

Libro III, Título I, Letra D

Capítulo XII. Interconsultores

1. Aspectos Generales

La complejidad de la tarea encomendada a las Comisiones Médicas, hace necesario que éstas puedan disponer de antecedentes técnicos, objetivos, sobre cada una de las patologías invocadas por los solicitantes de pensión de invalidez.

El conjunto de normas legales, reglamentarias y administrativas que regulan el ámbito de los beneficios previsionales en el Sistema de Pensiones de Capitalización Individual y en el Sistema de Pensiones Solidarias, autoriza a los referidos órganos calificadores a solicitar evaluaciones de las diversas especialidades médicas, como también exámenes de laboratorio y demás complementos que estimen necesarios para fundamentar sus pronunciamientos, acerca del grado de menoscabo de la capacidad de trabajo que provocan al solicitante las patologías que invoca en su solicitud de pensión por invalidez.

Por consiguiente, es de vital importancia que cuenten con opiniones médicas autorizadas, objetivadas a través de los exámenes de rigor, circunstancia que además del aporte técnico especializado importa la agilización del procedimiento médico administrativo, así como una reducción de los plazos involucrados en el estudio de las solicitudes de calificación y reevaluación del grado de invalidez.

Para el efecto, en la letra D. del Título I, del Libro III del Compendio de Normas de Pensiones, esta Superintendencia dispuso la creación de un Registro Nacional de Interconsultores, en el que se incorporó a médicos e instituciones y a otros profesionales del ámbito de la Seguridad Social, de modo que las Comisiones Médicas deben formular sus requerimientos de exámenes, peritajes e informes médicos y/o socio laborales, por intermedio de los profesionales e instituciones inscritos en dicho Registro.

La creación de una red de Interconsultores permite, además, una atención integral a aquellos solicitantes que por la naturaleza de sus afecciones no pueden concurrir a las oficinas de las Comisiones Médicas a calificar el grado de su invalidez, por cuanto éstas al constatar tal imposibilidad, deben ordenar la evaluación domiciliaria de aquéllos, sea que se encuentren en sus domicilios o internados en algún centro hospitalario.

El objetivo esencial del proceso de evaluación y calificación de invalidez es obtener dictámenes de una calidad técnica que reflejen el menoscabo permanente real del afiliado para acceder a una pensión de invalidez.

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

Para el buen cumplimiento del objetivo del proceso de evaluación y calificación de invalidez, resulta esencial la participación proactiva de todos los profesionales acreditados que intervienen en la evaluación y calificación de la invalidez.

Las Administradoras y la FACM, en su rol de administración de las Comisiones Médicas, deberán desplegar gestiones diligentes para que estas últimas cuenten con una cantidad de Interconsultores a nivel nacional que permita absorber la demanda generada en la calificación de invalidez y puedan emitir sus dictámenes dentro de los plazos establecidos.

Cuando el servicio de interconsulta requerido no se encuentre disponible en la región en la que se realiza la calificación, se considerará cumplida la provisión de la interconsulta, por parte de las Administradoras y la FACM, mediante el envío a la institución que corresponda del requerimiento por escrito de traslado del solicitante a otra región donde dicho servicio pueda ser provisto. La gestión de dicho traslado a tiempo y cumpliendo las normas vigentes al respecto, seguirán siendo obligación de la Administradora, la Compañía de Seguros o el Instituto de Previsión Social, según corresponda. En el

caso que la FACM detecte irregularidades o retraso en el cumplimiento de lo antes mencionado, deberá informarlo a la Superintendencia.

Nota de actualización: El último párrafo de esta número fue agregado por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021 y reemplazado por la Norma de Carácter General N° 302, de fecha 5 de octubre de 2022. Posteriormente, fue reemplazado por los actuales dos últimos párrafos mediante la Resolución Exenta N° 2288, de fecha 28 de noviembre de 2022.

2. Definiciones

En el presente Capítulo se entenderá como:

Comisiones Médicas: Comisiones Médicas Regionales y Central a que se refiere el artículo 11 del D.L. N° 3.500 de 1980.

CMR: A las Comisiones Médicas Regionales a que se refiere el artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980.

FACM: Fundación de Administración de Comisiones Médicas, entidad mandatada por las AFP, con la única finalidad de cumplir el rol encomendado a las Administradoras en el inciso tercero del artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980. Se entenderá como representante de las Administradoras ante la Superintendencia de Pensiones, para todas las funciones que las Administradoras le encomienden en relación con la Administración de las Comisiones Médicas, sin perjuicio de la responsabilidad permanente de cada una de las AFP de velar por el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la ley.

Nota de actualización: Esta definición fue agregada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

IPS: Instituto de Previsión Social.

Normas Técnicas: A las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", a que se refiere el artículo 11 del DL N° 3.500, de 1980.

Solicitante: Al afiliado(a), al hijo(a) sobreviviente inválido o al requirente de PBSI como sujeto de la evaluación y calificación de invalidez.

3. Selección e Incorporación de Interconsultores

a) Registro Nacional

El Registro Nacional de Interconsultores, a que se refiere la letra D. del Título I del Libro III del Compendio de Normas de Pensiones, corresponde a la nómina integrada por las instituciones, médicos y otros profesionales autorizados e incorporados por la Superintendencia de Pensiones para efectuar los exámenes y peritajes requeridos por las Comisiones Médicas.

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

Para su incorporación al mencionado Registro, los médicos y otros profesionales deberán suscribir el formulario de Solicitud de Incorporación al Registro de Interconsultores y acompañar los siguientes documentos:

- Currículum Vitae actualizado.
- Copia legalizada de certificado de título profesional y especialidad médica, cuando corresponda.
- Declaración jurada simple de no haber cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente o por medida disciplinaria o, de haber ocurrido, hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones; así como, de no estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado por crimen o simple delito.
- Declaración jurada simple sobre inhabilidades tratadas más adelante.

- Certificado de inscripción en el registro nacional de prestadores individuales de salud, emitido por la Superintendencia de Salud.

- Declaración del Interconsultor de su disposición a conocer y dar cumplimiento al conjunto de normas que regula el Sistema de Pensiones, contenido en el D.L. N° 3.500, de 1980, su Reglamento (D.S. N° 57, de 1990, de Previsión Social), la Ley N° 20.255, normas de carácter general y otras regulaciones complementarias de procedimientos administrativos, que regulan el proceso de evaluación y calificación de la invalidez y sus Normas Técnicas.

Nota de actualización: El encabezado de este párrafo fue reemplazado y las últimas dos viñetas fueron agregadas, por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

Tratándose de Instituciones, tales como sociedades médicas, clínicas y laboratorios, deberán acompañar lo siguiente:

- Copia legalizada de escritura social vigente y extracto de su publicación en el Diario Oficial.
- Copia legalizada de la Resolución del Ministerio de Salud vigente, que autoriza la instalación y funcionamiento del centro médico, laboratorio o clínica.

- Antecedentes curriculares y copias legalizadas de certificados de título y/o especialidad de los profesionales que efectuarán e informarán los exámenes médicos.

- Declaración de la Institución de su disposición a conocer y dar cumplimiento al conjunto de normas que regula el Sistema de Pensiones, contenido en el D.L. N° 3.500, de 1980, su Reglamento (D.S. N° 57, de 1990, de Previsión Social), la Ley N° 20.255, normas de carácter general y otras regulaciones complementarias de procedimientos administrativos, que regulan el proceso de evaluación y calificación de la invalidez y sus Normas Técnicas.

Nota de actualización: La última viñeta fue agregada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

Tratándose de Exámenes operador dependiente, tales como, Ecocardiografías, y/o Electromiografías u otros de estas características, se deberán acompañar los siguientes documentos:

- Copia legalizada de escritura social vigente y extracto de su publicación en el Diario Oficial del establecimiento donde se realice el examen, si corresponde.

- Copia legalizada de la Resolución del Ministerio de Salud vigente, que autoriza la instalación y funcionamiento del centro médico, consulta o clínica donde se realiza el examen.

- Certificado de inscripción en el registro nacional de prestadores individuales de salud, emitido por la Superintendencia de Salud.

- Datos técnicos del equipo utilizado para la realización del examen.

En cuanto al profesional que efectúa e informa este tipo de exámenes se requieren:

- Antecedentes curriculares que acrediten experiencia de al menos 3 años realizando este tipo de exámenes,

- Copias legalizadas de certificados de título y especialidad del profesional.

- Copias legalizadas de los cursos de capacitación específicos y/o actualizaciones que acrediten su formación para la realización del examen correspondiente.

Nota de actualización: Los dos últimos párrafos fueron agregados por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

b) Proceso de Selección para la incorporación en el Registro de Interconsultores

Los médicos y otros profesionales que aspiren a realizar peritajes para la calificación de invalidez, deberán solicitar ante esta Superintendencia su incorporación al registro nacional de interconsultores.

La FACM podrá seleccionar instituciones tales como Clínicas, sociedades médicas y laboratorios clínicos y radiológicos, que presten servicio en la realización de exámenes de laboratorio e

imagenológicos. La selección de los citados establecimientos que realice la FACM o la institución que la reemplace, deberá realizarse siempre a través de un proceso de licitación especial, competitivo y transparente.

En caso que los prestadores seleccionados por medio de una licitación no puedan responder a la demanda de prestaciones de acuerdo a los criterios objetivos establecidos en las bases de licitación, la FACM o la institución que la reemplace, deberá disponer de convenios con otros prestadores inscritos en el registro, a fin de que éstos atiendan la demanda de prestaciones no cubierta por el prestador licitado.

También podrán solicitar la incorporación al Registro de Interconsultores los médicos especialistas que ejercen funciones profesionales en un prestador institucional acreditado por la Superintendencia de Salud, por medio de dicha Institución de salud, de acuerdo al procedimiento establecido en este numeral.

Nota de actualización: Este párrafo fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 312, de fecha 8 de septiembre de 2023.

Proceso de selección mediante licitación

Adicional al procedimiento a que se refiere la letra a) de este número y con el objeto de seleccionar las instituciones con las cuales se podrá contratar la realización de exámenes imagenológicos y de laboratorio, la FACM podrá llevar a cabo un proceso de licitación pública.

Las Bases de licitación señaladas, deberán sujetarse a las normas establecidas en el presente capítulo.

El proceso de licitación comprenderá las siguientes etapas:

I. Elaboración de las Bases de Licitación. II. Revisión y aprobación de las Bases de Licitación por la Superintendencia. III. Llamado a licitación. IV. Presentación y apertura de Ofertas. V. Conformación de la Comisión Evaluadora. VI. Evaluación y selección de prestadores. VII. Inscripción en el registro nacional de interconsultores de la Superintendencia de Pensiones, si no estuvieren inscritos previamente. VIII. Firma de Contratos.

I. Elaboración de las Bases de Licitación. Las Bases del proceso de licitación deberán ser elaboradas por la FACM, o la institución que la reemplace, debiendo contener al menos lo siguiente:

i. Objeto de la licitación (deben definirse las prestaciones a licitar, su alcance territorial, así como las condiciones mínimas en que se deben otorgar, tales como el plazo máximo para la atención del solicitante). ii. Plazo y forma de presentación de las ofertas. iii. Plazo de apertura de las ofertas. iv. Mecanismos para asegurar la seriedad de las ofertas. v. Obligación de firmar contratos que garanticen la prestación del servicio durante el período licitado. vi. Exigencia de presentación de planes de acción ante contingencias, que permitan mantener la continuidad del servicio. vii. Sanciones en caso de incumplimiento. viii. Duración del período licitado. ix. Período de mantención de los valores ofrecidos por las prestaciones. x. Situaciones en que se declara desierta la licitación. xi. Proceso, y mecanismos de Selección, incluyendo criterios técnicos de evaluación y ponderadores únicos de acuerdo a los rangos definidos en el número VI de esta letra. xii. Forma y plazo de comunicación de los resultados de la licitación. xiii. Otras disposiciones e informaciones que resulten necesarias para que el proceso de licitación se realice en forma competitiva y eficiente.

Además, las bases deberán considerar las inhabilidades o prohibiciones establecidas en la letra d) siguiente.

Para participar en el proceso de licitación, se deberá requerir a las instituciones participantes la entrega de los antecedentes señalados en la letra a) anterior.

No podrán participar en la Licitación las entidades en las que tengan participación los funcionarios directivos de la Superintendencia, de las AFP y de la FACM y los médicos interconsultores inscritos en el Registro; las personas que tengan respecto de ellos, la calidad de cónyuge, conviviente civil, hijos, o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive; las sociedades de personas en que aquéllos o éstas formen parte; las sociedades en comandita por acciones o anónimas cerradas, en que aquéllos o éstas sean accionistas; las sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital de la sociedad.

II. Revisión y aprobación de las Bases de Licitación por la Superintendencia.

Las Bases de Licitación deberán ser enviadas por la FACM a la Superintendencia de Pensiones para su revisión y aprobación, a lo menos 30 días antes del llamado a licitación.

III. Llamado a licitación.

El llamado a licitación deberá efectuarse dentro de los 30 días de aprobadas las bases de licitación por la Superintendencia, mediante a lo menos, una publicación durante tres días seguidos en uno de los tres diarios de mayor circulación del domicilio que para estos efectos establezca la FACM o el organismo que la remplace.

La referida publicación deberá informar la o las direcciones para el retiro de las Bases por parte de los interesados o la dirección del sitio web de la FACM donde estarán publicadas las referidas Bases.

IV. Presentación y apertura de Ofertas

La presentación y apertura de las ofertas se realizará de acuerdo a lo que establezcan las Bases de Licitación.

El incumplimiento en la entrega de alguno de los antecedentes señalados en la letra a) de este número 3., no impedirá la participación y evaluación de la oferta. No obstante, en este caso el puntaje que reciba la institución por este ítem deberá ser castigado y en caso de aun así ser seleccionado, las Bases definirán el plazo para entregar los antecedentes faltantes.

V. Conformación de la Comisión Evaluadora

La comisión evaluadora será designada por la FACM o la institución que la remplace y deberá estar conformada por un número impar de personas, con a lo menos tres integrantes. Al menos dos de los integrantes deberá contar con experiencia de al menos 5 años en la dirección técnica en laboratorios clínicos y centros de imagenología, de alta o mediana complejidad, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 118, del 28 de marzo de 2011 del Ministerio de Salud.

Los miembros de la Comisión no podrán estar relacionados con los oferentes. Para estos efectos, se entenderán como relacionados con los oferentes, a quienes tengan, la calidad de cónyuge, conviviente civil, hijos, o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive; de socios en sociedades de personas en que aquéllos formen parte; de socios en sociedades en comandita por acciones o anónimas cerradas, en que aquéllos sean accionistas; miembros de sociedades anónimas abiertas en que aquéllos sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital de la sociedad. La FACM deberá requerir a cada miembro de la comisión evaluadora que suscriba una declaración jurada, manifestando que no existe conflicto de interés para llevar a cabo esta función de manera imparcial. En caso que algún integrante de dicha Comisión se niegue a suscribir dicha declaración o bien, informa que tiene un conflicto de interés que lo afecte con alguno de los oferentes, aquél dejará de formar parte de la Comisión y la FACM deberá proceder a reemplazarlo.

VI. Evaluación y selección de prestadores

Para su selección, las instituciones antes mencionadas deberán cumplir con los siguientes criterios técnicos y de servicio, los que sumados deberán representar entre el 65% y 75% del total de la ponderación técnica a evaluar en dicha licitación, para lo cual deberán acreditar lo siguiente:

1. Experiencia e idoneidad del equipo profesional y calidad técnica del equipamiento de las clínicas, centros radiológicos y laboratorios clínicos, con un funcionamiento del establecimiento de a lo menos 5 años. Ponderación de 25%.

2. Tratándose de Laboratorios de alta y mediana complejidad, se ponderará favorablemente el que estén acreditados o al menos hubieren ingresado la solicitud de acreditación en la Superintendencia de Salud. Ponderación entre 19% y 26%.

3. Disponer de centros de toma de exámenes en las principales ciudades de cada una de las regiones del país, y tratándose de la región Metropolitana, en las comunas con mayor población. Ponderación entre 19% y 22%.

4. Contar con los medios necesarios para tramitar el envío de sus informes por el sistema informático de las Comisiones Médicas. Ponderación de 2%.

El porcentaje restante, entre 25% y 35%, de la ponderación corresponderá al precio de la prestación.

VII. Inscripción en el registro

La FACM deberá enviar a la Superintendencia para su revisión un informe que individualice cada uno de los oferentes, con el resultado de la evaluación técnica, el acta del proceso de selección, y los antecedentes establecidos en la letra a) para los prestadores seleccionados.

Esta Superintendencia comunicará la incorporación, de la o las entidades seleccionadas al Registro Nacional de Interconsultores a la Fundación de Administración de Comisiones Médicas, o a la institución que la reemplace, para la posterior suscripción del respectivo contrato de prestación de servicios profesionales entre la FACM y la entidad respectiva.

Una vez inscrita la o las entidades seleccionadas en el registro, la FACM procederá a adjudicar la licitación.

VIII. Firma de Contratos

La o las entidades adjudicatarias, serán contratadas por la FACM para la realización de los exámenes imagenológicos y de laboratorio para los cuales fueron seleccionadas.

Los contratos deberán establecer al menos, el precio por las prestaciones que le corresponda otorgar, período de duración del contrato y garantía de permanente acceso por parte de los solicitantes a las prestaciones objeto del contrato.

Proceso de selección de médicos especialistas que ejercen funciones profesionales en prestadores institucionales acreditados

Nota de actualización: Este subtítulo fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 312, de fecha 8 de septiembre de 2023.

Podrán solicitar la incorporación al Registro de Interconsultores los médicos especialistas que ejercen funciones profesionales en un prestador institucional acreditado por la Superintendencia de Salud, por medio de dicha Institución de salud. El proceso de selección en este caso comprenderá las siguientes etapas:

1. Las Administradoras informarán a esta Superintendencia el listado de médicos especialistas presentados por el prestador institucional debidamente acreditado por la Superintendencia de Salud, que desean incorporarse al Registro Nacional de Interconsultores. Lo anterior, lo podrá realizar una o más Administradoras o a través de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas (FACM) o de la institución que la reemplace.

Este listado deberá indicar el nombre completo del médico especialista, RUT, especialidad médica, sub especialidad médica (si corresponde), antigüedad en la especialidad y sub especialidad, dirección donde prestará sus servicios, teléfono de contacto y correo electrónico institucional.

Los médicos especialistas estarán sujetos a las prohibiciones, inhabilidades y obligaciones establecidas en la letra d) del número 3. de este Capítulo, por lo cual deberán también adjuntar una declaración jurada que acredite que no se encuentran afectos a alguna de las causales de inhabilidad.

Asimismo, se deberá adjuntar una declaración jurada del representante legal del prestador institucional de salud, que acredite que no se encuentra afecto a las prohibiciones e inhabilidades de la letra d) del número 3. de este Capítulo.

2. Una vez verificados los antecedentes de dicho listado, esta Superintendencia enviará, a través del correo electrónico institucional, informado para cada médico, el material de capacitación según especialidad. Este material considerará, al menos, ejemplos innominados de informes de Interconsultores, instrucciones para completar los informes, el formato del informe a llenar, la normativa sobre la materia y las normas técnicas de invalidez vigentes.

3. Al mismo correo electrónico a que se refiere el número anterior, transcurridos 10 días hábiles desde dicho envío, se informará a los médicos la dirección electrónica en la cual se podrá acceder a la prueba de evaluación. Para rendir la prueba, los médicos dispondrán de un plazo de 3 días hábiles,

contado desde el día hábil siguiente a la fecha de recepción del correo electrónico antes señalado. Una vez que el médico ingrese, dispondrá de un solo intento para responder la prueba de evaluación.

4. La prueba de evaluación se aprobará con un puntaje mínimo de 70 puntos, de un máximo de 100. El contenido a evaluar dependerá de la especialidad, comprendiendo el capítulo introductorio de las normas técnicas de calificación de invalidez vigentes y el capítulo específico de la especialidad. Lo anterior se informará por medio del correo electrónico a que se refiere el número 3 anterior.

La prueba de evaluación comprenderá al menos dos partes, una se destinará a conocimientos generales del capítulo introductorio y del capítulo específico de la norma técnica de calificación de invalidez, que corresponda de acuerdo con la especialidad del médico y la otra a la aplicación práctica de dichas normas.

5. Los resultados de la prueba serán informados de forma individual por medio de correo electrónico a cada uno de los médicos.

6. En caso de no alcanzar los 70 puntos necesarios para aprobar la prueba, el profesional la podrá volver a rendir a partir de un plazo de al menos siete días corridos, contados desde la fecha de la comunicación señalada en el número anterior.

En caso de alcanzar al menos los 70 puntos necesarios para aprobar la prueba, el profesional será incorporado en el registro de interconsultores, lo cual será informado mediante oficio de esta Superintendencia dirigido a la o las Administradoras o a la Fundación de Administración de Comisiones Médicas (FACM) o a la institución que la reemplace.

Nota de actualización: Este párrafo y sus números fueron incorporados por la Norma de Carácter General N° 312, de fecha 8 de septiembre de 2023.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

c) Incorporación

Independiente del proceso de selección, una vez efectuada la incorporación en el registro por la Superintendencia, este organismo fiscalizador procederá a comunicar la inscripción en dicho Registro a las instituciones y los profesionales seleccionados, a las Comisiones Médicas, al Instituto de Previsión Social y a las Administradoras de Fondos de Pensiones.

Será responsabilidad del Interconsultor mantener actualizados sus datos de contacto (celular y correo electrónico) además de la dirección y número telefónico de su consulta, informando debida y oportunamente a la Comisión Médica cualquier modificación que se produzca.

Será responsabilidad de la FACM, o de la institución que la reemplace, capacitar al interconsultor en el uso del sistema de apoyo a la gestión de las Comisiones Médicas (SAGCOM) o sistema de información, incluido el uso de la firma electrónica avanzada y/o agenda electrónica de horas médicas, cuando corresponda. Por otra parte, la inducción técnica de este profesional en cuanto a su función, será realizada por la Superintendencia de Pensiones. Por su parte, será responsabilidad del interconsultor contar con el tiempo y la disponibilidad necesaria para dichas capacitaciones.

Nota de actualización: Los tres primeros párrafos fueron reemplazados por los actuales, de acuerdo a la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

Con la finalidad de permitir a las Comisiones Médicas una correcta coordinación en las fechas y horas de atención para solicitudes de peritajes e interconsultas, los Interconsultores deberán informar a aquéllas, con la debida antelación, la suspensión de servicios por cualquier circunstancia, tales como vacaciones, cursos, becas, viajes, licencias médicas, entre otros.

En todo caso, la suspensión de servicios implicará que en forma previa deberá evacuar todos los informes que se encuentren pendientes de entrega.

d) Inhabilidades y Prohibiciones

Serán impedimentos para el ingreso al Registro de Interconsultores, los siguientes:

i. Tener la calidad de cónyuge, conviviente civil, hijo o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad y primer grado de afinidad inclusive, respecto de los Médicos Integrantes de la Comisión Médica para la cual presta el servicio.

Nota de actualización: Este literal fue modificado por la Norma de Carácter General N° 153, de fecha 11 de septiembre de 2015 y por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

ii. Corresponder a una sociedad médica, laboratorio, clínica o cualquier otro centro médico, en cuya propiedad participen los médicos integrantes de las Comisiones Médicas, sea en calidad de directores, administradores, representantes o socios titulares del 20% o más de los derechos sociales.

iii. Ser médico observador de las compañías de seguros.

iv. Ser médicos integrantes de las Comisiones Médicas Regionales o Central.

v. Ser médico contralor de ISAPRE.

vi. Ser médico asesor de los afiliados.

vii. Haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones.

viii. Estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos y hallarse condenado por crimen o simple delito.

Nota de actualización: Este párrafo fue modificado por la Norma de Carácter General N° 90, de fecha 1 de agosto de 2013.

Los postulantes deberán efectuar una declaración jurada que acredite que no se encuentren afectos a alguna de estas causales de inhabilidad.

Las inhabilidades sobrevinientes deberán ser declaradas por el profesional o institución afectada ante esta Superintendencia, dentro de los diez días siguientes a la configuración de alguna de las causales señaladas.

Asimismo, los Interconsultores tendrán las siguientes prohibiciones:

i. No podrán integrar Comisiones o Juntas Médicas que designen las Compañías de Seguros, para calificar invalidez en la liquidación de seguros individuales o colectivos.

ii. Evaluar a los solicitantes que sean o hayan sido sus pacientes. Se entenderá que aquellos tienen esa calidad cuando han recibido un tratamiento o han sido asistidos por el facultativo en los últimos seis meses, o que al momento de la interconsulta estén bajo su control médico o social.

iii. Solicitar informes y exámenes de interconsulta con médicos, profesionales de la salud u otros profesionales y a laboratorios, clínicas o cualquier otro centro médico en el cual presta servicios profesionales o posea directa o indirectamente más del 10% de las acciones o derechos societarios sobre la entidad donde prestan servicios los profesionales o la entidad que prestará los servicios médicos. Igual prohibición se extenderá a los laboratorios, clínicas o cualquier centro médico en donde su cónyuge, conviviente civil, hijos, o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive presten servicios o posean directa o indirectamente más del 10% de las acciones o derechos societarios antes mencionados. En el evento de que no exista otro médico, profesional de la salud u otro profesional o laboratorio, clínica o cualquier otro centro médico para la interconsulta, la derivación requerirá de aprobación de las Administradoras, a través de la FACM o la entidad que las represente.

Nota de actualización: Este literal fue agregado por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

Las Administradoras deberán adoptar las medidas necesarias para informar a los prestadores institucionales, de las obligaciones, inhabilidades y prohibiciones que les afectan, las cuales se encuentran contenidas en la normativa vigente.

Nota de actualización: Este párrafo fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 312, de fecha 8 de septiembre de 2023.

4. Aspectos Administrativos de la Evaluación del Interconsultor

a) Los Interconsultores recibirán la orden de examen o interconsulta generada y/o descargada desde el sistema de información de las Comisiones Médicas, directamente del solicitante o en forma electrónica por parte de la Comisión. Dicha orden debe ser firmada por el solicitante o debe estampar la huella digital, según corresponda, debiendo ser retenida por el Interconsultor.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

b) Los Interconsultores deben identificar personal y fehacientemente al solicitante con la correspondiente Cédula Nacional de Identidad, la que en ningún caso debe ser reemplazada por otro documento. No se deberá atender ni practicar exámenes a ninguna persona sin el cumplimiento de este requisito.

c) Los Interconsultores médicos y otros profesionales podrán revisar, pero no deben retener, bajo ninguna circunstancia, exámenes o informes médicos que los solicitantes le presenten para su revisión. Ante ese evento, deben recomendar al solicitante que si desea incorporarlos a su expediente, debe entregarlos directamente en la Comisión Médica respectiva. Cualquier requerimiento de mayor información que el Interconsultor estime necesario para su estudio, debe extraerlo desde el expediente del caso a través del sistema de información de las Comisiones Médicas.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

d) Los informes que contengan las conclusiones de la evaluación o exámenes médicos, deben ser entregados en el formato que instruya la Superintendencia, a través de la plataforma informática existente. En todo caso, no se aceptarán informes manuscritos.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

e) Los informes o exámenes emanados de dicho peritaje o prestación deben ser enviados a la Comisión Médica respectiva, a través de la plataforma informática existente, o entregados al personal de la Comisión Médica Regional. En ambos casos, el plazo de entrega es de cinco días hábiles contados desde la fecha de atención. En la Comisión Médica Regional se confirmará por medio del sistema de información la recepción del informe. En el caso que el Interconsultor no cuente con firma electrónica avanzada, el documento deberá ser firmado de puño y letra por el Interconsultor y enviado a la Comisión respectiva, por mano o por cualquier otro medio, siempre que se resguarde la confidencialidad del informe. Todo lo anterior será requisito para la aprobación del pago del honorario respectivo.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

f) Los Interconsultores deben disponer de cupo en su agenda para la atención de los solicitantes derivados por las Comisiones Médicas, para efectos de la calificación de invalidez. La atención debe realizarse a más tardar dentro de los 15 días siguientes a su solicitud.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

g) Cuando el número de interconsultas solicitadas por las Comisiones Médicas excedan su capacidad de atención, el Interconsultor deberá informar esa circunstancia en forma inmediata a la Comisión Médica correspondiente.

h) Antes de evaluar al solicitante, el Interconsultor podrá revisar el expediente para contar con la mayor información al momento del peritaje. Si para evacuar su informe requiere otros antecedentes o exámenes médicos de la especialidad, deberá indicarlos por medio de una orden médica entregada al solicitante y formalizarlo por medio del sistema de información el mismo día de la atención.

En este caso, el plazo de cinco días hábiles para informar se suspenderá hasta que el Interconsultor reciba el resultado de los nuevos antecedentes o exámenes.

Si luego del análisis del informe final, realizado por el médico asignado al caso, éste estima que presenta aspectos que deben ser perfeccionados para su correcta interpretación, dicho profesional le solicitará al interconsultor la elaboración de un informe complementario, el que debe ser enviado a la Comisión en un plazo no superior a tres días. De ser necesario un nuevo examen presencial al solicitante, deberá comunicarlo a la Comisión Médica respectiva fijando fecha y hora de citación. Este examen no irrogará un nuevo cobro de honorarios.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

i) Los Interconsultores no deben proporcionar bajo ninguna circunstancia a la persona evaluada copia del informe o exámenes, ni aún en sobre sellado, ni expresarle opinión alguna de los hallazgos clínicos o de sus conclusiones, toda vez que una vez ejecutoriado el dictamen correspondiente y siempre que lo autorice la Comisión Médica Central el solicitante interesado en conocerlos puede requerir copia de dichos informes por intermedio de la Comisión Médica. En caso de tratarse de un hallazgo médico relevante desconocido para el solicitante y que éticamente debe ser conocido a la brevedad para efectuar tratamiento de urgencia, deberá ser comunicado a la Comisión respectiva para que el Presidente de la Comisión Médica Regional respectiva se contacte con el solicitante y le entregue la información requerida.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

j) Tratándose de exámenes médicos que junto al informe del especialista se componen de trazados, deberá individualizar en éstos al solicitante examinado, consignando su nombre completo y número de cédula de identidad. Respecto de exámenes que se componen de placas radiológicas, dicha individualización deberá consignarse con el mismo medio gráfico.

k) Los Interconsultores, especialmente los médicos, deberán realizar visitas domiciliarias cuando las Comisiones Médicas, en el ejercicio de sus facultades y para mejor resolver, así lo soliciten, a través de una orden de interconsulta domiciliaria. Tales visitas se concretarán en el domicilio, centro de internación, clínica o centro hospitalario declarado por el solicitante o familiar responsable.

l) En la práctica de evaluaciones domiciliarias u hospitalarias, atendido que comúnmente corresponden a patologías graves o terminales, el Interconsultor deberá remitir dentro de plazo, pero en el menor tiempo posible, su informe a la Comisión Médica, esto es, cinco días hábiles desde la fecha de atención al solicitante.

m) En las evaluaciones domiciliarias, al igual que en las ambulatorias, se debe solicitar la firma o en su defecto estampar la huella digital del solicitante en la orden de atención, o acreditar su identidad mediante un sistema de identificación biométrica. Si lo anterior no fuera posible, este documento debe ser firmado por un familiar responsable indicando nombre, RUT, parentesco y lugar de residencia. En caso de internación u hospitalización y el solicitante no se encuentre consciente y no hay un familiar que pueda autorizar la internación con su firma, se deberá estampar en la solicitud un párrafo que acredite esta situación de excepción, para así dejar constancia de la verificación de identidad.

Nota de actualización: Esta letra fue reemplazada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

n) Cuando las Comisiones Médicas estimen necesario contar con una copia de fichas clínicas hospitalarias, podrán solicitar a los Médicos Interconsultores que concurran a la institución de salud correspondiente para que obtengan fotocopia de esta documentación o transcriban la información médica contenida en ella y que se requiera.

5. Financiamiento de los Peritajes, Exámenes e Informes

El artículo 11 del D.L. N° 3.500, de 1980, y lo referido en la letra D. del Título I del Libro III del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones, establece que los exámenes decretados por las Comisiones Médicas Regionales serán financiados por las Administradoras, en el caso de los afiliados no cubiertos por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia a que se refiere el artículo 59 del mismo cuerpo

legal; por las compañías de seguros que se adjudiquen la licitación a que se refiere el artículo 59 bis, del citado decreto ley, en el caso de los afiliados cubiertos por dicho seguro; por el Instituto de Previsión Social (IPS), en el caso de los solicitantes de Pensión Básica Solidaria de Invalidez, y por las ISAPRES en caso que ellas realicen la solicitud.

La contribución de los afiliados o de los solicitantes en el financiamiento de los exámenes, peritajes e informes, corresponderá al porcentaje del valor del arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 159 y siguientes del Decreto Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La diferencia restante hasta completar el monto de los honorarios y valores de las prestaciones pactados, serán de cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones o las Compañías de Seguros o del Instituto de Previsión Social, según sea la solicitud. En caso que la solicitud provenga de las ISAPRES, éstas deben financiar el 100% de la prestación.

El financiamiento de los exámenes, peritajes e informes ordenados por la Comisión Médica Central de esta Superintendencia, en el conocimiento de los reclamos interpuestos por las partes en contra de los dictámenes de invalidez, por regla general, corresponderá a quien realiza el reclamo, asumiendo el costo de los antecedentes requeridos, de modo que si el reclamo proviene de la compañía de seguros, de la AFP, o del IPS, éstas financiarán el costo íntegro de dichos peritajes exámenes e informes, según corresponda; en cambio si el reclamo corresponde sólo al afiliado su aporte se determinará de igual forma que en la instancia regional.

6. Honorarios de los Interconsultores y Valores de las Prestaciones Médicas

a) Aprobada la incorporación de un Interconsultor al respectivo Registro, por parte de esta Superintendencia, aquél deberá pactar el monto de los honorarios y valores de las prestaciones ofrecidas con la Asociación Gremial de AFP, representante para estos efectos de las Administradoras en su conjunto y del IPS. Dicho pacto, se formalizará en la suscripción de un contrato de atención profesional con dicha entidad, la que en ese acto, deberá hacer entrega al Interconsultor de las presentes normas y de las Normas Técnicas.

b) Las Comisiones Médicas requerirán los servicios profesionales de los Interconsultores, remitiéndoles en forma física o electrónica una orden de atención generada y descargable desde el sistema informático de las Comisiones Médicas, foliada y con firma electrónica simple o en facsímil del Presidente de la Comisión Médica Regional respectiva o por quien éste designe. Esta orden indicará el porcentaje a financiar por el solicitante y la cantidad que éste pagará en moneda corriente al Interconsultor al momento de la atención, contra boleta de honorarios profesionales.

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

c) La boleta de honorarios deberá ser extendida a nombre del solicitante, agregándole la siguiente glosa: *VALOR NO REEMBOLSABLE ARTÍCULO 11 D.L. N° 3.500.*

d) Efectuado el examen, el solicitante debe firmar o estampar la huella digital en la copia de la orden, pues con ella el Interconsultor podrá cobrar la diferencia del monto real por concepto de honorarios.

e) Para proceder al cobro de sus honorarios o valores de las prestaciones, el Interconsultor debe concurrir a las oficinas de la Comisión Médica respectiva, acompañando la orden médica según lo indicado en el punto 4, adjuntando una boleta de honorarios profesionales, extendida a nombre de quien esté indicada en la Orden Médica. En caso de no contar con firma electrónica avanzada debe adjuntar además los informes originales firmados de puño y letra.

Nota de actualización: Esta letra fue modificada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

f) Si el pago corresponde a una ISAPRE, el afiliado no pagará aporte alguno y el cobro total de los honorarios o valores de las prestaciones deben ser efectuados directamente ante la Isapre que corresponda.

g) En la medida que entregue sus informes, el Interconsultor podrá cobrar las boletas y/o facturas en la misma oportunidad o por períodos, semanal, quincenal o mensual, según estime conveniente.

h) Cualquier reajuste o modificación a los honorarios debe quedar estipulada en un adendum del contrato, el que deberá ser informado a la Superintendencia.

i) El Interconsultor que desee retirarse del Registro de Interconsultores, podrá rescindir el contrato dando aviso con a lo menos treinta días de anticipación, mediante carta certificada a esta Superintendencia, con copia a la Asociación Gremial de AFP.

j) En caso que la solicitud corresponda a una Pensión Básica Solidaria de Invalidez, el IPS rechazará el pago de los honorarios al Interconsultor cuando no se presenten las siguientes situaciones:

- Falta de la firma del profesional en la boleta de honorarios y/o factura.
- Falta del detalle en la boleta de honorarios y/o factura que especifique el nombre del solicitante, su número de RUT y la prestación efectuada.
- Falta de la firma o huella digital del solicitante en la orden médica.
- RUT erróneo de la Institución.
- Boleta de honorarios y/o factura mal efectuada.

7. Evaluación de la Función de los Interconsultores

Atendido el hecho que la labor de los Interconsultores constituye un apoyo a la función calificadora de las Comisiones Médicas Regionales y Central, corresponderá a éstas la evaluación permanente de los Interconsultores, orientando el trabajo de éstos, de modo de obtener un informe de calidad que signifique un aporte a la calificación de invalidez.

Sin perjuicio de lo anterior, esta Superintendencia, por intermedio de su División de Comisiones Médicas y Ergonómica, evaluará regularmente los informes de los profesionales incorporados, con la finalidad de formular las observaciones e indicaciones que estime pertinentes al Presidente de la Comisión Médica respectiva.

Este organismo fiscalizador evaluará la permanencia o no de los Interconsultores en el respectivo Registro, conforme a su desempeño en aspectos tales como: concreción del peritaje respecto de solicitantes citados, el cumplimiento de los plazos de entrega de los informes, las opiniones o reclamos que eventualmente manifiesten los afiliados acerca de la atención obtenida, la calidad y completitud de los informes de los profesionales y la calidad del servicio proporcionado por las clínicas y centros médicos.

Asimismo, la Superintendencia, en función de los reportes emanados desde las Comisiones Médicas o bien, como parte de su proceso de fiscalización técnica, podrá citar al interconsultor, para efectos de verificar el contenido de dichos informes y efectuar una retroalimentación, instancia a la que el profesional asistirá como parte de las obligaciones del convenio.

Nota de actualización: Este párrafo fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 312, de fecha 8 de septiembre de 2023.

En caso que el desempeño de un interconsultor contratado mediante licitación no cumpla en tiempo y forma con los servicios establecidos en el contrato y/o en las bases de licitación, la FACM, o aquella entidad que la remplace, deberá presentar los antecedentes a la Superintendencia, la que los analizará y autorizará a la FACM a poner término al contrato con dicho interconsultor, si correspondiere. Una vez realizado el término del contrato, la FACM deberá informarlo a la Superintendencia para que el interconsultor sea eliminado del Registro.

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

Los médicos presidentes de las Comisiones Médicas y los médicos integrantes de dichas Comisiones, cuyos casos asignados hayan sido evaluados por médicos especialistas del Registro de Interconsultores, tienen la facultad de contactar directamente a los médicos para requerir mejoras a los informes y/o aclarar algún aspecto sobre el informe emitido. El profesional deberá dar respuesta a estos requerimientos como parte de las obligaciones del convenio.

Nota de actualización: Este párrafo fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 312, de fecha 8 de septiembre de 2023.

8. Características de la Evaluación y del Informe de los Interconsultores Médicos

Los informes de las evaluaciones solicitadas a los Interconsultores, serán interpretados y ponderados por los médicos integrantes de las Comisiones Médicas, no siempre especialistas en la o las patologías que deben calificar y que motivan la interconsulta, por lo que tales informes deberán pronunciarse exclusivamente sobre la capacidad anatómica y funcional que presenta el solicitante, medido en las unidades establecidas en las **Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones**. Es decir, debe utilizar las mismas normas técnicas manejadas por las Comisiones Médicas Regionales y Central, las que les serán proporcionadas a los Interconsultores por la Asociación Gremial de AFP al momento de suscribir el contrato de prestación de servicios.

a) Pautas para el peritaje del médico Interconsultor

Para dar cumplimiento al requerimiento que la CMR solicita y dar a su informe el carácter de peritaje, el médico Interconsultor debe responder con absoluta neutralidad las siguientes preguntas:

i. ¿Existe impedimento?

De acuerdo a las Normas Técnicas, un impedimento es la enfermedad o pérdidas de fuerzas físicas o mentales que afectan la capacidad de trabajo.

Al contestar esta primera pregunta el Interconsultor debe entender que su labor no sólo está orientada a establecer un diagnóstico, sino que además de acuerdo al implícito en la definición de impedimento, una enfermedad o lesión debe afectar la capacidad de trabajo para ser considerada como tal o, si se quiere expresar de otra forma, provocar interferencia en actividades de la vida diaria. Un diagnóstico que no afecta la capacidad laboral, no es un impedimento.

ii. ¿El impedimento está configurado?

En este punto, la exigencia para el trabajo evaluador es acreditar respecto del o los impedimentos verificados, el cumplimiento de 5 requisitos:

- **Es objetivo:** los principios de calificación de invalidez establecen que un impedimento debe acreditarse mediante evidencia médica, no sólo en la narración de síntomas; por lo tanto, en calificación de invalidez, a diferencia de lo que ocurre en la práctica médica habitual, la anamnesis tiene un valor sólo referencial. El Interconsultor considerará objetivo un impedimento cuando los síntomas relatados sean consistentes con signos evidentes al examen físico o mental efectuado, que tienen el carácter de independientes de la acción voluntaria del solicitante y han sido comprobados por el examinador; por el contrario, la ausencia de alteraciones concordantes con las molestias relatadas, corresponderán a impedimento no configurado.

- **Es demostrable:** los síntomas descritos en la anamnesis y los signos detectados en el examen del Interconsultor deben ser coherentes con alteraciones registradas en el laboratorio, imágenes o pruebas funcionales. La falta de consistencia equivale a impedimento no configurado. La comprobación de estos 2 primeros requisitos puede ser compleja en ciertos impedimentos, sin embargo, la adecuada evaluación que efectúen cada uno de los Interconsultores y Médicos Asignados pueden facilitar el fundamento del dictamen de la Comisión en términos de consistencia entre diferentes examinadores. Aquellas manifestaciones subjetivas o síntomas que sólo son percibidos por la persona que los relata, pero no pueden ser probados clínicamente deben ser considerados como impedimentos no configurados, independientemente de las consideraciones clínicas que se puedan plantear bajo el prisma propiamente clínico.

- **Las terapias accesibles por el solicitante están finalizadas:** en el entendido que la accesibilidad efectiva esté o no demostrada por peritaje socio laboral. La exigencia procede solamente para tratamientos, de cualquier tipo, susceptibles de mejorar el grado actual de incapacidad. No debe confundirse la eventual transitoriedad de las pensiones, como en el caso de la invalidez parcial que se reevalúa a los 3 años, con el principio esencial de calificación de invalidez: sólo procede otorgar una cifra de porcentaje de menoscabo cuando el impedimento es irreversible. Para ello deben considerarse varias situaciones que no califican para impedimento configurado, como por ejemplo: solicitantes que no han consultado o que esperan citación para ser vistos, solicitantes a quienes se estime insuficientemente tratados de acuerdo a los esquemas de protocolos GES, otros programas ministeriales o lo establecido en la práctica médica, según corresponda.

Tampoco pueden ser considerados configurados los impedimentos que pudiesen acceder a terapia a través de GES y otros programas especiales del Ministerio de Salud, FONASA o SENADIS, tanto cuando el solicitante no ha iniciado el trámite de incorporación como cuando ya lo ha hecho y está en lista de espera. Este último punto debe ser particularmente considerado en los peritajes socio laborales que investigan accesibilidad a terapias, teniendo presente que las Normas Técnicas exigen irreversibilidad y no establecen tiempos máximos de espera, aun cuando es facultad de las Comisiones ponderar la factibilidad real de acceso.

El grado de adhesión a la terapia es un punto determinante para estimar configurado un impedimento, corresponderá al Interconsultor evaluar si las manifestaciones observadas reflejan los efectos conocidos de los tratamientos y si corresponde medición de niveles plasmáticos.

- **Evolución estabilizada o en agravación:** al verificar el cumplimiento de este requisito, el Interconsultor debe tener presente que el carácter de configurado implica que se ha alcanzado la máxima respuesta al manejo médico y no se espera mejoría de la incapacidad. De no existir plena certeza sobre este punto, el impedimento debe considerarse como no configurado y no procede otorgar porcentaje de menoscabo. A la inversa, cuando la evidencia establece que el impedimento sólo cursará hacia la agravación, puede estimarse configurado, pero el porcentaje de menoscabo que se otorgue sólo puede reflejar el grado actual de interferencia en actividades de la vida diaria. El criterio de evolución estabilizada o en agravación, para efectos de calificación de invalidez, debe ser la del experto que efectúa el peritaje, con abstracción al planteado por el médico tratante.

- **Cumple con los períodos de observación:** corresponde a los plazos establecidos en los distintos capítulos de las Normas Técnicas, estimados en general en 12 meses de evolución estable después de un procedimiento quirúrgico, lo mismo cuando se ha efectuado rehabilitación, y seis meses para tratamientos farmacológicos, entendiéndose este lapso para terapias médicas catalogadas como "óptima" o "completa" en las distintas especialidades, en particular cuando los protocolos terapéuticos establecen la sustitución o adición de medicamentos de acuerdo a la respuesta observada. El progreso constante del conocimiento médico entrega al especialista la posibilidad de asegurar que sólo puedan estimarse como definitivos aquellos impedimentos cuyos tratamientos se consideran completos de acuerdo al conocimiento actual de la especialidad.

iii. ¿Cómo afecta el impedimento configurado las actividades de la vida diaria?

Un aspecto crucial de la calificación de invalidez es establecer la cuantía de interferencia en actividades de la vida diaria que provoca el impedimento configurado, que es finalmente el criterio establecido para la calificación de la pérdida de capacidad general de trabajo.

De hecho, de acuerdo a las instrucciones de las Normas Técnicas, sólo la pérdida de la capacidad de efectuar las actividades de la vida diaria sin ayuda otorga derecho a pensión de invalidez.

En atención a lo señalado, uno de los contenidos obligatorios del informe del médico Interconsultor es su descripción de la "autonomía" observada, lo que forma parte del examen físico del especialista, no de la anamnesis referencial. Por lo tanto, el Médico evaluador debe considerar que a diferencia de lo que ocurre en la práctica médica clínica, en calificación de invalidez el grado de interferencia en actividades de vida diaria no está determinado por los síntomas del solicitante sino que por la coherencia con los signos objetivos detectados en el examen de la especialidad y pruebas de laboratorio correspondientes. Igualmente, forma parte de las obligaciones del Interconsultor, señalar el área de actividades de vida diaria principalmente afectada por el impedimento que evalúa, aspecto que puede ser determinante en la calificación final.

Para determinar el grado de interferencia en actividades de la vida diaria una referencia necesaria, aunque no suficiente, es consignar en los informes una descripción de la rutina diaria del solicitante y cotejar su relato con lo observado en la sala de examen, utilizando exclusivamente los conceptos de Intensidad y Frecuencia definidos en las Normas Técnicas, que corresponden a desviaciones progresivas de lo normal cuyo uso obligatorio asegura un método de calificación justo y comprensible para todos los profesionales que participan en el procedimiento. Para el médico Interconsultor resulta imprescindible tanto el pleno conocimiento como la estricta aplicación de estos conceptos tal como están definidos, en las Normas Técnicas, aunque difieran de las aplicadas en la práctica médica habitual de la especialidad, como expresamente se señala.

La nomenclatura de las Normas Técnicas permite definir Clase y rango dentro de ella al que corresponde el impedimento configurado que se califica. Los capítulos de las distintas especialidades

señalan los requisitos clínicos que definen cada categoría, sin embargo, al determinar el porcentaje de menoscabo, el Interconsultor debe asegurarse que la Clase seleccionada sea la que mejor refleja el menoscabo permanente determinado por la interferencia en actividades de la vida diaria, criterio único para medir la pérdida de capacidad laboral que las Normas Técnicas establecen.

iv. ¿El impedimento es de origen laboral?

En particular para el caso de los trabajadores afiliados, el D.L. N° 3.500, de 1980, otorga cobertura a los impedimentos de origen común y la Ley N° 16.744 a los de origen laboral, teniendo la cobertura de la invalidez derivada de esta última un financiamiento diferente, por lo tanto, forma parte de las obligaciones del Interconsultor pronunciarse sobre el origen del impedimento, manifestando si existen elementos suficientes para presumir fundadamente la naturaleza laboral de las afecciones evaluadas. En caso de secuelas de un accidente, el especialista deberá consignar fecha y circunstancias de éste, enfatizando en su comentario final si ocurrió a causa de o con ocasión del trabajo, incluyendo los ocurridos en el trayecto desde y hacia el lugar de trabajo.

La descripción de la historia laboral del trabajador afiliado forma parte del informe del Interconsultor, quien también deberá señalar en sus conclusiones si esos antecedentes sugieren enfermedad profesional, entendida como tal la causada de un modo directo por el ejercicio de la profesión o trabajo, aunque no corresponda a la actividad laboral que desempeña al momento de la evaluación.

El Interconsultor deberá emitir su informe de acuerdo a su conocimiento e interpretación clínica de los antecedentes, independientemente de las conclusiones u opiniones que hayan planteado previamente las entidades administradoras de la Ley N° 16.744 u otros profesionales que hayan tenido conocimiento del caso con anterioridad.

v. ¿Si hay invalidez, es previa a la afiliación?

Un trabajador afiliado puede encontrarse enfermo antes de su afiliación al Sistema de Pensiones, pero no necesariamente inválido. Corresponde a las Comisiones Médicas aprobar el requerimiento de solicitantes cuya invalidez se hubiere producido antes de la afiliación, pero ésta tendrá una distinta fórmula de financiamiento. Las Normas Técnicas establecen que sólo la demostración de una real capacidad de trabajo después de su incorporación al sistema permite descartar invalidez previa a la afiliación y consideran indispensable contar con peritaje socio-laboral para dictaminar estos casos. Conceptualmente, debe entenderse que existe una real capacidad de trabajo cuando las actividades declaradas sean compatibles, a juicio médico, con el impedimento configurado y que las labores hayan sido desempeñadas por lapso suficiente y bajo similares condiciones de exigencia que cualquier otro trabajador en iguales funciones.

El informe del especialista Interconsultor debe consignar los elementos necesarios para calificar este aspecto: fecha de inicio de las manifestaciones y su evolución, historia laboral que debe mencionar las condiciones de desempeño, grado de interferencia en actividades de la vida diaria del impedimento y compatibilidad de esa limitación con las labores declaradas. Con estos antecedentes, debe pronunciarse sobre este aspecto en el comentario final de su informe, cuando corresponda.

b) Contenido del informe

i. Identificación: Se deben consignar todos los antecedentes relativos a la identificación del solicitante: nombre completo, RUT y número del expediente, cuando proceda, y los datos del propio Interconsultor (nombre y especialidad), así como fecha y lugar de la entrevista, señalando dirección y dependencia a que corresponde (consulta, domicilio, Comisión Regional, etc.).

ii. Anamnesis referencial: A diferencia de la práctica médica habitual, en calificación de invalidez la anamnesis proporcionada por el solicitante tiene sólo el carácter de referencial en consideración a que de acuerdo a las Normas Técnicas, el impedimento debe ser objetivo y demostrable. En tal sentido, es relevante que el Interconsultor señale aspectos que pueden resultar atinentes para valorar adecuadamente la información aportada, tales como si concurre solo o acompañado a la entrevista, el medio de transporte en que se desplaza u otros aspectos que den sustento objetivo a los antecedentes obtenidos.

Si la persona evaluada aporta documentación distinta a la disponible en el expediente de la Comisión, el Interconsultor puede analizarlos y comentarlos pero sin retenerlos, teniendo en cuenta

en todo momento que sólo deben considerarse, para efectos de sus conclusiones, documentos como exámenes, carnet de alta o epicrisis en original, que identifiquen debidamente con nombre y RUT al solicitante y al profesional que certifica, así como la fecha de emisión del documento y establecimiento a que corresponde. De estar disponible, se debe señalar en el Informe el número de ficha clínica del solicitante, información que puede ser útil para una eventual revisión de ella, como suele ser necesario en impedimentos que requieren control periódico con especialistas o evolucionan con episodios que requieren hospitalizaciones o consultas de urgencia.

La anamnesis debe ser aportada directamente por el solicitante y corresponde al Interconsultor consignar en el informe si el relato le parece o no consistente con el resto de la evaluación. Igualmente, debe señalar si requiere ampliación de antecedentes para comprobar la información obtenida.

Si las características del impedimento hacen necesario que la anamnesis sea proporcionada por un acompañante, el Interconsultor puede autorizar la participación de esta persona, en tal caso el informe debe registrar la identificación del informante (nombre y RUT), así como la relación familiar o social que tiene con el solicitante, estableciendo el grado de certeza de la información aportada.

La anamnesis propiamente tal debe indicar la edad, la actividad y la situación laboral actual del solicitante; en caso de encontrarse cursando una licencia médica, se debe consignar fecha de inicio, causa e identificación del profesional que emite la licencia (nombre, especialidad y lugar de trabajo); si el solicitante está actualmente desempleado, se debe señalar fecha de cesantía, motivo de ésta y actividades que desarrollaba, información que puede ser posteriormente corroborada con otros Peritajes. Una de las obligaciones del especialista Interconsultor es pronunciarse sobre el origen del impedimento, considerando que éste puede corresponder a enfermedad profesional aunque no esté asociado a la historia laboral o a las actividades actuales o recientes del solicitante. La historia laboral se considera un elemento imprescindible del peritaje. Asimismo, si el afiliado está recibiendo pensión en cualquier sistema, se debe consignar fecha, motivo e institución que la otorga.

El Interconsultor debe interrogar dirigidamente por la sintomatología invalidante principal, señalando fecha de inicio, intensidad y frecuencia de las manifestaciones y su correspondiente interferencia en actividades de la vida diaria, hechos que deben reflejarse necesariamente en consultas, tratamientos recibidos y eventualmente hospitalizaciones, licencias médicas o tratamientos especiales. Se debe describir evolución y situación actual, con énfasis en los antecedentes que permiten calificar el grado de incapacidad, tales como elementos de confirmación diagnóstica, procedimientos terapéuticos efectuados y resultados de éstos, fechas de agravación, inicio de la terapia actual y grado de interferencia en actividades de la vida diaria, cuya descripción en la anamnesis debe considerarse fundamental para orientar la búsqueda de signos físicos y de laboratorio que le den el sustento de objetivo y demostrable al impedimento.

En caso de impedimento que corresponda a secuela de accidente, siempre se debe consignar la fecha y circunstancias de éste, particularmente si corresponde a accidente del trayecto o del trabajo, y de ser así, si fue reportado como tal y recibió indemnización o pensión.

Si el solicitante tiene presentaciones anteriores, se deben consignar fecha, motivo y dictamen de la Comisión; si en ésta u otra presentación ya hubiese sido evaluado por el mismo Interconsultor, dicho informe está disponible en el expediente, de modo que no es necesario que el especialista envíe copia de esa Interconsulta, a menos que expresamente le sea solicitada. En todo caso, el Interconsultor deberá hacer un resumen de esa evaluación y entregar una descripción detallada de la evolución posterior y la situación actual.

iii. Examen Físico: corresponde a la descripción detallada de los hallazgos del examen practicado por el especialista, quien debe tener en cuenta que es la correlación efectiva de los signos físicos detectados con los síntomas narrados en la Anamnesis referencial, la que le da el carácter objetivo al impedimento y que la ausencia de esta concordancia limita la posibilidad de estimar configurado el impedimento.

En ese sentido, todos los Interconsultores deben realizar las contrapruebas que semiológicamente correspondan en su especialidad, pero además completar el resto del examen físico general y segmentario, lo que le brinda a la Comisión la posibilidad de cotejar la consistencia de la descripción de los distintos evaluadores con lo detectado en la propia Comisión.

El examen físico general incluye dos aspectos particulares para efectos de calificar invalidez, como son: Síntoma o síntomas principales y Autonomía. El primero es parte del relato del solicitante y

permite al examinador poner en perspectiva el grado de interferencia en las actividades de la vida diaria que representa para el afiliado el impedimento que evalúa y al mismo tiempo orientar el examen de la especialidad buscando los signos objetivos que dan consistencia a esa anamnesis referencial.

En cuanto a autonomía, definida en las Normas Técnicas como la capacidad de efectuar las actividades de la vida diaria sin ayuda o supervisión de terceros, no es parte de la anamnesis sino del examen del Médico Interconsultor, por lo tanto, junto con describir el grado de autonomía del solicitante, debe consignar en el informe los signos objetivos que sustentan su apreciación.

En el examen físico segmentario, el especialista debe hacer énfasis en la presencia o ausencia de los signos físicos que finalmente sustentarán sus conclusiones, tanto respecto del estado de configuración o no configuración del impedimento, como de la clase eventualmente propuesta.

La comprobación de discordancias entre la anamnesis y los hallazgos del examen efectuado, deben ser especialmente mencionadas en el informe.

iv. Exámenes de laboratorio, imágenes, pruebas funcionales: en Calificación de Invalidez se estima necesario solicitar exámenes o pruebas funcionales cuya correlación con síntomas y signos objetivos del examen físico permite acreditar el carácter de demostrable que las Normas Técnicas de uso obligatorio exigen al Impedimento Configurado. El DL 3.500 señala que el afiliado debe efectuarse las pericias que la Comisión estime necesarias para calificar la incapacidad laboral y establece el financiamiento de ellas, de modo que la negativa a efectuarse los exámenes solicitados por la Comisión equivale a considerar no demostrable el impedimento, es decir no configurado, tal como cuando no existe consistencia entre dichos exámenes y los demás antecedentes disponibles.

El Médico Interconsultor debe anotar en el espacio reservado del Informe para estos efectos, la fecha y el resultado de los exámenes efectuados a través de la Comisión, teniendo en cuenta que estos hallazgos serán determinantes en sus conclusiones.

v. Diagnósticos: identificar los diagnósticos anatómicos, sistémicos o etiológicos verificados y la capacidad funcional referidos sólo a su especialidad, indicando la clase en que ubica al impedimento configurado. No corresponde que se pronuncie sobre porcentajes de menoscabo, por cuanto ello es función de la Comisión Médica y el peritaje en sí, como sus conclusiones, son los elementos fundamentales que permitirán a las mismas ponderar el grado de incapacidad. Si concluye que el impedimento aún no se encuentra configurado, ya sea por tratamientos insuficientes, incompletos, no realizados, pendientes o poco tiempo de evolución de las enfermedades, los que bien llevados puedan significar algún cambio satisfactorio, anotará los diagnósticos, pero no la clase, agregando la frase *Impedimento no Configurado, bajo observación y tratamiento*. Se emitirá un pronunciamiento acerca de las posibilidades de tratamiento, tales como: endoprótesis, reemplazos valvulares, puente aorto coronario, etc., si éstos tienen indicación y sus factibilidades en relación con la situación socio económica y laboral del paciente. Por último, se señalará si los medicamentos que le han sido indicados los ingiere en dosis y tiempo suficientes.

En aquellos casos en que se detecten otras afecciones, diferentes a las que motivan la solicitud de peritaje, deben mencionarse en los diagnósticos finales, pero no emitir juicio sobre las patologías que no correspondan a su especialidad, por cuanto éstas serán motivos de otros estudios que solicitará la Comisión Médica si lo estima pertinente.

Pronunciarse respecto de las interconsultas domiciliarias, si las circunstancias que impiden al solicitante concurrir personalmente son de carácter temporal y el tiempo aproximado de recuperación que necesita el solicitante para concurrir. En el evento que el Interconsultor concluya de su evaluación que la o las patologías que afectan al solicitante no le impiden comparecer personalmente y requiere practicarse exámenes complementarios, deberá así informarlo a la Comisión Médica para que ésta adopte las medidas necesarias tendientes a una completa evaluación.

vi. Conclusiones: en concordancia con la anamnesis, los hallazgos de examen físico, los resultados de las pruebas funcionales, de laboratorio, de las imágenes, los trazados y otras técnicas aplicadas, el especialista deberá pronunciarse por el grado de menoscabo laboral de los impedimentos configurados del solicitante evaluado, teniendo presente:

- **Intensidad y Frecuencia:** de síntomas y signos, de acuerdo a los criterios definidos en las Normas Técnicas aunque no sean los utilizados habitualmente en la práctica médica de la especialidad, valorando los elementos objetivos descritos en el propio peritaje a fin de asegurar que la calificación

se ajuste a los criterios de interferencia en actividades de la vida diaria que son equivalentes entre los distintos capítulos de las Normas Técnicas. Por lo tanto, no se entenderá completo un Peritaje si frente a un impedimento configurado de la especialidad, el Interconsultor no se pronuncia acerca de estos dos aspectos.

- **Clase y Rango:** debe mencionar expresamente en su informe la página de la Norma Técnica en que fundamente su proposición, teniendo en consideración que tanto la Clase como el rango al interior de la Clase que sugiere deben ser consistentes con los hallazgos de su examen y pruebas funcionales efectuadas. Corresponderá a la Comisión calificar el impedimento considerando todos los antecedentes disponibles, incluyendo informes de otros especialistas y la evaluación efectuada por los propios Médicos Integrantes de la Comisión.

vii. Comentario final del Interconsultor: en el espacio final del informe el Interconsultor debe presentar un breve resumen del caso, entregar los fundamentos de configuración o no configuración del impedimento, así como de los elementos objetivos que avalan la magnitud de la interferencia en actividades de vida diaria y por ende, la clase y rango propuesto dentro de ésta.

En cuanto a los exámenes complementarios que los Interconsultores pueden requerir a la Comisión Médica para mejor fundamentar su evaluación, cabe precisar que éstos quedarán sujetos a la aprobación del Presidente de la Comisión Médica, según los considere indispensables para la determinación de menoscabo. De no ser aprobada la petición, el Presidente de la Comisión Médica comunicará ese hecho al Interconsultor y los criterios que la sustentan.

En efecto, la petición de exámenes complementarios sólo comprende aquellos indispensables para evaluar el grado de incapacidad o aquellos que permitan objetivar un tratamiento adecuado o determinen si éste se está cumpliendo cabalmente por parte del solicitante.

El Presidente de la Comisión Médica está facultado para devolver un peritaje realizado por los Interconsultores, sea porque estima que no se ajusta a las normas vigentes; que es insuficiente o por requerir de mayor información para que pueda ser discutido el caso en la Comisión Médica.

Asimismo, de estimarlo necesario, puede invitar a los Interconsultores a que asistan a la sesión en que se dictaminará una calificación de invalidez en que hayan participado, para discusión técnica como medida para mejor resolver.

9. Características de la Evaluación y del Informe de los Peritos Socio-Laborales

La complejidad de algunos impedimentos físicos o mentales, la necesidad de determinar en algunos casos si el afiliado demostró capacidad de trabajo después de su afiliación al nuevo sistema de pensiones y la verificación de la falta de capacidad económica para acceder a tratamientos de alto costo, son los fundamentos que avalan la incorporación de profesionales Asistentes Sociales, que a través de un peritaje eminentemente técnico contribuyen para que la Comisión Médica pueda discernir sobre estas materias.

a) Consideraciones previas

La pensión de invalidez se concede a los afiliados que a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales sufren un menoscabo permanente de a lo menos un 50% de su capacidad de trabajo.

Esto significa que la pensión se concede solamente en función de la capacidad de trabajo determinada médicamente por la Comisión Médica correspondiente, y no son válidas en estos casos otras consideraciones como la desocupación, necesidades materiales, problemas laborales, etc.

El profesional debe tener presente que el Peritaje Socio-Laboral solicitado para estos efectos, es exclusivamente de tipo informativo, es decir, debe elaborarse con el fin de contribuir a aclarar ciertos aspectos sobre los cuales se necesita resolver, y no se encuentra destinado a solicitar ayuda.

b) Materias que podrían originar el requerimiento de peritaje socio-laboral

i. Impedimentos físicos o mentales

Con frecuencia los impedimentos físicos o mentales son invocados como invalidantes en las solicitudes de pensión de invalidez. En estos casos, la Comisión Médica Regional puede determinar la

necesidad de completar la evaluación con un informe que dé cuenta de las relaciones interpersonales del solicitante en su entorno social.

A través de este peritaje se pretende conocer aquellos elementos de su comportamiento que sean relevantes, de modo de ampliar la gama de factores asociados que permita disponer de un conjunto más amplio de parámetros de evaluación, los cuales sin llegar a conformar una visión psicosocial completa del individuo, permitan a lo menos entender motivaciones, problemas asociados y factores ambientales desencadenantes de la situación.

ii. Demostración de capacidad de trabajo

Cuando la Comisión Médica presume que las patologías invocadas por el afiliado pudieron haberse configurado antes de la incorporación al nuevo sistema de pensiones, el proceso de calificación de invalidez busca poder determinar con cierta precisión si el afiliado demostró capacidad de trabajo y la fecha en que puede entenderse establecida la invalidez.

A través de este peritaje se pretende conocer las características del trabajo desempeñado, situación laboral contractual, horarios, certificación de asistencia laboral (libro de asistencia, tarjeta de control, versión de compañeros de trabajo), licencias médicas y otros datos relevantes para establecer la *certificación de la capacidad de trabajo*. En este sentido, se debe precisar si se trata de un trabajo protegido y si se han cursado subsidios por incapacidad laboral. El elemento trabajo protegido se configura cuando concurre una exigencia notoriamente distinta, por parte del empleador, a un trabajador inválido respecto de los que no lo son, para la misma función.

iii. Información socio-económica (accesibilidad a tratamiento)

El impedimento configurado se define como el deterioro físico y/o intelectual, que tiene carácter permanente, después de haberse agotado los métodos de tratamiento accesibles física y económicamente por el trabajador, y sólo se espera su estabilización o agravamiento.

Cuando la Comisión Médica presuma que un método de tratamiento puede resultar inaccesible económicamente para el trabajador o que su sistema de salud no le brinda la cobertura suficiente, podrá requerir un peritaje que aporte antecedentes socio-económicos del afiliado, de modo de determinar objetivamente si el impedimento se encuentra configurado por esta razón y produce en consecuencia menoscabo en la capacidad de trabajo.

Para poder determinar en forma objetiva lo antes descrito, se debe requerir para acreditar la inaccesibilidad económica, la información socio-económica del grupo familiar con medios objetivos, en cuanto al acceso por su sistema de salud, se debe corroborar con la institución de salud que corresponda la posibilidad de acceso real a tratamiento.

c) Características técnicas del peritaje

i. Fase preparatoria

- Definición previa del objetivo y de los aspectos que se necesitan investigar o informar.
- Definición de fuentes de investigación: entrevistas, visitas domiciliarias, visitas colaterales, consultas a fuentes de información, personas o documentos.

ii. Normas para su elaboración

- Redacción mecanografiada clara y precisa.
- Estilo sencillo y comprensible.
- Datos estrictamente necesarios.
- Condiciones de orden y estética en su presentación.
- Nombre y firma del profesional.

iii. Aspectos formales

- Efectuar visita domiciliaria sin aviso previo.

- Verificar la identidad de los entrevistados.
- Emitir informe en un plazo no superior a cinco días hábiles.

Nota de actualización: Esta viñeta fue modificada por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

- Entregar el informe exclusivamente al personal de la Comisión Médica.

Según las necesidades de información que requiera cada caso, se aconseja visita al lugar de trabajo y verificar la consistencia de la información.

No se debe proporcionar al afiliado o entrevistado copia del informe ni adelantar juicios sobre su contenido.

iv. Estructura del Informe (según materia a investigar)

- **Identificación:** nombre, cédula de identidad, fecha de nacimiento, escolaridad, estado civil, profesión, actividad, previsión, domicilio, teléfono, etc.

- **Antecedentes peritaje:** relación de las visitas domiciliarias, fechas, domicilios y resultados. Identificación de las fuentes de investigación.

- **Antecedentes laborales:** nombre empleador, giro de la empresa, dirección, sección, cargo, antigüedad en la empresa.

- **Antecedentes familiares:** individualización del grupo familiar, datos relevantes y antecedentes mórbidos (si correspondiere).

- **Historia laboral:** inicio de la actividad de trabajo, función, estabilidad en el empleo, trabajo protegido, familia empleadora, licencias médicas, subsidios por incapacidad laboral, etc.

- **Historia social:** antecedentes mórbidos, rendimiento escolar, adaptación, causa de eventual interrupción de estudios.

- **Antecedentes socio-económicos:** ingresos, tipo de vivienda, tenencia, condiciones, entorno comunitario. Sistema de salud al cual se encuentra adscrito, acceso real a tratamientos pendientes.

- **Aspectos sociales:** relaciones interpersonales, comunicación familiar, vecinos, amigos. Ocupación del tiempo libre. Repertorio conductual: trabajo, trámites, cumplimiento de roles. Ingesta de medicamentos, alcohol o drogas. Presentación personal, aseo, vestuario, maquillaje.

- **Conclusiones:** síntesis de la información recogida, con datos objetivos y centrada en la materia de interés de la Comisión Médica.

10. Disposiciones Finales

Las disposiciones de este Capítulo se entenderán parte integrante del contrato de prestación de servicios profesionales, suscrito por los Interconsultores con la Fundación de Administración de Comisiones Médicas (FACM), o la institución que la reemplace, y reemplaza toda norma o instrucciones impartidas con anterioridad por la Superintendencia sobre esta materia.

Nota de actualización: Este número fue modificado por la Norma de Carácter General N° 281, de fecha 16 de abril de 2021.

Nota de actualización: Este Capítulo y su contenido fue incorporado por la Norma de Carácter General N° 4, de fecha 18 de abril de 2011.