de la invalidez, así como el de reevaluación del grado de invalidez, en el marco de los Convenios Internacionales de Seguridad Social suscritos entre Chile y diversos países, se verificará conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", a las presentes normas, a las disposiciones del Título IV de este Libro III y a las instrucciones específicas que imparta la Superintendencia.

Para efectos de calificar la invalidez de los trabajadores o beneficiarios con residencia actual en el país con el que se establece el convenio y cotizaciones en Chile, se crea la Comisión Médica de Convenios Internacionales, con sede en la ciudad de Santiago, integrada por tres Médicos Informantes pertenecientes a la Comisión Médica de la Región Metropolitana. Esta Comisión Médica de Convenios Internacionales, es presidida por un Presidente de la Comisión Médica de la Región Metropolitana. Uno de los Médicos Informantes cumple funciones de Médico Secretario. La subrogación será automática y el quórum para sesionar de a lo menos dos miembros.

a) Registro de solicitudes Convenio Internacional

La Comisión deberá llevar un Registro de Solicitudes de Convenio Internacional, que contenga todos los antecedentes de una solicitud común, incluyendo además una columna para indicar el país de convenio.

Se considerará como fecha de solicitud de pensión de invalidez la de suscripción por el afiliado en el Organismo de Enlace del país en convenio.

La Comisión Médica de Convenios Internacionales se denominará con el código CCI y un número correlativo propio para estos efectos.

Cada país sujeto de Convenio se designará por una sigla conformada por las tres primeras letras de su nombre, si dos de ellos coinciden en la sigla, podrá utilizarse una cuarta letra para diferenciarlos.

b) Ficha de Trámite Interno

Consiste en el conjunto de información y datos atinentes a la solicitud y a su titular que debe ser ingresada al sistema computacional una vez admitida ésta a trámite, como también cada movimiento interno de la solicitud que genere la calificación o revaluación de invalidez del solicitante, afiliado o beneficiario involucrado. Esta Ficha debe estar asociada al número de Rol asignado a la solicitud de que se trate, como a su titular.

La información de las fichas deberá estar permanentemente actualizada en virtud del estado de trámite en que se encuentre el expediente y el Sistema debe permitir un acceso rápido y expedito para consultas de afiliados y de casos ejecutoriados.

Por tratarse de un proceso que requiere de la intervención de los Organismos de Enlace de ambos países contratantes, la ficha de trámite interno debe consignar todos los movimientos de la documentación del mismo.

c) Expediente de Calificación de Invalidez

El expediente de calificación de invalidez se enumerará como sigue: Código de la Administradora de Fondos de Pensiones, compuesto por sus cuatro dígitos; Código de la Comisión Médica de Convenios Internacionales; Sigla del país en convenio, de acuerdo a lo señalado precedentemente; Correlativo de la Solicitud, cuatro dígitos; Cuatro dígitos para el año en curso.

El expediente se conformará con la siguiente documentación:

1° Solicitud de Calificación de Invalidez acogida a Convenio Internacional, suscrita por la Administradora.

2° Solicitud de Pensión de Invalidez suscrita por el afiliado en el país sujeto de Convenio;

3° Copia de oficio mediante el cual al Superintendencia remite la Solicitud de Pensión de Invalidez a la Administradora.

4° Informe de Solicitudes anteriores, tramitadas en Chile o en el extranjero.

5° Conclusión Médico Informante - Hoja C-1 (Anexo N° 9 de la presente Letra D)

6° Dictamen de la Comisión - Hoja C-2 (Anexo N° 10 de la presente Letra D)

7° Listado Antecedentes Médicos.

8° Todos los antecedentes generados durante el proceso calificadorio.

La fecha de vencimiento del plazo legal, que será de diez días contados desde la Solicitud de Calificación de Invalidez se consignará en la Ficha de Trámite Interno.

d) Archivo

La Comisión mantendrá un archivo especial para los expedientes en trámite derivados de los Convenios Internacionales.

e) Conocimiento del Presidente de la Comisión Médica

El Presidente tomará conocimiento de los antecedentes que conforman el Expediente de Calificación de Invalidez y designará el Médico Informante.

f) Plazo para dictaminar

El plazo para dictaminar será de diez días, contado desde la fecha en que la Comisión Médica reciba la solicitud de calificación de invalidez o los exámenes complementarios solicitados.

g) Médico Informante

El Médico Informante designado por el Presidente deberá resumir los antecedentes aportados, efectuar un estudio del caso y proponer la asignación de menoscabo conforme a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de

Pensiones. Asimismo, deberá llenar la Hoja C-1 (Conclusión Médico Informante) del Anexo N° 9 de la presente Letra D.

En virtud de que el afiliado reside fuera de Chile, la Comisión Médica evaluará y calificará la invalidez con los antecedentes médicos aportados por el Organismo de Enlace del país en convenio.

h) Exámenes médicos complementarios

La Comisión Médica, en caso de estimarlo estrictamente imprescindible para la evaluación y calificación de la invalidez, solicitará que se practiquen nuevos exámenes al afiliado.

El Presidente de la Comisión Médica informará de ello a la Administradora, adjuntando una solicitud que detalle el tipo de examen requerido (Anexo N° 11 de la presente Letra D).

En caso que el afiliado se encontrase en dicho momento en Chile, la Comisión Médica de Convenios Internacionales deberá solicitar a la Comisión Médica Regional, según jurisdicción, someter al interesado a la realización de dichos exámenes complementarios.

Asimismo, la Comisión Médica Regional deberá solicitar a la Administradora de Fondos de Pensiones que informe el porcentaje de cargo del afiliado respecto al arancel establecido en la Ley N° 18.469, en los términos que señalan los artículos 42, 43 y 44 del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

i) Acuerdo de suspensión del plazo

En el caso de ser necesario solicitar exámenes complementarios al afiliado, se deberá emitir un Acuerdo de Suspensión del Plazo, hasta la recepción de los mismos (Anexo N° 12 de la presente Letra D).

El Acuerdo de Suspensión del Plazo, deberá ser comunicado a la Administradora y a la Compañía de Seguros, en caso que corresponda.

Una vez recibidos los exámenes solicitados, la Comisión Médica dispondrá de un plazo de diez días para dictaminar.

j) Dictamen de invalidez

El Dictamen de Invalidez deberá emitirse en el formato diseñado para el Convenio Internacional, Anexo N° 13 de la presente Letra D, especificando el país en convenio de que se trate, de acuerdo a lo siguiente:

"VISTO: La Solicitud de Pensión de Invalidez del afiliado ya individualizado, de fecha....., conforme al Convenio Internacional Chile-....., promulgado por el D.S. N°....., de....., del Ministerio de Relaciones Exteriores, los antecedentes e informes médicos consignados en el Expediente de Calificación de Invalidez N°, y de acuerdo a los artículos 4° y 11° del D.L. N° 3.500, de 1980.

RUBROS "POR LO TANTO ACUERDA" Y "DEVENGAMIENTO DE LA PENSIÓN"

De conformidad a la normativa vigente, la declaración de la invalidez y el devengamiento de la pensión para estos trabajadores afiliados será la fecha de presentación de la Solicitud de Pensión en el Organismo Competente del País en Convenio.

POR LO TANTO ACUERDA:

Aceptar invalidez transitoria parcial /total a contar del (fecha de la solicitud de pensión en el Organismo Competente del País en Convenio)

DEVENGAMIENTO DE LA PENSIÓN:

"La invalidez para efectos del goce de la pensión respectiva, se devenga a contar del fecha de presentación de la solicitud de pensión".

En tanto las razones no sean imputables al afiliado, la Comisión Médica deberá abstenerse de rechazar administrativamente la invalidez por falta de antecedentes, exámenes o informes médicos.

Los dictámenes de beneficiario de pensión de sobrevivencia se emitirán de conformidad al formato del Anexo N° 14 de la presente Letra D.

k) Notificación del dictamen

El dictamen deberá ser notificado a la Administradora y Compañía de Seguros, según corresponda, preferentemente a través de medios electrónicos, en documento original y alternativamente por correo certificado dentro del tercer día de emitido.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

l) Reclamo en contra del dictamen de invalidez ante la Comisión Médica Central

Si el dictamen rechazara la invalidez, corresponderá que la Administradora en representación del afiliado curse el respectivo reclamo, dentro del plazo de 15 días hábiles contado desde la fecha de notificación del dictamen, según lo establecido en el Capítulo IV de la presente Letra D.

El reclamo deberá presentarse por escrito en la Comisión Médica de Convenios Internacionales para que sea resuelto por la Comisión Médica Central. Si esta última estima necesaria la realización de exámenes médicos adicionales para resolverlo, el financiamiento y reembolso del costo de tales exámenes se sujetará a lo establecido en el respectivo Convenio de Seguridad Social que haya sido invocado.

La Administradora, en un plazo máximo de 5 días hábiles de efectuado el reclamo, deberá comunicar al interesado tal gestión, así como también que eventualmente podrían existir costos asociados que deberá financiar para la realización de exámenes complementarios, si así lo establece el respectivo Convenio de Seguridad Social.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 123, de fecha 14 de agosto de 2014. Posteriormente fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 225, de fecha 4 de abril de 2018.

m) Revaluación del grado de invalidez

Una vez solicitado por la Administradora, de acuerdo al Título IV del presente Libro, la Comisión Médica de Convenios Internacionales tendrá un plazo de 15 días hábiles contados desde la fecha de recepción del requerimiento, para enviar a la Administradora la nómina de exámenes médicos que se requieren para efectuar la revaluación del grado de invalidez

Una vez recibidos los antecedentes médicos requeridos, la Comisión Médica tendrá un plazo de diez días hábiles para emitir el dictamen correspondiente, el que estará sujeto a los procedimientos de notificación y reclamo definidos para el primer dictamen. El dictamen se emitirá conforme al formato Anexo N° 15 de la presente Letra D.

n) Notificación del dictamen ejecutoriado o resolución CMC

A más tardar al tercer día hábil siguiente de ejecutoriado el primer dictamen, éste deberá ser notificado al afiliado en su país de residencia, a la Administradora de Fondos de Pensiones y a la Compañía de Seguros, en caso que corresponda, consignando su calidad de dictamen ejecutoriado, preferentemente por medios electrónicos o alternativamente por correo certificado.

Mediante oficio ordinario, conforme al formato Anexo N° 16 de la presente Letra D, se notificará a la Superintendencia de Pensiones, preferentemente mediante el sistema electrónico de correspondencia, adjuntando copia del dictamen ejecutoriado.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

ñ) Trabajador no afiliado con residencia en Chile

El trabajador residente en Chile que no se encuentra afiliado a ningún sistema previsional y desee obtener una pensión de invalidez en un país de convenio, podrá solicitar indistintamente a la Superintendencia de Pensiones, o a la COMPIN de las SEREMI de Salud, que se efectúe un estudio clínico de sus patologías.

En el supuesto que la Superintendencia de Pensiones sea requerida para ello, el estudio corresponderá a la Comisión Médica de Convenios Internacionales.

La Comisión Médica efectuará un estudio de las patologías invocadas como invalidantes, para cuyos efectos solicitará los peritajes médicos y exámenes de apoyo que sean necesarios.

El financiamiento de los exámenes será íntegramente de cargo del interesado. Atendido que el afiliado tiene derecho a la restitución de estos pagos por parte del Organismo Competente del país en convenio, la Comisión Médica deberá solicitar al médico o institución, las boletas o facturas que acrediten dichos pagos, y deberá remitirlos conjuntamente con los antecedentes médicos complementarios a la Administradora.

No corresponderá en estos casos asignación de menoscabo porcentual, ni emitir pronunciamiento sobre el grado de invalidez.

Concluido el estudio clínico, el Médico Asignado deberá llenar el Informe Médico Detallado que corresponda y enviarlo a la Superintendencia conjuntamente con los antecedentes médicos reunidos en el proceso.

o) Trabajador afiliado con residencia actual en Chile

Los solicitantes de calificación de invalidez afiliados y con residencia actual en Chile pueden acogerse a Convenios Internacionales sobre Seguridad Social si registran cotizaciones en el país sujeto a convenio.

Al momento de suscribir la solicitud de calificación de invalidez en la Administradora de Fondos de Pensiones, el afiliado deberá completar los formularios necesarios para su trámite en el país de convenio. La AFP deberá informar a la Comisión Médica Regional que se trata de una calificación de invalidez de esta naturaleza.

p) Entrevista Preliminar

Una función adicional que se establece a la Comisión Médica Regional en este tipo de solicitudes, es el llenado por el Médico Asignado del Informe Médico Detallado, formato que se utilizará de conformidad al país en convenio de que se trate, el que será informado por la Superintendencia.

Para el cumplimiento de este cometido, el Médico Asignado deberá procurar un examen físico suficientemente acucioso de manera tal, que le permita contar con la información necesaria para completar los antecedentes médicos que requiere cada Informe Médico en particular.

Es posible además, que en el caso de afiliados evaluados y calificados con anterioridad, se requiera a la Comisión Médica complete el Informe Médico Detallado para ser remitido al país de convenio, para lo cual si en el expediente no se encuentran todos los antecedentes médicos necesarios, deberá citar al paciente y obtener la información requerida en la citada ficha médica.

q) Envío de antecedentes a la Administradora

Una vez ejecutoriado el dictamen de invalidez, la Comisión Médica deberá remitir a la Administradora, dentro de los tres días hábiles siguientes, los documentos que se indican:

- Dictamen Ejecutoriado.
- Copia de todos los antecedentes e informes médicos que sirvieron de fundamento a la decisión de aprobar o rechazar la invalidez.
- Informe Médico Detallado.

r) Exámenes médicos complementarios solicitados por el país en convenio

Para efectos del beneficio de pensión de invalidez en el país de convenio, el Organismo Competente respectivo, conforme a sus propias pautas, evaluará y calificará los antecedentes médicos remitidos desde Chile.}

En caso que el país de convenio solicitara exámenes médicos complementarios a través de la Superintendencia, se requerirá a la Comisión Médica respectiva que los efectúe por medio de las instituciones del Registro de Interconsultores.

La Comisión Médica deberá solicitar al médico o institución, las boletas o facturas que acrediten dicho pago, y deberá remitirlos conjuntamente con los antecedentes médicos complementarios a la Administradora.

6. Afiliados que presentan afecciones invalidantes de origen laboral

El procedimiento a aplicar para determinar la procedencia de calificar la invalidez conforme al D.L. N° 3.500, de 1980, dependerá de si la afección de origen laboral ha sido declarada o no por organismo competente.

a) Afección de origen laboral no declarada

En este caso, el trabajador afiliado puede encontrarse en las situaciones que se indican a continuación.

i. Presenta sólo afección invalidante de origen laboral:

Si durante el estudio de una solicitud de calificación de invalidez, el médico presume que la causa o naturaleza de la afección que lo incapacita es provocada, desencadenada o influenciada por un accidente del trabajo o enfermedad profesional, deberá dejar constancia de este antecedente en el expediente electrónico y solicitar a la COMPIN o Mutualidad de Empleadores, según corresponda, la calificación y evaluación de la invalidez de origen laboral. Para este efecto, deberá utilizar la carta tipo contenida en el Anexo N° 17 de la presente Letra D, la que se enviará junto con la fotocopia de los antecedentes médicos.

Si no se ha recibido el informe solicitado sobre calificación de invalidez, el médico asignado al estudio del caso deberá entregar el expediente al Presidente de la Comisión, para que se acuerde la suspensión del plazo para dictaminar en la sesión anterior al cumplimiento de los 60 días contados desde la fecha en que el afiliado concurrió a entrevista con el médico asignado.

Recibido el informe correspondiente, dentro del plazo de sesenta días o dentro del plazo de suspensión acordado, la Comisión Médica deberá dictaminar de acuerdo al resultado del informe:

- Si la resolución descarta el origen laboral de la incapacidad, la Comisión deberá calificar y evaluar la invalidez invocada.

- Si la resolución establece que la incapacidad es de origen laboral, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por incompetencia legal. En esta eventualidad, el dictamen a emitir será el siguiente:

"CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al informe N°(o Resolución N°.....) de la COMPIN del Servicio de Salud(o de la Mutualidad de Empleadores.....), de fecha....., el afiliado presenta sólo patologías de origen laboral y que esta Comisión Médica carece de competencia legal para evaluar dichas patologías.

POR LO TANTO ACUERDA:

Rechazar Solicitud de Pensión de Invalidez. OBSERVACIONES:

El afiliado solicitante puede requerir la evaluación de sus afecciones de origen laboral ante el Organismo competente de la Ley N° 16.744."

Si el informe no es recibido dentro del plazo de suspensión acordado, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por término del plazo legal. En esta eventualidad, el dictamen a emitir será el siguiente:

"CONSIDERANDO:

Que, terminado el plazo de suspensión concedido por Acuerdo N°, de fecha/...../....., sin haberse recibido el (informe, evaluación) solicitado al Organismo competente de la Ley N° 16.744, (COMPIN, Mutualidad, etc.);

POR LO TANTO ACUERDA:

Rechazar Solicitud de Pensión de Invalidez."

- ii. Presenta, además de la afección invalidante de origen laboral, otra u otras de origen común:

El médico asignado al estudio del caso, deberá realizar el procedimiento de consulta señalado en el numeral precedente.

Recibido el informe correspondiente, la Comisión Médica deberá dictaminar de acuerdo a lo siguiente:

- Si la resolución establece que las afecciones de origen laboral provocan una incapacidad menor a 40%, habiendo o no dado origen a indemnización global, la Comisión deberá evaluar y calificar la incapacidad de origen común y de origen laboral, de acuerdo a los procedimientos normales establecidos en las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones.

- Si la resolución establece que la incapacidad de origen laboral provoca una incapacidad mayor o igual a 40%, el afiliado tendrá derecho a pensión de invalidez de origen laboral, conforme a la Ley N° 16.744, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez, por incompatibilidad legal de beneficios. El dictamen a emitir es el siguiente:

"CONSIDERANDO:

Lo establecido en el artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, que establece la incompatibilidad del beneficio invocado con la pensión de invalidez de origen laboral ya decretada a su favor.

POR LO TANTO ACUERDA:

Rechazar Solicitud de Pensión de Invalidez."

- b) Afección de origen laboral evaluada

En este caso, pueden darse las siguientes situaciones:

- i. Trabajador afiliado percibe una pensión de invalidez total o parcial causada por un accidente del trabajo o enfermedad profesional:

La Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez, fundado en la incompatibilidad legal de beneficios.

- ii. Trabajador afiliado presenta una incapacidad de origen laboral o profesional menor del 40%, habiendo o no recibido una indemnización global:

Si la evaluación de la incapacidad de origen laboral fue practicada con anterioridad a dos años de recibida la solicitud de calificación de invalidez, el médico asignado deberá solicitar una reevaluación de la invalidez a la COMPIN del Servicio de Salud o Mutualidad de Empleadores, competentes, según corresponda. Para este efecto, deberá utilizar la carta tipo contenida en el Anexo N° 18 de la presente Letra D.

Recibida la reevaluación solicitada o si la evaluación de la incapacidad laboral fue practicada dentro de los dos años anteriores a la solicitud de calificación de invalidez, la Comisión Médica deberá dictaminar de acuerdo a lo siguiente:

- Si la evaluación establece una invalidez de origen laboral menor de 40%, no existiendo otra afección de origen común, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por incompetencia legal para evaluar.

- Si la evaluación establece una invalidez mayor o igual a 40% de origen laboral, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez por incompatibilidad legal de beneficios.

- Si la evaluación establece una incapacidad de origen laboral menor del 40% y el trabajador presenta además una afección invalidante de origen común, la Comisión Médica deberá evaluar y calificar la incapacidad de origen común y de origen laboral, de acuerdo a las Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones, y dictaminar la aprobación o rechazo de la solicitud de pensión de invalidez, según proceda.

- c) Notificación del dictamen de invalidez

i. Dictamen que rechaza la solicitud de pensión de invalidez fundado en incompetencia legal o incompatibilidad legal de beneficios

El dictamen que rechaza en ese sentido la solicitud de pensión de invalidez, no contiene un pronunciamiento de fondo por parte de la Comisión Médica, toda vez que configurada la incompetencia o incompatibilidad legal de beneficios, le impiden evaluar y calificar las patologías invocadas. Por lo tanto, no es susceptible de reclamo por las partes.

Corresponde practicar una única notificación a las partes y se entenderá ejecutoriado desde el día siguiente a su notificación.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

ii. Dictamen que aprueba o rechaza la solicitud de pensión de invalidez, conforme al D.L. N° 3.500, de 1980

El dictamen que contenga el pronunciamiento de la Comisión Médica corresponderá en la forma y fondo a lo dispuesto en las normas para la solicitud de calificación de invalidez del trabajador afiliado.

d) Modificaciones a los artículos 18 y 19 del D.S. N° 109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social

Mediante Decreto Supremo N° 73, de 2005, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social introdujo diversas modificaciones a los Decretos Supremos N°s. 101 y 109, ambos del mismo Ministerio, que reglamentan diversas materias de la Ley N° 16.744.

En lo que atañe al procedimiento de calificación y revaluación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema de Pensiones y, particularmente en relación a la incompatibilidad de pensiones establecida por el artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980, el decreto supremo antes singularizado incorporó diversas enfermedades a la categoría de enfermedades profesionales, las que con anterioridad usualmente se les atribuía origen común.

En consecuencia, las Comisiones Médicas deberán extremar el estudio de las patologías que se incluyen en el Anexo N° 19 de la presente Letra D, de modo de indagar cuando corresponda el eventual origen profesional de las mismas.

7. Tramitación de recursos en contra de dictámenes y resoluciones de invalidez ante la Comisión Médica Central

a) Reclamo o apelación

La apelación o reclamo respecto de los dictámenes que emiten las Comisiones Médicas Regionales de la Superintendencia de Pensiones se regirá por las normas del Capítulo IV de la presente Letra D y las disposiciones que a continuación se señalan. Los antecedentes del reclamo deberán ser ingresados al sistema informático de las Comisiones Médicas y el reclamo original formará parte del expediente electrónico:

i. Dictámenes no reclamables por las partes

Durante el proceso de calificación de invalidez, en algunos casos las Comisiones Médicas Regionales se ven imposibilitadas, por diversas circunstancias, de pronunciarse acerca del grado de invalidez de los solicitantes y deben rechazar las solicitudes de pensión de invalidez, fundado en diversas causales administrativas.

Los dictámenes cuyo fundamento de rechazo es administrativo y no médico, técnicamente no constituyen un dictamen de invalidez, razón por la cual no son susceptibles de reclamo, conservando siempre el afiliado o solicitante la posibilidad de requerir nuevamente la calificación de su invalidez, en cuyo caso podrá obtener un dictamen médico si se han subsanado los impedimentos legales o administrativos anteriores.

Los dictámenes de invalidez no son reclamables cuando la solicitud de pensión ha sido rechazada por una de las siguientes causales:

i.1. Fallecimiento del trabajador o solicitante durante el trámite de calificación de invalidez;

i.2. No concurrencia del afiliado o solicitante a las citaciones de la Comisión Médica;

i.3. Desistimiento de la solicitud de pensión de invalidez;

i.4. Incompetencia legal para resolver sobre el grado de invalidez, provocado únicamente por patologías de origen laboral o profesional; o incompatibilidad legal de beneficios, artículo 12 del D.L. N° 3.500, de 1980;

i.5. Solicitud de pensión de invalidez o solicitud de revaluación del grado de invalidez de trabajador mayor de 65 ó 60 años de edad, según sea hombre o mujer, respectivamente;

i.6. Término de plazo de suspensión, sin haber obtenido antecedentes de base para dictaminar;

i.7. Caso extrajurisdiccional.

Si la Comisión Médica Regional recibe un reclamo en contra de un dictamen que rechaza la invalidez por algunas de las causales comprendidas en las letras i.2 a i.6 precedentes, deberá devolverlo en el momento, preferentemente por medios electrónicos, que incluya un método de confirmación de recepción automática o, alternativamente, por correo certificado, a través de oficio conductor, indicando las razones por las cuales no procede su tramitación.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Por su parte, no serán reclamables por las Compañías de Seguros de Vida, los siguientes dictámenes:

- Afiliados no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia:

No procede la reclamación por parte de las Compañías de Seguros, respecto de dictámenes de afiliados no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

De producirse una apelación de este tipo, ésta no debe ser acogida a trámite por la Comisión Médica Regional, debiendo ser devuelto de inmediato a la Compañía de Seguros respectiva, preferentemente por medios electrónicos, o alternativamente, por correo certificado, consignándose en la comunicación las razones por las cuales no procede el reclamo.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Si habiendo tomado conocimiento de que el dictamen de invalidez adolece de error, en cuanto a la cobertura por el seguro, en el sentido que dice No Cubierto, en lugar de indicar la Compañía de Seguros responsable del siniestro, y ésta ejerce su derecho a reclamo dentro de plazo, la Comisión Médica deberá admitirlo a tramitación e ingresarlo al sistema informático, sujeto a la condición de verificar con la Administradora el error de información, por cuanto ello permite no dilatar el proceso con la emisión de un dictamen modificadorio. Al momento de recibir la modificación de cobertura por parte de la Administradora, deberá adjuntar dicho documento al expediente electrónico.

- Dictamen de revaluación de invalidez de un afiliado inválido definitivo:

No procede el reclamo por parte de la Compañía de Seguros, respecto de un dictamen de revaluación de un inválido parcial definitivo.

En efecto, la emisión del segundo dictamen que declara la invalidez de un afiliado, otorga el carácter definitivo de ésta y, entre otros efectos, hace exigible respecto de los afiliados cubiertos por el seguro, la obligación de la Compañía de Seguros de enterar el aporte adicional, con lo cual concluyen sus obligaciones contractuales. En consecuencia, tratándose de afiliados inválidos parciales definitivos, si éstos ejercieran la facultad legal de someterse a nuevas revaluaciones, el nuevo segundo dictamen no podrá ser reclamado por la Compañía que enteró el aporte adicional, puesto que dejó de ser parte en el siniestro.

Si no obstante ello, la Comisión Médica Regional recibe un reclamo de la aseguradora, deberá devolverlo a ésta sin tramitar, preferentemente por medios electrónicos o, alternativamente, por correo certificado.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

- Dictamen de invalidez de hijo beneficiario de pensión de sobrevivencia, cuyo afiliado o causante tiene la condición de inválido o fallecido, pensionado por vejez o vejez anticipada:

Para determinar cuándo un dictamen de invalidez de beneficiario de pensión de sobrevivencia puede ser reclamado por la Compañía de Seguros, es necesario atender la situación previsional del afiliado que genera tal requerimiento.

o Si la calificación del beneficiario se genera por la pensión de invalidez del afiliado, la Compañía será parte sólo si el afiliado se encuentra cubierto por el seguro, de modo que la solicitud de calificación del beneficiario deberá acompañar informe de cobertura. Si el afiliado inválido carece de cobertura por el seguro de invalidez y sobrevivencia, la Compañía no es parte en el siniestro del hijo beneficiario. Por lo tanto, no podrá reclamar del dictamen que se emita para dichos beneficiarios.

o Si la calificación del beneficiario se genera por la muerte del afiliado, la Compañía será parte sólo si el causante se encontraba cubierto por el seguro a la fecha de su muerte.

La solicitud del hijo beneficiario deberá acompañar informe de cobertura. La aseguradora será parte en el siniestro del beneficiario sólo si el afiliado causante se encontraba cubierto por el seguro.

o Cuando la calificación del beneficiario tenga por fundamento la pensión de vejez o vejez anticipada del afiliado, la Compañía de Seguros no es parte en el siniestro del beneficiario, puesto que el seguro de invalidez no opera en estos casos. La solicitud del beneficiario no requiere informe de cobertura, basta con verificar que el afiliado se encuentre pensionado o en trámite de pensión de vejez o vejez anticipada.

Nota de actualización: Esta viñeta fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 153, de fecha 11 de septiembre de 2015.

Los dictámenes que se pronuncian sobre las solicitudes de calificación de invalidez por requerimiento de ISAPRE, sólo son reclamables por el afiliado afectado.

La resolución de la Comisión Médica Central que resuelve un reclamo en contra de un dictamen de trabajador afiliado, que simultáneamente registra un dictamen de ISAPRE, afecta de pleno derecho a ambos dictámenes.

ii. Procedimiento de interposición de reclamo o apelación**Nota de actualización: El título fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.**

El reclamo en contra de un dictamen de invalidez emitido por una Comisión Médica Regional, debe ser fundado e interponerse por las partes involucradas en el proceso, ante la Comisión Médica Regional que emitió el dictamen, por medios electrónicos o, alternativamente, por medios físicos, dentro del plazo de quince días hábiles contado desde la notificación del dictamen, ante la Comisión Médica Regional que lo emitió y sin necesidad de patrocinio de abogado, por las partes involucradas en el proceso.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Para efectos de la interposición de un reclamo, las Comisiones Médicas deberán tener disponible el formulario contenido en el Anexo N° 20 de la presente Letra D.

No obstante, la Comisión Médica Regional tiene la obligación de recibir y tramitar un reclamo aun cuando el reclamante no haya hecho uso del formato establecido.

Si el reclamo es enviado a la Comisión Médica Regional, a través de correo postal, considerará como fecha de presentación la correspondiente a la recepción del reclamo en la Comisión Médica respectiva. Si el reclamo es enviado a la dirección de correo electrónico de la Comisión Médica Regional, se considerará como fecha de presentación la fecha de recepción del correo electrónico.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Los solicitantes en el ejercicio del derecho de reclamo del que son titulares, pueden actuar personalmente o representados por medio de apoderado o representante.

En consecuencia, si la Comisión Médica Regional recibe un reclamo suscrito por una persona que señala actuar en representación o en calidad de apoderado del titular del dictamen de invalidez en contra del cual apela, deberá acompañar a su reclamo copia autorizada del respectivo poder, el que para estos efectos bastará que se haya constituido por documento privado suscrito ante Notario, es decir, debe llevar la expresión "firmó ante mí".

En ese contexto, para los documentos privados notariales en que conste el poder, la persona que otorga el poder debe comparecer personalmente a firmar a la Notaría, de modo que no se cumple con el requisito si el Notario sólo autoriza la firma, esto es, cuando en el documento se utiliza la expresión "autorizo la firma".

Tratándose de reclamos interpuestos por las Compañías de Seguros, siendo éstas personas jurídicas, las apelaciones deberán ser suscritas por representantes autorizados, con sus respectivas firmas y debidamente individualizados al igual que la Compañía que representan. Tal información deberá ser verificada con la nómina de personas designadas por las Compañías de Seguros y acreditadas ante esta Superintendencia.

Nota de actualización: Los párrafos octavo, noveno y décimo de este literal fueron eliminados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.**iii. Recepción del reclamo**

Ante la recepción de un reclamo en la Comisión Médica Regional, se deberá ingresar al sistema informático en el mismo día en el que sea recibido. El registro de ingreso deberá contener, a lo menos, lo siguiente:

- o Fecha de Recepción;
- o Número de dictamen o número de dictamen Comisión Médica Central Ampliada, objeto de reclamo;
- o Nombre completo o razón social del reclamante;
- o Número de oficio y fecha de envío del reclamo a la Comisión Médica Central o Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda;
- o Número y fecha de oficio de la Comisión Médica Central, cuando ésta solicita peritajes, exámenes y otros antecedentes;
- o Número y fecha de resolución de la Comisión Médica Central; dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada y oficio de la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda;
- o Fecha de recepción de resolución, dictamen u oficio en la Comisión Médica Regional;
- o Fecha de despacho de la resolución; dictamen u oficio por parte de la Comisión Médica Regional a los interesados y número de la guía de despacho de correo certificado;

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

El original del reclamo interpuesto formará parte del respectivo expediente electrónico.

iii.1. Revisión del plazo de interposición:

El funcionario administrativo de la Comisión deberá recibir el reclamo, aun cuando los antecedentes indiquen que se encuentra fuera de plazo para remitirlo a la Comisión Médica Central, quien tiene la facultad privativa para comprobar si el reclamo fue interpuesto dentro del plazo legal.

El cálculo de la fecha de vencimiento del plazo de apelación se hará de acuerdo a lo siguiente:

1° Se entenderá por efectuada la notificación a contar del tercer día siguiente del envío de la notificación por medios electrónicos o de la recepción de la carta certificada en la oficina de correos que corresponda, según sea la forma de notificación.

Nota de actualización: Este número fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

2° El plazo de presentación del reclamo corresponderá a 15 días hábiles contados desde la fecha de cumplida la notificación. Se deberá dar por terminado el plazo de recepción del reclamo a las 24:00 horas del día quince antes calculado.

3° Se deberá entender como días no hábiles los sábados, domingos y festivos, incluidos los festivos regionales, según corresponda.

Nota de actualización: Los numerales 2° y 3° fueron modificados por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

iii.2. Notificación a las partes de la interposición de reclamo o apelación

Dentro de los tres días siguientes de recibido el reclamo de una de las partes, la Comisión Médica Regional deberá enviar una notificación de la interposición a las partes restantes, en el formulario contenido en el Anexo N° 21 de la presente Letra D. Si el tercer día recayere en sábado, domingo o festivo, el plazo se prorrogará hasta las 24:00 horas del primer día hábil siguiente.

La notificación de interposición del reclamo a las partes afectadas, es decir, aquellas que no han reclamado, deberá acompañar una copia del reclamo presentado, para que, antes de la sesión en que se verá el caso, formulen por escrito las alegaciones que estimen pertinentes, las que deben ser remitidas ya sea por medios electrónicos o físicos. Con todo, el plazo para presentar la alegación no podrá ser inferior a cinco días hábiles, sin perjuicio de que se recibirán antecedentes hasta antes de la sesión.

Se entenderá notificada la comunicación de la interposición de reclamo, a contar del tercer día siguiente del envío de la notificación por medios electrónicos o a la recepción de la carta certificada en la oficina de correos, según corresponda.

Nota de actualización: Los párrafos primero y segundo fueron modificados y el párrafo tercero fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Lo anterior, sin perjuicio que pueden deducir, dentro de plazo, su propio reclamo en contra del dictamen, en aquella parte que estimen perjudicial.

Con todo, mientras dure el proceso de tramitación del reclamo y no se haya emitido resolución sobre el particular, las partes podrán hacer presente ante la Comisión Médica Central, directamente o a través de la Comisión Médica Regional, cualquier nuevo antecedente para mejor resolver. La Comisión Médica Regional y la Comisión Médica Central, según corresponda, deberán incluir estos antecedentes en el expediente electrónico.

Nota de actualización: El quinto párrafo fue modificado y el sexto párrafo fue eliminado, por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Si el reclamo ha sido interpuesto en contra de un dictamen por requerimiento de ISAPRE, sea que corresponda a un único trámite de calificación de invalidez, o que se entienda apelado por haberse reclamado un dictamen de trabajador afiliado, cuya calificación de invalidez ha sido tramitada simultáneamente con una calificación de invalidez por requerimiento de ISAPRE, la interposición del reclamo deberá ser notificada a la Institución de Salud Previsional correspondiente, mediante oficio ordinario cuyo modelo está contenido en el Anexo N° 22 de la presente Letra D. En este caso, no es aplicable para la Institución de Salud la facultad de formular alegaciones respecto del reclamo, razón por la cual la Comisión Médica no debe remitirle copia de dicha apelación.

iii.3. Despacho del reclamo a la Comisión Médica Central

Al ser ingresado el reclamo al sistema de información de las Comisiones Médicas, éste quedará inmediatamente disponible para revisión por la Comisión Médica Central.

Simultáneamente la Comisión Médica Regional deberá remitir a la Comisión Médica Central todos los antecedentes y/o expedientes de calificación de invalidez anteriores de forma digital o en formato físico completos si los hubiera.

El sistema informático deberá identificar los casos priorizados de acuerdo con los procedimientos establecidos en el número 2., letra h) y letra o), del presente capítulo.

Nota de actualización: El segundo párrafo de este literal fue reemplazado por los párrafos segundo y tercero anteriores, por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

iv. Requerimiento de la Comisión Médica Central

La Comisión Médica Central podrá requerir a la Comisión Médica Regional que se practiquen nuevos exámenes o peritajes al solicitante, los cuales deberán efectuarse y gestionarse como prioritarios y en el más breve plazo posible, no excediendo de 60 días. Este requerimiento será acompañado de una copia del acta de la sesión en la que la Comisión Médica Central acordó este procedimiento.

En algunos casos, el requerimiento lo efectuará la Comisión Médica Central, directamente al afectado.

v. Resolución de la Comisión Médica Central

Fallado el reclamo, la Comisión Médica Central emitirá una resolución que confirmará o revocará el dictamen de invalidez reclamado. La despachará a la Comisión Médica Regional, junto con los expedientes de calificación de invalidez físicos y documentos originales del expediente electrónico. Una vez que las resoluciones cuenten con firma electrónica avanzada en el sistema informático y que las actas estén finalizadas, el expediente electrónico quedará inmediatamente a disposición de la Comisión Médica Regional.

La Comisión Médica Regional deberá tomar conocimiento de la resolución en la sesión siguiente de la fecha en que fue recibida y ordenará el cúmplase con la firma del Presidente y Secretario Médico.

La resolución deberá ser notificada por la Comisión Médica Regional, a más tardar al día siguiente de la sesión en que se tomó conocimiento, al afiliado o solicitante, a la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual éste se encuentre incorporado, al Instituto de Previsión Social, a la Compañía de Seguros de Vida, a la entidad pagadora de subsidios y a la institución empleadora del Sector Público, Municipal, Municipal Docente, Atención Primaria de Salud Municipal y Poder Judicial, cuando proceda.

La resolución deberá quedar contenida en el expediente electrónico de calificación de invalidez.

vi. Comisión Médica Central Ampliada

La Comisión Médica Central Ampliada deberá notificar a los organismos administradores, con la debida antelación, la fecha y hora de la sesión en que se discutirá acerca del origen de la invalidez de afiliados cuyo riesgo se encuentren cubriendo.

Emitido el dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada, éste será despachado a la Comisión Médica Regional, la que deberá tomar conocimiento en la sesión siguiente a su recepción y proceder a notificarlo. Las partes a notificar son las siguientes: el afiliado afectado, la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentre incorporado, la Compañía de Seguros si correspondiere, la entidad pagadora de subsidios según sea el caso, la institución empleadora del Sector Público, Municipal, Municipal Docente, Atención Primaria de Salud Municipal y Poder Judicial y la entidad que de acuerdo con la Ley N° 16.744 le pudiere corresponder el pago de la respectiva prestación por invalidez profesional.

Puede ocurrir que el eventual origen laboral de la invalidez no sea la única alegación de la parte reclamante, puesto que subsidiariamente puede reclamar acerca del grado de invalidez si la Comisión Ampliada desecha el origen laboral. En estos casos, se constituye primeramente la Comisión Médica Central Ampliada y, si concluye que la invalidez es de origen común, acordará en sesión traspasar el reclamo a la Comisión Médica Central Común.

La Comisión Médica Central emitirá una resolución en formato común, pero en uno de sus considerando citará el acuerdo de la Ampliada, en cuanto al origen de la invalidez. Esta resolución es también reclamable ante la Superintendencia de Seguridad Social, siempre que otorgue invalidez y las partes insistan sólo en el origen laboral de las afecciones.

vii. Procedencia del reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social

Sólo procede acoger a trámite un reclamo en contra de un dictamen o resolución que contenga un acuerdo de la Comisión Médica Central Ampliada cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el dictamen emitido por la Comisión Médica Regional y que fue reclamado ante la Comisión Médica Central, haya declarado la invalidez, sea en un grado parcial o total;

- Que el reclamo ante la Comisión Médica Central haya tenido por fundamento, sea como única o entre otras alegaciones, la circunstancia que la invalidez declarada ha sido provocada, desencadenada o influenciada por un accidente del trabajo o enfermedad profesional; y

- Que el reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social sea interpuesto dentro de plazo.

Si del estudio del caso por parte de la Comisión Médica Regional, concluye que no se configura uno de los tres requisitos señalados, deberá devolver inmediatamente el reclamo al apelante, a través de oficio conductor, explicando las razones de su rechazo.

Si concurren los requisitos señalados, deberá acoger el reclamo a tramitación, del mismo modo que un reclamo común.

Deberá notificar la interposición del reclamo a las partes, incluyendo al organismo administrador de la Ley N° 16.744, que corresponda, según formato contenido en el Anexo N° 24 de la presente Letra D.

Al mismo tiempo, deberá remitir el reclamo a la Superintendencia de Seguridad Social, acompañando fotocopia de los expedientes de calificación de invalidez físicos, copia del expediente electrónico de calificación y fotocopia de la documentación en original. Para el efecto, utilizará el formato contenido en Anexo N° 25 de la presente Letra D.

La Superintendencia de Seguridad Social emitirá su resolución, a través de oficio dirigido al reclamante con copia al Presidente de la Comisión Médica Regional.

La Comisión Regional deberá notificarlo, previo conocimiento en sesión, al afiliado, a la Administradora de Fondos de Pensiones, al Instituto de Previsión Social, a la Compañía de Seguros si correspondiere, a la entidad pagadora de subsidios, a la entidad que pudiera corresponderle el pago de la respectiva prestación por invalidez laboral y a la Comisión Médica Central Ampliada. Para este efecto, la Comisión Regional deberá utilizar el formato contenido en el Anexo N° 26 de la presente Letra D. El oficio que contenga la resolución de la Superintendencia de Seguridad Social, formará parte del expediente electrónico de calificación de invalidez.

b) Recurso de Reposición Administrativo

De acuerdo a lo establecido en el número 6. del Capítulo IV de la presente Letra D, el recurso de reposición administrativo procede en contra de la generalidad de las Resoluciones de la Comisión Médica Central. Compete el conocimiento y resolución de los Recursos de Reposición Administrativos, al mismo órgano que dictó el acto que se impugna. Podrán interponer el citado recurso por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde la fecha en que se entiende notificada la resolución recurrida, las partes intervinientes en el proceso de calificación de invalidez, directamente o por intermedio de apoderado o representante, esto es: el afiliado o solicitante afectado, la Administradora a la cual éste se encuentra incorporado o el Instituto de Previsión Social y la Compañía de Seguros, según corresponda. Excepcionalmente, pueden interponer este recurso las Instituciones de Salud Previsional en las condiciones que más adelante se indican.

No será necesario que las Comisiones Médicas dispongan de un formulario especial para la interposición del recurso, bastará que el interesado señale en su escrito que recurre de reposición, singularice el dictamen o resolución respecto del cual recurre y una descripción de los argumentos que sustentan su recurso. Podrá acompañar los antecedentes que estime necesarios en original o fotocopia, los cuales formarán parte del expediente electrónico.

Este recurso debe ser interpuesto ante el mismo órgano que dictó el acto recurrido. Si se recurre de reposición respecto de una resolución de la Comisión Médica Central, correspondería que éste fuese presentado directamente ante dicha Comisión. Sin embargo, considerando el breve plazo de que disponen para el efecto los interesados, la ubicación geográfica de la Comisión Médica Central y los efectos que éste producirá, las Comisiones Médicas Regionales podrán acoger a trámite estos recursos de forma similar que los reclamos en contra de sus dictámenes de invalidez. Por su parte, si el acto recurrido es un dictamen de invalidez a requerimiento de ISAPRE, corresponde que éste se presente ante la Comisión Médica Regional que lo emitió.

La recepción y registro de un recurso de reposición administrativo en la Comisión Médica Regional, sigue el mismo procedimiento establecido precedentemente para los reclamos. El funcionario administrativo de la Comisión deberá recibir e ingresar al sistema de información el recurso de reposición, aun cuando estime que éste es improcedente o que se encuentra fuera de plazo.

El registro electrónico de los recursos de reposición deberá realizarse el mismo día de recibidos en la Comisión Médica Regional y deberá contener, a lo menos, lo siguiente:

- Fecha de recepción
- Número de dictamen regional o de resolución de la Comisión Médica Central, objetos del recurso;
- Nombre completo o razón social del recurrente;
- Número de oficio y fecha de envío del oficio por el cual se notifica a las partes la interposición del recurso;
- Número de oficio y fecha de envío del recurso a la Comisión Médica Central, si el acto recurrido es una resolución dictada por ésta;
- Número y fecha de oficio de la Comisión Médica Central, cuando ésta solicita peritajes, exámenes y otros antecedentes;
- Número y fecha de resolución de la Comisión Médica Central;
- Fecha de emisión de nuevo dictamen o de recepción de nueva resolución de la Comisión Médica Central;
- Fecha de despacho del nuevo dictamen o resolución a los interesados;

Ingresado un recurso de reposición administrativo, el funcionario de la Comisión Médica Regional deberá proceder a su tramitación, distinguiendo si el citado recurso ha sido interpuesto en contra de un dictamen de invalidez a requerimiento de ISAPRE emitido por su Comisión Médica, o si se refiere a una resolución emitida por la Comisión Médica Central, de acuerdo a lo siguiente:

i. Dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE

Recibido un recurso de reposición administrativo interpuesto por ISAPRE en los términos señalados, a más tardar a las 24 horas siguientes de su recepción, el Presidente de la Comisión Regional examinará si éste ha sido interpuesto dentro de plazo.

Si determina que el recurso fue interpuesto fuera de plazo, deberá ingresarlo junto al expediente de invalidez respectivo a la sesión siguiente y acordar en ella su rechazo por extemporáneo. En este caso, el acuerdo de la Comisión quedará anotado en el acta de sesión, incorporando el formulario denominado Recursos de Reposición Administrativos, cuyo formato se encuentra contenido en el Anexo N° 27 de la presente Letra D.

Dicho acuerdo será notificado a la ISAPRE recurrente por la Comisión Médica Regional, mediante oficio Ordinario, según modelo contenido en Anexo N° 28 de la presente Letra D, remitiéndole copia del acta de la sesión por carta certificada, con lo cual se pone término a su tramitación.

Si el recurso ha sido interpuesto dentro de plazo, la Comisión deberá notificar su interposición a las partes y dejarlo pendiente de dictamen hasta que transcurra el plazo de apelación, por cuanto dicho dictamen es susceptible de reclamo por el trabajador afiliado. La notificación la practicará por oficio ordinario, según modelo contenido en Anexo N° 29 de la presente Letra D.

Si el afiliado interpone reclamo en contra del dictamen ante la Comisión Médica Central, la Comisión Regional deberá abstenerse de conocer el recurso y elevar todos los antecedentes a la Comisión Médica Central para su resolución, notificando ese hecho a la recurrente.

Si vencido el plazo de reclamo el afiliado no interpone apelación ante la Comisión Médica Central, el Presidente de la Comisión Médica Regional deberá encargar el estudio del caso a un médico integrante, distinto al que estudió el caso previamente. Recibido el expediente por el médico asignado, procederá del siguiente modo:

- Tomará conocimiento de los fundamentos del recurso;
- Emitirá un pronunciamiento técnico sobre el dictamen objeto del recurso de reposición, al tenor de los argumentos expuestos por el recurrente confrontados con las actuaciones y decisiones adoptadas durante la calificación de invalidez.
- Evaluará la conveniencia de objetivar médicamente los argumentos invocados por el recurrente.
- Propondrá a la Comisión en pleno, el rechazo o aceptación de plano del Recurso, ya sea confirmando, modificando o revocando el dictamen recurrido.
- Solicitará en la misma sesión mayores antecedentes médicos y/o comparecencia del afiliado, para mejor resolver.
- El médico asignado dejará constancia de su estudio del recurso y de sus conclusiones en un nuevo formulario, haciendo referencia en ella el recurso de reposición administrativo de que se trate, la que se insertará en el expediente respectivo.
- A su turno, el dictamen de la Comisión quedará estampado en un nuevo formulario, singularizando el recurso de reposición, la que se insertará en el expediente a continuación de los comentarios del médico asignado.

El financiamiento de exámenes, peritajes, informes, traslados, estadía y acompañante, que eventualmente pueda demandar la tramitación del recurso, será exclusivamente de cargo de la ISAPRE recurrente.

Dentro de los treinta días hábiles siguientes al vencimiento del plazo legal de apelación o desde la fecha de recepción de los exámenes e informes médicos que hubiere solicitado, la Comisión Médica Regional deberá emitir su dictamen de invalidez, según formato contenido en Anexo N° 30 de la presente Letra D.

El dictamen deberá ser despachado a las partes por carta certificada, acompañado de un certificado de notificación, cuyo formato está contenido en el Anexo N° 31 de la presente Letra D, que indicará además la fecha de ejecutoria del dictamen, la que corresponderá al día siguiente de su notificación. Se entenderá practicada la notificación, a contar del tercer día hábil siguiente a su despacho en la oficina de correos.

ii. Resoluciones de la Comisión Médica Central

El hecho que las resoluciones de la Comisión Médica Central sean susceptibles de este recurso significa que se entenderán ejecutoriadas una vez transcurrido el plazo sin que las partes hayan recurrido de reposición o bien, interpuesto éste, una vez que la nueva resolución de la Comisión Médica Central ha sido notificada a las partes.

Por regla general, la interposición de este recurso no suspende los efectos del acto recurrido, sin embargo, esta Superintendencia ha estimado necesario considerar que la presentación de un recurso de reposición administrativo en contra de una resolución de la Comisión Médica Central, importa una prolongación del proceso de calificación de invalidez de que se trate, razón por la cual y de ser interpuesto, deberá necesariamente paralizar los efectos de la resolución recurrida, con el propósito de precaver eventuales perjuicios a las partes.

El conocimiento y fallo del recurso es de competencia exclusiva de la Comisión Médica Central, por cuanto es el órgano que dictó la resolución recurrida.

El recurso ingresado por la Comisión Médica Regional al sistema de información quedará inmediatamente disponible para revisión por la Comisión Médica Central. A más tardar al día hábil

siguiente de la recepción del recurso, la Comisión Médica Regional deberá remitir los antecedentes físicos del expediente de calificación de invalidez, a la Comisión Médica Central para su conocimiento y resolución, por intermedio de un oficio conductor, cuyo formato se encuentra contenido en el Anexo N° 32 de la presente Letra D.

Dentro del mismo plazo, la Comisión Médica Regional deberá notificar a las partes restantes de la interposición del recurso, acompañando copia de éste. La notificación se practicará por intermedio de un oficio conductor, de acuerdo al modelo contenido en el Anexo N° 33 de la presente Letra D, haciendo expresa mención que las partes disponen de un plazo de cinco días hábiles siguientes a la notificación para formular por escrito las alegaciones que estimen pertinentes, como también del hecho que tal recurso suspende los efectos de la resolución recurrida.

Las alegaciones al recurso de reposición que las Comisiones Médicas Regionales reciban de las partes restantes, deberán ingresarlas al sistema informático de inmediato y remitir los documentos originales a la Comisión Médica Central, la que efectuará la ponderación de las mismas, al momento de resolver.

En la práctica puede ocurrir que los interesados interpongan este recurso directamente ante la Comisión Médica Central. En ese evento, la Comisión Médica Central deberá recibirlo y acogerlo a trámite, ingresándolo al sistema de información el mismo día en que se reciba, asociado a la resolución recurrida, con la finalidad que la Comisión Médica Regional respectiva practique las notificaciones de rigor y le remita los antecedentes físicos del o los expedientes de calificación de invalidez.

Un funcionario administrativo de la Comisión Médica Central deberá verificar que el oficio conductor de la Comisión Médica Regional acompañe el original del recurso de reposición, el expediente de calificación de invalidez completo y las guías de correo en las cuales conste el despacho de la notificación a las partes de la resolución recurrida. El recurso de reposición formará parte del expediente electrónico.

Recibido el respectivo recurso, éste quedará a disposición del Presidente de la Comisión Médica Central, quien efectuará un análisis preliminar del expediente y verificará si el recurso fue interpuesto dentro del plazo legal. Si el recurso fue presentado fuera de plazo, deberá ser incorporado a la tabla de la próxima sesión para resolver su rechazo por esa causa. Si el recurso fue presentado dentro de plazo, el Presidente deberá asignar el caso a un médico integrante de la Comisión o asumir personalmente el estudio, individualizando al médico asignado en el sistema de información. La asignación deberá corresponder a un médico integrante distinto al que estudió el expediente que generó la resolución recurrida.

Un funcionario de la Comisión deberá verificar si ésta ha recepcionado alegaciones o descargos de las partes respecto del recurso. Si éstas se han recibido, deberán integrarse al expediente.

El médico asignado al caso procederá del siguiente modo:

- Tomará conocimiento de los fundamentos del recurso;
- Emitirá un pronunciamiento técnico sobre la resolución del reclamo objeto del recurso de reposición, al tenor de los argumentos expuestos por el recurrente confrontados con las actuaciones y decisiones adoptadas en la etapa de reclamo.
- Evaluará la conveniencia de objetivar médicamente los argumentos invocados por el recurrente.
- Propondrá a la Comisión en pleno, el rechazo o aceptación de plano del Recurso, ya sea confirmando, modificando o revocando la resolución recurrida.
- Solicitará en la misma sesión mayores antecedentes médicos, directamente o por intermedio de la Comisión Médica Regional, para mejor resolver.

Para el financiamiento de exámenes, peritajes, informes, traslados, estadía y eventualmente acompañantes, que pueda demandar la interposición del recurso de reposición administrativo, se aplicarán las mismas normas y procedimientos establecidos para los reclamos en contra de un dictamen de invalidez.

Dentro de los treinta días hábiles siguientes a la recepción de la última alegación o descargo de las partes, de vencido el plazo establecido para el efecto, o desde la fecha de recepción de los

exámenes e informes médicos que hubiere solicitado, la Comisión Médica Central deberá emitir su fallo, a través de una nueva resolución.

La resolución que contenga el fallo del recurso de reposición administrativo deberá ser ingresada al sistema de información el mismo día de la sesión en que fue dictada. A su vez, los antecedentes físicos del expediente de calificación de invalidez deberá despacharse a la Comisión Médica Regional, dentro de los cinco días hábiles siguientes de emitida la resolución.

La resolución que contiene el fallo respecto de un recurso de reposición administrativo, no es susceptible de otro recurso, por lo tanto, la reposición agota la vía administrativa y, por consiguiente, pone término al proceso de calificación de invalidez.

De acuerdo a lo expresado, un dictamen de invalidez se entenderá ejecutoriado cuando transcurrido el plazo de quince días hábiles desde su notificación, éste no fue reclamado por las partes ante la Comisión Médica Central; cuando habiendo sido reclamado por las partes, haya transcurrido el plazo de cinco días hábiles desde la notificación de la resolución de la Comisión Médica Central, sin que las partes hayan interpuesto recurso de reposición administrativo en contra de ella; cuando interpuesto éste, la resolución que contiene su fallo ha sido notificada a las partes.

Recibida por la Comisión Médica Regional una resolución de la Comisión Médica Central dictada en virtud de un recurso de reposición administrativo, la Comisión Regional deberá tomar conocimiento de ella en la sesión siguiente de la fecha de su recepción y ordenará el cúmplase con la firma del Presidente y Secretario Médico.

Acto seguido, procederá a notificar dicha resolución a las partes por carta certificada. De igual modo, deberá indicar la fecha a contar de la cual se entiende ejecutoriada, estampando ese dato en el ángulo superior derecho de la resolución.

Cabe precisar que la resolución que falla un recurso de reposición administrativo se entiende ejecutoriada a contar del día siguiente de su notificación, la que a su vez se entenderá practicada a contar del tercer día hábil siguiente a su recepción en la oficina de correos.

c) Recurso Jerárquico

No procede el recurso jerárquico en contra de los dictámenes y resoluciones de invalidez de las Comisiones Médicas Regionales y Central. Al respecto, puede ocurrir que algún interesado deduzca recurso de reposición administrativo en contra de una resolución de la Comisión Médica Central, interponiendo subsidiariamente el recurso jerárquico, entendiéndose que esta Superintendencia es el órgano superior de las Comisiones Médicas. En ese evento la Comisión Médica deberá resolver la reposición y si concluye en su rechazo, deberá declarar inadmisibles los recursos jerárquico.

d) Recurso Extraordinario de Revisión

El recurso extraordinario de revisión procede sólo en contra de las resoluciones ejecutoriadas de la Comisión Médica Central, sea que hayan sido o no objeto de recurso de reposición administrativo. Al respecto, son aplicables las disposiciones que se establecen en el número 7. del Capítulo IV de la presente Letra D.

e) Acciones Judiciales

Los Presidentes de las Comisiones Médicas Regionales y Central que sean notificados de la interposición de una demanda o recurso de protección ante los Tribunales de Justicia, respecto de un dictamen o resolución de invalidez, deberán comunicarlo de inmediato a esta Superintendencia a través del correo electrónico, adjuntando copia de la presentación recibida, y posteriormente deberán remitir por oficio el original de la presentación, junto a la totalidad de los expedientes de calificación de invalidez en poder de la Comisión y documentación original que contengan.

En estos casos, esta Superintendencia asumirá la representación del Presidente de la Comisión Médica ante los tribunales correspondientes.

8. Invalidez ocurrida con anterioridad a la fecha de afiliación al Sistema de Pensiones

De conformidad a lo establecido por el artículo 24º, letra b., del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento del D.L. N° 3.500 de 1980, al emitir un primer dictamen que califique el grado de invalidez de un trabajador afiliado, las Comisiones Médicas deben

determinar si la invalidez tiene carácter previo o posterior a la fecha de afiliación al sistema de AFP. En el evento que se estime que la invalidez se produjo con anterioridad a la fecha de afiliación, el primer dictamen deberá así señalarlo.

La disposición en comento está en concordancias con lo dispuesto por el artículo 2° de la Ley N° 18.753 y por el artículo 86 del D.S. N° 57, de 1990, preceptiva que construye el concepto invalidez previa, en el sentido que conforme a las normas del Sistema de AFP, la invalidez es un siniestro y, en ese contexto, se denomina invalidez previa a aquél siniestro acaecido antes de la afiliación del trabajador al Sistema de Pensiones. Tal distinción tiene por finalidad fundamental la aplicación de fórmulas distintas de cálculo de la pensión y fuente de financiamiento.

En consecuencia, las Comisiones Médicas deben aprobar las solicitudes de pensión de invalidez de aquellos trabajadores afiliados cuya pérdida de capacidad de trabajo mayor o igual al 50% se produjo con anterioridad a la fecha de incorporación al Sistema de Pensiones.

El discernimiento de la Comisión Médica para determinar cuándo está en presencia de una invalidez previa, lo constituye la configuración y data de la invalidez, cuestiones que deben ser definidas con la mayor precisión posible.

En ese contexto, la presencia de impedimentos congénitos o adquiridos no necesariamente producirá menoscabo laboral y, por consiguiente, no conducirán a una declaración de invalidez.

Es útil tener presente la necesidad de no confundir el vocablo enfermedad preexistente, propio del ámbito de la salud, con invalidez, propio del campo de las pensiones. En efecto, es de frecuente ocurrencia que los trabajadores afiliados que requieren la calificación de su invalidez, presentan afecciones de larga data, incluso diagnosticadas con anterioridad a la incorporación al Sistema, pero este solo hecho no constituye invalidez previa, sino la configuración de menoscabo permanente igual o superior al 50% en fecha anterior a la afiliación. Es decir, un trabajador tendrá la calidad de inválido previo si se incorporó al Sistema de Pensiones con una incapacidad igual o superior al 50%.

Es necesario tener presente que el beneficio de invalidez parcial fue incorporado al Sistema con la dictación de la Ley N° 18.964, cuya vigencia data desde el 1 de agosto de 1990, puesto que con anterioridad sólo existía la invalidez mayor de dos tercios, definida hoy como invalidez total. En consecuencia, sólo procede declarar invalidez parcial previa, respecto de trabajadores que se afiliaron al Sistema de Pensiones, a partir precisamente del 1 de agosto de 1990, no existiendo legalmente la invalidez parcial previa a la afiliación, respecto de los trabajadores incorporados antes de la vigencia de la invalidez parcial.

La Comisión Médica debe determinar si la invalidez tiene carácter previo o posterior a la incorporación del afiliado al Sistema de Pensiones, al emitir el primer dictamen de invalidez.

Si durante el estudio de una solicitud de calificación de invalidez, la Comisión Médica dictamina rechazando el derecho a pensión de invalidez, sea fundado en incapacidad menor que 50% o menoscabo no configurado, no podrá en una solicitud posterior del mismo afiliado declarar el carácter previo de la invalidez. Tampoco procede declarar el carácter previo de la invalidez, mediante un segundo dictamen.

Para efectos de discernir acerca del eventual carácter previo de la invalidez, la Comisión Médica debe solicitar un Peritaje Socio-Laboral a algunos de los profesionales inscritos en el Registro de Interconsultores, indicando con claridad la materia que desea objetivar, sean antecedentes previsionales (informe de cotizaciones a la Administradora de Fondos de Pensiones respectiva) o una recopilación de datos aportados por el propio trabajador afiliado, su entorno familiar, social o laboral (características del trabajo desempeñado, situación laboral contractual, jornada de trabajo, licencias médicas y otros datos relevantes para establecer la certificación de la capacidad de trabajo). Este discernimiento es función de la Comisión Médica y no del Perito Socio-Laboral, quien sólo debe proporcionar los elementos del modo más claro posible para la consecución de ese fin.

Una vez determinado que la invalidez se produjo antes de la afiliación al Sistema de Pensiones, la Comisión deberá registrar esa circunstancia en el expediente de calificación de invalidez electrónico y en su respectiva acta.

El dictamen que declara la invalidez previa a la afiliación le otorga a ésta el carácter de invalidez definitiva, de modo que sólo procederá la reevaluación en los casos de invalidez parcial previa y a exclusiva petición del afiliado.

El dictamen a emitir sólo diferirá del dictamen común, en lo relativo a los siguientes rubros:

"CONSIDERANDO:

Lo establecido en el artículo 2º de la Ley Nº 18.753, de 1988; el artículo 86 del D.S. Nº 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento del D.L. Nº 3.500 de 1980; y que la incapacidad se produjo con anterioridad a la fecha de afiliación al Sistema;

POR LO TANTO ACUERDA:

Aceptar invalidez definitiva total (parcial), a contar del/...../.....,(Indicar fecha de solicitud de pensión de invalidez)."

El devengamiento de la pensión y la notificación del dictamen de invalidez, se fijarán y practicarán de acuerdo a las instrucciones generales.

9. Calificación de invalidez para afiliados pensionados por invalidez común en otros sistemas previsionales

La Comisión Médica debe calificar el grado de invalidez de trabajadores afiliados que se encuentren pensionados por invalidez común en otro régimen previsional, ya que no existe incompatibilidad entre las pensiones concedidas de acuerdo D.L. Nº 3.500, de 1980, y las pensiones por invalidez común otorgadas con arreglo a otros Sistemas Previsionales, tales como las concedidas por el Instituto de Previsión Social, la Dirección de Previsión de Carabineros y la Caja de Previsión de la Defensa Nacional.

Tampoco existe incompatibilidad entre las pensiones no contributivas por gracia, otorgadas en conformidad con la Ley Nº 19.234 y sus modificaciones, que establece beneficios por gracia, para personas exoneradas por motivos políticos. Si la pensión no contributiva es también por invalidez, procede aplicar las normas del presente Capítulo.

a) Criterios y procedimientos para la calificación de invalidez

Si durante el estudio de una solicitud de calificación de invalidez, la Comisión Médica constata que la Administradora consignó en la solicitud de pensión de invalidez que el afiliado percibe pensión de invalidez común en otro régimen previsional y señale la fecha en que fue concedido dicho beneficio, la Comisión Médica deberá solicitar la información necesaria al organismo competente del otro régimen previsional (Anexo Nº 34 de la presente Letra D).

Si un impedimento físico o mental que produce menoscabo en la capacidad de trabajo ya fue considerado para conceder una pensión de invalidez común en otro régimen previsional, no debe ser ponderado en esta nueva evaluación, salvo que se haya agravado o potencie otros impedimentos.

A falta de respuesta, la información puede ser obtenida a través de perito socio-laboral de la Comisión Médica o del propio afiliado. La información que proporcione el afiliado sobre el origen y grado de su invalidez deberá quedar en expresa constancia en el expediente de invalidez.

La información básica a requerir debe estar referida a la resolución que declaró la invalidez, con indicación de diagnósticos invalidantes, grado de incapacidad otorgado, fecha a contar de la cual se declaró la invalidez y fecha de constitución del derecho a pensión de invalidez, derecho que debe encontrarse vigente a la fecha de evaluación.

Cuando los antecedentes obtenidos no resulten suficientes para determinar si un impedimento ya fue considerado o si lo fue en un grado menor, o bien no existen dichos antecedentes o la posibilidad de acceder a ellos es nula, la Comisión Médica deberá resolver con los elementos médicos que tenga disponibles.

b) Dictamen de invalidez

Si el afiliado presenta sólo patologías o menoscabos ya evaluados, por los cuales percibe pensión de invalidez común en otro sistema previsional, sin que éstos se hayan agravado o potencien otros impedimentos, la Comisión Médica deberá rechazar la solicitud de pensión de invalidez, de acuerdo a los formatos y glosas comunes, pero deberá agregar la siguiente observación:

"OBSERVACIONES:

El presente dictamen no incluye patologías por las cuales el afiliado percibe pensión de invalidez, a través del (Indicar Institución de Previsión)."

Si el trabajador afiliado presenta patologías ya evaluadas por las cuales percibe pensión, que se han agravado o potenciado otros impedimentos, la Comisión Médica deberá evaluar y calificar el grado de invalidez del afiliado considerando todas las patologías conforme a las normas técnicas de evaluación y, de acuerdo al grado de invalidez resultante, declarar o rechazar el derecho a pensión de invalidez, mediante un primer dictamen, según las normas y procedimientos generales.

Si el trabajador afiliado presenta patologías ya evaluadas, por las cuales percibe pensión, sin que se hayan agravado, pero presenta nuevas patologías no asociadas a las anteriores, la Comisión Médica deberá evaluar y calificar sólo las nuevas patologías o afecciones y, de acuerdo al grado de invalidez que determine, emitirá un primer dictamen que otorgará o rechazará el derecho a pensión de invalidez.

Para el efecto deberá utilizar el formato común de dictamen, pero agregando la siguiente observación:

"OBSERVACIONES:

El grado de invalidez otorgado en el presente dictamen, no incluye patologías por las cuales el afiliado percibe pensión de invalidez, a través del (Indicar Institución de Previsión)."

El grado de invalidez otorgado por la anterior institución de previsión, para efectos de esta calificación, constituye sólo información referencial para la Comisión Médica, puesto que cuando corresponda calificar esas patologías, debe hacerlo con el criterio médico contenido en las normas propias de su función.

El criterio de invalidez previa no es aplicable en estos casos, porque está referido sólo a trabajadores afiliados no pensionados en otros regímenes previsionales.

10. Otros procedimientos

a) Modificación de dictámenes

En casos calificados, la Comisión Médica Regional a requerimiento de una de las partes interesadas y aún de oficio, podrá modificar un dictamen ejecutoriado para corregir un error administrativo, de transcripción u omisión, de acuerdo a lo señalado en el número 5. del Capítulo V, de la presente Letra D.

Para efectuar cualquier modificación de dictamen, la Comisión Médica debe disponer del respectivo expediente de calificación y revaluación del grado de invalidez. En caso de no encontrarse el expediente en la Comisión, por haber sido objeto de inventario y retiro, deberá obtenerlo ya sea de la Administradora o del Instituto de Previsión Social, según corresponda.

El rubro VISTO del dictamen modificador deberá señalar el o los antecedentes tenidos a la vista. El rubro CONSIDERANDO deberá indicar las causas o consideraciones de hecho y derecho que justifican la modificación. En el rubro ACUERDA deberá especificarse el dictamen que se rectifica y las modificaciones que se resuelven.

Los dictámenes modificatorios serán notificados a las mismas entidades que tomaron conocimiento del dictamen primitivo.

Los dictámenes modificatorios no son reclamables, salvo que la modificación implique un cambio en el nombre de la AFP, Compañía de Seguros o condición de cobertura por el seguro, en cuyo caso sólo puede apelar la entidad afectada por el cambio, según autorización de esta Superintendencia.

Cuando la Comisión requiera de autorización para modificar un dictamen de invalidez, en consideración a que involucre uno de los ítemes señalados en el párrafo precedente, deberá suspender la notificación de dictamen ejecutoriado, mientras esta Superintendencia se pronuncia sobre la procedencia de modificar.

b) Revocación de dictámenes

Cuando un dictamen de invalidez adolezca de vicio de nulidad o manifiestamente la Comisión haya incurrido en error al evaluar el grado de invalidez del solicitante, no susceptible de corregir por

la vía de apelación, en el ejercicio del principio de revocabilidad de los actos administrativos, podrá revocar o dejar sin efecto el referido dictamen con autorización de la Superintendencia. Para el efecto, deberá disponer en su sistema informático un formato libre de dictamen.

Nota de actualización: Este capítulo fue agregado por la Norma de Carácter General N° 86, de fecha 27 de junio de 2013.