



NOTA INTERNA N° 428

Santiago, 3 de Julio de 2023

MATERIA

Se pronuncia sobre aporte adicional a cuenta de afiliada fallecida

IDENTIFICACIÓN INTERNA: **NI-FIS-23-428**

MARIO VALDERRAMA VENEGAS
FISCAL



500491723

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

NOTA INTERNA N° 428

- ANT.:**
- 1) Su NI-PYS-401 de 16 de noviembre de 2022.
 - 2) Nota Interna N° 826 de esta Fiscalía, de fecha 19 de diciembre de 2022.
 - 3) Su NI-PYS-422 de 28 de diciembre de 2022.
 - 4) Nota Interna N° 114 de esta Fiscalía, de 15 de febrero de 2023.
 - 5) Oficio Ordinario N° 2952 de Fiscalía, de 20 de febrero de 2023.
 - 6) Carta de AFP Uno S.A. de 23 de febrero de 2023.
 - 7) Nota Interna N° 159 de Fiscalía, de 7 de marzo de 2023.
 - 8) Su Nota Interna N° 93 de 11 de abril de 2023.
 - 9) Nota Interna N° 261 de Fiscalía, de 13 de abril de 2023.
 - 10) Nota Interna N° 116 de la División Comisiones Médicas y Ergonómica, de 5 de mayo de 2023.
 - 11) Nota Electrónica 892 de esta Fiscalía, de fecha 8 de mayo de 2023.
- MAT.:** Se pronuncia sobre certificación de ET y procedencia de que AFP Uno S.A. entere aporte adicional.

DE : FISCAL

A : SEÑORA JEFE DIVISIÓN PRESTACIONES Y SEGUROS

1. Mediante la Nota Interna indicada en el número 1 del antecedente, solicitó un pronunciamiento de esta Fiscalía respecto de la procedencia de acoger el reclamo del cónyuge sobreviviente [REDACTED] por el rechazo a su solicitud de certificación como enfermo terminal, y también respecto de la solicitud de AFP Uno S.A. de continuar el trámite de pensión de la afiliada fallecida.

De acuerdo con los antecedentes expuestos por la Administradora, la solicitud de pensión en calidad de enfermo terminal de la señora [REDACTED] fue rechazada debido a que falleció antes de que fuese emitida la certificación respectiva. Lo anterior, debido a una serie de errores en la documentación entregada por la solicitante, fallas en el sistema informático de la AFP y la demora del Consejo Médico en aceptar a tramitación la documentación remitida.

2. Al respecto y en forma previa a emitir un pronunciamiento, mediante las Notas Internas y oficios singularizados en los números 2, 5, 7 y 9 de antecedentes, se solicitó a esa División, a la División Comisiones Médicas y Ergonómica y a AFP Uno S.A., complementar la información acompañada.

De los antecedentes tenidos a la vista, se ha podido establecer lo siguiente:

1. 19 de agosto de 2022: AFP Uno S.A. recibió el certificado médico que acreditaba que [REDACTED] padecía una enfermedad terminal;
2. 23 de agosto de 2022: La Administradora recibió la solicitud de certificación de enfermo terminal, oportunidad en que detectó que se omitió la entrega del documento que autoriza al Consejo Médico para acceder a la ficha médica de la afiliada;
3. 26 de agosto de 2022: el cónyuge de la afiliada ingresa la totalidad de documentos para que se admitiera a trámite la solicitud de certificación de [REDACTED] incluida la autorización para acceder al expediente médico de la afiliada;
4. 26 de agosto de 2022: La AFP habría sufrido un incidente sistémico que le impidió el envío de la solicitud de la afiliada a las comisiones médicas para la tramitación de la declaración de invalidez, requerimiento que debía presentar automáticamente dado que se trataba de una trabajadora activa, no inválida y cubierta por el seguro de invalidez y sobrevivencia;
5. 5 de septiembre de 2022: La AFP logró transmitir la información para las Comisiones Médicas a través del SAGCOM, pero el envío del archivo XML fue rechazado, por lo que la AFP lo envió a través de un correo electrónico. No obstante, el archivo fue rechazado por la Comisión Médica dado que no fue remitido por los medios dispuestos para ello;
6. 6 de septiembre de 2022: [REDACTED] fallece;
7. 8 de septiembre de 2022: La AFP transmite la solicitud de certificación de enfermo terminal al Consejo Médico a través del sistema SET;
8. 9 de septiembre de 2022: La AFP habría ingresado la solicitud de calificación de invalidez para enfermo terminal;
9. 13 de septiembre de 2022: [REDACTED] es certificada como enfermo terminal por el Consejo Médico.
10. 24 de marzo de 2023: Mediante carta [REDACTED] la Fundación de Administración de Comisiones Médicas, informó que el envío de la solicitud de calificación de invalidez para enfermo terminal, remitido por AFP Uno S.A. el 5 de septiembre a través del Web Service 3, fue rechazado y, por tanto, no se generó un expediente. En consecuencia, los siguientes intentos de la AFP para enviar el certificado a través del Web Service 2 también resultaron con errores ya que el sistema indicaba que no existía un expediente al cual asociar el documento acompañada. La fundación agregó que, si la AFP no podía efectuar el envío por la Web Service 3, debió haberlo realizado por la Web Service 1 y luego transmitir los antecedentes vía Web Service 2, tal como lo señala el protocolo diseñado para estas transmisiones.

3. Por otra parte, deben considerarse las disposiciones legales y administrativas aplicables al caso:

- Artículo 70 bis, del D.L. N° 3.500, de 1980:

Inciso quinto:

“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, la que derivará a la

Comisión Médica Regional respectiva para su tramitación en un procedimiento prioritario, de conformidad con las normas impartidas por la Superintendencia al efecto, acompañando copia de los antecedentes médicos aportados por el solicitante. La Comisión Médica Regional dispondrá de un plazo de siete 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 en la norma técnica que emitirá la Superintendencia. **Si la Comisión Médica Regional no se pronuncia dentro del plazo señalado en este inciso, se entenderá declarado inválido total al solicitante que ha sido certificado como enfermo terminal.** Tanto el afiliado como la compañía de seguros podrán apelar del dictamen de la Comisión Médica Regional dentro de los tres días hábiles siguientes a su notificación, de acuerdo con un procedimiento simplificado ante la Comisión Médica Central, que constará de las siguientes etapas: i) recepción de la apelación; ii) análisis de los antecedentes por el médico asignado al caso, quien podrá, de ser necesario, solicitar antecedentes adicionales; iii) presentación del caso a sesión y resolución inmediata. La Comisión Médica Central deberá pronunciarse dentro de los siguientes tres días hábiles contados desde la recepción de los antecedentes solicitados. Los aspectos operativos del procedimiento simplificado serán definidos mediante una norma de carácter general de la Superintendencia de Pensiones. **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.”.**

Inciso décimo séptimo:

“Presentada la solicitud de certificación en calidad de enfermo terminal, la Administradora deberá remitir los antecedentes al Consejo Médico dentro del plazo de dos días hábiles contado desde la fecha de recepción de la solicitud. La Administradora deberá, en forma previa a la remisión de la solicitud, verificar los siguientes antecedentes: i) calidad de afiliado activo o pensionado del solicitante; ii) existencia de fondos disponibles en la cuenta de capitalización individual del afiliado; iii) certificado médico debidamente suscrito por el médico tratante y el director médico, o su equivalente, del establecimiento de salud; iv) acreditación de beneficiarios de pensión de sobrevivencia y v) cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia.”.

- Decreto Supremo N° 24 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, año 2021, que contiene el Reglamento de la ley 21.309, artículo 26:

“Los afiliados deberán recurrir a la Administradora a la cual se encuentren incorporados para solicitar la certificación de enfermo terminal, acompañando un informe médico, el que deberá estar firmado por el médico tratante y el director médico, o su equivalente, de la institución de salud pública o privada correspondiente. La Administradora deberá remitir todos los antecedentes recibidos al Consejo Médico, dentro del plazo de dos días hábiles contado desde la recepción de la solicitud.”.

- Compendio de Normas del Sistema de Pensiones, Libro III, Título I, Letra D.1, Capítulo II, de acuerdo con el texto vigente hasta el 31 de octubre de 2022:

N°4.5:

“Al día hábil siguiente de remitida la solicitud de certificación y sus antecedentes al Consejo Médico, la Administradora deberá informar de dicha derivación al afiliado o pensionado. En esta comunicación se debe advertir que el Consejo Médico puede requerir la presentación de antecedentes adicionales. La comunicación será remitida al correo electrónico o al teléfono celular registrado en la solicitud y a aquéllos que estén registrados previamente en la base de datos si fueran diferentes. En caso de que el solicitante no posea correo electrónico, se podrá informar mediante comunicación telefónica la que

deberá ser registrada mediante grabación. Finalmente, en caso de que se cuente solo con la dirección del afiliado, la Administradora deberá enviar una carta certificada en el plazo de un día hábil desde la aceptación o rechazo administrativo de la solicitud.”.

Nº 6.1.1

“Si se trata de una solicitud de invalidez o de reevaluación de invalidez esta seguirá su curso y la Administradora deberá remitir a la Comisión Médica Regional que corresponda copia del certificado médico correspondiente, junto con copia todos los antecedentes adicionales aportados por el afiliado o pensionado, a fin que acoja el trámite de invalidez al procedimiento prioritario para enfermos terminales, de acuerdo a lo señalado en el Capítulo XIII, de la letra D., de este Título. Este envío debe ser a más tardar el día hábil siguiente de validada la solicitud y mediante transmisión electrónica, para que sea incorporado al respectivo expediente de calificación de invalidez.

Para la implementación de la Ley 21.309, la Fundación Administración de Comisiones Médicas (FACM) y las AFP deberán tener en funcionamiento un nuevo Web Service paralelo al actualmente disponible, para que permita el envío de la copia del certificado médico y demás antecedentes solicitando así prioridad como enfermo terminal para una solicitud de calificación de invalidez en curso. Además, dicha Fundación deberá marcar la solicitud de calificación de invalidez que está en curso como "enfermo terminal" de acuerdo a la ley.”

Nº 6.5:

“Tratándose de afiliados no pensionados o pensionados por invalidez parcial con pensiones transitorias, sin una solicitud de calificación de invalidez en trámite, deberá generar automáticamente la solicitud de calificación de invalidez o de reevaluación de invalidez, si se trata de un afiliado cubierto por el SIS o que tenga derecho a bono de reconocimiento o que sea potencial beneficiario de Garantía Estatal o Aporte Previsional Solidario, y remitir copia del certificado médico y demás antecedentes presentados por el afiliado a la CMR, a fin que las Comisiones médicas realicen la calificación de invalidez de acuerdo con el procedimiento prioritario establecido para estos casos en el capítulo XIII, de la letra D, de este Título.

En dicho caso, se utilizarán los formularios de Calificación de Invalidez y de Reevaluación de Invalidez que se encuentran vigentes, los que **deberán ser remitidos a través del web service** a que se refiere el segundo párrafo del punto 6.1.1 anterior.

La solicitud de calificación de invalidez deberá incluir **una marca que identifique el caso como prioritario** por tratarse de un enfermo terminal.

La Administradora no deberá, bajo ninguna circunstancia, restringir la recepción de antecedentes médicos adicionales que el afiliado o pensionado desee adjuntar.

En el caso de afiliados de la Ley 16.744 no corresponde solicitar la calificación de invalidez.”.

Nº7, párrafo primero:

“A más tardar al segundo día hábil, contado desde admitida a tramitación la solicitud del afiliado o pensionado, la Administradora deberá enviarla al Consejo Médico, acompañada del respectivo certificado médico, la autorización para acceso a la ficha clínica y demás antecedentes que el afiliado o pensionado hubiere adjuntado a aquélla. La Administradora no deberá, bajo ninguna circunstancia, restringir la recepción de antecedentes médicos adicionales que el afiliado o pensionado desee adjuntar. El envío se deberá realizar por Transferencia Electrónica de Archivos en formato XML según las definiciones publicadas en la página Web de la Superintendencia en el apartado Transferencia electrónica de archivos Nº28 en el siguiente enlace <https://www.spensiones.cl/apps/tea/esquemasXMLTEA.php?id=xsd>.”.

- Oficio Ordinario N° 17.749 de esta Superintendencia, de 22 de junio de 2021:

Mediante este oficio, dirigido a todas las Administradoras, se informó respecto del protocolo para el uso de la Web Service 3 para el envío a las Comisiones Médicas Regionales de las solicitudes de calificación de invalidez marcadas como enfermo terminal, en conjunto con la documentación que debe acompañarse a ellas, para su tramitación prioritaria.

De su tenor, se desprende que, tal como informó la FACM en su carta de marzo de este año, ya citada, si las AFP no pueden efectuar un envío por la Web Service 3, deben hacerlo por la Web Service 1 y luego transmitir los antecedentes vía Web Service 2, según lo establece el protocolo diseñado para estas transmisiones.

4. Considerando los antecedentes tenidos a la vista y las normas antes citadas, se ha podido establecer que AFP Uno S.A. no habría observado las disposiciones legales y administrativas aplicables para enfermos terminales en relación con los plazos de envío de las solicitudes para la tramitación de la calificación de invalidez y de la certificación de enfermo terminal, a la Comisión Médica Regional y al Consejo Médico respectivamente. Adicionalmente, en el caso de la solicitud de calificación de invalidez, tampoco siguió las instrucciones contenidas en el Oficio Ordinario N° 17.749 ya mencionado, ni en el protocolo de uso de la Web Service, los cuales estaban en conocimiento de todas las AFP.

En efecto, la **solicitud de certificación de enfermo terminal** fue transmitida al Consejo Médico recién el 8 de septiembre, esto es, **9 días hábiles después de que la solicitante ingresara la totalidad de los antecedentes necesarios para la tramitación de su petición**, contraviniendo así la disposición legal contenida en el artículo 70 bis del D.L. N° 3.500, que establece un plazo de 2 días hábiles para el envío de la solicitud al Consejo.

En este caso el envío se realizó a través del sistema SET, respecto del cual AFP Uno S.A. no informó que se hubiese presentado algún inconveniente, como si señaló respecto del Web Service. Por tanto, se trata de un retraso injustificado que impidió que [REDACTED] fuese certificada como enfermo terminal antes de su fallecimiento, pues de haber efectuado la comunicación dentro del plazo dispuesto por la ley, considerando que el Consejo Médico tardó tan solo 3 días en pronunciarse, la certificación se habría emitido antes de su deceso.

Por otra parte, respecto de la comunicación de la solicitud de calificación de invalidez, no sólo se omitió su envío inmediato a la Comisión Médica, sino que además no habría cumplido las instrucciones contenidas en el número 6.1.1 del Capítulo II, Letra D.1, Título I, Libro III del Compendio, el cual, como se refirió previamente, instruye el empleo de la Web Service 3 para la transmisión de las solicitudes de calificación asociadas a certificaciones de enfermos terminales, a fin de que se tramiten en un procedimiento abreviado. A falta de éste, se indica que la solicitud se presentará a través del Web Service 1 y la documentación anexa por el Web Service 2. En consecuencia, no era admisible la solicitud enviada mediante correo electrónico, como lo hizo AFP Uno S.A., motivo por el cual no se generó un expediente en las Comisiones Médicas para la [REDACTED], quedando sin tramitación la solicitud de invalidez que, por disposición legal, la AFP debía generar para la afiliada de manera automática.

De esta manera, [REDACTED] no recibió el aporte adicional a que tenía derecho, pues pese a que proporcionó la totalidad de la información en una fecha tal que habría dado tiempo a que fuese certificada como enferma terminal y que, a lo menos, se hubiese iniciado el procedimiento de calificación de invalidez. En ese sentido, la Administradora no habría dado cumplimiento a las normas establecidas sobre plazos y procedimientos para su tramitación.

Conforme a lo anterior, no fue posible emitir la certificación y la calificación de invalidez oportunamente, o que, a lo menos, con la certificación emitida (considerando que el Consejo Médico en 3 días se pronunció), a la solicitud de calificación ingresada, se hubiese aplicado la presunción contenida en el inciso quinto del artículo 70 bis del D.L. N° 3.500, teniéndola por inválida total y, consecencialmente, hubiese recibido el aporte adicional.

Por tanto, y teniendo presente que la señora Larco murió teniendo la calidad de afiliada activa y cubierta por el SIS, AFP Uno S.A. deberá enterar en la cuenta individual de la afiliada fallecida, con recursos propios, el monto correspondiente al aporte adicional que habría recibido si hubiese sido calificada como inválida total.

Lo anterior, teniendo presente lo dispuesto en el artículo 39 del D.L. N° 3.500, el que hace responsables a las administradoras de los perjuicios causados a los afiliados en sus cuentas de capitalización individual producto, entre otras, del no cumplimiento oportuno de sus obligaciones; los artículos 46 y 47 de la ley N° 20.255, artículo 94, números 2 y 3, del D.L. N° 3.500, el artículo 52 del D.S. N° 57 que contiene el Reglamento del D.L. N° 3.500 y los artículos 2 y 3 del D.F.L. N° 101 de 1980, todos los cuales entregan a esta Superintendencia facultades para ejercer su función de fiscalizar el funcionamiento del sistema de pensiones y velar por los derechos de los afiliados y sus beneficiarios; y, más relevante aún, el artículo 19 N° 18 de la Constitución Políticas de la República, que establece el derecho a la seguridad social, derecho social y colectivo en virtud del cual la acción del Estado está dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. El Estado tiene además el deber de supervigilar el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social.

Saluda atentamente a usted,

FISCAL

NAG/CCC

Distribución:

- Sra. Jefe División Prestaciones y Seguros
- Intendencia de Fiscalización
- Fiscalía