



COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA de 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°6, CELEBRADA EL LUNES 14 DE ENERO DE 2019, DE 10.33 a 11.48 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, Ramon; Cariola, Karol; Castro, Juan Luis; Celis, Andrés; Ilabaca, Marcos; Jiménez, Tucapel; Luck, Karin y Yeomans, Gael.

Esta sesión contó con la participación de la señora María Soledad Hevia, jefa de la División de Comisiones Médicas y Ergonómicas, de la Superintendencia de Pensiones; y don Manuel Bustos, abogado de la Superintendencia de Pensiones, Unidad Judicial y de Cumplimiento.

III.- CUENTA

1.- Correo electrónico por el cual se confirma la asistencia de la Dra. María Soledad Hevia, Jefa de la División de Comisiones Médicas y Ergonómicas, de la Superintendencia de Pensiones.

IV.- ACUERDOS

1.- Oficiar a la Superintendencia de Pensiones para que informe lo siguiente:

1) En relación con los casos en los cuales la División de Comisiones Médicas y Ergonómicas ordena sean revisados por la Comisión Médica Central y Comisiones Médicas Regionales, se solicita se informe cuántos casos son anualmente (los últimos cinco años) desagregados por Comisión Médica Central y Regionales, y cuáles son los principales argumentos para que se proceda a esta revisión.

2) En relación con el síndrome fibromiálgico se consulta:

a) Si la ausencia de menoscabo laboral en clase IV y clase V, para este síndrome en las normas 2016, en su versión electrónica, es simple error manifiesto de redacción o exclusión arbitraria.

b) Si fuese error de redacción o exclusión arbitraria, cuántas personas serían las afectadas desde su aplicación, personas que estando enfermas, fueron rechazadas por una normativa defectuosa, si fuere el caso.

c) Quiénes tomaron la decisión de excluir de las normas 2016 las dos clases antes citadas, es decir clase IV y clase V, para el referido síndrome.

d) Se solicita se informe si algún funcionario directivo de esa Superintendencia formuló reparos al defecto normativo y bajo qué fórmulas lo habría planteado,

e) A juicio de esa Superintendencia, en el caso que hubiese defectos discriminatorios en la normativa aplicable al síndrome del caso, en quién recaería la responsabilidad de esa normativa publicada.

V.- ORDEN DEL DÍA

La versión taquigráfica de la sesión es la siguiente:

La señora **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).- Acerca de los documentos de la Fundación Valídame, uno tiene relación con la sesión que tuvimos la semana pasada, donde le preguntamos directamente a la presidenta de las comisiones médicas qué sucedía con las horas de inicio y de término de las comisiones, si ese dato quedaba registrado. La Fundación Valídame nos contestó que sí hay una obligación al respecto. Quienes lo deseen pueden revisar el oficio. En todo caso, le vamos a preguntar sobre el tema a la señora Hevia.

La presente sesión tiene por objeto recibir a la doctora María Soledad Hevia, jefa de la División de las Comisiones Médicas y Ergonómicas de la Superintendencia de Pensiones, para que se refiera a materias propias de la investigación de esta Comisión.

Tiene la palabra la señora María Soledad Hevia.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Buenos días, soy médico y tengo a cargo la División Comisiones Médicas y Ergonómicas de la Superintendencia de Pensiones. Esta División tiene la misión de fiscalizar y supervigilar administrativamente las comisiones médicas encargadas de la calificación de invalidez a nivel nacional, tanto las comisiones regionales como la central.

Supongo que fui citada a esta Comisión investigadora para responder algunas preguntas. No tengo nada preparado.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Usted ha sido invitada porque su departamento está a cargo de la fiscalización de las comisiones médicas, tanto a nivel central como regional. La comisión tiene interés en revisar las irregularidades que se han producido en el otorgamiento de pensiones de invalidez.

Entonces, dentro del proceso de fiscalización que ustedes realizan, quiero saber cuáles son las irregularidades que usted ha visto a lo largo de su gestión, y también hacia atrás. Me refiero a la institución que realiza estas fiscalizaciones.

Ingresé a la página web para conocer las atribuciones que ustedes tienen y saber en qué consiste su labor de fiscalización, pero no aparecía información en concreto. Por lo tanto, sería bueno que nos diga qué es lo que hace en concreto para fiscalizar, quiénes conforman esa institución de fiscalización a las comisiones médicas y con cuánto personal cuenta para fiscalizar el funcionamiento de las comisiones.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- La División que dirijo tiene dos departamentos, el departamento técnico y el departamento de control de gestión. El departamento técnico se ocupa de la parte técnica médica de la evaluación que realizan las comisiones de invalidez, consta de cuatro analistas, y tres del área de la salud, que nos apoyan para hacer auditorías de expedientes. En el departamento de control de gestión tenemos cuatro analistas más. Ese departamento lleva, principalmente, la parte de gestión, los indicadores de gestión que nosotros manejamos. Además, fiscaliza la parte administrativa, el manejo administrativo de las comisiones.

Respecto de cómo fiscalizamos; en general, lo hacemos al menos una vez al año, desde el punto de vista administrativo, a cada una de las comisiones del país. La Comisión Médica Central tiene más fiscalizaciones, por lo menos, tres veces al año.

Desde el punto de vista técnico, se fiscaliza a todos los médicos de las comisiones. ¿Cómo se fiscaliza a todos los médicos que trabajan dentro de las comisiones? Se saca una muestra de los expedientes que ellos hayan tenido bajo su cargo y se analiza, en su completitud, cómo se hicieron todas las gestiones; si corresponde la aplicación de normas, si está bien hecho todo lo que se hizo, etcétera. La muestra que se saca se hace con un criterio de riesgo, de casos no apelados que tengan complejidad desde el punto de vista técnico; se revisan todos los casos que hayan tenido discrepancias mayores, entre la Comisión Médica regional y Central. O sea, cuando la comisión regional aprueba una invalidez total y en la comisión médica central se rechaza, o viceversa, la Comisión Médica Central otorga invalidez total.

Así es como se trabaja, se hacen auditorías de los expedientes, se revisan los informes de los interconsultores involucrados, se revisa el actuar de todos los médicos que trabajan dentro de las comisiones. A grandes rasgos, es el trabajo que hacemos; además de responder todas las consultas que llegan directamente a la Superintendencia sobre los trámites

de los recurrentes.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿También se encargan de resolver las preguntas de quienes están postulando a las pensiones?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Sí, cuando las personas hacen consultas sobres sus procesos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Bueno, a lo largo de lo que hemos revisado con la Superintendencia, cuyo órgano nos dijo que de las 16.000 solicitudes que ingresan, solo puede ver en el año 300 expedientes. Entonces, en este caso y viendo el personal que tienen en la fiscalización, ¿me podría decir cuál es la evaluación que se hace? ¿Dan abasto o no para poder fiscalizar?

La señora **HEVIA**, (doña María Soledad).- Señora Presidenta, es preciso aclarar un punto.

Los 300 expedientes que usted tiene como noción son los que se ven solo de la central. Esas son las discrepancias mayores, o sea, son alrededor de 340, 350 al año. En el fondo, ese es el orden de discrepancias que se presenta. Luego, están todos los expedientes que se evalúan en las regionales y ahí es una muestra entre 5 y 8 expedientes por cada médico, entonces, también es una muestra mayor, por lo tanto, no es esa solo la muestra que se hace.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Entonces, ¿más o menos de cuántos expedientes estamos hablando que se revisan?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Más de 1.000 anuales.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Pero son 16.000 las solicitudes. Eso, al menos, nos entregó como dato la Superintendencia.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Claro, pero uno trabaja con una muestra elegida, como dije, con criterio de riesgo. Por ejemplo, no se va a ir a evaluar un expediente a un médico de un paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, pues es evidente que el solicitante tiene el certificado que demuestra que está en hemodiálisis, por lo que la norma dice que es una invalidez total y no hay mucho más que hacer. En general, se evalúan casos complejos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Me imagino cuando hay discrepancias es un tema y, otro, tiene que ver con las enfermedades, en el sentido de si son más graves o no. ¿Cómo se hace esa distinción?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Bueno, esa distinción la hacemos por sistema.

Nosotros tratamos de buscar por sistema los casos que tengan más de una patología, patologías complejas de dilucidar, y eso se saca como selección aleatoria de los expedientes que se evalúan de la persona.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿La selección la hace la Comisión Técnico Ergonómica?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- La División.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Entonces, haciendo la evaluación de los 1.000 casos que ustedes estarían fiscalizando, ¿se ha encontrado con algunas irregularidades? De ser así, ¿qué tipo de irregularidades? Me refiero a diferencias realmente perjudiciales para los pensionados. Estamos viendo casos acá en que la verdad es que deberían haber sido, por lo menos, evaluados de otra manera para acceder a una pensión de invalidez; son casos sumamente graves que nos han llegado a la comisión. Entonces, quería hacer esa consulta respecto de su criterio.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Bueno, también evaluamos las consultas que llegan y, además, cuando llega alguna consulta se evalúa el expediente. Cuando pesquizamos que hay una aplicación que no es la más adecuada de norma, en general, después de que lo haya hecho la Comisión Médica Central, pues esta, por ley, tiene que dirimir las discrepancias y corregir o revisar lo que hizo la Comisión Médica Regional en su instancia, nosotros podemos ver y hay casos que analizamos y hemos podido encontrar que ha habido algún problema, y los mandamos por oficio a revisión a la Comisión Médica Central. Esa es una de las atribuciones que tenemos, en el sentido de si pesquizamos una "falta" o que falta algo que no se analizó completamente podemos mandar a que se hagan revisiones de oficio.

Ahora, las comisiones son autónomas en lo técnico. Nosotros no le podemos decir que a este caballero le corresponde una invalidez parcial o total, sino que pedimos que se revise de nuevo. Esa es nuestra facultad legal, por lo que hasta ahí llegamos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Perfecto. Entiendo que las

atribuciones que tendrían sería solamente una recomendación en la fiscalización.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Una revisión de oficio como se denomina que consiste en que ellos tienen que volver a revisar el caso.

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

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, solamente para precisar que el rol de la Superintendencia respecto de las comisiones médicas es de fiscalización y supervigilancia, por lo que, en síntesis, la fiscalización se puede resumir como traer a juicio algo que se hizo. Por lo tanto, si algún afiliado reclama respecto de su procedimiento de calificación de invalidez la División a cargo de la doctora revisa el expediente mediante su departamento técnico y le representa a la Comisión Médica lo que estima conveniente respecto de lo que ve en el expediente, contrastado con la norma técnica de evaluación, y la Comisión Médica tiene la facultad de revisar de oficio y modificar su dictamen si efectivamente lo que le representa la Superintendencia está de acuerdo con la propia Comisión ve en la aplicación de la norma.

Reitero, es la Comisión Médica, de acuerdo con la ley, la que tiene que decidir y para eso goza de autonomía, precisamente, en el conocimiento y resolución de las solicitudes de invalidez que se le someten a su consideración. En el fondo, esa es la función exclusiva y excluyente de las comisiones médicas.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Entonces, estaríamos hablando de que se hace más bien una suerte de solicitud de revisión y una visión que tendría la Superintendencia. ¿Cuántos serían estos casos al año?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- En este momento no tengo las cifras, pero en general no son muchos.

No me atrevería a dar una cifra exacta en este minuto.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- La solicitud se hará mediante oficio, a fin de que nos pueda informar en forma más exacta al respecto.

Además, pido que se pueda informar en forma desagregada, es decir, de la Comisión Médica Central y el caso de las comisiones regionales, a fin de ver más o menos dónde están los temas, en el sentido de cuáles son los argumentos para revisar estas comisiones.

Asimismo, han llegado algunas consultas vía oficio por la Fundación Valídame, con el objeto de despejar algunas dudas que tienen que ver con una resolución. Hay determinadas clases -a lo mejor, nos podría explicar eso también- de enfermedades para otorgar ciertas pensiones, según entiendo. Por ejemplo, en el caso de la fibromialgia, que son las consultas que hace la fundación, quedó en una clase determinada -entiendo que a criterio de la Superintendencia- por solicitud, además, de una compañía aseguradora, y eso determina cuál es el grado de invalidez que puede tener ese pensionado.

Si nos puede explicar primero el tema de las clases cómo funciona para poder introducir luego las preguntas.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, las normas establecen para un impedimento ya configurado, en el sentido de que se completaron todos los tratamientos de paciente, que pasó los períodos de observación y no ha tenido la mejoría que la medicina debería darle, por lo que estamos en una etapa secuelar, es decir, ya no va a tener mejoría la persona. Ahí, ese impedimento queda configurado y, en ese momento, se le puede otorgar un porcentaje de menoscabo.

Como se otorga un porcentaje de menoscabo, de acuerdo con la norma, la norma define clases, o sea, de la clase 1 hasta la clase 5.

En la clase 1, las cosas son muy banales, es decir, el pensionado está con tratamiento ocasional, que le produce problemas en algunas circunstancias y que son fácilmente corregibles con algún medicamento o una intervención menor.

En la clase 2, hay una complicación un poco más importante en el compromiso de la persona, en el sentido que le molesta o le causa más interferencia con todas sus actividades de la vida diaria, y los medicamentos o el tratamiento tiene que ser permanente.

En la clase 3, hay una afección, en general, más compleja, los síntomas son más severos y que pueden, incluso, revertir, en forma parcial, con los medicamentos.

En la clase 4, la persona está con síntomas, dolores y molestias que no se revierten totalmente con los medicamentos y que lo alteran por mucho tiempo, o sea, por un tiempo prolongado dentro de su jornada.

En la clase 5, en general, la persona necesita ayuda de terceros, en el sentido de que ya se está con pérdida de autonomía -tanto la clase 4 como la 5 tienen pérdida de autonomía-

, ya que la persona necesita de un tercero que le ayude para alguna de las funciones de la vida diaria.

La clase 5 determina si se necesita ayuda para lo esencial, o sea, para comer, vestirse, asearse, ir al baño, etcétera. Así se definen las clases. Cada clase tiene un porcentaje que varía, según un rango. Ahora, el rango de porcentaje que se determina dentro de la clase lo da la frecuencia con que se presentan los síntomas. En otras palabras, si los síntomas se manifiestan por algunos días de la semana o de forma más ocasional, es un rango bajo; si los síntomas se manifiestan al menos la mitad del día despierto, es un rango medio, y si es más de ese tiempo, es decir, todo el día e incluye la noche, es un rango alto.

Señorita Presidenta, todo esto lo he explicado en términos muy generales.

Respecto de la fibromialgia, tengo entendido que la norma está hasta la clase 3. Ahora, eso lo determina la Comisión Técnica de Invalidez cuando se analizan las normas técnicas. Las comisiones tienen que aplicar la norma técnica que está publicada en el Diario Oficial.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señora Hevia, son cinco clases, y según el caso se dan las pensiones, dependiendo del rango que acaba de explicar.

La señora **HEVIA** (doña Maria Soledad).- Señorita Presidenta, eso es por impedimento. Es muy raro que un impedimento solo genere una invalidez total. Podría suceder por un cáncer terminal, pero la mayoría de la invalidez se da por una conjunción de varios impedimentos que tienen un porcentaje que puede ser distinto, lo que después se suma combinadamente.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Entonces, la Comisión Técnica de Invalidez establece la tabla en donde estarían clasificadas las enfermedades en cada una de estas clases.

La señora **HEVIA** (doña Maria Soledad).- Claro. La Comisión Técnica de Invalidez está a cargo de redactar y de emitir las normas. Las normas tienen un capítulo introductorio donde se explica lo que acabo de señalar, que son las clases generales que sirven para todos.

Ahora, cada capítulo de la norma tiene un capítulo específico por grupo diagnóstico; por ejemplo, osteomioarticular o mental. En el fondo, especifica para cada patología, la más prevalente, qué elementos debe tener la clase 1, la clase 2 o la clase 3 por impedimentos más frecuentes.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Le haré algunas consultas de la fundación sobre el síndrome fibromiálgico porque hay un tema sobre las calificaciones.

Primero, si la ausencia del menoscabo laboral en clase 4 y clase 5, para el síndrome fibromiálgico de las normas 2016, en su versión electrónica, es simple error manifiesto de redacción o una exclusión arbitraria.

Segundo, si es error de redacción o exclusión arbitraria cuántas personas serían las afectadas desde su aplicación, personas que estando enfermas fueron rechazadas por una normativa defectuosa, arbitraria e ilegal, si fuera el caso.

Tercero, a su juicio, ¿quiénes tomaron la decisión de excluir de las normas 2016 las dos clases antes citadas?

Me refiero a la clase 4 y clase 5 para el síndrome fibromiálgico.

Cuarto. ¿Algunos de los funcionarios con cargos directivos habrían realizado reparos al defecto normativo y bajo qué fórmulas lo habría planteado?

Finalmente, ¿quién o quiénes son los responsables de una normativa publicada con defectos discriminatorios, si los hubiere?

La señora **HEVIA** (doña Maria Soledad).- Señorita Presidenta, no soy reumatóloga, no tengo noción de casos de personas que queden tan dependientes por la fibromilagia pura. La característica de la enfermedad le debería dar hasta una clase 3. En la clase 4 estamos hablando de que pierden autonomía, a diferencia de la clase 5, que ya están postrados.

Insisto, no soy reumatóloga, no es algo que se vea en la fibromialgia. Esa es una de las razones.

Ahora, esto no es una omisión, sino una decisión que se tomó al analizar las normas. El análisis de las normas técnicas corresponde a la Comisión Técnica de Invalidez.

Cuando se hace un análisis y se revisan las normas -no participo en eso; participa el doctor Pedro Osorio- en general se sacan todos los antecedentes que hay de estudios de medicina, se consulta con especialistas y se ve si el caso aplica o no; si está bien o no. De esta forma se va perfeccionando la norma cada año.

El que no exista una clase 4 o una clase 5 es una determinación más bien técnica que se evaluó en la Comisión Técnica de Invalidez. No es una omisión.

Ahora, el porqué, las razones y todas las otras preguntas que acaba de señalar son de la Comisión Técnica de Invalidez. Podría revisar las actas y ver, pero ahora no podría responder más al respecto.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señora Hevia, ¿quiénes forman parte de la Comisión Técnica de Invalidez?

La señora **HEVIA** (doña Maria Soledad).- Es presidida por el superintendente de Pensiones; el doctor Pedro Osorio es el secretario, quien a la vez es jefe del Departamento Técnico de mi división; la doctora Adriana Montenegro es la Presidenta de la Comisión Médica Central; hay un representante de las AFP y un representante de las compañías de seguro, y el doctor Orellana, que estuvo acá la semana pasado como representante del decano.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Doctora, ¿sabe usted si cambiar de clase la fibromialgia fue una solicitud de la compañía aseguradora?

La señora **HEVIA** (doña Maria Soledad).- Tengo entendido que la fibromialgia nunca ha tenido una clase mayor a la 3, pero tendría que revisarlo. Tampoco conozco el antecedente que usted señala. Habría que revisar las actas de la Comisión Técnica de Invalidez.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Solicito la anuencia de la comisión para solicitar la información mediante oficio a la Comisión Técnica de Invalidez.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, por su intermedio, saludo a la doctora Hevia y al doctor Bustos.

Tengo una serie de consultas, pero primero quiero conocer su opinión respecto de que la Comisión Técnica de Invalidez se haya reunido dos veces en más de un año. ¿Le parece normal?

También quiero saber si le parece razonable, entendiendo que por ley se fija el criterio de la composición de todos los miembros, que haya tres integrantes que poco tienen que ver con la materia a analizar, como es dictar normas sobre grados de invalidez por enfermedad.

Me refiero a los representantes de las AFP, de las compañías de seguros y de las universidades.

Lo menciono porque este es el organismo superior que establece criterios y normas que tienen una fijación por ley que viene de mucho antes.

Quiero conocer su opinión sobre este organismo que dicta normas, que se reúne con esa frecuencia durante los últimos dos años, y cuyas normas parecen estar en cuestión, pues en la actualidad muchas de esas normas son los criterios para determinar una invalidez.

Por otra parte, en la sesión anterior la doctora Montenegro nos dijo que ustedes están a cargo de la fiscalización de las regiones.

Entonces, quiero saber cuál es su criterio respecto de la opinión de los interconsultores en las comisiones médicas regionales en los casos controversiales. Lo consulto porque los interconsultores están pagados por las AFP.

Quiero saber cuántos son los interconsultores de regiones, porque en la sesión anterior se nos dijo que hay 81 para Santiago y para la Comisión Médica Central; sin embargo, se nos dijo que ustedes lo debían señalar porque estaban a cargo de la fiscalización. Específicamente, quiero saber cuál es el número, cómo están distribuidos los interconsultores por regiones, y cuánto se les paga.

Además, tengo entendido que en Santiago a un interconsultor se le paga entre 70.000 pesos y 100.000 pesos por caso. ¡Por caso! Y estamos hablando de un número no menor de casos, y al médico de Comisión Médica, de *staff*, se le paga una cifra que debe ser tres a cuatro veces menor que ese monto por caso.

Por lo tanto, quiero comprender cuál es la incidencia que tiene el interconsultor en regiones y en la Comisión Médica Central, y cómo se califica que el juicio que tiene el interconsultor, que es pagado por una AFP, entre en colisión con un criterio médico objetivo e imparcial al momento de calificar una enfermedad. Me gustaría saber su opinión sobre esa materia, en las regiones particularmente.

También quiero preguntarle respecto del oficio que nos llegó del superintendente, qué piensan ustedes de que haya siete jefes de departamento, de la superintendencia, que

prestaban servicios a las compañías de seguros y a las AFP, según nos informa el propio superintendente de Pensiones en un oficio llegado hace muy poco a esta comisión, donde el jefe de la División de Finanzas, el de Riesgo Financiero, el fiscal, el jefe del Departamento de Proyectos, el jefe del Departamento de Convenios IPS, el de Análisis y Control Financiero, y el de Control de la institución, todos han sido gerentes o subgerentes o han tenido distintos cargos en las compañías de seguros y en las AFP.

Por último, ¿cómo se les paga a los médicos de las comisiones médicas regionales y de la Comisión Médica Central? Me refiero al origen del financiamiento, porque sé que ellos entregan una boleta de honorarios, todos los meses, y se les paga.

Cuál es el origen de esos financiamientos, de adonde procede, porque la información que poseo de algunos miembros del *staff* de comisiones médicas, es que ellos no saben exactamente si proviene en parte del Estado y en parte de las compañías de seguros, y en qué porcentaje vienen esas remuneraciones pagadas a honorarios.

Para terminar, doctora Hevia, quiero preguntarle si su cargo es de Alta Dirección Pública.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Sí.

El señor **CASTRO**.- Cuáles son las características y los tiempos en que se ha venido dando el proceso de selección y nominación de su cargo, que es muy importante dentro de la superintendencia.

Esas son las preguntas, Presidenta.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Bustos, jefe de la Unidad Judicial y de Invalidez de la Superintendencia de Pensiones.

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, respecto de la composición de la Comisión Técnica de Invalidez, solamente me puedo remitir a la opinión que ya entregó la superintendencia en esta misma comisión. Por lo tanto, la opinión de la superintendencia ya fue expresada. El superintendente dijo, después de una evaluación al funcionamiento de la Comisión Técnica, que parecía pertinente dejar sin efecto la participación de las administradoras, puesto que hoy no existe ninguna razón lógica para que participen en la Comisión Técnica de Invalidez.

Respecto de las compañías aseguradoras, señaló que tienen un conocimiento importante del costo del seguro, porque ese es su trabajo, pero que tampoco debieran seguir participando con derecho a voto y que podrían quedar solamente con derecho a voz.

Esa fue la opinión de la superintendencia y me remito a esa opinión.

¿Cuál era la otra pregunta, diputado?

El señor **CASTRO**.- ¿Cuál es el rol que tienen ustedes en la supervisión de las comisiones médicas regionales? ¿Cuál es el rol de los interconsultores? ¿Cuánto se les paga? ¿Cuál es la incidencia que tienen ellos en la toma de decisiones? Cómo se administran las controversias médicas entre las comisiones médicas regionales y los interconsultores, porque tienen distinto origen de pago.

El señor **BUSTOS**.- En primer término, hay que tener presente que la fuente de esta participación de los médicos interconsultores y del financiamiento que tienen los médicos interconsultores es la ley.

El artículo 11 establece que las comisiones médicas deben requerir exámenes e interconsultas para fundamentar sus dictámenes y que la administración y financiamiento de las comisiones médicas les corresponde a las AFP.

Por lo tanto, respecto del financiamiento, las administradoras pagan el equipamiento de las comisiones médicas, la infraestructura de las comisiones médicas, y también los exámenes de los médicos que participan con sus interconsultas y de las instituciones, también, como laboratorios y clínicas que efectúan los exámenes complementarios para cada especialidad. Eso está establecido en la ley y esta deriva al reglamento una mayor regulación de aquello.

En cuanto a los honorarios, la ley establece que el afiliado también concurre con el financiamiento de las interconsultas. A él se le aplica el arancel N° 1 de Fonasa, de acuerdo con la estratificación sobre la base de remuneraciones, un 0, un 10 o un 20.

Las administradoras de fondos de pensiones no son parte del proceso de calificación de invalidez, no tienen injerencia en el proceso de calificación de invalidez. Por ejemplo, no pueden reclamar en contra de un dictamen de invalidez. Las compañías de seguros sí son parte del procedimiento de calificación de invalidez. Entonces, cuando hablamos de partes, el procedimiento tiene dos partes: el afiliado y la compañía de seguros, en el caso de los afiliados que se encuentran cubiertos, obviamente. Si el afiliado no está cubierto, solamente califica la Comisión Médica, y a quien corresponde reclamar, si no está de acuerdo con lo resuelto, es al

propio afiliado. En síntesis, ese es el funcionamiento de los médicos interconsultores.

Desde luego, como esta es una relación que establece la ley, evidentemente los interconsultores deben pactar sus honorarios con las administradoras de fondos de pensiones. Eso debe quedar escriturado; es un contrato de prestaciones de servicios entre las AFP y los médicos interconsultores.

Cabe señalar, y probablemente la doctora profundizará sobre ese punto, que los médicos interconsultores son apoyo de las comisiones médicas, y son los propios integrantes de las comisiones médicas quienes proponen a la superintendencia la incorporación de un determinado médico o institución para prestar servicios de interconsultas o de exámenes.

Es la superintendencia la que tiene reglamentados los requisitos; están establecidos en el compendio de normas de la superintendencia que está en el mismo sitio web. Se puede ver en detalle cómo es el procedimiento, de modo que la superintendencia determina si se incorpora o no, y como paso final, el médico informa a las AFP lo que cobra y puede o no haber ahí una discusión y un pacto de honorarios. Pero, en definitiva, quien decide si el médico interconsultor participa, se incorpora, se mantiene o deja de pertenecer al registro de interconsultores por cualquier razón, es la superintendencia, y en general la retroalimentación es de las comisiones médicas regionales y central.

Respecto de cómo se resuelven las controversias, eso está muy claro en el artículo 11, que establece un procedimiento que podemos definir de doble instancia, y ahí los dos procedimientos son muy distintos.

La primera instancia son las comisiones médicas regionales. La comisión médica regional tiene por función evaluar y calificar. Esa es la entrada del afiliado que solicita calificación de invalidez, y lo que hace la comisión ahí es evaluar al afiliado. Él es el titular del derecho y él es quien está enfermo y quien solicita la pensión de invalidez. La comisión médica lo examina a él, pide todos los exámenes que estime conveniente, y luego resuelve en sesión si procede o no otorgar derecho a pensión de invalidez, y si procede, en qué rango: parcial o total.

Si es un caso cubierto, las partes van a ser, como dije, el afiliado y las compañías de seguros, porque no es solo una, son varias las que se adjudicaron un contrato, y la instancia de resolución es la comisión médica central, que es otra comisión -funciona en Santiago; es una a nivel nacional-, en la cual no participa ningún médico, ni del afiliado ni de las compañías de seguros, solamente los médicos de la comisión que ha designado la superintendencia y contratados a honorarios por esta. De modo que ahí hay absoluta autonomía por parte de las comisiones médicas y de la central, en particular, para resolver, y su función expresa es esa: resolver las discrepancias y cuestionamientos que las partes hagan a través de los reclamos o de los recursos administrativos posteriores en torno a la calificación de invalidez que se hizo en la comisión médica regional.

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

El señor **CASTRO**.- Una precisión sobre lo mismo que usted está señalando.

Quiero saber si usted estima que un médico pagado por una de las partes en litigio, que es la parte contraria al usuario, tiene autonomía e independencia, como especialista, para opinar sobre ese caso, si tiene libertad suficiente, desde el punto de vista ético y médico, para opinar y ser incidente en el destino de esa pensión de invalidez que está en juego, al momento de dirimir un diagnóstico.

El señor **BUSTOS**.- Bueno, en ese punto, quienes debieran señalar si ven afectada o no su autonomía, son precisamente los médicos que integran las comisiones médicas, y entiendo que estuvo acá la presidenta de la Comisión Médica Central.

De cualquier modo, lo que sí le puedo decir es que el expediente de calificación de invalidez tiene coherencia. Todo lo que se hace en una calificación de invalidez queda en un expediente, que se inicia en la Comisión Médica Regional. En ese expediente están las opiniones de los médicos interconsultores de la Comisión Médica Regional; la de los propios médicos integrantes de las Comisiones Médicas; está el examen físico general, segmentado, detallado; están los exámenes de laboratorio, placas radiológicas y, luego, está el análisis del médico asignado a la Comisión Médica Regional. Todo eso se reduce en un dictamen, que pasa a la Comisión Médica Central si es que alguna de las partes reclama.

La Comisión Médica Central tiene un procedimiento bastante parecido y, en ese contexto, la Comisión Médica Central se puede dar cuenta perfectamente de si hay coherencia o no en todo lo que se viene haciendo.

Por lo tanto, me parece que las comisiones médicas tienen la suficiente autonomía para resolver de manera independiente y sobre la base de los exámenes. Recordemos que esta es una discusión médica; por lo tanto, debe generarse evidencia respecto del grado de incapacidad que tiene la persona. Pero, insisto, si los presidentes de las comisiones médicas o

los integrantes se ven afectados porque una compañía de seguros sea la que financie los exámenes, entiendo que la presidenta de la Comisión Médica Central no señaló algo parecido, pero, en definitiva, serían ellos quienes deberían opinar sobre el particular. Pero, si me pregunta a mí, el expediente tiene suficientes elementos de juicio para que la Comisión Médica resuelva con suficiente autonomía.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Estamos hablando de situaciones médicas específicas. No soy médico, pero me imagino que quien revisa es un médico especialista en una determinada área y me imagino, también, que no todos los integrantes de la Comisión Médica tienen la especialidad en esa área; por lo tanto, el informe que venga a dar un médico contratado por quien es parte también del juicio, me refiero al juicio en el que se califica la procedencia de esta invalidez, me parece que tiene un argumento mucho más potente que el que puede dar un médico sin esa especialidad.

Se lo digo, porque es lo que hemos visto a lo largo de las sesiones de la Comisión, que el informe que venga dado por alguien contratado por quien es parte afecta el juicio que pueda hacer la Comisión Médica, afecta la imparcialidad.

El señor **BUSTOS**.- Una precisión final sobre ese punto. Las compañías de seguros financian los exámenes de los afiliados cubiertos, pero no administran las Comisiones Médicas.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- No, pero quienes contratan son las AFP, que están relacionadas con las compañías aseguradoras. De hecho, el superintendente nos planteó, en la primera sesión, la relación que tienen las compañías aseguradoras con la AFP, que tienen los mismos dueños.

El señor **BUSTOS**.- Sí, pero el superintendente dijo también, en esa misma sesión, que hoy no hay contratos de seguros de empresas relacionadas.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Claro, pero eso es hoy.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Puedo aclarar un punto. Los médicos interconsultores pactan honorarios, como bien dijo el abogado, con las AFP en su conjunto, pero ellos trabajan no exclusivamente para las compañías, sino que lo hacen para las compañías, para las AFP, para el IPS, para quienes les manden el caso.

Entonces, una de las cosas que siempre vemos cuando revisamos los informes de los interconsultores es que los criterios que usen sean similares, independientemente del caso que estén evaluando. Ellos citan a la persona y tienen que evaluarlo aplicando norma técnica, y la aplicación de la norma técnica es igual para cualquiera de los participantes de este sistema. Solo emiten la boleta al que le corresponda, según ley que les pague, pero ellos, en lo que uno ve, es evaluar el criterio. Si el criterio que están usando es adecuado y lo vemos aplicado a los diferentes tipos de solicitantes que tienen que evaluar.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, por su intermedio, quisiera conocer el número y la nómina de los interconsultores de cada una de las Comisiones Médicas Regionales.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Esas nóminas las enviamos hace tres sesiones.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿La de interconsultores?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Sí, todas. Son quinientos treinta y tantos consultores, las mandamos con la comisión en la cual están inscritos, y el hecho de que estén inscritos en una comisión no hace que no puedan evaluar a un solicitante de otra comisión.

Lo que dijo la doctora Montenegro en la sesión anterior es cierto. Hay algunos interconsultores que son de Santiago, pero si una comisión regional no tiene esa especialidad se puede evaluar con ese mismo interconsultor. Los interconsultores son un *pool*, que se usa para evaluar a todos los solicitantes a nivel nacional, y son más de 500.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Por su intermedio, Presidenta, ¿cuánto gana en promedio un médico de comisión médica regional? ¿Cuánto gana en promedio un médico interconsultor por caso?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Los médicos de las comisiones médicas regionales hacen boleta y les paga el Estado. Nosotros tenemos fondos fiscales para pagarles los honorarios a todos los médicos que trabajan en las comisiones.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Qué rango es?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- En las comisiones médicas regionales, el presidente está en un millón seiscientos mil pesos, aproximadamente; los secretarios están en un millón doscientos mil pesos y cerca de los novecientos mil pesos los integrantes.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Qué jornada horaria tienen?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Ellos tienen que ver entre 12 a 15 solicitantes, evaluarlos en la semana y asistir a la sesión semanal.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Y el interconsultor?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Los rangos de los interconsultores no los tengo con precisión, pero, en general, es alrededor de dos o tres veces lo que es un valor consulta.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- O sea, entre setenta y cien mil pesos por caso.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Diría que es un poco menos. El promedio debe estar en los setenta mil pesos.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Setenta mil pesos por caso, porque ellos no cumplen jornada.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- No, ellos no cumplen jornada. Están contratados bajo la modalidad de prestación de servicios. Ahora, hay que entender que los especialistas en el país son pocos, escasean, especialmente en regiones.

Los interconsultores son especialistas en diferentes especialidades: tienen que evaluar al solicitante; lo ven en la consulta, lo examinan, le hacen examen físico y le piden los exámenes complementarios que necesitan. Una vez que llegan esos exámenes complementarios, los analiza. Después tienen que emanar un informe preestablecido con nosotros, estudiando la norma técnica que le aplica, para hacer una aplicación de norma técnica y entregar ese informe a la comisión. Esas son las funciones, y por eso el costo. Hay regiones en las que no hay ninguna de esas especialidades o es el único especialista que hay, o son dos o tres, cuesta muchísimo encontrar interconsultores que quieran trabajar en el sistema, no es fácil. Ustedes lo deben saber, los especialistas en este país están distribuidos de manera concentrada, lo que es bastante desigual. Entonces, en algunas regiones es muy difícil, y la única forma es la oferta y la demanda, es cierto. O sea, podemos llegar a eso.

Pero nosotros estamos evaluando su informe en cuanto a que cumplan con la norma.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Entiendo que un interconsultor puede ver hasta seis o siete casos al día.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Sí, podría. Eso va a depender de las horas disponibles que tenga para esa función.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Pero podría tener un ingreso razonablemente de quinientos mil pesos por día; eventualmente, si tuviera seis o siete enfermos por día al monto que estamos hablando. ¡Puede ser!

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Puede ser, pero todos son de diferente origen, al ser pagados por AFP, compañía o IPS.

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

El señor **JIMÉNEZ**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero saber cuáles son los requisitos para ser interconsultor.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Para la selección de los interconsultores, como bien dijo el abogado, el acercamiento, el tratar de que ese interconsultor trabaje en el sistema lo hace la Comisión Médica Regional, y es la Comisión Médica Regional la que nos manda, por oficio, los antecedentes de ese interconsultor que quiere trabajar en el sistema. Lo que se pide y se revisa son los antecedentes curriculares, que tenga la especialidad, que tenga todo en orden, desde el punto de vista técnico. Además, se le hace una declaración de conflicto de intereses o de inhabilidades, la que tiene que dejar firmada.

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

El señor **BALTOLU**.- Señora Presidenta, queda la sensación de que la persona que pide que se analice su caso para que le den una pensión definitiva -si se la dan-, quedara indefensa antes de que se la entreguen. Me da la sensación de que eso no ocurre así porque está la isapre que le paga el sueldo permanentemente. Aquí se produce un conflicto entre un ente de seguros, que es la isapre, y la aseguradora o la AFP que al final si la isapre, por decir una barbaridad, se saca de encima a esta persona a la que le está pagando todos los meses, indudablemente traspasa el problema, si lo tomamos en forma grave, a la otra. Entonces, no sé si eso ayuda o perjudica, porque ahí hay un conflicto entre dos organismos que están peleando. Aun así, me da la sensación de que el trabajador en sí no queda indefenso porque si está con licencia, alguien le está pagando el sueldo, en este caso la isapre o Fonasa. Digo eso para que la gente entienda en sus casas qué está sucediendo.

El señor **BUSTOS**.- Por su intermedio, señorita Presidenta, para atender la consulta debo señalar que lo importante es que el trabajador no quede en la indefensión, porque nuestro sistema de seguridad social contiene beneficios para las distintas contingencias a la cual está sujeto el individuo. Por lo tanto, el afiliado que está trabajando tiene derecho a licencia médica y hay normas del Ministerio de Salud, en términos de que cuando está con licencia médica, si se aprecia que la enfermedad puede ser indicativa de una pensión de invalidez y el trabajador inicia su procedimiento calificadorio, la institución de salud no puede ni debe suspender las licencias médicas hasta que el dictamen no quede ejecutoriado, que se pronuncie otorgando o rechazando la pensión de invalidez. Por tanto, está cubierto y lo mismo en el caso de los independientes formales que cotizan, en tanto tengan derecho a licencia médica y subsidio por incapacidad laboral, van a estar perfectamente cubiertos en esa contingencia. No les representa a ellos ninguna indefensión.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tengo otra consulta respecto de los plazos, porque parte de las denuncias tiene que ver con la demora en la definición de que se otorga o no la pensión de invalidez. De hecho, hay casos en que las personas mueren antes de recibirla, y resolverse si van a tener su pensión de invalidez; incluso, se le entregan las pensiones de invalidez después de muerta.

¿Cómo se fiscaliza el tiempo de funcionamiento en que las comisiones médicas puedan resolver? ¿Hay un plazo o una determinación de tiempos que nos permita tener esa garantía para los afiliados?

El señor **BUSTOS**.- Sí, el reglamento establece que las comisiones médicas deben emitir su dictamen en un plazo de 60 días desde la comparecencia del afiliado, plazo que puede ser prorrogado por otros 60 días. Es un plazo que no tiene sanción, por lo tanto, de cualquier modo la comisión podría pronunciarse sin ningún inconveniente.

Desde luego el sistema contempla en los casos más complejos de enfermedades terminales, que suele ocurrir, y que probablemente sean esos los casos a los que usted se refiere, dependiendo del momento en que soliciten la pensión de invalidez. En el caso de enfermedades muy graves, eventualmente el deceso se puede producir durante el procedimiento, pero en general esos casos están configurados y las comisiones médicas suelen resolverlos con bastante rapidez. De hecho, el procedimiento contempla una visita médica domiciliaria, una visita del funcionario de la AFP a llenar los formularios, lo cual genera en la comisión médica el aviso de que es una persona que está postrada, que no puede concurrir a hacer su trámite, y la comisión médica le asigna un médico interconsultor domiciliario, que es otro tipo de interconsultores que apoyan la labor de las comisiones médicas, ya que la comisión médica no puede hacer visitas domiciliarias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Entonces, hay un plazo definido para ese tipo de casos.

El señor **BUSTOS**.- Sí.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Cuánto es ese plazo?

El señor **BUSTOS**.- 60 días, pero es prorrogable por otros 60 días.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- No, pero ese es el de los generales. Me había dicho que en el caso de enfermedades terminales hay un plazo más reducido.

El señor **BUSTOS**.- La ley establece un plazo general, no uno específico. Es la instrucción de la superintendencia, en términos de que hay un protocolo por parte de la misma, dirigido a las comisiones médicas para que en lo posible, sin descuidar la correcta calificación de invalidez, actúen con premura ante casos que, de acuerdo a la certificación que hayan presentado, así lo ameriten. Ahora bien, hay algunos casos en que no se presentan con antecedentes médicos, sino que los llevan a la comisión médica. Entonces, si no hay conocimiento por parte de la comisión médica de la situación de salud de ese momento del trabajador, no va a poder funcionar el mecanismo domiciliario, pero sí está establecido y las administradoras lo aplican en la medida en que vaya un familiar en representación de la persona y diga: "Mire, aquí está mi pariente enfermo. Este es el certificado médico, no puede desplazarse", y todo se hace a través de terceros y con visita domiciliaria.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Hay alguna medida que pueda tomar la superintendencia para agilizar los plazos de este procedimiento en los casos terminales?

El señor **BUSTOS**.- Ese es uno de los aspectos que fiscaliza la división de la doctora.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Hevia.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Nosotros, como superintendencia, mandamos instrucciones a todas las comisiones para actuar en casos de solicitantes que se

presenten con una patología que tiene evidente riesgo vital. Pueden actuar muy bien, como dijo el abogado, si tenemos los antecedentes, porque si la solicitud llega sin ningún antecedente no van a poder tomar la decisión desde el primer momento. Cuando pasa eso, cuando los van a citar al médico, y los empiezan a llamar por teléfono, recién ahí la comisión se entera del estado de gravedad de la persona y se marcan como casos prioritarios. Nosotros los manejamos así. Un caso prioritario puede salir muy rápido. En general, si todas las cosas se dan bien con casos de suma urgencia, pueden salir dictámenes en 15 días, pero de todas maneras antes de los 30 días están todos dictaminados.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Antes de los 30 días?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- En general, en casos prioritarios.

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

El señor **BALTOLU**.- En el mismo caso, si una persona está a punto de fallecer, ¿qué sentido tiene dar una pensión definitiva si con la muerte del paciente se termina? Creo que tendría sentido si esa pensión es heredada. En el caso de una persona que está a punto de fallecer, ¿por qué no se apura el trámite para que reciba la pensión de gracia o la pensión de salud? Como dije, valdría la pena el trámite si esa pensión se hereda.

El señor **BUSTOS**.- Es interesante su pregunta, sin embargo, la solicitud de pensión de invalidez es un derecho del trabajador, es una decisión del trabajador, y en muchos casos de enfermedades graves pedirla o no pedirla y cuándo pedirla, es una decisión del grupo familiar.

Si la persona está cubierta con licencia médica, de pronto es más fácil -para efectos de tratamiento médico, ya que la licencia médica es un porcentaje directo de la remuneración-, y más conveniente. Eso es lo que interpretamos, mantenerse con subsidios por incapacidad laboral y retrasar la solicitud de pensión de invalidez.

De cualquier modo, para una persona que está en riesgo vital, el decreto ley N° 3.500 establece pensiones de sobrevivencia, de modo que de cualquier forma va a haber pensiones de sobrevivencia para su grupo familiar: viuda e hijos menores de 24 años, y si no hubiera beneficiario de pensión de sobrevivencia, por ejemplo que el trabajador hubiese sido viudo o que los hijos sean todos mayores de 24 años, los fondos de pensiones acumulados en su cuenta individual constituyen herencia y, por lo tanto, esos herederos van a poder retirar en conjunto el capital acumulado en la cuenta individual.

El señor **BALTOLU**.- Eso es por la AFP, pero estamos hablando de la pensión por invalidez, de cuando la persona se enferma, no puede trabajar, recibe un emolumento, pero si esa persona se muere, en el caso en que está pidiendo antecedentes, ¿cuál es el tiempo de respuesta? Eso me suena a que solamente si esta pensión de invalidez se traspasara a los herederos, a la esposa, a los hijos, sería razonable que se otorgue.

El señor **BUSTOS**.- Lo que pasa es que si en el grupo familiar hay beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia, dicho beneficio se transforma en pensión de sobrevivencia. Las compañías de seguros aportan el capital necesario para pagar esas pensiones de sobrevivencia a los beneficiarios y, en definitiva,...

Lo que pasa es que la pensión de invalidez es para el trabajador. Si el trabajador fallece antes, lo que va a pagar la administradora es pensión de sobrevivencia, porque, en definitiva, tenemos beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia.

Si no hay beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia, lo que tenemos es herencia, porque los fondos acumulados en la cuenta individual vienen del difunto.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, me hace sentido lo que acaba de decir usted en el caso de una persona que está enferma y fallece. Supongamos que el Estado le entrega la pensión por enfermedad, porque está incapacitada para trabajar, pero fallece.

En ese sentido, me gustaría saber si esa pensión es heredable, porque está claro que en la AFP esos fondos nadie los puede tocar y son heredables, pero, por la premura de dar una pensión de invalidez, ¿esa pensión es mejor que se queden los herederos o no?

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, la pensión de invalidez es para el trabajador afiliado.

Lo que establece la ley es pensión de sobrevivencia para los beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

Lo que puede ocurrir, por ejemplo, es que el trabajador fallezca después del procedimiento y no alcance a cobrar las pensiones. En ese caso, retroactivamente se pagan las pensiones devengadas no pagadas como herencia a los herederos, sin perjuicio del derecho que

tienen a pensión de sobrevivencia. Pero esa es una circunstancia que se da en relación con el momento en que fallece la persona.

En definitiva, el compromiso de las comisiones médicas, en tanto al derecho del trabajador a pedir pensión de invalidez, si se tiene conocimiento del estado de gravedad del trabajador, es dictaminar en el menor tiempo posible, en tanto los antecedentes así lo permitan.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Entonces, por eso es importante la fecha en que se emita la resolución, porque permite que esas pensiones sean devengadas por el afiliado.

Ahora bien, en ese transcurso que no tienen licencia médica, por una parte, y no cuenta con una pensión de invalidez, porque se trata de una persona que no puede trabajar, está en una situación de emergencia, ¿qué sucede con esa persona que debe esperar esos plazos? Claro, a lo mejor no está en una situación de enfermedad terminal, pero sí en una que no le permite trabajar, de invalidez total. Sin embargo, debe esperar que la comisión médica resuelva hasta en 120 días o más, porque entiendo que es discrecional. ¿Cómo se fiscaliza? ¿Hay sanciones de la superintendencia si los plazos no se cumplen?

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, como dije, los plazos están establecidos en el reglamento.

Lo que hace la superintendencia es que esos plazos se cumplan. Pero, como se ha comentado en esta comisión en sesiones anteriores, sin descuidar la calificación de invalidez, que la calidad de la calificación de invalidez sea la adecuada, que se tome el tiempo para todos los antecedentes, exámenes médicos, exámenes de apoyo, para tener un expediente debidamente fundado.

En el caso de que no haya dictámenes de invalidez fundados en antecedentes médicos, los afiliados recurren a la corte, señalando que tienen un acto administrativo infundado.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Claro, no estoy diciendo eso, sino que los plazos se pueden extender. Por ejemplo –lo mismo que estábamos hablando-, son pocos los interconsultores en las regiones; prácticamente hay que esperar si es que tiene disponibilidad el interconsultor para ver su informe.

Hay plazos que se pueden extender demasiado. Por eso me gustaría saber si la superintendencia tiene herramientas para fiscalizar en términos de sanciones o establecer alguna forma que permita que los plazos establecidos en la ley se cumplan.

Tiene la palabra la señora María Soledad Hevia.

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, quiero aclarar que el promedio de duración de los dictámenes, de la evaluación en las comisiones médicas regionales, en 2018 fue de 64 días.

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

Pero en los casos en que se demora más, ¿cuáles son las herramientas de la superintendencia?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, nosotros fiscalizamos, pero en general tienen muchas causas, son casos complejos.

Ahora bien, un caso que se atrasa mucho puede ser porque tiene muchas patologías que evaluar, hay que hacer muchos exámenes, muchas interconsultas, porque el interconsultor de la zona no está disponible, hubo que trasladarlo a otra región o a Santiago, y eso también depende de la disponibilidad del enfermo y de su acompañante para determinar cuándo puede viajar. Eso también atrasa los plazos.

Es multifactorial el hecho de por qué un caso se puede atrasar. Hay muchas cosas que hacen que se demore, como que citan al paciente al médico y no llega a la primera citación; lo vuelen a citar y llega a la segunda o, a veces, a la tercera. Entonces, todo va atrasando los procesos y las responsabilidades son muy difíciles de determinarlas en una sola persona.

Nosotros evaluamos, el departamento de Control de Gestión está a cargo de todos los casos atrasados, es decir, nosotros empezamos a analizarlo cuando ya han pasado los 90 días y los vemos.

Como dije, todos esos casos son muy complejos y las causas de por qué se atrasaron son multifactoriales, no hay un causante, una sola persona que esté involucrada. En general, son varios aspectos que hay que considerar.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- En particular, ¿qué herramientas tiene la superintendencia, por ejemplo, en el caso de que la comisión médica, por la alta demanda de expedientes, vea retrasado su trabajo? ¿Hay alguna manera de fiscalizar, por ejemplo, el horario de funcionamiento de las comisiones médicas? Nosotros preguntamos y al parecer no

había registros, pero finalmente sí lo había de la hora de término de las comisiones médicas, del funcionamiento.

Entonces, me gustaría saber cómo funciona esa fiscalización por parte de la superintendencia. Si estamos frente a la tardanza de la definición de un caso, entiendo que lo prioritario sería que la comisión médica tuviera un funcionamiento rápido; es decir, que sesionen largas horas cuando hay que definir temas urgentes, como lo hacemos acá en el Congreso Nacional.

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, en relación con las interconsultas, que es lo que podría generar alguna demora en las regiones, como dijo la doctora Hevia, los interconsultores son a nivel nacional, están en las regiones, pero no están obligados a trabajar solamente con esa comisión médica regional.

Por lo tanto, si en una región no existe la especialidad y es necesario evaluar para esa especialidad, el caso no se retrasa, porque, en definitiva, se lleva a la región más cercana que cuente con especialistas, y el financiamiento del traslado, la estadía, todo lo que signifique ese hecho, lo paga la administradora o la compañía de seguros, en el caso de que se trate de una apelación.

De modo que si hay especialistas en la zona y no hay interconsultores incorporados, la superintendencia, dentro de su fiscalización, pedirá a la comisión médica regional que reclute médicos especialistas para que lleven a cabo interconsultas y, así, en la medida en que se fiscaliza se toman las decisiones que correspondan, para que la comisión médica tenga un actuar adecuado.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Y respecto de las sesiones de la comisión médica?

La señora **HEVIA** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, las comisiones médicas regionales tienen la obligación de sesionar una vez a la semana y una vez terminada la sesión, los asistentes deben firmar el acta.

Cuando vamos a terreno, fiscalizamos que las actas estén debidamente firmadas y que correspondan a los casos dictaminados.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado señor Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, se supone que el trabajador está en una isapre o en Fonasa. Ahora, ¿estas instituciones ayudan al trabajador a que obtenga una pensión de invalidez? ¿Están autorizadas por ley?

He sabido casos de personas en que las isapres dicen que deben pensionarse, porque no les pueden seguir pagando, ya que es un tema que se escapa de sus manos, pues llevan un año, un año y medio pagando el sueldo.

Entonces, para que el trabajador tenga las mejores condiciones, ¿la isapre está autorizada a prestarle ayuda para que logre su pensión y el seguro pague el sueldo y no la isapre y menos Fonasa?

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, eso queda solamente en el campo de las opiniones de las instituciones de salud y de las recomendaciones que hagan al afiliado, pero ninguna de ellas puede obligar al afiliado a tramitar pensión de invalidez.

Como dije, la pensión de invalidez es un derecho del trabajador y él decide cuándo la solicita, lo que obviamente va de la mano de lo que señale su médico tratante en torno a los resultados del tratamiento de su enfermedad.

Por lo tanto, en ese contexto, insisto, hay una resolución del Ministerio de Salud que obliga a las entidades de salud a pagar las licencias médicas en tanto exista un trámite de invalidez pendiente.

Pero la decisión de pedir la pensión de invalidez es del trabajador. No lo pueden compeler a ellos.

La señorita **YEOMANS** doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, precisamente estamos haciendo una investigación sobre actos que impiden la entrega de la pensión de invalidez, y por eso dije que si la isapre le está pagando su sueldo producto de su enfermedad, el trabajador debería estar tranquilo. Pero estamos exponiendo casos en que la pensión de invalidez se demora. No estoy en contra, al contrario, estoy de acuerdo con todo lo que usted plantea, pero quiero que el trabajador esté tranquilo.

Mientras la isapre o Fonasa estén pagando el sueldo del trabajador, este no se debe

preocupar, pero la pregunta que hice es respecto de si hay presión del doctor respecto de si le ayuda o no.

La señorita **YEOMANS** doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra Manuel Bustos.

El señor **BUSTOS**.- Tratándose de un problema médico lo importante es la opinión del médico tratante respecto de cómo ha llevado la enfermedad del trabajador.

En definitiva, respecto de los derechos de la seguridad social, cada institución tiene derechos y obligaciones, cada institución tiene un organismo fiscalizador, pero si el trabajador se siente presionado por la institución de salud tendrá que recurrir al organismo que corresponda, ya sea a la Superintendencia de Salud o a la Superintendencia de Seguridad Social, en el caso de licencias de la Compin, o cuando la Compin se pronuncie en calidad de segunda instancia de las licencias de las isapres.

Por lo tanto, lo relevante es que deben tener cobertura en ese sentido y el sistema debe funcionar.

El señor **BALTOLU**.- ¿Por qué se presiona tanto con la pensión de invalidez?

Por eso le digo que esta investigación es por efecto de las pensiones de invalidez. Entonces, por qué no le decimos al trabajador que se quede tranquilo porque su pago va a ser normal, va a llegar en seis meses más o en un año.

El tema es que si es evaluado por la isapre, la isapre tiene que seguir pagando, y Fonasa tiene que seguir pagando el sueldo. El trabajador debe saber sus derechos.

El señor **BUSTOS**.- Diputado, no sé a qué presión se refiere, pero los casos que se han planteado acá fueron remitidos a la Superintendencia, y los analizó. De hecho, algo alcanzó a exponer de cada caso en particular.

Es difícil hablar en términos generales respecto de por qué a una persona le rechazaron la pensión de invalidez, porque cada persona es una situación distinta e independiente que tiene muchos elementos complejos, de reserva, de resguardo, dependiendo del tipo de enfermedad, pero la discusión técnica entiendo que se dio y se presentó a la comisión lo que la Superintendencia verificó e investigó de cada caso que se incluyó en una determinada nómina.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Si entramos a conversar de la explicación que dio la Superintendencia, se señalaron bastantes casos y también hay preguntas que han sido resueltas vía oficios, pero debemos darle una vuelta al tema, o sea, evaluarlos para ver si realmente dan respuesta a algunos puntos de la investigación.

Por lo menos hasta ahora no está resuelto el tema de control de siniestralidad. También nos dejó bien claro el superintendente que no tienen capacidad de fiscalización con los fiscalizadores y los recursos que disponen.

Por ejemplo, estamos hablando de 1.000 casos que se resuelven cuando existen 16.000 solicitudes. Hemos escuchado a la Superintendencia, pero nos queda la tarea de revisar cada uno de esos puntos.

Respecto del plazo, ¿se incluye desde que empieza el trámite en la Comisión Médica Regional hasta la Comisión Médica Central o solo es el plazo de resolución de cada comisión médica?

La señora **HEVIA**, (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, ¿Cuál plazo?

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- El de los 60 días.

La señora **HEVIA**, doña María Soledad.- Ese plazo es para la Comisión Médica Regional.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Perfecto. Serían 60 días, y si solicita más, serían 120 días en la Comisión Médica Regional. Después estaríamos en la Comisión Médica Central con esos mismos plazos. Es decir, primero 60 días y luego 60 días más si es que se requiere.

Tiene la palabra el señor Bustos.

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, la Comisión Médica Central tiene un plazo de pronunciamiento de 10 días hábiles, pero desde que se recibe el reclamo, o desde que llegan los resultados de los exámenes, en el evento de que haya necesitado pedir nuevas evaluaciones o interconsultas. Pero en general está dentro del rango de 60 días el plazo total de la apelación.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Es decir, estaríamos hablando de los mismos plazos para cada comisión médica.

El señor **BUSTOS**.- Aproximadamente.

En relación con lo que usted mencionó del control de siniestralidad, entiendo que la comisión envió un oficio a la Superintendencia, que se está respondiendo, sobre la resolución N° 43. Al respecto, puedo decir que esta resolución también se incluyó en la primera presentación de la Superintendencia cuando abordó el tema de control de siniestralidad. Básicamente, señalar que si bien la resolución es del 17 de junio del 2010, los hechos por los cuales se investigó y los hechos por los cuales se sancionó son del segundo semestre del 2008 y del primer semestre del 2009. Por lo tanto, esta resolución es coherente con lo que dijo la Superintendencia y lo que señaló con los antecedentes que aportó, en términos de que después del 2009 la Superintendencia no tiene denuncias formales sobre control de siniestralidad.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Lo que dijo el superintendente es que desde el 2008 hasta la fecha no había denuncias, y la denuncia de la resolución N° 43 son efectuadas en 2009.

El señor **BUSTOS**.- Si, claro.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- De todas maneras, en la comisión vamos a recibir algunos casos. La idea es que las personas que fueron afectadas por la resolución, o más bien por no tener pensión de invalidez al día de hoy, puedan ser escuchadas en la comisión para conocer cada una de esas situaciones, las que se darán a conocer a la Superintendencia con el objeto de conversar ese tema.

El tema de control de siniestralidad está pendiente en la comisión. Esperamos resolverlo. En otros hemos avanzado.

La Superintendencia emitió una resolución para que las administradoras de fondos de pensiones no pidieran más requisitos que los establecidos en la ley. Por lo tanto, ese punto está más o menos concluido.

Por lo tanto, queda pendiente el tema de las comisiones médicas, para hacer un recuento de lo que han sido estas sesiones, de las irregularidades en su funcionamiento o cuáles son los temas que nos interesaría que se puedan relevar para tener propuestas. O sea, hay un tema con el rol de las AFP, de las compañías aseguradoras que son juez y parte, que a los diputados integrantes de esta comisión nos tiene con harta preocupación y, por tanto, espero que también la tenga la Superintendencia.

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