

## Libro III, Título I, Letra D Pensión de Invalidez

# Capítulo IV. Procedimiento de Reclamo del dictamen de invalidez

---

### I. Proceso Regular de Reclamación

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

De acuerdo a lo establecido en el artículo 11 del D.L. N° 3.500, los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas Regionales serán reclamables mediante solicitud fundada ante la Comisión Médica Central, por el afiliado y por la Compañía de Seguros correspondiente.

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

No obstante lo señalado, no serán reclamables, por ninguna de las partes involucradas, los dictámenes rechazados por causa administrativa. Tampoco serán reclamables por las Compañías de Seguros los dictámenes de los afiliados no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia. De igual modo, no procede el reclamo de las Compañías de Seguros respecto de un dictamen de reevaluación de un inválido parcial definitivo, puesto que en esta nueva reevaluación la Aseguradora ya no es parte en el siniestro, toda vez que con el pago del Aporte Adicional han concluido sus obligaciones contractuales.

Por intermedio del reclamo o apelación las partes pueden manifestar todas las discrepancias o cuestionamientos que les merezca un dictamen de invalidez determinado. Del mismo modo, el reclamo puede fundarse en cuanto la invalidez ya declarada proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

#### 1. Plazo para interponer el reclamo

Para efectos de interponer un reclamo ante la Comisión Médica Central, la parte interesada debe presentarlo ante la Comisión Médica Regional que lo emitió, dentro del plazo de 15 días hábiles contado desde la fecha de notificación del dictamen, el que podrá realizarse por medios electrónicos o físicos.

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

El reclamo podrá ser interpuesto ante la respectiva Comisión Médica Regional mediante el envío de un correo electrónico desde la dirección de correo informada en la respectiva solicitud de calificación o de reevaluación de invalidez o por cualquier otro medio electrónico con validación de la Administradora o directamente en las oficinas de la Comisión Médica Regional. En el caso que la dirección del correo electrónico mediante la que se interpone el reclamo sea distinta a la informada en la solicitud de calificación de invalidez o de reevaluación, se deberá incorporar una fotografía digital por ambos lados de la cédula de identidad del solicitante. Si no se ingresa esa fotografía, el reclamo no será admitido a tramitación, debiendo informarlo así al solicitante.

Adicionalmente, se podrá efectuar por otros medios electrónicos como el sitio web, canales digitales y canales remotos.

Todas las interacciones que se realicen de manera no presencial deberán contar con mecanismos de autenticación seguros que permitan identificar de manera inequívoca a los afiliados y usuarios. Lo anterior en concordancia con lo establecido en el Capítulo IV, de la letra A del Título III del Libro V.

**Nota de actualización: El segundo párrafo fue reemplazado por los párrafos segundo, tercero y cuarto anteriores, de acuerdo con lo establecido por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.**

Recibido un reclamo interpuesto por una de las partes, la Comisión Médica Regional notificará de su interposición a las demás partes, acompañando copia de la apelación. Simultáneamente, la Comisión Médica Regional pondrá a disposición de la Comisión Médica Central el reclamo junto a los expedientes de calificación de invalidez, por medio del sistema informático.

**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, la Comisión Médica Central verificará que el reclamo se haya interpuesto en contra de un dictamen susceptible de apelación y que ésta se haya presentado dentro de plazo. Si se encuentra dentro de plazo lo admitirá a tramitación; en caso contrario, acordará su rechazo por extemporáneo.

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

## **2. Requerimiento de exámenes, peritajes, análisis e informes médicos**

Para el requerimiento de exámenes, peritajes, análisis e informes médicos la Comisión Médica Central aplicará el mismo procedimiento definido para las Comisiones Médicas Regionales, salvo en lo que respecta a su financiamiento. Estos podrán ser requeridos en Santiago o en Regiones según lo determine la orden correspondiente.

a) Financiamiento de los nuevos exámenes, análisis o informes.

El financiamiento de los exámenes, análisis o informes solicitados que demande una reclamación de un dictamen emitido, será compartido por la Administradora y el afiliado, si la reclamación proviniera de este último quien contribuirá en la proporción que corresponda según el porcentaje de arancel asignado.

El financiamiento será de cargo exclusivo de la Compañía de Seguros que hubiere interpuesto el reclamo.

Los gastos que genere un reclamo que hubiere sido apelado por dos partes, serán compartidos por los reclamantes, a excepción de aquellos casos en que alguna de las partes fuere el afiliado, en cuyo caso éste quedará excluido de su financiamiento.

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

b) Financiamiento de gastos de traslado y estadías.

Serán de cargo de la Administradora o de la Compañía de Seguros, según corresponda, los gastos de traslado que se originen en caso de que el afiliado fuere citado a comparecer ante la Comisión Médica Central.

El financiamiento se hará sobre la base de un traslado terrestre, a menos que la Comisión Médica Regional determine otro tipo de traslado.

Tanto los costos de estadía y de hospitalización del afiliado, como los pasajes y estadía del acompañante, deberán ser pagados por la Administradora o por la Compañía de Seguros según corresponda, en los casos en que la Comisión Médica Regional lo autorice.

Las normas de financiamiento de exámenes y traslado serán aplicables a las reclamaciones de dictámenes que se pronuncien sobre la invalidez de hijos beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

**3. Tipos de Resoluciones de la Comisión Médica Central** La Comisión Médica Central podrá acordar la suspensión del plazo de 10 días hábiles para resolver, con la finalidad de disponer que se practiquen al afiliado los exámenes, peritajes, análisis e informes médicos que estime necesarios, señalando si éstos se realizarán en la Región de origen, en la ciudad de Santiago u otra Región. El término de suspensión no deberá exceder de 60 días corridos.

Concluido el estudio del reclamo la Comisión Médica Central pronunciará su fallo mediante una Resolución que confirmará o revocará el dictamen de invalidez objeto de apelación.

a) Resoluciones que rechazan los reclamos por razones administrativas.

i. Fallecimiento del afiliado.

- Si se trata de un reclamo en contra de un primer dictamen, la Comisión Médica rechazará la invalidez.

- Si se trata de un reclamo en contra de un segundo dictamen, la Comisión Médica confirmará el dictamen objeto de reclamo.

ii. Reclamos interpuestos fuera de plazo.

La Comisión Médica rechazará el reclamo por extemporáneo y confirmará el dictamen en cuestión, declarando que éste ha quedado ejecutoriado al vencimiento del plazo legal de apelación.

iii. Reclamos improcedentes.

La Comisión Médica rechazará el reclamo cuando su interposición resulta improcedente, sea porque el dictamen apelado no es susceptible de reclamo o porque está interpuesto por alguna entidad que no es parte en el siniestro. Por ejemplo un reclamo presentado por una Compañía Aseguradora respecto de un afiliado sin cobertura por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

iv. No concurrencia o falta de antecedentes.

La Comisión Médica Central deberá pronunciarse sobre el o los reclamos, pudiendo rechazar una Solicitud de Pensión o de Reevaluación del grado de invalidez, si el afiliado no concurre a las citaciones o no se practica los exámenes, peritajes, análisis e informes médicos, sin causa justificada.

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

b) Resoluciones que se pronuncian sobre los dictámenes reclamados.

i. Aceptación de reclamos.

Si la Comisión Médica Central acepta el reclamo se revocará el dictamen impugnado y se resolverá declarando la invalidez total o parcial, modificando el grado de menoscabo total o parcial otorgado en el dictamen y/o rechazando la invalidez, dependiendo de lo que se haya dictaminado en la etapa regional y de lo reclamado por la parte interviniente.

Si la resolución de la Comisión Médica Central acepta la invalidez rechazada en principio por la Regional, la revocación del dictamen implica que en su fallo deberá establecer la fecha de devengamiento de la pensión, de acuerdo a las disposiciones tratadas más adelante en el Capítulo VI de la presente Letra D.

ii. Rechazo de reclamos.

Si la Comisión Médica Central, concluye que la invalidez que presenta el afectado ha sido correctamente evaluada por la Comisión Médica Regional, de modo que no existe mérito para acceder a lo solicitado, rechazará el reclamo y, por consiguiente, confirmará el dictamen.

En los casos señalados la Resolución puede estar referida a un primer o segundo dictamen de invalidez.

c) Dictámenes de la Comisión Médica Central Ampliada.

Cuando el reclamo en contra de un dictamen de invalidez se fundare en la circunstancia que la invalidez declarada es de origen laboral o profesional, la Comisión Médica Central se integrará, además, con un médico cirujano designado por la Superintendencia de Seguridad Social, quien la presidirá, denominándose Comisión Médica Central Ampliada. En estos reclamos, integrará la comisión, sólo con derecho a voz, un abogado designado por dicha Superintendencia, quién informará de acuerdo con los antecedentes del caso; pudiendo además asistir a esta sesión con derecho a voz, un abogado designado por la Superintendencia de Pensiones, cuando ésta lo requiera.

En caso de empate, el Presidente tendrá la facultad de dirimir respecto de la invalidez.

Los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744, podrán designar a un médico cirujano para que asista como observador a las sesiones en que se discuta la invalidez de trabajadores cuyo riesgo se encuentren cubriendo.

Si la reclamación tiene por único fundamento el eventual origen laboral de la invalidez declarada, la Comisión Médica Central Ampliada emitirá un Dictamen pronunciándose solamente acerca del origen de la invalidez.

Este Dictamen puede ser reclamado por las partes ante la Superintendencia de Seguridad Social, en cuyo caso se procederá de acuerdo al número 5 siguiente.

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

#### **4. Notificación de la Resolución**

Desde la fecha de la sesión en que la Comisión Médica Central emita su fallo respecto a una reclamación, ésta tendrá un plazo de 15 días para remitir la resolución a la Comisión Médica Regional respectiva, la que deberá tomar conocimiento de la misma, en la sesión siguiente a su recepción y procederá a notificar a las partes interesadas, aplicando el mismo procedimiento y plazo definido para notificar el Dictamen primitivo.

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

Si se trata de una resolución que en uno de sus considerandos se pronuncia descartando el origen laboral de la invalidez esta será notificada además a la entidad que de acuerdo con la Ley N° 16.744 le pudiere corresponder el pago de la respectiva prestación por invalidez profesional.

Respecto de esta Resolución podrá interponerse una reclamación fundada en que la invalidez ya declarada proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional, en cuyo caso se procederá de acuerdo al número siguiente.

#### **5. Reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social**

El afiliado, la Administradora, la Compañía de Seguros y la entidad a la que le pudiere corresponder el pago de la respectiva prestación por invalidez profesional, podrán presentar un reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social, en contra de un dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada, o Resolución de la Comisión Médica Central que en uno de sus considerandos se pronuncia descartando el origen laboral de la invalidez, fundado en la circunstancia que la invalidez declarada es de origen laboral o profesional.

Dicho reclamo debe presentarse a la Superintendencia de Seguridad Social, a través de la Comisión Médica Regional que emitió el dictamen inicialmente reclamado, por un medio electrónico o físico.

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

La citada Superintendencia sólo se pronunciará para determinar si la invalidez es o no de origen profesional.

##### **a) Plazo para interponer el reclamo.**

El plazo para interponer el reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social es de 15 días corridos, contado desde la notificación del Dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada o de la Resolución de la Comisión Médica Central que en uno de sus considerandos se pronuncia descartando el origen laboral de la invalidez.

##### **b) Pago de pensiones durante la etapa de reclamo.**

Notificada la Administradora del Dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada que acoge o rechaza el reclamo de una de las partes interpuesto en contra del Dictamen Regional, fundado en el eventual origen laboral de la invalidez declarada, deberá iniciar el pago de la pensión a que hubiere

lugar, dependiendo de lo que haya resuelto la Comisión Médica Central Ampliada. La interposición de un reclamo ante la Superintendencia de Seguridad Social no suspenderá el pago de la respectiva pensión, puesto que la única materia en cuestión es el origen de la invalidez declarada, vale decir si dicha invalidez total o parcial es de origen laboral o común. En consecuencia, a través de este reclamo no es posible discutir el derecho a pensión por invalidez, sino quién debe financiar y pagar el beneficio correspondiente según la naturaleza de la invalidez declarada.

El pago se hará hasta agotar los recursos de la cuenta individual del afiliado; hasta el mes anterior a aquel en que la institución responsable de cubrir el riesgo de accidente o enfermedad profesional comience a pagar las respectivas pensiones, o hasta que la Administradora pague la totalidad de la pensión, si el dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social así lo determina, según qué ocurra primero.

c) Montos que deben pagarse durante la etapa de reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social.

Si la Comisión Médica Central Ampliada acoge el reclamo y dictamina que la invalidez declarada a favor del afiliado por la Comisión Médica Regional es de origen laboral o profesional, la Administradora deberá pagar con cargo a la cuenta individual del afiliado, pensiones equivalentes a la pensión básica solidaria de invalidez, en los plazos señalados en este Título I, hasta que la Superintendencia de Seguridad Social emita su fallo definitivo.

Si por el contrario, la Comisión Médica Central Ampliada rechaza dicha apelación, resolviendo que la invalidez no tiene origen laboral, la Administradora de Fondos de Pensiones deberá pagar la pensión completa a la que el inválido tenga derecho, considerándolo como no cubierto, hasta que la Superintendencia de Seguridad Social falle lo contrario, si correspondiere.

d) Devolución de montos pagados.

De establecerse que el pago de las pensiones corresponde a la entidad que hubiere estado cubriendo el riesgo de enfermedad profesional o accidente del trabajo, dicha entidad devolverá a la Administradora el número de Unidades de Fomento pagadas por ésta al afiliado por concepto de pensión de invalidez, las cuales deberán abonarse a la cuenta individual del afiliado, de acuerdo a la siguiente Letra I sobre Tratamiento Contable.

Si por el contrario, la resolución de la Superintendencia de Seguridad Social declara que la invalidez no es de origen profesional, la Administradora continuará pagando la pensión. Si hubiere estado pagando una pensión básica solidaria, de invalidez efectuará la reliquidación correspondiente.

**Nota de actualización: Las letras c) y d) de este número fueron modificadas por la Norma de Carácter General N° 325, de fecha 9 de julio de 2024.**

## **6. Recurso de Reposición**

Emitida y notificada que sea una Resolución de la Comisión Médica Central que resuelve un reclamo en contra de un dictamen de invalidez de una Comisión Médica Regional, las partes pueden interponer un Recurso de Reposición Administrativo ante la misma Comisión Médica Central, en contra de lo resuelto por ésta, de acuerdo con la Ley N° 19.880. La presentación de este recurso debe hacerse por intermedio de la Comisión Médica Regional respectiva, a través de un medio electrónico o de uno físico, dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha en que se entiende notificada la resolución recurrida. Por su parte, la Comisión Central se pronunciará primero sobre su admisibilidad y de ser admisible, sobre la materia reclamada, mediante una nueva resolución que agota la vía administrativa, quedando ejecutoriado de ese modo el dictamen de invalidez.

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

Considerando que el artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980, no contempla para las ISAPRE la posibilidad de reclamar ante la Comisión Médica Central, respecto de los dictámenes de invalidez, facultad que tampoco está prevista en el inciso 8° del artículo 197, del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.933, entre otros cuerpos legales, es procedente acoger a tramitación los Recursos de Reposición Administrativos que las ISAPRE interpongan en contra de los dictámenes de invalidez, que resuelvan una solicitud de

declaración de invalidez requeridas por éstas, siempre que se trate de un trámite sin solicitud de pensión de invalidez asociada y que el dictamen no haya sido objeto de reclamo por parte del afiliado afectado. En consecuencia, en términos generales, no procede el Recurso de Reposición Administrativo en contra de los dictámenes de invalidez emitidos por las Comisiones Médicas Regionales, ni respecto de los dictámenes emitidos por la Comisión Médica Central Ampliada.

**Nota de actualización: Este número fue incorporado 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 86, de fecha 27 de junio de 2013.**

## 7. Recurso Extraordinario de Revisión

En el evento que en contra de un Dictamen de Invalidez ejecutoriado con Resolución de la Comisión Médica Central o de una Resolución ejecutoriada de dicha Comisión Médica se interponga, por parte del afiliado o de la Compañía Aseguradora, un Recurso de Revisión Extraordinario, por intermedio de una Comisión Médica Regional, ésta deberá remitirlo a la Comisión Médica Central con todos los antecedentes que sirvieron de base a lo resuelto, en un plazo de cinco días hábiles contado desde su recepción.

Del mismo modo, la Comisión Médica Regional notificará en el mismo plazo a la otra parte interviniente y a la Administradora de Fondos de Pensiones respectiva, la interposición de dicho recurso y, de acuerdo a lo que solicite el recurrente, informará si tal recurso suspende o no los efectos del acto recurrido.

A su turno, en un plazo de cinco días hábiles contado desde su notificación, la Administradora deberá informar a la Comisión Médica Central la situación previsional del afiliado y el estado de trámite de la pensión si el acto recurrido ha declarado invalidez total o parcial.

El citado recurso extraordinario de revisión es un medio de impugnación de los actos administrativos consagrado en la Ley Nº 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.

La evaluación, calificación y reevaluación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema de Pensiones de Capitalización Individual, constituye un procedimiento médico administrativo especial, establecido y regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980, y su Reglamento, contenido en el D.S. Nº 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Sin embargo, atendido que las disposiciones de la Ley Nº 19.880 deben aplicarse supletoriamente respecto de los procedimientos especiales establecidos por ley, corresponderá a la Comisión Médica Central determinar la admisibilidad del recurso.

**Procedencia:** De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 60 de la Ley Nº 19.880, el citado recurso procede cuando concurra alguna de las circunstancias que señala, de las cuales las que guardan relación con la materia expuesta son las contenidas en los literales a) y b) de ese precepto legal, citadas a continuación:

a) Que la resolución se hubiere dictado sin el debido emplazamiento.

b) Que, al dictarlo, se hubiere incurrido en manifiesto error de hecho y que éste haya sido determinante para la decisión adoptada, o que aparecieran documentos de valor esencial para la resolución del asunto, ignorados al dictarse el acto o que no haya sido posible acompañarlos al expediente administrativo en aquel momento.

En ese orden de ideas, considerando el carácter supletorio de esta ley, que debe primar el procedimiento especial contenido en el D.L. Nº 3.500 y su Reglamento, sólo será admisible este recurso si previamente el afiliado ha agotado el procedimiento propio de evaluación y calificación de invalidez. En consecuencia, sólo podrá intentarse este recurso en contra de las Resoluciones de la Comisión Médica Central, mas no respecto de los Dictámenes de Invalidez de las Comisiones Médicas Regionales.

**Plazo:** El plazo para interponer el recurso será de un año, el que para las causales antes citadas se computará desde el día siguiente a aquél en que se dictó la resolución.

**Efectos:** La regla general es que este recurso no suspende los efectos del acto recurrido o impugnado, sin embargo, la autoridad llamada a resolver el recurso, a petición fundada del interesado,

podrá suspender la ejecución cuando el cumplimiento del acto recurrido pudiere causar daño irreparable o hacer imposible el cumplimiento de lo que se resolviere, en caso de acogerse el recurso.

Suspensión de los efectos: Si a petición fundada del recurrente, la Comisión Médica Regional o la Comisión Médica Central informa a la Administradora la suspensión de los efectos del acto recurrido, las Administradoras deberán proceder de acuerdo a lo siguiente:

a) Si la Resolución impugnada rechaza la invalidez, la Administradora deberá considerar en estado vigente la solicitud de pensión de invalidez que generó la resolución recurrida.

b) Si la Resolución impugnada declara la invalidez parcial transitoria o definitiva o invalidez total conforme a un único dictamen, la Administradora deberá suspender el trámite de pensión aun cuando se encuentre en régimen de pago, hasta que reciba la Resolución final.

c) Si finalmente, la Resolución que se pronuncia sobre un Recurso de Revisión Extraordinario declara o confirma la invalidez total o parcial, la Administradora deberá continuar con los procesos de determinación y pago de pensión, como de reliquidación si el grado de menoscabo laboral ha sido modificado.

d) Si la Resolución final rechaza la invalidez que en principio había sido aprobada, la Administradora pondrá término al trámite de pensión y no procederá la devolución de las pensiones que se hubieren pagado.

**Notificación:** La Resolución de la Comisión Médica Central que se pronuncia sobre un Recurso de Revisión Extraordinario, se entenderá notificada a contar del tercer día siguiente 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, momento a partir del cual producirá sus efectos.

**Nota de actualización:** Este número fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 27, de fecha 7 de noviembre de 2011. Posteriormente, el último punto "Notificación", fue modificado por la Norma de Carácter General N° 329, de fecha 13 de diciembre de 2024.

## **II. Proceso Prioritario de Reclamación para enfermo terminal**

De acuerdo a lo establecido en el artículo 70 bis del D.L. N° 3.500, los dictámenes que emitan las Comisiones Médicas Regionales serán reclamables ante la Comisión Médica Central, por el afiliado y por la Compañía de Seguros correspondiente.

No obstante lo señalado, no serán reclamables, por ninguna de las partes involucradas, los dictámenes rechazados por causa administrativa.

Por intermedio del reclamo o apelación, las partes pueden manifestar todas las discrepancias o cuestionamientos que les merezca un dictamen de invalidez determinado. Del mismo modo, el reclamo puede fundarse en que la invalidez declarada proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

### **1. Plazo para interponer el reclamo**

Para efectos de interponer un reclamo ante la Comisión Médica Central, la parte interesada debe presentarlo por escrito, ante la Comisión Médica Regional que lo emitió, dentro del plazo de 3 días hábiles contado desde la fecha de notificación del dictamen.

El reclamo, ingresado por el interesado o por quien lo represente, deberá ser interpuesto por medios electrónicos o por medios físicos en la Comisión Médica Regional.

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

Recibido un reclamo interpuesto por una de las partes, la Comisión Médica Regional notificará de su interposición a las demás partes, acompañando copia de la apelación e informándole que se trata de un proceso prioritario por enfermo terminal de calificación de invalidez.

### **2. Aplicación de procedimiento simplificado para apelaciones con tramitación prioritaria como enfermo terminal**

La Comisión Médica Central deberá pronunciarse dentro de los siguientes 3 días hábiles desde recepcionados los antecedentes, aplicando un procedimiento simplificado, el que constará de las siguientes etapas:

i) recepción de la apelación; ii) análisis de los antecedentes por el médico asignado al caso, el que podrá, en caso de requerirlo, solicitar antecedentes adicionales; iii) Presentación del caso a sesión y resolución inmediata.

Los aspectos operativos del procedimiento simplificado, serán definidos en el capítulo XIII de esta letra.

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 apelación de la invalidez, la Comisión Médica Central, deberá aplicar el procedimiento simplificado, antes descrito, rigiendo como plazo de término de la apelación aquél plazo menor entre el plazo del procedimiento simplificado y el plazo que falta para finalizar la evaluación.

Asimismo, 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 mediante una resolución de la Comisión Médica Central.

Concluido el estudio del reclamo, la Comisión Médica Central pronunciará su fallo mediante una Resolución que confirmará o revocará el dictamen de invalidez objeto de apelación.

### **3. Resoluciones que se pronuncian sobre los dictámenes reclamados.**

#### *i. Aceptación de reclamos.*

Si la Comisión Médica Central acepta el reclamo se revocará el dictamen impugnado y se resolverá declarando la invalidez total o parcial, modificando el grado de menoscabo total o parcial otorgado en el dictamen y/o rechazando la invalidez, dependiendo de lo que se haya dictaminado en la etapa regional y de lo reclamado por la parte interviniente.

Si la resolución de la Comisión Médica Central acepta la invalidez rechazada en principio por la Regional, la revocación del dictamen implica que en su fallo deberá establecer la fecha de devengamiento de la pensión, de acuerdo a las disposiciones tratadas más adelante en el Capítulo VI de la presente Letra D.

#### *ii. Rechazo de reclamos.*

Si la Comisión Médica Central, concluye que la invalidez que presenta el afectado ha sido correctamente evaluada por la Comisión Médica Regional, de modo que no existe mérito para acceder a lo solicitado, rechazará el reclamo y, por consiguiente, confirmará el dictamen.

En los casos señalados la Resolución puede estar referida a un primer o segundo dictamen de invalidez.

### **4. Notificación de la Resolución**

Una vez que la Comisión Médica Central emita su fallo deberá informarlo mediante el Sistema informático a la Comisión Médica Regional respectiva, la que procederá a notificar a las partes interesadas, aplicando el mismo procedimiento y plazo definido para notificar el Dictamen primitivo.

### **5. Situaciones especiales**

El procedimiento prioritario de tramitación de la apelación al dictamen de invalidez de un enfermo terminal antes descrito, será igualmente aplicable en caso de solicitantes no cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

**Nota de actualización: Esta sección fue incorporada por la Norma de Carácter General Nº 283, de fecha 16 de junio de 2021.**