

Libro III, Título I, Letra D Pensión de Invalidez**Capítulo III. Calificación de la invalidez**

I. Proceso Regular de Calificación

Nota de actualización: El título de esta sección fue introducido por la Norma de Carácter General N° 283, de fecha 16 de junio de 2021.

1. Proceso de Calificación de Invalidez, aplicable a solicitudes de pensión de invalidez de afiliados a AFP, pensiones básicas solidarias de invalidez y solicitudes de calificación no conducentes a pensión.

Nota de actualización: El título de este número fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Las AFP y el IPS remitirán a la respectiva Comisión Médica Regional en forma electrónica vía Web Service, a más tardar al quinto día hábil siguiente de recibida la solicitud de pensión por las AFP o de verificados los requerimientos legales que dan derecho a una PBSI, los antecedentes que a continuación se señalan, resguardando la reserva y confidencialidad de la información remitida:

- a) N° de folio interno propio de la AFP o IPS
- b) Fecha y ciudad de presentación de la solicitud

c) Tipo de solicitud: calificación de invalidez de un afiliado, calificación de invalidez de un hijo beneficiario de un afiliado, revaluación del grado de invalidez de afiliado, calificación de invalidez para PBSI, revaluación del grado de invalidez de PBSI, calificación de invalidez requerida por una ISAPRE.

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

d) Antecedentes del solicitante: nombres, apellido paterno, apellido materno, RUT, estado civil, género, fecha de nacimiento, profesión o actividad, correo electrónico, teléfono (celular y/o fijo) y domicilio particular (calle, N°, block, N° depto. o casa, población/villa y comuna).

e) Antecedentes del empleador, cuando corresponda: nombre o razón social, RUT, correo electrónico, teléfono (celular y/o fijo) y domicilio (calle, N°, N° depto. o casa, población/villa y comuna).

Nota de actualización: Las letras d) y e) fueron reemplazadas por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

f) Institución de salud a la que está adscrito el solicitante, cuando corresponda.

g) Antecedentes de solicitudes de invalidez presentadas con anterioridad si corresponde: fecha, número y fecha de dictamen o resolución, entidad solicitante.

h) Indicación de si adjunta expediente anterior.

i) Fecha de afiliación al sistema de capitalización individual y fecha de incorporación a la última AFP, cuando corresponda.

j) Antecedentes de la entidad previsional que remite la información: nombre, correo electrónico, domicilio (calle, N°, N° depto. y población/villa, comuna) y teléfono (celular y/o fijo)..

Nota de actualización: Este letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021. Posteriormente, fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

k) Identificación de la Comisión Médica a la que se deriva la solicitud.

l) Condición de cobertura del SIS, cuando corresponda. Incluyendo los antecedentes de la aseguradora (N° del contrato que identifica a la compañía).

m) Condición de incapacidad del solicitante para comparecer en la Comisión Médica.

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

n) Indicación de si el afiliado acompaña o no antecedentes médicos a su solicitud.

ñ) Nombre de la persona responsable de verificar la identidad del solicitante e ingresar datos.

Nota de actualización: Las letras l) y ñ) fueron modificadas por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

o) Nivel de educación del solicitante (analfabeto, básica o primaria, media o secundaria, superior).

p) Antecedentes laborales del solicitante: dependiente, independiente o voluntario, sector (público, privado, municipal, municipal docente, Poder Judicial), desempleado por menos o más de doce meses.

q) Indicación de si el solicitante está acogido o no a licencia médica. Indicando fecha de inicio de la licencia y lugar de reposo (domicilio: calle, número, N° block, N° depto., población/villa y comuna. Número de teléfono (celular y/o fijo)).

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

r) Nombre de la entidad pagadora de subsidios, si corresponde.

s) Nombre de la entidad administradora del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a la que se encuentra adscrito el solicitante.

t) Información sobre accidentes del trabajo o enfermedades profesionales (fecha, tipo de beneficio recibido, entidad que evaluó y/o pagó el subsidio).

u) Principal afección o enfermedad por la que se solicita el beneficio (señalar la enfermedad o lesión que el solicitante considera más importante o que le cause más problemas por la cual está solicitando el beneficio).

v) Porcentaje de cargo del afiliado a la Administradora del arancel establecido por el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el cual dependerá del grupo en que se clasifique el afiliado de acuerdo a su nivel de ingreso mensual. Los grupos A, B, C y D serán los mismos que aquellos establecidos en el artículo 160 del referido D.F.L. N° 1, y se reajustarán en igual forma que aquellos. Para los efectos de determinar el grupo al que pertenece el afiliado, se entenderá por ingreso mensual lo siguiente:

· El promedio mensual de las remuneraciones imponibles percibidas, cuyas cotizaciones se encuentran registradas en la cuenta de capitalización individual o declaradas en una planilla de declaración y no pago, en los últimos tres meses anteriores, contados desde el mes anteprecedente a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores dependientes que se encuentren prestando servicios.

· El promedio mensual de las rentas que sirvieron de base para las cotizaciones que se encuentran registradas en la cuenta de capitalización individual en los últimos seis meses anteriores, contados desde el mes anteprecedente a la fecha de la solicitud de pensión de invalidez, para los trabajadores independientes y los voluntarios. La referida información deberá registrarse en el formulario "Informe de Rentas" del Anexo N° 1 del presente Título I.

En cualquier caso, si el afiliado no registra cotizaciones en su cuenta individual ni planillas de declaración y no pago, en los últimos tres o seis meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, según se trate de trabajador dependiente, voluntario o independiente respectivamente, la Administradora deberá, sin más trámite, clasificarlo en el grupo A, correspondiéndole un porcentaje de 0%.

Sin perjuicio de lo anterior, la Administradora que desee financiar los exámenes en mayor proporción que lo que habría correspondido, señalará el porcentaje de costo para el afiliado.

La información antes señalada será almacenada en el sistema de información de las Comisiones Médicas.

Adicionalmente, en el caso de incapacidad del solicitante para comparecer ante la Comisión Médica, la entidad que recibió la solicitud deberá remitir el certificado médico que acredite su estado de salud y la imposibilidad del solicitante de efectuar sus gestiones personalmente. De igual forma, si el solicitante aportó antecedentes médicos, éstos deberán ser remitidos a la Comisión Médica. Asimismo, serán remitidos a la Comisión los expedientes de calificación de invalidez físicos que se encuentren en poder de la Administradora e IPS, ciñéndose a las medidas de control y resguardo establecidas en el Título XIII del presente Libro. Toda la documentación antes señalada deberá ser enviada a la Comisión Médica a más tardar al quinto día hábil siguiente de recibida la solicitud de pensión por las AFP o de verificados los requerimientos legales que dan derecho a una PBSI, identificada con el mismo folio de la solicitud y acompañada de un inventario de antecedentes médicos, cuya copia será firmada y timbrada por el funcionario administrativo de la Comisión en señal de conformidad con los antecedentes recibidos.

Cada vez que se efectúe un traspaso de cuenta individual, los expedientes de calificación de invalidez que existan en poder de la Administradora deberán adjuntarse al resto de la documentación del afiliado, de acuerdo al procedimiento definido en el Título VI del Libro I.

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

2. Requerimientos de las Comisiones Médicas

Para evaluar y calificar la pérdida de capacidad de trabajo, las Comisiones Médicas podrán solicitar la realización de exámenes imagenológicos y de laboratorio, pruebas funcionales, evaluaciones médicas, visitas médicas domiciliarias, peritajes sociolaborales, hospitalizaciones controladas, revisión de fichas clínicas y cualquier otro antecedente útil al propósito de evaluar.

Cabe señalar que tratándose de peritajes sociolaborales, debido a la naturaleza de esta función, tales peritos se encuentran facultados para requerir de las Administradoras la información previsional de determinados afiliados que sea necesaria para dar cumplimiento a lo requerido por las Comisiones Médicas. En consecuencia, las Administradoras deberán facilitar la documentación requerida, para cuyo efecto el profesional deberá identificarse con la credencial extendida por esta Superintendencia y exhibir el requerimiento de peritaje de la Comisión Médica correspondiente.

a) Financiamiento de interconsultas y/o exámenes.

i. El costo de las interconsultas y/o exámenes, independientemente de que se realicen en forma presencial o remota, será financiado, por los afiliados en forma conjunta, con las Administradoras, en caso de afiliados no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia, y con las Compañías encargadas de cubrir el siniestro cuando se trate de afiliados cubiertos por dicho Seguro. Lo anterior a menos que se trate de solicitudes de calificación de invalidez presentadas por una Institución de Salud Previsional (Isapre), en cuyo caso los costos de exámenes, traslados y hospitalizaciones que éstas generen serán financiados en su totalidad, por la respectiva Isapre.

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

ii. Respecto del párrafo anterior, los afiliados contribuirán al financiamiento en el monto que les habría correspondido pagar si la prestación requerida por la Comisión Médica se hubiere realizado en un Servicio de Salud y de acuerdo con lo establecido en el artículo 160 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y tratándose de peritajes médicos, psicológicos, kinesiológicos y psicopedagógicos, el valor a financiar por parte de los afiliados es equivalente al de tres consultas médicas de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 159 del D.F.L. N° I, de 2005, del Ministerio de Salud.

iii. Las Administradoras o Compañías según sea el caso, financiarán la diferencia del costo de dichas interconsultas, peritajes y/o exámenes, en la parte no financiada por los afiliados, pudiendo llegar a ser esta parte el 100% del costo en el caso de afiliados cuya clasificación socio-económica los haga acreedores de 0% de pago.

iv. No obstante las Administradoras o Compañías que lo deseen podrán financiar los respectivos exámenes en un monto mayor al que le hubiera correspondido.

b) Financiamiento de traslado y estadía.

i. Los gastos de traslado y estadía dentro de los límites territoriales de la región serán de cargo del afiliado a menos que se trate de trabajadores acreedores a 0% de pago, en cuyo caso, el traslado del afiliado y su eventual estadía y alimentación si la concurrencia a la Comisión importa imposibilidad de regreso inmediato a su domicilio, será financiado por la Administradora si se trata de un afiliado no cubierto y por las Compañías si se trata de afiliados cubiertos. Si el estado de salud del afiliado lo amerita, deberá considerarse para estos efectos el derecho a un acompañante, lo que determinará la Comisión Médica.

ii. Los gastos de traslados y estadías para la realización de exámenes y peritajes decretados por la Comisión Médica, no disponibles en la región, serán de cargo de la Administradora si se trata de un afiliado no cubierto y por las Compañías si se trata de afiliados cubiertos.

c) Solicitud de exámenes, interconsultas o domicilios.

Los exámenes, interconsultas o visitas a domicilio, requeridos por las Comisiones Médicas, serán solicitados sólo a los profesionales, especialistas o laboratorios que se encuentren inscritos en el Registro Nacional de Interconsultores.

La selección e incorporación de los interconsultores al referido registro, así como su contratación y el cobro de sus honorarios, se deberá efectuar de acuerdo a lo establecido en el Capítulo XII siguiente de la presente letra D.

Nota de actualización: El párrafo tercero fue eliminado por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

Respecto del plazo para pagar honorarios, la Fundación de Administración de Comisiones Médicas (FACM), definida en el número 2 del capítulo XII, de este Título, o la institución que la reemplace, deberá considerar un plazo máximo de 10 días en caso de las boletas electrónicas y de 30 días en el caso de las boletas físicas, para el pago de honorarios de los profesionales interconsultores e instituciones. Este plazo, se contará a partir de la recepción por persona responsable en la Comisión Médica de las boletas de honorarios facturas, físicas o electrónicas, con sus correspondientes copias de órdenes de exámenes. Sin embargo, si se determinare que no procede efectuar pago alguno al profesional o institución correspondiente, se les deberá comunicar por escrito, preferentemente por medios electrónicos, de tal situación, con copia a esta Superintendencia.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021. Posteriormente, este literal fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

Cuando los honorarios correspondan a la calificación de un afiliado cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia, la FACM, o la institución que la reemplace, deberá solicitar el reembolso al mandatario que las Compañías de Seguros adjudicatarias del Contrato correspondiente, hayan designado para estos efectos. En caso de tratarse de un solicitante de Pensión Básica Solidaria de Invalidez, se deberá solicitar el reembolso al IPS

Nota de actualización: Este letra fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011. Posteriormente, fue modificado por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

d) Médico Asesor

Para el ejercicio de sus funciones, el médico asesor deberá estar inscrito en el Registro Público de Asesores que administrará y mantendrá la Superintendencia de Pensiones. Para ser incluido en dicho registro, los médicos cirujanos deberán presentar una solicitud ante la Superintendencia, proporcionando la documentación que establece la normativa.

Las entrevistas entre el afiliado y su médico asesor podrán ocurrir en cualquiera de las etapas del proceso de calificación de invalidez, previo a la sesión, de la respectiva Comisión Médica Regional,

donde se tratará su caso. Las entrevistas podrán realizarse de manera presencial o por medios remotos (videoconferencia, videollamada, teléfono u otro). Deberá dejarse constancia en el expediente de invalidez de la celebración de estas entrevistas y del medio por el que se llevaron a cabo. Asimismo, el médico asesor podrá efectuar asesorías para apelaciones y alegaciones en contra de los dictámenes y resoluciones de invalidez.

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

3. Derechos del afiliado

La Administradora deberá informar al afiliado que está tramitando su invalidez, que podrá solicitar ser representado, a través de su médico tratante como observador a las sesiones de la Comisión Médica Regional cuando ésta conozca de la calificación de su invalidez. Asimismo, y en cualquier momento, podrá conocer el expediente que dio origen a dicha calificación. Los costos asociados al médico tratante son de cargo del afiliado que tramita su invalidez.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

Todos los afiliados cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia de acuerdo a las letras a) y b) del artículo 54, cuya solicitud se encuentre fundada en aspectos técnicos, tienen derecho a que la Comisión Médica les designe sin costo, un médico para que lo asesore durante el proceso de evaluación y calificación de invalidez y asista como observador a las sesiones donde se analice su solicitud. Sin perjuicio de lo anterior el afiliado siempre podrá optar por nombrar a su costa, un médico de su confianza que lo asesore en el proceso como médico observador.

Respecto de los afiliados cuya calificación de invalidez se esté realizando a través de un procedimiento prioritario como enfermo terminal o según lo establecido en el literal iii., de la letra h) del número 2 del Capítulo XIII, de la presente Letra D. de este Título, se entenderá como fundada su solicitud y tendrán derecho a ser representados a través de un médico asesor designado por la Comisión Médica Regional.

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

4. Plazo para dictaminar

La decisión de la Comisión Médica Regional respecto de la solicitud de calificación de invalidez presentada por la Administradora en favor de un afiliado, se producirá dentro de los sesenta días contados desde el día siguiente de la primera comparecencia por citación del afiliado ante la Comisión Médica Regional. En caso de no comparecencia del solicitante, la Comisión Médica emitirá un dictamen de cierre administrativo del expediente, siempre que previamente haya cursado al afiliado o solicitante dos citaciones dentro de los plazos que establece la letra g) del número 2, del Capítulo XIII de la presente Letra D.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011. Posteriormente, este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 86, de fecha 27 de junio de 2013.

Cuando el afiliado se encuentre imposibilitado de concurrir a la Comisión Médica Regional para la calificación de su invalidez, la Comisión dispondrá la práctica de un peritaje médico domiciliario, en cuyo caso se entenderá por comparecencia del afiliado ante la Comisión Médica Regional, la fecha en que el perito efectúe la visita domiciliaria.

Si el afiliado que suscribe la Solicitud de Calificación de Invalidez tiene un Dictamen que lo declara inválido en calidad de beneficiario, no procede una nueva evaluación de su invalidez pero sí la emisión por la Comisión Médica Regional de un Dictamen de Invalidez de Trabajador Afiliado con carácter de definitivo que:

- a) Ratifique la invalidez ya otorgada.
- b) Defina si ésta tiene o no el carácter de previa a la afiliación.

- c) Precise la fecha de declaración de la invalidez y
- d) Determine el devengamiento de la pensión.

5. Tipos de dictámenes o acuerdos

Respecto de la calificación de invalidez del afiliado, la Comisión Médica Regional, puede dictaminar o resolver lo siguiente:

- a) Acuerdo de suspensión del plazo para dictaminar.

La Comisión Médica podrá suspender el plazo de 60 días para dictaminar, en los siguientes casos:

i. Por haberse efectuado consultas al Servicio de Salud o a la Mutual que corresponda sobre la causa de la incapacidad del afiliado en relación con la Ley N° 16.744, el D.F.L. N° 29, de 2004, sobre Estatuto Administrativo o cualquier otro cuerpo legal que contemple la protección contra riesgos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

ii. Por encontrarse pendientes exámenes médicos requeridos dentro del plazo, pero postergados por razones administrativas en los servicios médicos a los que debe recurrir el trabajador, y

iii. Por existir razones clínicas que precisan la postergación de los exámenes que deban practicarse al afiliado.

La suspensión del plazo de dictamen no podrá exceder de 60 días y será comunicada a la Administradora, por la Comisión Médica Regional. En este caso, la Administradora deberá esperar el resultado del trámite, archivando la comunicación de la Comisión Médica Regional en el expediente de pensión del afiliado.

- b) Dictamen que rechaza la invalidez del afiliado.

El dictamen podrá rechazar la solicitud de pensión de invalidez del afiliado, por alguna de las siguientes causas:

- i. El afiliado no presenta el requisito de pérdida de a lo menos 50% de su capacidad de trabajo.

Si la Administradora fuera notificada de una reclamación por parte del afiliado, o si la Administradora interpusiera un reclamo sobre el dictamen de la Comisión Médica Regional y, en cualquiera de los casos la Comisión Médica Central emitiera una resolución acogiendo la invalidez del afiliado, la Administradora deberá proceder de igual forma que respecto de un dictamen que aprueba la invalidez.

Si no se presentare reclamación o si interpuesto el reclamo, la Comisión Médica Central no acogiese la invalidez del afiliado, la Administradora deberá archivar en el expediente de pensión, el dictamen y la resolución, si procediere, dando por finalizado el trámite de pensión de invalidez.

- ii. Incompetencia e incompatibilidad legal de beneficios.

La Comisión Médica rechazará la invalidez por carecer de competencia legal cuando el afiliado presente sólo patologías de origen laboral. En este caso, el afiliado deberá solicitar el beneficio en la institución de previsión a la cual le corresponde otorgar las prestaciones causadas por accidente del trabajo o enfermedad profesional.

Cuando el afiliado se encuentra pensionado por la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aun cuando presente nuevos impedimentos de origen común, la Comisión Médica se encuentra obligada a rechazar la invalidez por incompatibilidad legal de pensiones.

En estos casos, la Administradora deberá archivar el dictamen y la resolución, si procediere, en el expediente de pensión del afiliado y dará por finalizado el trámite de pensión de invalidez.

Nota de actualización: Este numeral fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

- iii. Fallecimiento del afiliado.

Una vez notificada la Administradora del dictamen rechazado por fallecimiento del afiliado, deberá iniciar el trámite de pago de pensión de sobrevivencia o herencia, según corresponda previa solicitud del beneficio. Con todo será obligación de la Administradora informar a los beneficiarios declarados por el afiliado en la solicitud de pensión, a los beneficiarios o herederos que tomare conocimiento a través de la Solicitud de la Cuota Mortuoria y a cualquier otro del cual tuviere conocimiento el derecho a solicitar tales beneficios.

iv. Desistimiento del afiliado.

El afiliado podrá desistirse del trámite de invalidez mientras el dictamen de la Comisión Médica Regional no haya quedado ejecutoriado. Dicho desistimiento deberá ser escrito y presentado directamente en la respectiva Comisión Médica Regional o en la Administradora, en cuyo caso se debe informar el mismo día a la Comisión Médica.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 27, de fecha 7 de noviembre de 2011. Posteriormente, fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 281, de fecha 16 de abril de 2021.

En este caso, notificado el dictamen que declara el desistimiento la Administradora deberá archivar el dictamen en el expediente de pensión y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión de invalidez.

v. No concurrencia

No concurrencia del afiliado a la Comisión Médica Regional dentro de los plazos establecidos o no realización de los exámenes o peritajes solicitados por la Comisión Médica.

La Administradora deberá proceder de acuerdo a lo señalado en el segundo párrafo del numeral iv anterior.

vi. Falta de antecedentes

Por no haber recibido la Comisión Médica, dentro de los plazos requeridos, los exámenes e informes médicos necesarios para evaluar el grado de invalidez del solicitante.

En este caso, la Administradora deberá archivar el dictamen en el expediente de pensión y dará por finalizado el trámite de solicitud de pensión de invalidez.

vii. Incompetencia Jurisdiccional.

La Administradora deberá informar al afiliado de tal situación y deberá iniciar nuevamente el trámite de solicitud de calificación de invalidez en la Comisión Médica Regional que corresponda al lugar de trabajo o de domicilio del afiliado, según proceda, archivando el dictamen que rechazó la invalidez en la carpeta de cuenta de capitalización individual.

viii. Afiliados mayores de 65 años de edad o ya pensionados en el Sistema o afiliadas con 60 o más años de edad al 17 de marzo de 2008.

Los rechazos administrativos contenidos en los numerales ii. a vii. precedentes no son susceptibles de reclamo ante la Comisión Médica Central, por no existir pronunciamiento sobre el grado de invalidez, y se entienden ejecutoriados desde su notificación.

Nota de actualización: Este numeral fue modificado por la Norma de Carácter General Nº 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

c) Dictamen que aprueba la invalidez del afiliado.

Este dictamen puede aceptar una invalidez transitoria parcial o una invalidez definitiva total. En este último caso, al igual que en el caso de una invalidez previa, aquél corresponderá a un único dictamen.

No obstante lo anterior, si el dictamen se origina en una solicitud de calificación y reevaluación simultánea, tiene el carácter de segundo dictamen.

d) Dictamen modificadorio.

La Comisión Médica Regional emitirá un dictamen modificatorio, de acuerdo al formulario definido en el Anexo N° 1 de este Título I de las Pensiones, cuando de oficio o a solicitud de una de las partes y/ o a objeto de salvar un error administrativo o de transcripción se requiera efectuar alguna modificación en alguno de los siguientes ítems:

- Número de dictamen
- Número de sesión.
- Fecha de dictamen.
- Datos identificatorios del afiliado.
- Dirección del afiliado.
- Empleador.
- AFP.
- Aseguradora.
- Entidad pagadora de subsidios.
- Fecha de la solicitud de pensión de invalidez.
- N° de Expediente de Calificación de Invalidez.
- Fecha de comparecencia.
- Diagnóstico.
- Códigos.
- Fecha de declaración de invalidez y devengamiento de pensión.

La Comisión Médica Regional no podrá modificar un dictamen que esté en conocimiento o haya sido conocido por la Comisión Médica Central, pues en tal caso procede que esta última efectúe la modificación requerida.

Ejecutoriado un dictamen de invalidez, de ser necesario emitir un dictamen modificatorio que aclare, corrija o enmiende algún aspecto del dictamen primitivo, éste no es susceptible de reclamo ante la Comisión Médica Central, salvo que la modificación considere un cambio en la cobertura del seguro de Invalidez o sobrevivencia o en la individualización de la Compañía Aseguradora. En este evento, la reclamación sobre la materia de fondo, sólo podrá ejercerla la institución afectada por el cambio, siempre que tal modificación sea requerida dentro del plazo de apelación del dictamen principal.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011.

6. Notificación de la emisión del dictamen de invalidez

La Comisión Médica Regional deberá notificar la emisión del Dictamen que aprueba o rechaza una invalidez a las siguientes entidades o personas:

- a) Afiliado o beneficiario de pensión de sobrevivencia.
- b) Administradora respectiva.
- c) Compañía de Seguros que cubrirá el riesgo, en la eventualidad de que el causante se encuentre cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

Dicha notificación deberá efectuarse, por medios electrónicos, a más tardar al quinto día de dictaminado o tomado el acuerdo. En el caso que el afiliado no haya informado algún medio electrónico de contacto (correo electrónico u otro) o no se reciba confirmación automática de recepción, dichas notificaciones deberán efectuarse a través de correo certificado, remitiendo el original del Dictamen respectivo o el Acuerdo, según sea el caso, adjuntando el acta de sesión donde la Comisión se pronunció finalmente sobre el requerimiento. En esta notificación se les deberá indicar a las partes que tienen

un plazo de 15 días hábiles para reclamar, contados desde la fecha de notificación del dictamen, y la fecha a contar de la cual se entiende notificado un dictamen. La notificación a las Administradoras y Compañías de Seguros se podrá hacer a través de nómina, que contenga a todos los trabajadores involucrados en los dictámenes de invalidez a notificar y que tengan relación con la respectiva entidad.

Nota de actualización: Este párrafo fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011. Posteriormente, este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

La notificación a las Administradoras y Compañías de Seguros se deberá efectuar por medios electrónicos, adjuntando una nómina que contenga a todos los trabajadores involucrados en los dictámenes de invalidez y que tengan relación con la respectiva entidad. Alternativamente, podrá notificarse a través de un medio físico.

Se entenderá por notificado un dictamen a contar del 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 que corresponda, según sea la forma de notificación.

Los días a que se refiere el párrafo anterior, y los siguientes párrafos sobre notificaciones o comunicaciones en que se establezcan estos plazos, corresponderán a días hábiles.

Nota de actualización: Este párrafo fue reemplazado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011. Posteriormente, este párrafo fue reemplazado por los tres párrafos anteriores por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

7. Ejecutoriedad del dictamen de invalidez

Se entenderá por ejecutoriado un dictamen de invalidez, cuando transcurrido el plazo de quince días hábiles desde la notificación de su emisión éste no fue reclamado por las partes ante la Comisión Médica Central; cuando habiendo sido reclamado por las partes la Comisión Médica Regional ha notificado la ejecutoria de la Resolución emitida por la Comisión Médica Central.

En adelante, cada vez que se señale el término "dictamen ejecutoriado" se deberá entender que se refiere al dictamen emitido por la Comisión Médica Regional o a la Resolución emitida por la Comisión Médica Central en los términos señalados.

8. Notificación de la ejecutoriedad del primer o único dictamen de invalidez

A más tardar a los 3 días hábiles de ejecutoriado el primer o único dictamen que declare una invalidez o que la rechace, éste deberá ser notificado por la Comisión Médica Regional, a las siguientes entidades o personas:

- i. Afiliado o beneficiario de pensión de sobrevivencia.
- ii. Administradora respectiva.
- iii. Compañía de Seguros que cubrirá el riesgo, en la eventualidad de que el causante se encuentre cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia.
- iv. Entidad pagadora de subsidios, si ese fuere el caso.
- v. Institución empleadora, en los casos de trabajadores acogidos a leyes especiales y siempre que dicho dictamen haya aprobado la invalidez.

Dicha notificación deberá efectuarse remitiendo el Dictamen ejecutoriado, a más tardar al quinto día de dictaminado o tomado el acuerdo.

Sin perjuicio de lo anterior, la notificación que deba ser remitida a las entidades señaladas en los numerales ii., iii. y iv. anteriores, podrá efectuarse incluyendo una nómina que contenga a todos los trabajadores involucrados en los dictámenes de invalidez a notificar y que tengan relación con la respectiva entidad.

Se entenderá notificado un dictamen ejecutoriado, sea por dictamen emitido por la Comisión Médica Regional o por resolución emitida por la Comisión Médica Central, 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, según corresponda.

Nota de actualización: Este número fue modificado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011. Posteriormente, fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

II. Proceso prioritario de calificación de invalidez, paralelo al proceso de certificación de enfermo terminal

1. Proceso de Calificación de Invalidez de los solicitantes de certificación de enfermo terminal, aplicable a solicitudes de pensión de invalidez enviadas automáticamente por las Administradoras

La Comisión Médica Regional deberá someter a tramitación las solicitudes de calificación de invalidez para todos los casos derivados por la Administradora, según lo establecido en el inciso 5° del Artículo 70 bis, de la Ley 21.309, que indica "Al presentarse una solicitud de certificación de enfermo terminal por parte de un afiliado no pensionado o pensionado por invalidez parcial con pensiones transitorias, en ambos casos cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia, la Administradora deberá generar automáticamente una solicitud de calificación de invalidez o reevaluación de invalidez, según corresponda".

Para lo anterior la Fundación de Administración de Comisiones Médicas (FACM) y las AFP deberán tener en funcionamiento un Web Service, que permita el ingreso de solicitudes de calificación de invalidez marcadas como "enfermo terminal" que adjunten el certificado médico obligatorio (Anexo 2) y demás antecedentes aportados por el afiliado o pensionado. Las solicitudes de calificación de invalidez marcadas deberán someterse a un proceso de tramitación prioritario y en el plazo establecido en la ley.

2. Derechos del afiliado

Se entenderá como fundada la solicitud de los afiliados cuya calificación de invalidez se esté realizando a través de un procedimiento prioritario como enfermo terminal, por lo que tendrán derecho a ser representados, a través de su médico tratante o a través de un médico asesor designado por la Comisión Médica Regional, para que asista como observador a las sesiones de dicha Comisión cuando ésta conozca de la calificación de su invalidez.

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

3. Plazo para dictaminar

La Comisión Médica Regional dispondrá de un plazo de 7 días hábiles para emitir su dictamen, contado desde la fecha en que se reciba la solicitud o se disponga de la totalidad de los antecedentes médicos requeridos, establecidos en la norma técnica de esta Superintendencia.

Si el afiliado comienza un proceso de certificación de Enfermo Terminal por el Consejo Médico de la Superintendencia, cuando se encuentre en la etapa de evaluación de la invalidez, la Comisión Médica Regional, deberá aplicar el procedimiento prioritario rigiendo como plazo de término de la calificación aquél plazo menor entre el plazo señalado en el párrafo anterior y el plazo que falta para finalizar la calificación.

4. Tipos de dictámenes o acuerdos

Respecto de la calificación de invalidez del afiliado en procedimiento prioritario "enfermo terminal", pueden producirse las siguientes situaciones:

a) Dictamen que aprueba la invalidez del afiliado.

Este dictamen puede aceptar una invalidez transitoria parcial o una invalidez definitiva total. En este último caso, al igual que en el caso de una invalidez previa, aquél corresponderá a un único dictamen.

No obstante lo anterior, si el dictamen se origina en una solicitud de calificación y reevaluación simultánea, tiene el carácter de segundo dictamen.

Con todo si la Comisión Médica Regional no se pronuncia dentro del plazo de 7 días hábiles, se entenderá declarado inválido total al solicitante que haya sido certificado como enfermo terminal, debiendo la respectiva Comisión emitir un dictamen ejecutoriado que establezca dicha condición.

b) Dictamen que rechaza la invalidez del afiliado.

El dictamen podrá rechazar la solicitud de pensión de invalidez del afiliado por las causales que se indican en la letra b) del número 5., de la sección I. de este capítulo.

c) Incompetencia e incompatibilidad legal de beneficios.

La Comisión Médica rechazará la invalidez por carecer de competencia legal cuando el afiliado presente solo patologías de origen laboral. En este caso, el afiliado deberá solicitar el beneficio en la institución de previsión a la cual le corresponde otorgar las prestaciones causadas por accidente del trabajo o enfermedad profesional.

Cuando el afiliado se encuentra pensionado por la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aun cuando presente nuevos impedimentos de origen común, la Comisión Médica se encuentra obligada a rechazar la invalidez por incompatibilidad legal de pensiones.

En estos casos, la Administradora deberá archivar el dictamen y la resolución, si procediere, en el expediente de pensión del afiliado y dará por finalizado el trámite de pensión de invalidez.

d) Fallecimiento del afiliado.

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 ejecutoriado de invalidez.

Con todo, será obligación de la Administradora informar en un plazo máximo de cinco días hábiles de recibido el dictamen desde la Comisión Médica Regional, a los beneficiarios declarados por el afiliado en la solicitud de pensión, a los beneficiarios o herederos que tomare conocimiento a través de la Solicitud de la Cuota Mortuoria y a cualquier otro del cual tuviere conocimiento, del derecho a solicitar el beneficio de aporte adicional como inválido total del afiliado.

Una vez ingresado el aporte adicional como inválido total, se calcularán las pensiones de sobrevivencia, las que se devengarán a contar de la fecha de fallecimiento del afiliado.

e) Concurrencia

El afiliado no deberá concurrir a la Comisión Médica Regional durante el proceso de calificación, salvo que sea absolutamente necesario. La comisión deberá realizar la evaluación sólo en base al certificado médico y demás antecedentes presentados al momento de la solicitud de certificación de enfermo terminal, sin perjuicio que en caso de requerirse solicite la presentación de otros antecedentes o tome contacto directo con el solicitante de manera remota o por medio de una visita domiciliaria..

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

f) Incompetencia Jurisdiccional.

La Comisión Médica que reciba una solicitud de calificación de invalidez de "enfermo terminal", aun cuando no corresponda al lugar de trabajo, o al domicilio del afiliado, podrá realizar la calificación de invalidez solicitada, debiendo realizarla a través de un procedimiento prioritario como "enfermo terminal".

Las Comisiones Médicas no evaluarán el grado de invalidez de afiliados mayores de 65 años de edad o de afiliados ya pensionados en el Sistema, aun cuando éstos estén en proceso de certificación de enfermo terminal.

g) Dictamen modificadorio.

La Comisión Médica Regional emitirá un dictamen modificadorio, de acuerdo al formulario definido en el Anexo N° 1 de este Título I de las Pensiones, cuando de oficio o a solicitud de una de las partes y/ o a objeto de salvar un error administrativo o de transcripción se requiera efectuar alguna modificación en alguno de los siguientes ítems:

- Número de dictamen. - Número de sesión. - Fecha de dictamen. - Datos identificatorios del afiliado. - Dirección del afiliado. - Empleador. - AFP. - Aseguradora. - Entidad pagadora de subsidios. - Fecha de la solicitud de pensión de invalidez. - N° de Expediente de Calificación de Invalidez. - Fecha de comparecencia. - Diagnóstico. - Códigos. - Fecha de declaración de invalidez y devengamiento de pensión.

La Comisión Médica Regional no podrá modificar un dictamen que esté en conocimiento o haya sido conocido por la Comisión Médica Central, pues en tal caso procede que esta última efectúe la modificación requerida.

Ejecutoriado un dictamen de invalidez, de ser necesario emitir un dictamen modificatorio que aclare, corrija o enmiende algún aspecto del dictamen original, éste no será susceptible de reclamo ante la Comisión Médica Central, salvo que la modificación considere un cambio en la cobertura del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia o en la individualización de la Compañía Aseguradora. En este evento, la reclamación sobre la materia de fondo, sólo podrá ejercerla la institución afectada por el cambio, siempre que tal modificación sea requerida dentro del plazo de apelación del dictamen principal.

5. Notificación de la emisión del dictamen de invalidez "enfermo terminal"

La Comisión Médica Regional deberá notificar la emisión del Dictamen que aprueba o rechaza una invalidez a todas las partes del proceso, por cualquier medio electrónico idóneo para estos efectos.

Dicha notificación deberá efectuarse remitiendo el Dictamen respectivo, a más tardar al tercer día hábil siguiente de su emisión. Tratándose de la comunicación a los afiliados o pensionados, ésta deberá enviárseles por correo electrónico. En caso que no cuenten con un correo electrónico válido, deberá enviárseles por correo certificado al domicilio en el mismo plazo. En esta notificación se les deberá indicar a las partes que tienen un plazo de 3 días hábiles para reclamar, contados desde la fecha de notificación del dictamen.

Se entenderá por notificado un dictamen, a contar del tercer día siguiente de la remisión del correo electrónico o al de la recepción de la carta certificada en la oficina de correos que corresponda.

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

6. Ejecutoriedad del dictamen de invalidez en caso de enfermo terminal

Se tendrá por ejecutoriado un dictamen de invalidez, cuando transcurrido el plazo de tres días hábiles desde la notificación de su emisión, éste no fue reclamado por las partes ante la Comisión Médica Central; o cuando habiendo sido reclamado por las partes, la Comisión Médica Regional ha notificado la ejecutoria de la Resolución emitida por la Comisión Médica Central.

En adelante, cada vez que se señale el término "dictamen ejecutoriado" se deberá entender que se refiere al dictamen emitido por la Comisión Médica Regional o a la Resolución emitida por la Comisión Médica Central en los términos señalados.

7. Procedimientos especiales en aplicación del Art. 70 bis para calificaciones de invalidez de personas "certificadas como enfermo terminal"

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 la certificación desde los Consejos Médicos. En dicha sesión se procederá a emitir un dictamen de inválido total y en el rubro de observaciones se indicará "en aplicación del inciso 5°, del artículo 70 bis de la Ley 21.309". El dictamen emitido corresponderá a un dictamen ejecutoriado, debiendo la Comisión Médica Regional notificar la emisión del Dictamen que aprueba la invalidez total, a todas las partes del proceso, por cualquier medio electrónico idóneo para estos efectos.

8. Situaciones especiales

El procedimiento prioritario de calificación de invalidez de un enfermo terminal antes descrito, será igualmente aplicable al solicitante no cubierto por el seguro de invalidez y sobrevivencia, que requiera dicha calificación para acceder a otros beneficios, tales como, la liquidación del Bono de Reconocimiento, el Aporte Previsional Solidario o la Garantía Estatal.

Nota de actualización: La sección II fue introducida por la Norma de Carácter General N° 283, de fecha 16 de junio de 2021.