



COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA cde los actos de Gobierno, de los Ministerios del Trabajo y de Salud y la Superintendencia de Pensiones, desde el año 2008 a la fecha, en relación con la concesión y denegación de pensiones de invalidez y sobrevivencia.

**PERÍODO LEGISLATIVO 2018 – 2022
366ª LEGISLATURA**

ACTA DE LA SESIÓN N°1, CELEBRADA EL LUNES 19 DE NOVIEMBRE DE 2018, DE 10.09 a 11.40 HORAS.

I.- PRESIDENCIA

Presidió la sesión la diputada Gael Yeomans Araya.

Actuó como Secretario de la Comisión el señor Patricio Velasquez Weisse, y como abogado ayudante la señora María Soledad Moreno López

II.- ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la Comisión, Baltolu, Nino; Barros, Ramón; Cariola, Karol; Castro, Juan Luis; Celis, Andrés; Ilabaca, Marcos; Luck, Karin; Yeomans, Gael; Mellado, Cosme.

El diputado Jiménez, Tucapel fue reemplazado por la Diputada Marzán, Carolina.

Esta sesión contó con la participación del señor Ministro del Trabajo y Previsión Social, Nicolás Monckeberg, del señor Superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías y del señor Intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo.

III.- CUENTA

Se han recibido los siguientes documentos:

- 1.- Oficio N° 14.339 por el cual se informa el reemplazo permanente del diputado Manuel Monsalve, por el diputado Juan Luis Castro.
- 2.- Oficio 14.340 por el cual se informa el reemplazo permanente del diputado Daniel Núñez Arancibia, por la diputada Karol Cariola.
- 3.- Confirmación del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, por el cual se confirma la asistencia del señor Ministro de trabajo y previsión social, Nicolás Monckeberg, señora Subsecretaria de previsión social, María José Zaldívar, señor Superintendente de pensiones, Osvaldo Macías, señora Jefa de estudios de la subsecretaría, Mónica Titze, señor asesor, Alejandro Charme y señor coordinador legislativo, Francisco del Río

IV.- ACUERDOS

1.- Oficiar al señor Superintendente de Pensiones con el propósito de formularle las siguientes consultas, relacionadas con la normativa y procedimientos para el otorgamiento de pensiones de invalidez en nuestro país:

- 1.- Su opinión acerca de los vínculos de las compañías de seguros con las Administradoras de Fondos de Pensiones, como también los vínculos de dichas compañías de seguros con la Superintendencia de Pensiones, y nómina de esas Compañías.
- 2.- Nómina de médicos financiados por las compañías de seguros que intervienen en el proceso de recepción, análisis y resolución de las solicitudes de pensiones de invalidez, y el rol que tienen en este proceso
- 3.- Nómina de los quinientos médicos especialistas interconsultores.
- 4.- Montos y modalidades de los pagos que reciben los médicos de las compañías de seguros a nivel de Comisión Médica Central.
- 5.- Motivos médicos que llevan al rechazo de las solicitudes de pensiones de invalidez; cuáles son las enfermedades en que se producen tales rechazos; cuáles son las variaciones históricas

de dichas enfermedades y si se trata de enfermedades mentales o no ; en general estadísticas en torno a los motivos por los cuales se acoge, rechaza o se rebaja una solicitud de pensión de invalidez, como también quiénes son los que intervienen en la rebaja y rechazo de las pensiones de invalidez y los vínculos de éstos con las compañías de seguros.

6.- Cómo se financia el funcionamiento de las Comisiones Médicas y funcionarios que deciden la suerte de las solicitudes de pensiones

7.- Cuáles son las estadísticas médicas regionales en cuanto a las causales de solicitud de invalidez y sus resultados, con las diferencias que existen en cada una de las regiones respecto al otorgamiento de pensiones de invalidez, en particular respecto al tipo de enfermedades a que se refieren, y el destino que tuvieron las apelaciones respecto a cada enfermedad.

V.- ORDEN DEL DÍA

La versión taquigráfica de la sesión es la siguiente:

TEXTO DEL DEBATE

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*-El señor **VELÁSQUEZ** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Sobre la Cuenta, ofrezco la palabra.

En varios, ofrezco la palabra.

Informo que está pendiente determinar cuál será la fecha definitiva en que vamos a sesionar. Por eso vamos a destinar los últimos 15 minutos de la sesión para ponernos de acuerdo respecto de ese punto.

Esta sesión tiene por objeto recibir al ministro del Trabajo y Previsión Social, señor Nicolás Monckeberg, para que se refiera a las materias propias del mandato de esta comisión investigadora.

Además, asiste el superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías.

Tiene la palabra el ministro Nicolás Monckeberg.

El señor **MONCKEBERG**, don Nicolás (ministro del Trabajo y Previsión Social).- Señora Presidenta, gracias por la invitación.

El foco de esta comisión investigadora es una tremenda oportunidad no solo para dar a conocer los cambios que se han hecho, sino además para ir despejando algunos temas que eventualmente podrían corregirse.

Preparamos una presentación bastante detallada respecto de cómo opera la licitación del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS)

Lo más importante es entender que hay un antes y un después de la reforma previsional de 2008. Cuando se modificó la normativa y la modalidad de asignación del financiamiento del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS), cambió absolutamente el criterio y los incentivos que existían.

Como lo explicará en detalle el superintendente, antes de 2008 se produjeron ciertas señales de mal funcionamiento que derivaron en denuncias y en las consiguientes sanciones que aplicó la Superintendencia de AFP. Posterior a la reforma de 2008, la situación es distinta.

Señora Presidenta, propongo iniciar nuestra participación en la comisión investigadora con la presentación del superintendente, para entender bien los hechos que motivaron la creación de esta instancia investigación, cómo funcionaba antes, cómo funciona ahora y cuáles son los desafíos que tenemos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señora Presidenta, para su conocimiento, le informo que me acompaña en esta ocasión el intendente de Fiscalización, don Jorge Mastrangelo.

La presentación está dividida en cinco secciones. Primero, describe cómo funciona el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia; segundo, cómo se califica la invalidez por las comisiones médicas; tercero, el rol de la Superintendencia de Pensiones, tanto para el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia como para la calificación de este seguro; cuarto, un anexo estadístico de algunos

elementos que nos parecen muy interesantes de conocer; finalmente, la denuncia que efectuó la Fundación Valídame y que queremos relevar en esta presentación.

La presentación puede ser tan extensa como uno quiera, por eso trataré de hacerla lo más concisa posible para su mejor entendimiento y acorde al tiempo disponible, sin perjuicio de poder ahondar en todos los puntos que sean del interés de los presentes.

Respecto del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, cubre a aquellos afiliados al sistema de pensiones menores de 65 años que no están pensionados, antes del fallecimiento o de la invalidez.

¿Cómo se define la invalidez? Se define como el menoscabo permanente en la capacidad de trabajo de una persona a causa de una enfermedad o de un debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales.

¿Quién califica la invalidez? Las comisiones médicas que están constituidas a través de todo el territorio nacional.

¿Qué financia el seguro? El seguro financia pensiones de invalidez y sobrevivencia.

¿Cuál es el monto de las pensiones que financia? El 70 por ciento del ingreso base cuando hay invalidez total y 50 por ciento del ingreso base cuando hay invalidez parcial.

El ingreso base, a su vez, se define como la renta promedio de las personas en sus últimos diez años. Así, si una persona tenía una renta promedio de 500.000 pesos, una invalidez total le da una pensión de 350.000 y una parcial una pensión de 250.000 pesos. Esa es la forma de calcular los beneficios. O sea, son beneficios definidos que están cubiertos por este seguro.

¿Quiénes financian el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia? Lo financian los empleadores.

¿Qué paga el seguro? Paga aportes adicionales en dinero, que son los que se requieren para financiar las pensiones que antes señalé. Las personas, durante su vida, han acumulado fondos en su cuenta de capitalización, en su cuenta de ahorro, pero cuando interrumpen su vida laboral por invalidez o por fallecimiento ese monto no alcanza a cubrir las pensiones. Lo que falta lo cubre este seguro a través de las compañías de seguros de vida.

Como dijo el ministro, hay un antes y un después en relación con la reforma previsional de 2008 en cuanto a cómo funciona este seguro. Antes de ese año, cada administradora de fondos de pensiones contrataba un seguro colectivo para todos sus afiliados. Las administradoras podían escoger la compañía de seguros y suscribir el contrato entre las AFP y las compañías. Estaba en manos de la AFP.

¿Cómo se financiaba? Con la misma comisión de la AFP. Dentro de la comisión que cobraba la AFP estaba incluido el financiamiento del seguro. De esa forma las AFP negociaban un contrato de seguro con una compañía de seguros y ellas cubrían el costo con cargo a las comisiones que cobraban a los afiliados. Por lo tanto, lo que pagaba cada afiliado dependía de la AFP en que se encontraba afiliado.

El costo del seguro era pagado por las AFP y era un costo muy relevante. Dentro de sus gastos había incentivos muy fuertes a controlar la siniestralidad de ese seguro. Eso es importante destacar.

¿Por qué existían esos incentivos tan fuertes a las AFP de controlar la siniestralidad? Porque mientras más siniestralidad había, más tenían que pagar a la compañía de seguros y, por lo tanto, reducían sus utilidades. Al revés, mientras menos siniestralidad, menos pagaban a la compañía de seguros y más aumentaban sus utilidades. Entonces, ese es un punto clave.

En esa época la superintendencia recibió denuncias de algunos afiliados que habían enfrentado dificultades para acceder a las pensiones de invalidez por algunos procedimientos que las administradoras aplicaban.

¿Qué hizo la Superintendencia al respecto? Investigó esos casos, que eran anteriores a 2008, y producto de la respectiva investigación tres administradoras fueron sancionadas.

Específicamente, en esa oportunidad se sancionó a la AFP Cuprum, en 2006; a la AFP Provida, en 2007, y a Capital, en 2010. Pero, insisto, por situaciones ocurridas durante 2008 hacia atrás. En el caso de Cuprum, por un tema procesal, la Corte de Apelaciones dejó sin efecto la sanción, no por diferencias en el fondo del tema, sino por el procedimiento aplicado en su momento por la superintendencia.

Quiero destacar que antes de la reforma previsional de 2008 sí habían denuncias de control de siniestralidad por parte de las administradoras, fueron investigadas y al menos en el caso de esas tres AFP se determinó que existían ciertos procedimientos irregulares y se les sancionó.

¿Qué pasó a partir de la reforma previsional de 2008? ¿Qué es lo que cambió? ¿Por qué es tan importante?

A contar de esa fecha ya no es posible que cada AFP licite o firme su contrato de seguros con la compañía de seguros, sino que se licita en forma conjunta todo el seguro. Es decir, las

6.000.000 millones de personas cubiertas por este seguro son licitadas en forma conjunta por todas las administradoras y participan en esta licitación todas las compañías de seguros de vida constituidas en Chile, que cumplen con los requisitos para aquello.

El seguro se va adjudicando de manera de minimizar el precio y de no concentrar el seguro en una sola compañía o en dos, para evitar el riesgo.

Ahora el seguro es de prima fija. Deja de operar como lo hacía antes, cuando había ajustes por siniestralidad. Lo más importante es que ahora el financiamiento del seguro pasa a cargo de los empleadores; cambia completamente la forma de operar. Todos los empleadores pagan el mismo costo del seguro por sus trabajadores.

Ahora el seguro se licita en grupos separados por sexo. Para hombres hay una licitación, para mujeres hay otra licitación, con el objetivo de que a las mujeres que tienen menos siniestralidad se les cobre menos.

Los contratos son estandarizados, lo cual facilita la competencia de las compañías de seguros. Entonces, ahora las AFP solo cumplen el rol de licitar, recaudar la cotización de los empleadores y traspasarla a las compañías de seguros que ganaron la licitación. En definitiva, se elimina el incentivo que había de las AFP para controlar la siniestralidad, puesto que en nada influye en sus utilidades. Ahora hay un traspaso directo de la prima de seguros, que la paga el empleador a la AFP, y que, a su vez, la traspasan a la compañía de seguros, pero ni la prima ni la siniestralidad influyen en las utilidades de la AFP.

En esta reforma se creó el cargo de médico asesor del afiliado.

¿Qué hace? Es un profesional, médico, que apoya al trabajador en el proceso de calificación de invalidez, y en caso de que apelen ellos mismos o las compañías de seguros, lo asesora también en la apelación. Esto no existía hasta antes de 2008.

¿Qué ha ocurrido después de la aplicación de este nuevo esquema?

Primero, se eliminan los incentivos de las AFP para controlar la siniestralidad; no tiene relación con sus utilidades; por primera vez en el financiamiento de las pensiones, desde 1980, se introduce la participación del empleador; hay mayor transparencia; se separa el costo de administración de las AFP del costo del seguro; las AFP cobran su comisión y la prima del seguro va aparte; es mucho más fácil comparar precios entre las AFP, y se elimina el subsidio cruzado entre afiliados de distintas AFP. Había AFP que tenían afiliados que se siniestaban más, que tenían mayor edad, en fin, por lo cual el precio del seguro era más alto. Ahora es un *pool* de seguros, por lo tanto, no hay diferencia entre afiliados de AFP y se eliminan los subsidios cruzados entre mujeres y hombres. Las mujeres subsidiaban a los hombres, porque tienen menos siniestralidad y eso no estaba reconocido.

En seguida, en la presentación se muestran los resultados de las licitaciones.

Para que ustedes vean, hasta ahora, se han hecho 6 licitaciones: La primera duró un año y de ahí en adelante han durando dos años.

En la primera participaron 12 compañías de seguros -la barra azul representa la licitación- y 5 de ellas se adjudicaron el seguro, y así sucesivamente a través de los años. Cada dos años se comenzó a realizar esta licitación en que se puede apreciar una alta participación -en las barras azules- de las compañías de seguros. Las barras rojas indican a cuántas de ellas les fue adjudicado el seguro. Vemos una participación bastante alta.

Esa es la prima del seguro; la prima del seguro es el precio del seguro. Se llama prima en el caso del mercado asegurador y se expresa en el porcentaje de la remuneración imponible del trabajador.

Por ejemplo, en la primera licitación podemos observar que la prima del seguro fue 1,78 por ciento de la remuneración del trabajador. De ahí ha ido evolucionando y bajó 1,48 por ciento hasta que en la actual licitación -la que se efectuó recién-, que empezó a regir el 1 de julio de este año, el precio del seguro -la prima- quedó en 1,39 por ciento de la remuneración imponible del trabajador. Este es el precio que resulta de la licitación entre las compañías de seguros de vida.

¿Por qué cambia la prima del seguro en cada licitación? Una razón es la siniestralidad.

Ahí está la siniestralidad del seguro por año desde 2008.

¿Cómo se mide la siniestralidad? Son los afiliados que han sido declarados inválidos en cada año sobre el total de cotizantes cubiertos por el seguro. Como pueden ver, es fluctuante. La siniestralidad ha ido subiendo, para experimentar una baja y vuelto a subir. Esto depende de muchas cosas: de cómo evoluciona el grupo de personas que está cubierto. Muchas veces, cuando hay desempleo, hay más personas que buscan pensionarse por invalidez, en fin. Sin embargo, a mayor siniestralidad, la compañía de seguros tiene que cubrir más siniestros, lo cual influye en el valor de la prima. Y hay otras cosas que influyen en ese valor.

Aquí muestro los resultados, donde debo resaltar algo importante.

¿Quiénes ganan las licitaciones? Por ejemplo, en 2009 pueden ver que en el caso de los hombres hay cuatro compañías de seguros, al igual que en el caso de las mujeres.

Ahora, es interesante ver la última columna, donde se observa que hay dos AFP relacionadas con las compañías ganadoras. Vemos que en el caso de los hombres hay una fracción de la licitación ganada por una compañía de seguros de vida denominada Cámara relacionada a la AFP Habitat. Luego, vemos que en el caso de las mujeres, BBVA Seguros de Vida estaba relacionada en esa época a Provida.

En 2010 nuevamente hay un relacionamiento: La compañía de seguros de vida Cámara y BBVA Seguros de Vida, ganan una parte de la licitación relacionadas a Habitat y Provida.

Luego, en 2012 hay solo una compañía relacionada: Penta Vida con Cuprum, que se gana una parte de la licitación.

En 2014, solo hay una relacionada: Cámara con Habitat.

Si seguimos avanzando, podemos ver que en las últimas dos licitaciones, efectuadas en 2016 y en 2018, vigentes, no hay compañías de seguros de vida relacionadas a AFP. En las dos últimas licitaciones todas las compañías de seguros de vida que se adjudicaron parte de la licitación no tienen relación alguna con las administradoras de fondos de pensiones.

Ahora, la segunda parte es la calificación de invalidez: cómo se determina quiénes son inválidos. En este caso, hay un procedimiento médico administrativo efectuado por las comisiones médicas para verificar si los afiliados o beneficiarios que solicitan pensión cumplen los requisitos. Se trata de otorgar pensiones justas. Toda aquella persona inválida debe recibir una pensión, si no, no corresponde otorgársela. Se busca que todas las personas que creen estar inválidas puedan acceder en forma expedita a este proceso y que las comisiones médicas determinen si corresponde o no otorgarles una pensión.

¿Cómo operan estas comisiones? Las comisiones médicas generan un dictamen de invalidez que establece si la persona tiene invalidez total, cuando la pérdida de sus capacidades de trabajo es igual o mayor a dos tercios, y definitiva o no revisable; o invalidez parcial, cuando la pérdida de capacidad de trabajo es mayor o igual al 50 por ciento, pero menor a dos tercios.

Para la invalidez parcial, el dictamen dura tres años, luego de lo cual se reevalúa a la persona, pudiendo quedar como parcial ya definitivo, no revisable, pasar a invalidez total o definitivamente haber recuperado sus capacidades de trabajo.

Por último, la comisión médica podría rechazar la invalidez, sea por causas administrativas -que la persona tenga incompatibilidades legales por estar cubierta por la ley de Accidentes del Trabajo, porque no asistió a la citación o porque por razones médicas no correspondía otorgársela.

¿En base a qué califican las comisiones médicas?

En base a normas. Existe un manual de normas que establece la forma en que debe efectuarse la calificación de la invalidez. La última norma vigente fue publicada el 1 de julio de 2016, en el Diario Oficial, y tuvo una modificación reciente que entró en vigencia el 1 de julio de 2018.

Las comisiones médicas están dotadas de autonomía técnica para sus determinaciones: tienen potestad para definir si la persona está o no inválida.

Los médicos integrantes de esas comisiones son contratados por la Superintendencia de Pensiones a honorarios. No son funcionarios de la Superintendencia y son elegidos mediante concurso público.

Existen dos tipos de comisiones: Comisiones médicas regionales, que generalmente están integradas por tres médicos, y comisiones médicas centrales, integradas por tres o más médicos. La Comisión Médica Regional determina si la persona está o no inválida, y la Comisión Médica Central recibe las apelaciones que efectúan tanto los afiliados como las compañías de seguros de vida, de tal forma que resuelve las discrepancias revisando el dictamen de la Comisión Médica Regional, el cual puede ser ratificado o cambiado por la Comisión Médica Central, que también está integrada por médicos contratados por la Superintendencia de Pensiones, previo concurso público.

En la imagen siguiente se detalla la composición de las comisiones médicas regionales y su distribución a lo largo de todo Chile. En todas las regiones del país hay comisiones médicas, las cuales cuentan con 185 médicos a cargo de las calificaciones de invalidez y con 47 médicos asesores de los afiliados; todos contratados por la Superintendencia de Pensiones. En total hay 232 médicos contratados por el Estado para efectuar esta labor.

Un punto muy importante por recalcar es que en el sistema hay 527 médicos interconsultores inscritos en un registro que lleva la Superintendencia de Pensiones. Estos médicos juegan un rol muy importante, pues efectúan los exámenes de especialidad que piden las comisiones

médicas para determinar si una persona está inválida o no. Asimismo, en el sistema también hay 74 peritos sociolaborales y 57 psicólogos. Esta red médica es la que finalmente determina si una persona está inválida o no.

Ahora, ¿cómo opera el proceso de evaluación y de calificación? Primero, la persona concurre a la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) para solicitar su pensión de invalidez. La AFP respectiva envía los antecedentes a la Comisión Médica Regional, correspondiente al domicilio del afiliado. La comisión recibe el caso y su presidente asigna a uno de sus médicos inscritos para estudiar el caso. Luego, el médico cita al afiliado para que se realice los exámenes pertinentes y solicita interconsultas, si es que son necesarias. Finalmente, es este médico asignado el que analiza los resultados, determina si la persona está total o parcialmente inválida y propone aprobar o rechazar la solicitud de pensión de invalidez.

Ahora, ¿qué hace el médico con este expediente? Va donde el presidente de la comisión para informar sobre el análisis efectuado y para indicar su opinión, quien puede aceptar y dar el pase a la comisión para proceder a la petición de pensión de invalidez o puede rechazarla por falta de antecedentes o de análisis.

Subsanado el tema, pasa a la comisión médica respectiva, la cual debe estar integrada a lo menos por tres médicos. El médico asignado relata el caso, el análisis de los exámenes y, finalmente, con estos antecedentes, la comisión médica decide si el afiliado está inválido o no. Posteriormente, la comisión notifica el resultado a la compañía de seguros y al afiliado, quien cuenta con un plazo de 15 días hábiles para apelar, derecho que puede ejercer con su médico asesor o con la compañía de seguros.

Es importante recalcar que en las sesiones que se realizan en la comisión se discuten casos previamente estudiados por el médico asignado y por el presidente de la comisión. Lo menciono para aclarar que no se comienza a estudiar el caso en las sesiones, sino que ha sido estudiado latamente con anterioridad.

Ahora, ¿qué rol cumple la Comisión Médica Central? Si las Comisiones Médicas Regionales ya dictaminaron un fallo, tal como señalé hace un momento, hay 15 días hábiles para apelar. Si el afiliado o la compañía de seguros realizan la apelación, el caso llega a la Comisión Médica Central y lo recibe su presidente, quien debe asignar a un médico a cargo del caso. Este médico revisa el expediente formulado por la Comisión Médica Regional, y puede solicitar nuevos antecedentes y nuevos peritajes a los médicos interconsultores o, simplemente, puede definir un resultado con los antecedentes que ya disponía la Comisión Médica Regional; es decir, puede recomendar confirmar el dictamen o puede recomendar revocarlo. Luego, este médico asignado debe presentar el caso al secretario de la comisión, con su respectivo análisis del mismo. De esta manera, la Comisión Médica Central resuelve si confirma lo señalado por la Comisión Médica Regional o si decide otra cosa. Posteriormente, la Comisión Médica Regional notifica el dictamen al afiliado y a la compañía de seguros.

Quiero recalcar que cada Comisión Médica Regional debe sesionar al menos una vez por semana, puesto que hay casos sencillos y otros complejos; por ejemplo, una insuficiencia renal crónica es un caso sencillo, ya que la persona que la padece queda con invalidez total prácticamente de inmediato, y lo mismo sucede con una discapacidad mental o con una patología grave, como cánceres terminales, amputaciones, u otras enfermedades; pero existen casos complejos que requieren mayor plazo de estudio y más exámenes de parte de los interconsultores.

Insisto en que cada caso que llega a las comisiones es analizado previamente. Es algo que quiero recalcar, porque los antecedentes no se ven una vez que se discute el caso, pues hay un médico encargado que ya lo ha estudiado.

La Superintendencia de Pensiones debe regular y fiscalizar estos procedimientos. De hecho, el artículo que la rige dice específicamente que, como superintendencia, tenemos que supervisar administrativamente las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central. En otras palabras, debemos impartir normas operativas para que las comisiones puedan funcionar adecuadamente. Nótese que es supervisar administrativamente, pues el dictamen médico es potestad de las comisiones.

Entonces, el objetivo de nuestra supervisión es velar por el acceso de los afiliados a las pensiones de invalidez. Para ello, fiscalizamos a las comisiones médicas, a sus médicos integrantes, a los médicos asesores de los afiliados, a los médicos interconsultores, a los médicos especialistas, a los peritos sociolaborales, a los psicólogos y a las AFP, pues todos deben cumplir la norma establecida para tal efecto. Nosotros tenemos todos los informes de las fiscalizaciones que efectuamos y de las acciones que llevamos a cabo, si es que corresponde.

En la Superintendencia de Pensiones contamos con una comisión médica integrada por

profesionales con conocimientos especializados en medicina y por otros profesionales expertos en otras áreas de la salud, como matronas y psicólogos laborales, de tal manera que podemos efectuar una fiscalización especializada de este funcionamiento. Además, contamos con otra división, la cual fiscaliza fundamentalmente a las AFP por medio de profesionales encargados de efectuar un seguimiento a todo este proceso.

Ahora, ¿qué se fiscaliza a los médicos integrantes y a los médicos asesores? Se evalúa la calificación de invalidez que realiza la comisión médica, con el objeto de determinar si están aplicando correctamente el manual de invalidez. Para tal efecto, se toma una muestra desde los expedientes de calificación y se la audita. ¿Qué expedientes se toman? Se toman aquellos en los que ha existido discrepancia entre el dictamen de la Comisión Médica Regional y de la Comisión Médica Central. En otras palabras, se toma una muestra cuando la Comisión Médica Regional dictamina que la persona está inválida o no, pero la Comisión Médica Central cambia ese dictamen. Además, se audita para saber cómo los médicos efectuaron su labor y para resolver reclamos de los afiliados.

En la imagen siguiente pueden ver la cantidad de auditorías realizadas durante los últimos tres años y sus respectivos resultados. Algunos datos: en 2017 y en 2018 fueron auditados los médicos de la Comisión Médica Central, la comisión resolutoria; en 2016 hubo 405 expedientes auditados; en 2017, 380, y hasta ahora llevamos 349 expedientes auditados. Cada expediente representa a un afiliado.

Asimismo, en 2016 hubo 25 médicos evaluados; en 2017, nuevamente 25, y hasta ahora llevamos 22 médicos. Y el promedio equivale al puntaje que obtuvieron los médicos en las evaluaciones. De 75 puntos hacia arriba se considera que el trabajo que realizó el médico fue satisfactorio.

También fueron auditados los médicos de la Comisión Médica Regional; al año se auditan más 700 expedientes. Y los médicos evaluados rondan los 150 médicos. Es una muestra importante. Para estos médicos también se considera razonable un puntaje superior a 75 puntos.

Los médicos asesores, que fueron introducidos al sistema con la reforma de 2008 para apoyar a los afiliados, también fueron evaluados. También fueron auditados cerca de 200 expedientes al año y, evaluados, cerca de 40 médicos al año.

Como pueden ver en la presentación, los puntajes obtenidos por los médicos asesores son un poco más bajos que los otros. 75 puntos es el mínimo, y aquí notamos que se requiere mayor capacitación de estos médicos, probablemente por la menor experticia que tienen respecto de los otros médicos, que llevan trabajando en la comisión muchos más años, ya que estos médicos asesores se incorporaron solo 2008 a este sistema.

Por otra parte, observamos y fiscalizamos el comportamiento de los médicos interconsultores, porque es muy importante que efectúen bien su labor. En este caso, se ve el contenido de los informes de los interconsultores, cuando se los piden las comisiones médicas.

Como decíamos, aquí hay médicos de las más diversas especialidades: peritos sociolaborales y sicólogos. Se audita una muestra de informes y se saca un puntaje de cómo se comportan ellos.

Por ejemplo, si miramos de 2016 en adelante, más de 300 especialistas interconsultores fueron evaluados y el puntaje promedio que obtuvieron superó los 80 puntos, lo que está dentro del rango aceptable.

También fueron evaluados los sicólogos, que son menos, más de 40 sicólogos en general y casi 200 informes de ellos. Ahí aparecen los puntajes promedio, ha habido una baja en los últimos años. Además, se evalúan los peritos sociolaborales; en total, cerca de 70 peritos y de 300 informes que ellos emiten.

Esa es la parte médica, pero también hay que fiscalizar a las AFP. En el caso de las AFP, ¿qué se fiscaliza? Primero, el acceso al trámite de pensión. Se evalúa que se cumpla con las normas para que las personas puedan acceder expeditamente a tramitar las solicitudes de beneficios.

También se evalúa el proceso de recepción de notificación de dictámenes de invalidez de las comisiones. Es importante informar al afiliado de esto para que tenga tiempo de apelar, por ejemplo, y si el dictamen de invalidez es parcial, avisarle que a los tres años debe ser nuevamente evaluado, de manera que no pierda su pensión.

Por último, se observa la constitución de saldo del trámite de pensión de invalidez. Este es un proceso que es importante porque determina finalmente si la persona tiene cobertura de seguro o no, cuál es el monto de la pensión que le correspondería y que se le liquiden los bonos de reconocimiento si es que tiene. Es un proceso fiscalizado que debe revisar detalladamente la AFP.

Finalmente, tenemos dos secciones: una sección estadística, sobre la cual solo queremos

mostrar algunas cifras, y una sección de la Fundación Valídame.

Le solicito a la Presidenta que este punto lo exponga el intendente de Fiscalización, señor Jorge Mastrangelo.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Jorge Mastrangelo.

El señor **MASTRANGELO**.- Señora Presidenta, como decía el superintendente, queremos mostrar algunas cifras del proceso de calificación de invalidez.

En la primera columna tenemos las solicitudes cubiertas por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS) que, como se aprecia, han tenido un crecimiento sin solución de continuidad desde 2004.

Luego están las solicitudes no cubiertas, que también han crecido; las solicitudes de pensión básica solidaria de invalidez, que se comenzaron a otorgar a partir de julio de 2008 con la reforma previsional, y la última columna corresponde al total.

Lo primero que me gustaría destacar es que en torno al año 2008, cuando se implementa la reforma previsional, se produce un enorme crecimiento en la cantidad de casos que las comisiones tuvieron que evaluar.

Esto se debe principalmente a dos fenómenos: el primero, obviamente, la pensión básica solidaria de invalidez, que era un beneficio que no existía antes, y por otro lado, que en las pensiones de invalidez no cubiertas por el seguro, antes de la reforma, la persona se pensionaba con el saldo que tenía en la cuenta individual. Si el saldo era poco, la pensión duraba una cantidad de tiempo acotado, y después podía o no tener derecho a la garantía estatal de pensión mínima, que requería un número mínimo de años de cotización.

Con la reforma previsional eso cambió, porque el aporte previsional solidario no exige número de años cotizados. Por eso podemos ver que en la columna "Solicitudes cubiertas" se produjo, entre 2007 y 2008, un salto desde 5.254 a 18.483, el cual se mantuvo alto por varios años, hasta que esa cantidad de casos pudieran ser resueltos por las comisiones.

Evidentemente, un proceso de calificación que está operando con 14.000 solicitudes por año, se ve enfrentado a un *shock* de crecimiento de hasta 62.000 solicitudes de calificación. Eso requirió que la superintendencia adoptara una serie de medidas, como duplicar la cantidad de médicos contratados, crear algunas comisiones itinerantes que se encargaran de acortar la fila de afiliados y también priorizar, porque dentro de las personas que se califican en su invalidez, hay algunos que son más graves que otros. Entonces, se trata de aplicar un procedimiento de priorización.

En estos gráficos, en el lado izquierdo, está la tasa de aprobación de las solicitudes cubiertas y no cubiertas por el seguro de invalidez, tasa de aprobación que se mide por el eje vertical y como porcentaje del total de solicitudes que resultan aprobadas con invalidez total o parcial. En el eje horizontal se pueden ver los años.

Como se puede apreciar, la línea de color rojo representa el porcentaje de aprobación de los afiliados que están cubiertos por el seguro, y la línea de color azul, los que no están cubiertos por el seguro.

También se puede ver que los porcentajes oscilan entre 57 y 47 por ciento y que son muy similares entre los afiliados cubiertos y no cubiertos por el seguro.

En el gráfico del lado derecho tenemos dos escalas: en el lado izquierdo, el número de solicitudes presentadas, que como se aprecia es algo similar a lo que estábamos viendo en la tabla anterior. La línea de color azul son las solicitudes presentadas; la línea de color rojo son las solicitudes aprobadas; total de esos parciales, y la línea de color verde, que tiene los porcentajes en la parte superior, representa las tasas de aprobación.

Anteriormente, el superintendente mencionó que en los casos en que el afiliado está cubierto por el seguro, las compañías de seguro pueden apelar. De hecho, apelan en una cantidad material de casos, entre el 25 y el 30 por ciento de los dictámenes que son obviamente con invalidez total o parcial.

La compañía apela para que si es total pase a parcial, y si es parcial pase a no inválido.

Entonces, de los 9.700 casos que en 2017 se calificaron como inválidos, 2.811 fueron apelados, lo que corresponde aproximadamente a 29 por ciento.

Pero esta no es la última palabra, porque ahora tenemos que ver cómo resultaron esas apelaciones. En esta tabla tenemos el resultado de las apelaciones.

La primera columna dice: "Aumenta o mantiene el grado de invalidez". Se ve que en promedio, en el 63 por ciento de los casos, la Comisión Médica Central confirma el dictamen de la Comisión Médica Regional, manteniendo o incrementando el grado de invalidez, y en 37 por ciento disminuye el grado de invalidez. Si es total lo pasa a parcial, y si es parcial podría pasarlo a no inválido.

Por último, en la última columna tenemos el porcentaje del total de solicitudes apeladas, que son en las que se disminuye la invalidez, que corresponde a 11 por ciento.

Finalmente, queríamos presentar el resultado del trabajo que hicimos a partir de la denuncia de la Fundación Valídame, el cual tiene cuatro partes.

Primero, me voy a permitir hacer un breve resumen del contenido de la denuncia. La fiscalización que hicimos en su oportunidad, sobre la base de antecedentes que nos entregó Valídame y una fiscalización adicional que hicimos sobre el proceso de recepción de solicitudes en las últimas dos semanas.

En resumen, la Fundación Valídame denuncia que hay un control de siniestralidad para la cobertura del SIS, que fue efectuado por la AFP Provida entre los años 2008 y 2009. Además, indica que ese procedimiento se habría seguido aplicando después de 2009.

Como respaldo de lo anterior, entrega una declaración jurada de una colaboradora de la AFP Provida y unos correos electrónicos emitidos por la coordinadora de sucursales sur y el jefe zonal, en los que se incluyen estadísticas y felicitaciones al personal por sus logros en materia de control de siniestralidad.

La denuncia tiene más antecedentes, pero eso es lo que quiero resaltar.

Entonces, ¿qué fue lo que se hizo? El superintendente ha señalado que ha habido tres fiscalizaciones, a propósito de las denuncias de control de siniestralidad. La que recayó sobre AFP Cuprum; sobre AFP Capital y sobre AFP Provida. Acá, estamos repasando y explicitando en qué consistió esa fiscalización.

Durante el año 2006, la superintendencia fiscalizó a las agencias de Maipú, de Puente Alto, de Santiago y de Rancagua de AFP Provida, encontrando que sus ejecutivos aplicaban procedimientos que obstaculizaban la suscripción de solicitudes de pensión y de calificación de invalidez.

Esos procedimientos contemplaban, entre otras preguntas, consultar al afiliado por el origen de su invalidez, le preguntaban si estaba seguro de que no era de origen laboral, por las características de su enfermedad, de si estaba seguro de que no era un accidente laboral. Ahora, si había indicio de accidente laboral lo traspasaban a las mutuales de seguridad.

Sin embargo, en esa oportunidad no se pudo probar que esas instrucciones provenían de una política de la administradora, por lo tanto, la resolución N°7, que estaba descrita antes en la presentación, de abril de 2007, sancionó a la AFP Provida con una multa de 300 UF por no controlar adecuadamente los procedimientos de trabajo de sus ejecutivos.

¿Qué es lo nuevo que hicimos sobre la base de la denuncia de Fundación Valídame? Se requirió a la AFP Provida un informe en relación con la situación que la Fundación Valídame denunció. Le preguntamos por el establecimiento de protocolos para bajar la siniestralidad de seguros de invalidez, además le pedimos explicaciones específicas respecto de la secuencia de correos electrónicos que envió el jefe zonal el 1 de julio de 2009. La AFP informó que no implementó protocolos para obstaculizar el acceso de los afiliados a los beneficios previsionales y que si bien en la secuencia de correos existen expresiones equívocas, en la administradora se indica que no permiten establecer la existencia de políticas en línea con lo que se ha denunciado por la fundación Valídame.

Asimismo, declara que no puede verse una intención del personal involucrado por obstaculizar o impedir la recepción de solicitudes de pensión de invalidez.

El último bullet es de la superintendencia. Cabe destacar que la última afirmación que acabo de relatar no es correcta, pues el efecto de las medidas referidas por la AFP fue obstaculizar el acceso en aquellos tiempos a las pensiones, como ha quedado acreditado en el proceso sancionatorio. Adicionalmente, realizamos nuevas fiscalizaciones de los hechos ocurridos las que contemplaron interrogatorios al jefe zonal de sucursales y a las coordinadoras de sucursales de la época sin encontrar nuevas evidencias que permitieran asegurar que el control de siniestralidad efectuado correspondía a una política de la administradora que por cierto sería bastante más grave.

Cabe señalar que los hechos denunciados ocurrieron hace al menos nueve años, lo que por supuesto dificulta la eficacia de la fiscalización que podemos hacer. Además, en caso de que la nueva fiscalización realizada a partir de la denuncia encontrara otros antecedentes lamentablemente las acciones sancionatorias estarían prescritas, dado que han pasado nueve años.

Por último, en su oportunidad la superintendencia propuso cambios legales de fondo a fin de modificar el funcionamiento del seguro, eliminando los incentivos al control de siniestralidad de las administradoras de fondos de pensiones, lo que fue destacado por el señor ministro y por el señor superintendente. Cambió el esquema del seguro y pasó a ser pagado por el empleador,

contratado por una licitación y las AFP simplemente reciben el dinero de la prima de los empleadores y los traspasan a las compañías de seguro que se ganaron la licitación.

Por último, la denuncia de la Fundación Valídame hace mención a que las prácticas de control de siniestralidad seguirían existiendo hasta ahora. Entonces, fuimos a terreno a constatar cómo estaban las cosas y se efectuaron fiscalizaciones a todas las AFP. Las conclusiones son que las administradoras aplican un procedimiento de atención para la suscripción de solicitudes que puede requerir un certificado del médico tratante, aunque el objetivo es facilitar el trabajo de la comisión médica regional (CMR), sin embargo, igual vamos a reforzar las instrucciones para que las solicitudes de pensión se acojan a trámite sin requerir antecedentes adicionales: cédula de identidad y declaración de la persona que tiene una enfermedad. Con eso se va a la Comisión Médica para que los médicos lo evalúen.

Lo segundo, es que en dos administradoras encontramos que cuentan con un sistema de agendamiento para efectuar el trámite de pensión cuyo objetivo es reducir el tiempo de espera en agencia de las personas. Según las instrucciones que nosotros dimos en su momento este agendamiento tiene que hacerse con ciertos resguardos. Al respecto lo que vamos a hacer es reforzar la instrucción para asegurar que esta forma de atención sea efectivamente un beneficio para las personas.

Muchas gracias, señorita Presidenta.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Muchas gracias al intendente, al ministro y al superintendente de Pensiones por la presentación.

Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, por su intermedio saludo al ministro, al superintendente y al intendente.

Quiero expresarles que, como parlamentario y médico y muchos parlamentarios, hemos recibido muchos casos de las miles de personas que hoy buscan, iniciando o volviendo de un trámite de pensión de invalidez tormentoso, largo, complejo, con grados crecientes de insatisfacción.

Quiero graficar algunos de los puntos que recojo de la crítica ciudadana sobre el procedimiento. En primer término, los tiempos de demora, es decir, los meses o años en los cuales una persona que siente y tiene una discapacidad para un cierto trabajo, porque si yo le digo a alguien que tiene problemas de disfonía y es un profesor de Estado, tiene un problema grave para hacer clases. Lo mismo, alguien que tenga una amputación y que tenga que desplazarse o hacer un acto motor, o sea, tiempo-demora.

En segundo término, los requisitos médicos, a los cuales apuntaba en la última lámina el intendente, yo constato que se está pidiendo certificado médico, no es opcional, no es si puede o no puede; en la reclamación que recibo veo que a toda persona no le aceptan el mero requerimiento con la cédula de identidad y su declaración, sino que le dicen vaya a su doctor y traiga un certificado para que iniciemos el trámite.

Ustedes comprenderán que el acceso a los médicos es caro, desgraciadamente, porque en el lado público la barrera es la lista de espera; en lado privado la barrera es el dinero, el pago de una consulta y normalmente estamos hablando de especialistas. Precisamente no son médicos generales los que van a ir a documentar una enfermedad neurológica o traumatológica o siquiátrica, son médicos que requieren un pago, o sea, hay una barrera en el requisito médico.

En tercer término, yo recibo el reclamo de las diferencias sistemáticas entre la aprobación parcial o total en la CMR respecto de la central y la caída dramática, y al respecto me gustaría que en eso se ahondara, porque son cifras de invalidez francamente inconmensurables. Por ejemplo, es como decir se le dio 75 por ciento de invalidez en la regional y baja a 20 en la central, y esto genera un nivel de confusión enorme desde el punto de vista de la percepción de que si hay médicos aquí y médicos allá, ¿qué hace que sea un abismo la diferencia de invalidez en uno y otro caso?

Ahora entro al tema que todo el mundo sabe y es que los médicos de las compañías de seguro son incumbentes e influyentes en el nivel central. Es decir, hay un financiamiento pagado directamente por quien es juez y parte, en este caso una compañía de seguros, que tiene una contratación validada institucionalmente en la Comisión Médica Central y, por lo tanto, el criterio de objetividad e imparcialidad médica al momento de fallar en la última instancia se pierde.

Ahí se genera una profunda desconfianza respecto de uno y otro fallo. Si hay tan buenos especialistas en una región como en el nivel médico central, cuáles son las fundadas razones que pueden existir para producir una caída en el porcentaje de invalidez.

Cuarto. El grave problema de que un señor o una señora, al momento de iniciar su trámite de invalidez, también está a la vez con licencia médica.

Aquí tenemos otro problema: el rechazo sistemático en el carril de la licencia mientras tiene un

carril de espera de pensionarse, que también es indeterminado. O sea, tenemos una laguna muerta donde hay un señor que tiene un empleador, que tiene una enfermedad, que no puede trabajar, que por un lado la Compin le rechaza la licencia, o sea, tiene que volver a trabajar y no está en condiciones, y a la vez está en un tiempo de espera indeterminado para pensionarse, y aquí tenemos un montón de enfermedades, secuelas sobre todo, traumatológicas y neurológicas, que llevan a estas personas a este interregno de carencia absoluta porque no recibe sueldo, no tiene cómo comer. Estamos hablando de alguien a quien no le pagan la licencia médica, que está obligado a trabajar, que no puede trabajar, intenta pensionarse, no logra pensionarse y pasan años en esta condición de rechazo sistemático de una licencia y a la vez lo otro.

Se le dice muchas veces que es lo uno o lo otro. A veces colocan a la gente en el dilema. Le dicen: Bueno, defina usted qué quiere. Quiere apelar a que reconsideremos su vuelta al trabajo o quiere pensionarse, pero defina.

Es un dilema que no debiera existir en una única persona que vive ambas condiciones, que es el derecho a justificación de ausencia al trabajo por un certificado médico, y su derecho a impetrar una pensión de invalidez.

Por último, puestos estos puntos sobre la mesa, quiero preguntar al ministro, y al superintendente especialmente, cuál es la autocrítica que hacen del sistema. Este es un sistema que viene desde hace muchos años. No es interpretable como una crítica al gobierno. Esta es una autocrítica a una modalidad, a un formato, a una manera de enfrentar la invalidez de la ciudadanía, que tiene lastres que se arrastran por muchos años.

Quiero decirle, ministro, que yo fui, vía audiencia pública, a la Comisión Bravo el año 2014. Pedí una audiencia como cualquier ciudadano. Ese año la Presidenta Bachelet abrió la Comisión Bravo para cientos de audiencias, yo fui uno más, fui en silencio, callado, con médicos de la Comisión Central, que yo conozco, que me informaron de muchos de estos detalles. Planteé esto mismo que estoy planteando aquí cuatro años después, en la Comisión Bravo, y nunca vi reflejado esto en el informe final de la Comisión Bravo que se abocó a otras materias, no al rol de las AFP o de la superintendencia en esta materia. Es un tema que vengo siguiendo y sin respuesta.

En ese sentido, junto con preguntarle cuál es la autocrítica o la mirada crítica del sistema, quiero saber cuál es la mirada de ustedes respecto de los vínculos de las compañías de seguro con las AFP y los vínculos de las compañías de seguro con la Superintendencia de Pensiones.

Señora Presidenta, quiero pedir por oficio que se nos aclaren las nóminas de esas compañías de seguro. Quiero saber cuáles son las nóminas de médicos financiados, quienes son los 500 especialistas interconsultores, que son decisivos en esto, la modalidad de pago y los montos de pago que reciben los médicos por la compañía de seguro a nivel de la superintendencia, o sea, la Comisión Médica Central.

De paso quisiera pedir que venga a la comisión el presidente de la Comisión Médica Central a explicar el *modus operandi*. La estadística cuantitativa me parece muy buena en cuanto a los datos, pero quiero entender cuáles son los motivos cualitativos, los motivos médicos que llevan al rechazo o la baja en el porcentaje de invalidez de los casos. Quiero entender cuáles son las enfermedades, cuál es la variación histórica de esas enfermedades, cuáles son las enfermedades mentales o no. En el fondo, entrar de lleno en la calificación del mérito propio de cada enfermedad médica; por qué sí, por qué no y por qué se rebaja, quiénes son los que rebajan y cuáles son los vínculos de quienes rebajan con las compañías de seguros.

Quiero entender por qué la superintendencia en el tiempo, no de ahora, a través de los años, no ha podido hacer sustentable el financiamiento autónomo, porque la gente cree que cuando va a una instancia pública todo es público y todo es neutro respecto al litigante, que en este caso es la compañía de seguros, y no es así.

Entonces, qué ha ocurrido que eso no ha sucedido en el curso de los años y cuál es la influencia. No sé qué dimensión tiene el poder de influencia que llega a este punto de penetración en la toma de decisiones del sistema.

Por último, como petición, quiero que la autoridad nos señale cuáles son las diferencias regionales. No es lo mismo enfermarse en Arica, en Parinacota, que en Magallanes.

Quiero conocer la estadística médica de las enfermedades que motivan pensión de invalidez en las 15 regiones del país, una por una y por separado, y el destino que tuvieron en cada una de esas enfermedades también las apelaciones y los motivos, porque el promedio no basta. Cada región tiene sus propios dramas, sus propios problemas.

Señora Presidenta, esos son los requerimientos que quiero hacer en esta primera intervención. La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, estamos convocados a una comisión investigadora y me resulta particularmente tranquilizador que la situación central que sustenta esta comisión ha sido investigada de manera acuciosa y ha sido sancionada por parte de la superintendencia. No nos deja en total tranquilidad, porque hay que estar atento a cualquier novedad que se pueda producir, porque me parece inaceptable que una compañía se pueda concertar con parte de sus ejecutivos para los efectos de realizar una práctica absolutamente ilegal. Pero me deja tranquilo el hecho de que la superintendencia haya investigado un caso que viene arrastrándose desde hace 10 años.

Participé también de una comisión investigadora respecto de las licencias médicas, y aquí caemos en el tema de los médicos incumbentes, en la cantidad de rechazos y que se replica en el caso que nos corresponder investigar hoy.

Las preguntas son muy simples. Me gustaría saber, ahora que está presente el señor ministro, si existe algún bosquejo de cambio normativo respecto de las situaciones que se producen tanto en esto como en las licencias, porque como dijo el doctor Castro, a nuestras oficinas llega permanentemente la solicitud o el testimonio de insatisfacción respecto de cómo opera el sistema. Además, eso ha sido objeto de reportajes por parte de la prensa.

Reitero que me deja relativamente tranquilo el hecho de que las situaciones descritas en el informe que motivó esta comisión investigadora hayan sido investigadas, sancionadas y se les hace seguimiento.

¿Qué tipo de cambios normativos, regulatorios o incluso de reglamentos internos se pueden suscitar para efectos de mejorar el proceso de temas tan sensibles para la población? El tema de las licencias o el de las pensiones de invalidez son temas altamente sensibles por tratarse de personas enfermas.

No es lo mismo una pensión de quien cumple 65 años, o 60 en el caso de las mujeres, que incluso pueden seguir trabajando durante el curso del trámite de su pensión, a personas que están potencialmente inválidas y respecto de las cuales muchas veces se produce un ir y venir sin respuestas.

Respecto de ese tema es interesante que saquemos conclusiones para que la comisión haga aportes en términos legislativos, de cambio de regulación, o de reglamento o de procedimiento, que posibiliten una mejor atención a quienes acuden a nuestras oficinas en busca de un mejor proceso para sus problemas de salud que producen las solicitudes de invalidez.

He dicho.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Muy bien.

Conuerdo con el diputado Castro en cuanto a la mirada de cómo se enfrenta esto, porque a pesar de que la superintendencia pudo haber tomado acciones en determinados casos, este tema no deja de ser. O sea, sigue habiendo denuncias. De hecho, me han llegado al menos 14 denuncias. Más adelante podríamos escuchar a los denunciantes para ver el detalle. Muchas de ellas no se han hecho llegar a la superintendencia, lo que tiene que ver con que estamos hablando de personas en situación de invalidez. O sea, es difícil ponerlos en la carga, además de denunciar y hacer todo el procedimiento, para que luego no obtengan la pensión. Nosotros, al menos, hemos recibido denuncias más actuales. Esta la hemos utilizado a modo de ejemplo, porque es el caso emblemático a través del cual hemos dado a conocer esta práctica. También sería bueno recibir a la denunciante.

Sobre la práctica de este establecimiento respecto de la tasa de siniestralidad, a pesar de que se muestra un gráfico, que es el mismo que está en el informe de la Comisión Investigadora, nosotros tenemos una apreciación distinta, es decir, que la tasa igual se mantiene constante, por debajo del 0,2 por ciento. Por lo menos desde el 2016 se puede ver esa misma tasa.

Otro tema es la colusión entre las AFP y las compañías de seguros, a pesar de que en la actual licitación no habría esta suerte de relación, esto no está restringido por ley. Es decir, una compañía aseguradora podría adjudicarse una licitación, a pesar de que en el último proceso no fue así, pero es casi una cosa del azar, es decir, no hay una regulación específica que lo restrinja. Como dijo el diputado Barros, se puede hacer un aporte normativo en esa materia.

Por otra parte, hay un gráfico que dio a conocer el superintendente que me gustaría conocer más en detalle, porque de las apelaciones recibidas se junta la mantención con el aumento. Cuántas aumentan y cuántas se mantienen, porque son casos distintos.

Asimismo, me llama la atención la cantidad de denuncias que no son acogidas y la cantidad de denuncias totales, pues es bien complejo para la superintendencia hacerse cargo de todas ellas con la cantidad de fiscalizadores: hay menos de 400 para más de 15.000 peticiones. Entonces, es complejo fiscalizar si no se cuenta con los recursos.

De las denuncias, también me llama la atención la demora de la comisión regional para verificar

este caso, porque si bien hay un médico que revisa el caso con exhaustividad, finalmente las comisiones son para revisar el caso instancia a instancia. Entonces, me parece que una hora y media para resolver 97 solicitudes por parte de la comisión médica de la Región del Biobío, al menos es preocupante si realmente se hace con la exhaustividad que requiere este procedimiento.

Además, concuerdo con el diputado Castro en esta materia, en el sentido de cuál es nuestra autocrítica respecto del funcionamiento, con el fin de mejorarlo. Acá tampoco hay una crítica. De hecho, nuestro interés es citar al ministro de Salud, para que nos dé cuenta de este hecho, porque, como se dijo, esto también afecta las licencias médicas y los procedimientos que realiza la Compín.

Dejo la inquietud, porque se ha dicho que se ha hecho todo lo posible, pero me gustaría un poco más de crítica respecto del procedimiento actual, porque eso nos permitirá tener mayor amplitud para mejorarlo.

Tiene la palabra el ministro del Trabajo y Previsión Social, Nicolás Monckeberg.

El señor **MONCKEBERG**, don Nicolás (ministro del Trabajo y Previsión Social).- Señorita Presidenta, esta comisión puede ser una muy buena oportunidad para ir levantando todos estos temas y a través de buenas propuestas corregirlos. Algunos serán materia de ley, pero otros no, como instrucciones internas del ente fiscalizador o sencillamente de gestión.

Por de pronto, estamos trabajando con bastante intensidad y prioridad en la modernización de los procedimientos de las licencias y la Compín, que, aparentemente, se podría decir que no tiene mucha relación con esto, pero eso es relativo.

Comparto el punto del diputado Castro, en cuanto a la dicotomía que se produce entre la solicitud de invalidez, aceptada en alguna de las instancias -que implica un reconocimiento de un grado de deterioro físico, aún cuando ese proceso no esté terminado- y el absurdo de rechazar la licencia. Al menos, es temerario que así sea, porque si eso termina con una pensión de invalidez por carencia física o problema físico, mal podría rechazarse la licencia.

Por otra parte, uno de los problemas que salta a la vista de la estadística, es la cantidad de solicitudes sin cobertura, lo cual se produce por las altísimas lagunas previsionales. Sin embargo, la buena noticia es que dentro de la batería de propuestas que ingresamos en la reforma previsional que se empieza a discutir en el Congreso Nacional, está la de incorporar la cotización de este seguro dentro del seguro de lagunas previsionales.

En la actualidad, el seguro opera en la medida en que la persona tenga hasta doce meses de cesantía, de lo contrario no lo cubre. Eso se mantiene, pero con la diferencia que ahora el seguro de cesantía va a pagar la cotización al trabajador, precisamente para que la cobertura no termine. En consecuencia, eso tendrá dos efectos: los cotizantes no dejarán de estar cubiertos por este seguro y, además, el monto de la pensión va a subir, porque si hay lagunas, se calcula sobre la base de una remuneración cero, lo cual, en este caso, no será así. Eso está incluido en la reforma que presentamos. Si mal no recuerdo, este fue uno de los aspectos que recogimos del proyecto anterior, que, como veremos luego, recoge elementos de iniciativas anteriores, y creo que esto va a influir en la cobertura de los trabajadores.

En la forma como está operando el procedimiento ante la superintendencia, creo que sí hay varias materias que son perfectibles. A los efectos de información, cuando se dice que las denuncias -objeto principal de esta Comisión Investigadora- son por hechos ocurridos anteriores a 2008.

También es importante señalar que a partir de ese año, formalmente, más allá de las denuncias a través de la prensa u otra instancia, la superintendencia me informa que no ha recibido ninguna denuncia posterior a 2008, lo cual no significa que en otra instancia, verbalmente o por cualquier otro medio, existan hechos que haya que observar, pero formalmente, así como hubo denuncias, procedimientos y sanciones anteriores a 2008, no las hay respecto de hechos ocurridos posteriores a 2008.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, hemos escuchado con mucha atención los comentarios y solicitudes de los señores diputados y, para no cometer ningún error, nos gustaría entregar todos los antecedentes, sobre todo estadísticos y de causales de las invalideces, como también las razones médicas que solicitó el diputado. Podríamos enviarlos para la próxima sesión o para cuando usted diga. Tenemos toda la información y todo el desglose de lo que nos han pedido; por lo tanto, se puede enviar ordenadamente y a la brevedad posible. Asimismo, quisiéramos ver la posibilidad de mostrar esos antecedentes en la próxima sesión, si es que nos invitan, en presencia de nuestra jefa de Comisiones Médicas, doctora con muchos

años de experiencia, quien, probablemente, desde un punto de vista médico, podrá explicar mejor por qué se producen estas discrepancias, cuáles son las razones que están detrás de las invalideces y qué hay detrás de las apelaciones.

Como Superintendencia estamos con bastante presión regulatoria y fiscalizadora. Tenemos muchos aspectos que supervisar, y efectuamos el mayor esfuerzo posible para que los afiliados cuenten con una defensa adecuada de parte nuestra. Nos desplegamos todo lo que podemos en todos los aspectos, que no son pocos, son muchos. Tenemos bastante capacidad de autocrítica; siempre nos estamos revisando internamente, para ver en qué podemos mejorar. Sabemos de nuestra responsabilidad y estamos conscientes de que hay mucha gente que depende de nosotros y que confía en nosotros, y no queremos defraudarla.

Como decía nuestro ministro, en el proyecto de cambio legal se está introduciendo un seguro de lagunas, que ayudará a la gente, que hoy quedaba descubierta por el seguro, a no estar descubierta al contar con el aporte del seguro de cesantía. Pero también va a subir su prestación, porque va a tener un período con remuneraciones cubiertas, que computan para los 10 años de pensión base.

Además, estamos poniendo ahí, como requisito y como una facultad de la Superintendencia, poder fiscalizar a las comisiones médicas, sobre la base de un modelo que se denomina de supervisión basada en riesgos, que nos permitirá mucha más precisión en la fiscalización. Por lo tanto, necesitamos la facultad para hacerlo; de lo contrario, la Contraloría podría observar que no podemos actuar basados en esa facultad. Entonces, eso nos va a dar mucha más precisión en la fiscalización que efectuamos.

En resumen, estamos disponibles para todo lo que la comisión solicite. Creemos que esta es una gran oportunidad para mejorar aquellos aspectos que puedan estar débiles, tanto en lo que le compete a la Superintendencia, como en los aspectos regulatorios.

Finalmente, estamos abiertos para concurrir a la comisión todas la veces que nos digan y vamos a entregar toda la información que nos han solicitado, porque la tenemos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo.

El señor **MASTRANGELO**.- Señorita Presidenta, quiero comentar que los únicos médicos pagados por las compañías de seguro son los médicos observadores que ellas contratan. Sin embargo, todos los médicos de la Comisión Médica Central, de las comisiones médicas regionales y los médicos asesores son contratados a honorarios por la Superintendencia y pagados con presupuesto fiscal,

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, quiero saber si hay financiamiento, que vaya de las compañías de seguro a la Superintendencia, para pagar a los profesionales médicos.

El señor **MASTRANGELO**.- No, señor diputado.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Ninguno?

El señor **MASTRANGELO**.- No, ninguno.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Superintendente, tengo una duda importante. En la denuncia se señala que la Superintendencia –no recuerdo el año-- habría autorizado, mediante resolución, un procedimiento extra.

Es decir, más allá de la agenda que tiene que ver con la solicitud que luego termina con el agendamiento de horas por parte de la AFP Provida, quiero saber las razones, porque, en el fondo, eso también vulnera la legislación vigente, toda vez que la ley establece que el único requisito es el carnet de identidad, que es el protocolo que, según entiendo, la Superintendencia ahora quiere tener mediante resolución.

Quiero saber por motivos por los cuales se solicitaban esos procedimientos extras en la anterior resolución.

Tiene la palabra el superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, eso tiene relación con la cifra que mostró el intendente de Fiscalización, que daba cuenta de un explosivo aumento de las solicitudes de pensión de invalidez.

En la presentación aparece marcado cómo cambió. De 14.000 solicitudes se pasó a 62.000 solicitudes. Entonces, ese efecto de la reforma previsional benefició a mucha gente, porque le permitió acceder a pensiones solidarias de invalidez, y a mucha gente que no tenía esperanza de acceder a pensiones de invalidez la motivó a presentar su solicitud de pensión.

Entonces, las comisiones médicas se vieron colapsadas para efectuar las calificaciones correspondientes a tiempo y a todas las personas. Para este efecto, se generó un protocolo para que las comisiones médicas pudieran focalizarse en aquellos casos más importantes, en

personas que estaban con enfermedades más graves, de manera de distinguir, entre 60.000 o 70.000 solicitudes, a cuáles atender primero. Ese fue el primer objetivo genuino que tuvo la Superintendencia en su momento.

Ahora, me piden que sea autocrítico. Creo que siempre se tiene una buena intención, pero también puede ser mal utilizada. Ahora, si es mal utilizada en lugar de usarse para seleccionar bien a las personas, tal vez se puede usar para obstaculizar.

Por eso que en la fiscalización que hicimos en terreno, hace poco, a pesar de no ser un protocolo estricto, se exigió algunos requerimientos a las personas. Nosotros vamos a ser muy claros en cuanto a que no se puede exigir absolutamente nada, salvo el carnet de identidad, como dice la diputada. Eso lo vamos a aclarar de una vez, para que no haya ninguna duda al respecto.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo.

El señor **MASTRANGELO**.- Señorita Presidenta, ese protocolo se estableció en junio de 2008, después de haber contratado 80 médicos adicionales a los 84 médicos que tenían las comisiones médicas, es decir, se reforzó bastante la dotación de médicos, amén de que se abrieron 11 nuevas comisiones para enfrentar todo este inconveniente. Pero, evidentemente, nada de eso fue suficiente, porque el incremento de solicitudes fueron demasiado grandes.

Además, el trabajo que hacen las comisiones médicas no es una atención asistencial, sino que es un peritaje. Si bien el médico tiene todos los conocimientos necesarios para realizar su labor, debe enfocarse en un protocolo de trabajo para la calificación de invalidez, que es un peritaje distinto de la consulta médica para sanar a la persona.

Ahora, dado que los 80 médicos contratados y las 11 nuevas comisiones tuvieron que tener un período de rodaje, se adoptó la decisión de manejar las filas, en el sentido de habilitar un instrumento que permitiera enfocar y priorizar los casos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Solicito el acuerdo para prorrogar el horario de término de la sesión en 15 minutos, por lo menos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero saber si los médicos contratados son de dedicación exclusiva.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el superintendente.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señor diputado, no tienen dedicación exclusiva, son médicos con jornada parcial y sesionan, al menos, una vez por semana en las comisiones médicas establecidas en cada ciudad.

Es muy difícil exigir jornada completa; sin embargo, la jornada que tienen está diseñada para que puedan atender los casos en los plazos que corresponde. Ahora, no es fácil conseguir médicos en algunas regiones. Por eso, hay un esfuerzo permanente de la Superintendencia para ir a regiones. Prácticamente, todas las semanas estamos en alguna región conversando con los médicos, capacitándolos, diciéndoles los problemas que vemos y escuchando los problemas que ellos detectan, porque en muchas regiones no existe una gran disponibilidad médica. Existe un delicado equilibrio entre las necesidades de las comisiones médicas y la disponibilidad de facultativos en las regiones. También, muchas veces, tenemos problemas con los interconsultores, pues escasamente hay especialistas en las regiones. Entonces, hay que ver cómo cubrir esa parte.

En todo caso, son de jornada parcial, por lo que permiten satisfacer la demanda que hoy existe de calificaciones de invalidez.

Además, permanentemente estamos viendo las necesidades con la Dirección de Presupuestos. Si es necesario aumentar el presupuesto, lo solicitamos y nunca hemos tenido un rechazo por parte de la Dipres para contratar más médicos, cuando ha sido necesario. De hecho, el año antepasado, se abrió una comisión médica en la ciudad de Castro, en la isla de Chiloé, porque notamos que la gente de las islas –Chiloé es una isla grande, pero tiene muchas chicas, es un archipiélago- tenía que viajar muchas horas a Puerto Montt para acceder a la calificación de invalidez y, para una persona que está en condición de invalidez, tomar una lancha para llegar hasta Castro, Ancud y de Ancud tomar un bus para ir a Puerto Montt, evidentemente, es una complicación. Tenía que realizar todos los exámenes en Puerto Montt, alojarse allá y luego volver.

Entonces, se propuso a la Dirección de Presupuestos instalar una comisión médica en Chiloé, y podemos decir con satisfacción que esa comisión médica está hace más de un año operando en esa ciudad.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, no con el ánimo de dialogar, pero quiero decir que tenía claridad meridiana de que eran a tiempo parcial.

El punto está en que en algún momento discutimos de qué forma podemos empezar a hacer especialidad respecto del tema de seguridad en el trabajo, materias de pensiones, los campos médicos, etcétera. La gran queja es que, a veces, los doctores forman parte de este servicio parcial y sirven o son, de alguna manera, empleados de instituciones de las cuales uno podría presuponer conflicto de intereses.

En ese sentido, me parece que es importante ir avanzando en temas de especialización respecto de seguro en el trabajo que permita bien calificar, muchas veces, las solicitudes de invalidez, así como también identificar profesionales con dedicación exclusiva, aunque no sea en el total de los casos. De esta manera, se evita esta sensación del usuario de que puede haber conflicto de intereses en alguno de los casos, independiente de que debemos tener más personal, pero eso es un tema endémico.

En ello, no hay crítica alguna al actual gobierno, sino que estamos haciendo una reflexión abierta sobre cómo mejorar un sistema, porque incluso en nuestras oficinas, como dijo el doctor Castro, se acogen críticas, sentimientos y frustraciones. Por eso, es importante avanzar esta materia, como también en el tema de las licencias que, probablemente, es una piedra en el zapato para muchos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Cosme Mellado.

El señor **MELLADO** (don Cosme).- Señorita Presidenta, acepté la posibilidad de ser parte de esta comisión con entusiasmo, porque tal vez se repiten mucho, como usted mencionó, denuncias, por lo que resulta muy difícil encontrar a alguien que aplauda lo que hoy existe.

Por ello, es importante no solo analizar y revisar hacia atrás, sino también ver qué propuestas podemos tener para responder de mejor forma. A lo mejor, están fallando los procedimientos o la norma en alguna parte y, tal vez, no solo debemos explicar cómo funciona, sino también cómo mejor, como bien dijo el superintendente.

Es importante no solo conocer cuáles son las razones por las cuales la gente solicita una pensión, sino también cuál es el trámite burocrático, el cual termina siendo un verdadero calvario para quienes esperan contar con una pensión, más allá de sus propias cotizaciones.

Por lo tanto, resulta importante no solo tener un análisis de lo que pasó, de lo que ha estado ocurriendo, de los datos duros, sino también tener los testimonios reales con prontitud, porque creo que cada uno en su distrito, en su oficina parlamentaria, recoge inquietudes que nos pueden ayudar a graficar la realidad de lo que sucede y así tener propuestas claras al respecto.

Seguramente, habrá una propuesta que, tal vez, no sea la más atinente, pero que no termine enraizando lo que ha pasado, sino que también sea una propuesta importante, sobre todo, señor ministro, respecto de la tarea que tenemos en términos de responder a la ciudadanía.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, hablé con el doctor Castro, porque no me atreví a plantearlo antes de preguntar su opinión como médico.

¿Existe alguna posibilidad de incorporar personal no médico al proceso de otorgamiento de las pensiones de invalidez? ¿Por qué deben ser solo médicos?

Hay que abrir un debate respecto de quiénes podrían cumplir una función similar, obviamente, dejando reservada alguna parte del proceso a los médicos. De hecho, nos pasa un poco cuando vemos o veíamos –hoy ya no tanto- a Carabineros en las distintas dependencias, registrando un seguro o dejando constancia de alguna cosa, es decir, personal de Carabineros involucrado en tareas absolutamente administrativas y que no decían relación con la función que nosotros esperamos de la institución.

Lo mismo debe pasar aquí: ¿Por qué deben ser solo médicos? Uno debería tender a incorporar profesionales no médicos en el proceso.

Insisto, no había querido decirlo antes, por un respeto básico; sabemos cómo son los gremios médicos respecto de esto, pero una vez consultado con el doctor Castro, quien además fue presidente del Colegio Médico, me parece que puede ser uno de los aportes importantes.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- En nombre de la comisión, quiero agradecer las exposiciones del ministro, del superintendente y del intendente.

Acojo el llamado del diputado Cosme Mellado para que tengamos, en la próxima sesión, a la fundación que realizó esta denuncia y también ir recogiendo los casos que nos lleguen.

Creo que la utilidad de la comisión está en que podamos ver cómo funciona en la realidad, cómo podemos mejorar en términos reglamentarios, gracias a un trabajo en conjunto de todos sus integrantes, como también de los ministerios. Al menos me quedo con eso.

Por otra parte, el diputado Juan Luis Castro solicitó oficiar para ver la relación que existe entre las compañías aseguradoras y las AFPs. La idea es que abarque desde el 2008 a la fecha, a fin de que podamos ver cómo esa relación ha ido variando, porque en la última licitación, al menos, se señaló que no habría esta conjunción, pero de hecho no es así hacia atrás.

Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor **VELÁSQUEZ**, don Patricio (Secretario).- Señorita Presidenta, en la solicitud del diputado señor Juan Luis Castro y para efectos de calificar los vínculos de las compañías de seguros con las AFPs, primero está la nómina de las compañías. De esas compañías de seguros relacionadas con las AFPs, se piden las nóminas de médicos financiados, por compañía, pero creo que eso se respondió en el transcurso de la sesión. Luego, dice, el listado de los 500 interconsultores por especialidad, es decir, el diputado solicita que se le remita un listado. Además, los montos que reciben los médicos de las compañías de seguros, a nivel de comisión médica central, que era la pregunta que hacía y que, según lo que estamos viendo, serían los médicos observadores. Por último, pidió que concurra el presidente de la comisión médica central.

No sé si ellos van a venir después a responder directamente o bien oficiamos a los invitados, además del superintendente.

Eso debemos acordar.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Propongo oficiar y luego citar para que nos presente los datos.

El señor **VELÁSQUEZ**, don Patricio (Secretario).- Perfecto.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Ofrezco la palabra.

Antes de finalizar, propongo sesionar los martes a las 15.00 horas. No sé si ese horario complica a algún diputado, ¿diputado Marcos Ilabaca?

El señor **ILABACA**.- Sí.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- En ese caso, mantenemos la misma hora.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

El debate habido en esta sesión queda archivado en un registro de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del reglamento.



PATRICIO VELÁSQUEZ WEISSE
Abogado Secretario de la Comisión