



NOTA INTERNA N° 155

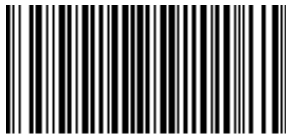
Santiago, 14 de Marzo de 2022

MATERIA

Emite pronunciamiento respecto de pago y copago de interconsultas y exámenes en revisiones de oficio y como consecuencia de resoluciones judiciales

IDENTIFICACIÓN INTERNA: **NI-FIS-22-155**

MARIO VALDERRAMA VENEGAS
FISCAL



500374822

Verifique documento en <https://www.spensiones.cl/apps/certificados/vOficio.php>

NOTA INTERNA N° FIS-155

ANT.: 1.- Nota Electrónica NE-CME-22-215, de fecha 28-02-2022 de la División Comisiones Médicas y Ergonómica.

2.- NE-FIS-22-546 de fecha 04-02-2022 de esta Fiscalía.

3.- Nota Interna NI-CME-22-46, de fecha 01-02-2022 de Jefe División Comisiones Médicas y Ergonómica.

INV.:

MAT.: Emite pronunciamiento respecto de pago y copago de interconsultas y exámenes en revisiones de oficio y como consecuencia de resoluciones judiciales.

DE: FISCAL

A: SEÑOR JEFE DIVISIÓN COMISIONES MÉDICAS Y ERGONÓMICA

Por medio de la nota interna singularizada en antecedentes, se ha dirigido usted ante esta Fiscalía señalando que, con cierta frecuencia se generan instrucciones de revisión de oficio hacia la Comisión Médica Central (CMC) y, ocasionalmente, a las Comisiones Médicas Regionales (CMR), que se originan a propósito del análisis de algún reclamo por parte de un solicitante insatisfecho con el resultado de su proceso de calificación de invalidez o, bien, del estudio de alguno de los expedientes de calificación de invalidez seleccionado a propósito del programa de fiscalizaciones técnicas, que lleva el Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía de esa División. En tales circunstancias, por medio de un oficio ordinario con la firma del Superintendente, se instruye a las Comisiones que revisen lo obrado y considerando los argumentos técnicos expuestos, revisen y corrijan los errores u omisiones, complementando o no con nuevas pericias y luego, en uso de su autonomía, con todos los antecedentes disponibles vuelvan a pronunciarse respecto a la incapacidad del solicitante.

Agrega que, a lo anterior, se suman las instrucciones derivadas de los fallos de las Cortes de Apelaciones o de la Corte Suprema con motivo de recursos de protección presentados por las personas que estiman que han sido afectados sus derechos constitucionales sobre seguridad social. En estos casos, también por medio de oficio con la

firma de la Intendente, se instruye a las Comisiones que den cumplimiento íntegro al fallo de las Cortes, que en la mayoría de los casos implica repetir algunas o realizar nuevas pericias.

Refiere además, que en ambas situaciones, la mayoría de las veces se requiere de nuevas peritajes con interconsultores o nuevos exámenes que permiten mejor resolver a las Comisiones Médicas.

Estima esa División, que en estos casos cuestionados se han completado todas las etapas que el proceso contempla, incluyendo el recurso de reposición y otras veces el recurso extraordinario de revisión; de manera tal que, las revisiones de oficio y los fallos de las Cortes aparecen como ajenas a dicho proceso regular y, por tanto, debe plantearse quién debe asumir los costos de las nuevas pericias instruidas para resolver esas coyunturas, como se ha representado recientemente por medio de correo electrónico desde la CMC, dado que no ha sido ni la Compañía aseguradora ni el afiliado quienes han solicitado la revisión.

En efecto, normalmente las pericias tienen un costo que tienen que asumir las AFP, o las Cías. Aseguradoras, según corresponda, y un copago por parte de los afiliados en 10% o 20% según sean categorizados como equivalentes al Grupo C o D de FONASA, respectivamente. En tanto, que el IPS debe asumir el costo total puesto que sus solicitantes, por pertenecer a la población más pobre, se categorizan como equivalentes al FONASA A o B, eximidos del copago. El mencionado costo se incrementa aún más si implica el traslado de la persona de una región a otra para efectuar las pericias que se necesiten.

En consecuencia, se requiere un pronunciamiento de esa Fiscalía que clarifique la pertinencia de cobrar los copagos a los afiliados y la instancia que debe asumir los costos de las aludidas nuevas pericias derivadas de las revisiones de oficio y de los fallos de las Cortes.

Al respecto y teniendo presente que la situación planteada por esa División de manera alguna es nueva y por tanto debe llevar varios años aconteciendo, es que como medida para mejor resolver, a través de la nota electrónica citada en antecedentes número 2, se solicitó que informara a esta Fiscalía de qué manera se había estado operando hasta la fecha, respecto de tal financiamiento y copago de las gestiones periciales.

Es del caso, que esa División por medio de la nota electrónica singularizada en antecedentes número 1, señala que efectuadas las consultas al Gerente de Operaciones de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas, éste señaló lo siguiente:

“Si se deben efectuar nuevas interconsultas y/o exámenes, estos deben resultar en una nueva orden de atención y el proceso para el financiamiento y copago sería:

- *Órdenes de telemedicina: no tienen copago y el financiamiento es cubierto en un 100% por la entidad correspondiente, sea AFP, AACH o IPS.*
- *Órdenes de IC/EX presenciales: para éstas el arancel, y por consiguiente el copago, se calcula en base a la información que viene con la solicitud por parte de la institución (0%, 10 % o 20%).*

Por origen:

- *En el caso de los afiliados a AFP, el arancel puede cambiar sea por solicitud del solicitante a su AFP o por la misma AFP. En caso de suceder, se recibe un documento acreditando el cambio, pudiendo aumentar o disminuir el arancel, los cuales son cargados en SAGCOM y actualizado el expediente de manera que las órdenes emitidas indiquen el nuevo valor. El pago de copago es cancelado por los solicitantes en el lugar de atención y la diferencia es financiada por la institución correspondiente.*
- *En el caso de órdenes que provengan de solicitudes de Isapres, estas últimas deben financiar el 100% del costo, sea telemedicina u orden presencial.*
- *En el caso de que se generen solicitudes de órdenes a raíz de una apelación, el financiamiento es íntegro por la institución que reclame, y cuando reclama el solicitante aplica el porcentaje de arancel antes mencionado.*

Pagos:

- *El pago de la diferencia en el financiamiento lo realiza la Fundación en representación del IPS, las AFP y la AACH.*

Casos que se ordena una revisión de oficio (Superintendencia) o retrotraer el caso (Tribunales de Justicia):

- *En efecto es así, primero se debe revisar lo que se está solicitando y luego, si se deben generar nuevas órdenes, aplicaría acorde a lo anterior”.*

Sobre el particular cumplesme expresar que, que contrariamente a lo que estima esa División, esta Fiscalía es de la opinión que las revisiones de oficio que esta Superintendencia efectúa a los expedientes de invalidez, en uso de las facultades fiscalizadoras establecidas previstas por la normativa vigente- así por ejemplo cuando han existido discrepancias entre los dictámenes de la Comisión Médica Regional y la Comisión Médica Central- no se está actuando fuera de las etapas del proceso mismo de calificación de invalidez, por cuanto, precisamente, se está revisando la correcta aplicación de dicho proceso, con la finalidad de resguardar tanto los derechos de los interesados, como también los legítimos intereses de las respectivas entidades. Así entonces, si como consecuencia de tal revisión de oficio, se requiere la realización de nuevos exámenes y pericias, su financiamiento debe regirse por las mismas normas aplicadas en el proceso de

calificación de invalidez.

Cabe consignar, que de igual forma deben financiarse las pericias y exámenes que se requieren con motivo del resultado de una acción o recurso judicial, toda vez que también tales acciones y recursos, como consecuencia de la obligatoriedad del cumplimiento de las correspondientes resoluciones judiciales, pasan a formar parte del procedimiento mismo de calificación de invalidez, tal como por lo demás, válidamente se desprende del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones, que en su 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, N°7 Tramitación de recursos contra dictámenes y resoluciones de invalidez ante la Comisión Médica Central, letra e) Acciones judiciales, se refiere precisamente a los casos en que los Presidentes de las Comisiones Médicas Regionales y Central que son notificados de la interposición de una demanda o recurso de protección ante los Tribunales de Justicia, respecto de un dictamen o resolución de invalidez.

En consecuencia, sobre la base de lo anteriormente expresado, se estima debidamente atendida su solicitud de pronunciamiento.

Saluda atentamente a usted,

FISCALIA

PWV/SBL

Distribución:

- Sr. Jefe División Comisiones Médicas y Ergonómica
- Fiscalía (Base de Datos)