



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°10, CELEBRADA EL LUNES 1 DE ABRIL DE 2019, DE 11.04 a 12. 24 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 Sylvia Iglesias Campos.

II.- ASISTENCIA

Asisten las diputadas Karol Cariola y Karin Luck, y los diputados Nino Baltolu, Ramón Barros, Bernardo Berger (por el señor Celis), Juan Luis Castro, Marcos Ilabaca, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado y Guillermo Ramírez.

Asisten el superintendente de Salud, señor Ignacio García-Huidobro; la presidenta del Colegio Médico, señora Izkia Siches, y el asesor de dicha institución, señor Dante Barilari.

III.- CUENTA

1.- Correo electrónico de la Superintendencia de salud, por el cual se confirma la asistencia de:

✓ Sr. Ignacio García-Huidobro, Superintendente de Salud.

2.- Correo electrónico del Colegio Médico, por el cual se confirma la asistencia de:

✓ Dra. Izkia Siches, Presidenta Colegio Médico.
✓ Dr. Enrique Barilari.
✓ Sra. Daniela Zúñiga, Jefa de Comunicaciones.

3.- Comunicación de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., por el cual responde a Oficio N° 22 de 14 de marzo de 2019, referido a datos estadísticos que permitan determinar el porcentaje de casos en que las Instituciones de Salud Previsional, habiendo solicitado a la Comisiones de Medicina Preventiva la declaración de invalidez de un paciente que se encuentra con licencia médica ha rechazado, en forma paralela, el pago de dichos instrumentos. Asimismo, se solicita informar los porcentajes de apelaciones deducidas en estos casos, tanto por los afectados como por las Instituciones de Salud Previsional, respectivamente.

4.- Correo electrónico de la señora médico veterinaria Paola Fernández, por

el cual solicita que su abogado, el señor Matías Hernández pueda exponer ante la Comisión su caso por pensión de invalidez.

5.- Oficio N° 7273 de la Superintendencia de Pensiones, por el cual pone en conocimiento de la Comisión oficio 267 de 30 de enero de 2019 de FNE y Fallo de la Excma Corte Suprema, dictado el 18 de marzo de 2019, en relación a seguro de invalidez y sobrevivencia (SIS), correspondiente a una denuncia de Fundación Valídame.

6.- Correo electrónico de la señora Aida Pinto Galdames, por el cual reitera solicitud de ser recibida por la Comisión.

7.- Oficios 5597 y 5598 de la Superintendencia de Pensiones, que responde a oficios 12 y 16 de la Comisión. (Se entregaron durante la sesión pasada).

8.- Comunicación por la cual se informa que el diputado señor Bernardo Berger, reemplazará al diputado señor Andrés Celis.

9.- Correo electrónico de la Asociación de AFP Chile, por el cual solicitan una nueva fecha para ser invitados.

10. Comunicación dejada en la Comisión dirigida a la Sra. Pdta. del Colegio Médico, de la señora Sandra Améstica, quien explica la situación por la que atraviesa con su padre enfermo.

ORDEN DEL DÍA

La versión taquigráfica de la sesión es la siguiente:

COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL GOBIERNO SOBRE DENEGACIÓN Y CONCESIÓN DE PENSIONES DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA

Sesión 10ª, celebrada en lunes 1 de abril de 2019,
de 11.04 a 12.24 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside la diputada Gael Yeomans.

Asisten las diputadas Karol Cariola y Karin Luck, y los diputados Nino Baltolu, Ramón Barros, Bernardo Berger, Juan Luis Castro, Marcos Ilabaca, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado y Guillermo Ramírez.

Asisten el superintendente de Salud, señor Ignacio García-Huidobro; la presidenta del Colegio Médico, señora Izkia Siches, y el asesor de dicha institución, señor Dante Barilari.

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).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Presidenta, quiero saber si la Secretaría me puede entregar algún correo electrónico, para efectos de incorporar información relevante.

La señorita **YEOMANS** (doña Gael).- Señores diputados y señoras diputadas, quiero referirme a uno de los oficios que ingresó, oficio que dice relación con la participación del doctor Gustavo Roll, en su calidad de médico, en el caso del señor Francisco Gahona. Este es un tema muy preocupante. Ocurre que este médico reumatólogo acreditó la situación agravada en que se encontraba el paciente (Francisco Gahona), con anterioridad a que comenzara el trámite de pensión de invalidez. Lo curioso es que después participó en el trámite y la posterior definición de si se trataba de una enfermedad que le permitiría acogerse a la pensión de invalidez o no. Este doctor participa como médico interconsultor, y en esta instancia se contradice totalmente con su primera opinión. Esto me parece sumamente preocupante y grave. Pienso que deberíamos recabar antecedentes al respecto o dárselos a conocer al Colegio Médico y al superintendente de Salud, aprovechando la presencia de ellos en esta sesión. Repito, la situación me parece del todo grave.

Tenemos invitada a la presidenta del Colegio Médico, doctora Iskia Siches; al doctor Enrique Barilari; a la señora Daniela Zúñiga, jefa de comunicaciones, y también al superintendente de Salud, señor Ignacio García-Huidobro Honorato.

El objetivo de esta comisión investigadora es revisar el tema de las pensiones de invalidez, el procedimiento y las irregularidades de las que nos hemos estado dando cuenta durante el transcurso de esta investigación. Nos interesa conocer el rol de las comisiones médicas y de los médicos interconsultores, en particular. El caso que les comenté da cuenta de ello.

Me queda la duda de si el médico interconsultor es un profesional con total imparcialidad en su definición, puesto que tiene una relación con las AFP, que son las que contratan a quienes desarrollan esta actividad.

También nos interesa saber qué sucede en el periodo intermedio, cuando los pacientes que están con licencia médica quieren acceder a una pensión de invalidez. En este periodo

intermedio hay una suerte de peregrinaje, en el que no hay claridad. A muchos las isapres les niegan la licencia médica, las mismas que solicitan que se decida sobre si tienen pensión de invalidez o no. Cabe mencionar que en este periodo los pacientes están sin dinero para sobrevivir. Queremos saber respecto del rol de fiscalización en esa materia, qué está pasando.

Esos son dos ámbitos de interés, pero si hay otro tema que quieran aportar a la discusión, bienvenido sea.

Tiene la palabra la señora Iskia Siches.

La señora **SICHES** (doña Iskia).- Presidenta, saludo a todos los diputados y diputadas. Agradezco la invitación.

Esta es una materia de suma relevancia. Como ustedes comprenderán, los médicos y las médicas se correlacionan habitualmente con el reposo de sus pacientes, con las definiciones en torno a su estado de salud-enfermedad y con las presiones que incorpora el propio sistema sanitario, cuando muchas de las respuestas médicas, las cirugías o los procedimientos que podrían permitir que un proceso de invalidez transitorio permitiera recuperar el estado de salud para volver a incorporarse a las situaciones laborales, se ven postergadas con peores resultados sanitarios, evolucionando, muchas veces, a la incapacidad de forma permanente o, definitivamente, requiriéndola. Por eso que le pedí al doctor Enrique Barilari que me acompañara: él es magister en salud pública, tiene una mención en epidemiología y, además, participa como contralor de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin); sin embargo, hoy viene con un rol desde el Colegio Médico, mirando con ojo crítico cómo funciona el sistema.

Solo a modo de introducción, vamos a mostrar algunos datos, que son los que más nos llaman la atención de cómo se ha comportado el sistema de pensiones e invalidez y cómo ocurre en estos distintos sistemas, tanto nosotros, como médicos, con una visión bastante autocrítica del rol y de los conflictos de interés que podemos tener, como también cómo funcionan el sistema de pensiones, propiamente tal, las licencias y, obviamente, otros sistemas de financiamiento que, muchas veces disputan, cuando ocurre esto, las mutualidades, por ejemplo.

Lo que sí queda en evidencia es que estos sistemas, en general, tienen mucho más enfocadas sus energías en fiscalizar e identificar a aquellas personas que no cumplen con todas las condiciones o intentando reducir las tasas de siniestralidad, sin entender que aquí hay un rol que debería ser que estas

entidades estuvieran intentando proteger y, efectivamente, otorgar los recursos a las personas, cuando caen en situación de incapacidad. Lamentablemente, eso se ve a lo largo de todo el sistema, en los distintos sistemas de financiamiento. El doctor nos va a mostrar algunas cifras al respecto.

Nosotros esperamos avanzar en tener alguna figura que permita que los pacientes que inician esos trámites, ya sea de tramitación de sus licencias o de sus pensiones, tengan una contraparte mucho más fuerte que la que tienen hoy, una suerte de defensor del paciente, como ocurre en otros países. Pensar que nuestros pacientes se van a enfrentar al bufete de abogados de las mutuales o de las pensiones con las herramientas y la burocracia existente -ustedes han visto lo que trae la ley N° 3.500, lo difícil que es comprender que un ciudadano lo pueda hacer- es bastante difícil.

También vemos que hay un período de exposición amplio, por lo que esperamos que las Superintendencias de Pensiones y de Salud estén haciendo una fiscalización activa para que los conflictos de interés, en donde estas entidades aseguradoras o de pensiones intenten tener personas con intereses -no es cumplir su rol de Compín o de contralor, sino más bien reducir los costos o dar un trámite facilitado y acortado a algunas empresas en particular- es algo que, ya sea de forma estadística y con los datos de informatización que existen en el sistema, se debería estar investigando cada vez que una isapre tiene, por ejemplo, un rechazo de un ciento por ciento o una aceptación de lo que dice dicha isapre en algunos de los contralores.

Eso hay que lograr identificarlo, porque son espacios de vulneración que hoy el sistema, como está montado, no permite observarlo. Existen sospechas -no podemos traer aquí los antecedentes formales de las acusaciones, si no hubiésemos iniciado las acciones legales-, pero hay demasiada vulnerabilidad del sistema. Lamentablemente, esos conflictos de interés podrían existir; digo lamentablemente, porque obviamente representamos al gremio médico, por lo que esperaríamos que por ninguna remuneración o estímulo monetario, ni cercanía a alguna de las isapres aseguradoras o mutualidades, existiera un incentivo. Ahí tenemos algunas propuestas, además del defensor de los pacientes para un espacio pensado en identificar las causas de incapacidad que sean laborales, porque en Chile parece que nadie se enferma por causa del trabajo. Otro tema que nos debe llamar la atención para identificar en este proceso, en donde los médicos no podemos dar estas licencias por causa

laboral; alguien debe identificar cuáles son las raíces laborales, como también postergaciones por edades que nos va a contar más adelante el doctor.

Por último, para incluir otro tema que no está incluido en esta investigación, pero que también me gustaría que los diputados y diputadas estuvieran en conocimiento, es que hemos recibido distintas denuncias al respecto. Quiero dejar a la Comisión una copia de una carta de un caso en particular de lo que ocurre cuando nuestros pacientes entran en período de vejez y llegan a períodos de interdicción, en donde las familias que pueden cobrar los recursos de las pensiones, sean por edad o por invalidez, se vuelve de una burocracia muy compleja, incluso, postergando la entrega de recursos que pertenecen a los propios trabajadores y que, al final, nos demuestran nuevamente cómo el sistema para algunas cosas, que es cuando se entregan los beneficios, la burocracia funciona a la perfección, pero cuando estos son para entrega de los pacientes, no existen mecanismos de protección ni menos alguien que esté velando para que efectivamente ello se dé. Digo esto, porque cuando existe un período de interdicción son los familiares, que también tienen una sobrecarga mayúscula, quienes además no cuentan con los recursos para ello, quienes deben sobrellevar el problema.

Reitero, voy a dejar a la Comisión una copia de la carta de uno de los casos para ejemplificar cómo pueden transitar dos o tres años aquellos cuidadores de adultos mayores o de pacientes pensionados y que deberían tener acceso a su justo pago por sus pensiones, ya sea de invalidez o no.

A continuación, el doctor les podrá mostrar los datos que más nos llamaron la atención y sobre el caso inicial que nos habían preguntado respecto del conflicto de interés, reconocemos que efectivamente podría existir uno con el pago directo.

Tal como en el tema de las licencias, nos parece que uno no puede hacer un balance completo de que todos los médicos que reciben remuneración directamente por las AFP, ya sea por el modo de financiamiento, pueden tener un conflicto evidente; quizá, habría que encontrar otro mecanismo de pago que pueda liberar esa vinculación, pensando en dinámicas mucho más transparentes, sin dejar de mencionar lo que deben vivir los pacientes cuando son financiados por ellos.

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

Tiene la palabra el señor Enrique Barilari.

El señor **BARILARI**.- Señorita Presidenta, hace seis años

me tocó asistir a una Comisión de Salud en que se planteó una propuesta de Fonasa para reestructurar totalmente el sistema de licencias médicas, y es un gran tema la administración de la seguridad social. Sin embargo, la problemática de fondo -ahora se trata de la parte más delicada y, quizá, cruel del sistema- queremos relacionarla con el desafío de la salud en general.

El desafío en general es que la discapacidad va creciendo por la carga de enfermedad y secuelas incapacitantes, por lo que es una oportunidad estar aquí para resaltar aquellos aportes que pueda hacer un colegio profesional.

Según un informe de la OMS y el Banco Mundial, de 2011, hay un 15 por ciento de la población mundial que se encuentra afectada por discapacidad. Si comparamos esto como tendencia con los años 70, en ese momento, la OMS en sus estudios había detectado un 10 por ciento, es decir, estamos hablando de un aumento de 50 por ciento de la carga de discapacidad.

La parte severa es ese 3,8 por ciento, que son casi mil millones de habitantes. Probablemente, el 3,8 de la severidad se traduce por fenómenos de invalidez. Cuando hablamos de discapacidad, en inglés discapacidad es *disability* y cubre tanto lo que entendemos por discapacidad como lo que se entiende por invalidez. En inglés se habla de *disability pensions*, por lo que hay que entender que estamos en un campo que está en definición a nivel internacional, y la seguridad social es el eje para enfrentar estos temas cuando la salud está llegando a tarde.

Esta presentación intentará relacionar por indicadores que son aproximaciones para saber. Como no hay estadísticas de cuál es el perfil de riesgo de manifestación de la discapacidad y de invalidez, nos debemos aproximar por perfiles de morbilidad y de mortalidad prematura para entender lo que pasa en este escenario.

La seguridad social es la que interviene para prevenir las consecuencias de llegar tarde. En etapa de madurez del sistema de AFP, todavía estamos enfrentando problemas de desprotección social, discriminación económica y de género, también problemas para cumplir con el objetivo de desarrollo sustentable de 2030 en cuanto a discapacidad.

Algunos datos para mostrar -en forma muy breve- un perfil de morbilidad a partir de licencias médicas, es decir, personas que acceden al subsidio de incapacidad laboral por incapacidad temporal, en donde vemos que las causas mentales ocupan un 33 por ciento. Esto es una muestra cercana a 20.000 casos; luego, están las osteomusculares con el 22 por ciento.

Podríamos preguntarnos si la gente acude a un trámite de invalidez por estas causas, y curiosamente no es por estas que acuden. Entonces, mirémoslo por el lado de la mortalidad prematura, la cual se expresa en edad de trabajar en población económicamente activa hasta los 65 años. Los años de defunción, previo a cumplir esa edad, son los de vida potencialmente perdidos de 15 a 64 años.

Ahora vemos las desagregaciones por sexo. Se muestra que la mortalidad prematura es muy pronunciada en hombres y bastante menor en mujeres. Ahora, si comparamos el año 2004 con el año 2014 vemos que hay un descenso para ambos sexos de aproximadamente 30 por ciento. Si lo vemos por desagregación de categorías sociales, que son empleadores, empleados, cuenta propia y obreros, entre cuenta propia y obrero se saca la parte del "león" de la mortalidad prematura; de hecho, los obreros quedan prácticamente estagnados en los niveles de mortalidad prematura entre 2004 y 2014. La gradiente entre ambos extremos por categoría social tiende a aumentar en esta distribución. Esta es más o menos la expresión de lo que está ocurriendo en el tiempo.

Es curioso que la carga de mortalidad prematura disminuya, pero que la inequidad tienda a aumentar. Probablemente, eso algo tiene que ver con nuestro sistema de seguridad social.

La principal causa para aproximarse a lo que estamos atendiendo como invalidez, es el trauma. Cuando hablamos de trauma, una parte de ello se traslada a la seguridad laboral en salud, que cubre aquello que tiene que ver con los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Por lo tanto, el trauma no lo vamos a encontrar necesariamente en una dimensión tan importante en los trámites de invalidez, porque pasan por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y las mutualidades.

En el gráfico aparecen enfermedades circulatorias o cáncer, las cuales no se vieron en el perfil de morbilidad o se vieron muy reducidos. Esto es probablemente lo principal en términos de trámites de invalidez. Como observación, las gradientes son más pronunciadas en aquellas causas que son más evitables. Esto nos debiera hacer pensar respecto de lo que estamos haciendo para que las inequidades se reduzcan y si realmente son más evitables las causas de esas inequidades.

Cuando atendemos desde el punto de vista de la seguridad social, nos tenemos que preocupar de cuánto llegamos en términos de cobertura. Como tenemos un sistema contributivo, tenemos que

plantearnos si la evolución es más o menos estable en el tiempo, pues, por ejemplo, cerca del 25 por ciento en 2015 no está teniendo una cobertura previsional aparentemente y, ello, es más marcado en los grupos de 60 años y más, lo que en este caso se muestra en rojo y en círculos. O sea, antes de ser adulto mayor, el 36,5 por ciento tiene cobertura previsional. En otras palabras, cuando más necesitan la pensión de invalidez, menos tienen cobertura del derecho.

En tipos de empleos asalariados versus no asalariados, vemos la tendencia de que también es estable en el tiempo; sin embargo, esto va a cambiar, porque probablemente los trabajadores informales van a tener derecho, que hasta ahora no estaba muy claro. Desde el año 2008 han ido ingresando con la reforma previsional, pero los independientes están en un limbo, con solo 23 por ciento de cobertura.

El vacío de cobertura o la evasión de cotizaciones, según datos de encuestas realizadas por el Casen, está más marcado en las edades avanzadas. Es decir, más se precariza el empleo por la edad, más problemas de coberturas y más barreras de entradas al sistema de seguridad social en cuanto a invalidez, y se duplican las cifras en sesenta y más de evasión de cotización. La Superintendencia de Pensiones ha sumado la evasión de cotizaciones en el periodo del sistema de AFP, monto que asciende casi a 6.000 millones de dólares, según el informe de 2018 disponible en su web. Es una suma gigantesca y que nunca se va a recuperar, porque los cotizadores no cotizaron simplemente.

Respecto de las pensiones de invalidez y las pensiones básicas solidarias, que se dan hoy en Chile, según Casen, ¿cuánto cubren? ¿Cuánto cubre la invalidez de la población adulta en edad de trabajar? El 0,9 por ciento. Es una de las cifras más bajas del mundo. Tenemos una población que tiende a envejecer o a aumentar su esperanza de vida; por tanto, tenemos que sospechar que esa cifra no debiera ser tan baja. Ahora, la OCDE en 2016 tenía 5.1 de cobertura de pensión de invalidez, incluyendo a Chile que baja el promedio. Si la comparamos con ese 0,9 por ciento, es una diferencia de seis veces.

Desde 2008 ingresan las pensiones básicas solidarias de invalidez, y eso eleva a 2,3 por ciento de la población que accede a una pensión, y la diferencia no es tan alta.

En la lámina se grafica lo que se expresa en distintos conglomerados de países, como la Unión Europea, México, Chile y la OCDE en general. Esto es partiendo de 2018 como ciento por

ciento, y Chile aumenta drásticamente, lo cual no es por la crisis *subprime* que aumentan los pensionamientos, sino porque hubo una reforma.

Esa reforma fue la que introdujo el pilar solidario y la pensión básica solidaria, lo cual aumentó prácticamente al triple los pensionamientos; sin embargo, curiosamente esto comenzó a disminuir. Es decir, en vez de mantenerse estable como los otros grupos de países, tiende a disminuir, y hay que prestar atención respecto de por qué cuando la carga de enfermedad está presente y la discapacidad se incrementa, el pensionamiento disminuye. Esto llama la atención.

¿Cómo disminuye ese pensionamiento? Aquí, había una distribución por AFP, las cuales tienen un comportamiento heterogéneo. Hemos hecho el ejercicio de dividir por dos tramos de edad, desglasándolos en antes de los sesenta años y en sesenta años hasta sesenta y cinco años, a sabiendas de que hay un desconocimiento sideral en todos los organismos reguladores de que las mujeres tienen derecho a jubilar por invalidez hasta los sesenta y cinco años. Si uno pregunta alrededor de los que ejercen contraloría y los médicos tratantes, no tienen la menor idea. Por ello, no mandan a hacer trámites de invalidez y los contralores rechazan la licencia aduciendo que la persona ya tiene un reposo prolongado y que no tiene derecho a invalidez.

Además, sucede, por ejemplo, que si tenemos una AFP Modelo que tiene 50 por ciento de distribución entre hombres y mujeres en todas las edades, en el tramo antes de los sesenta años y después de los sesenta años, entonces, por qué AFP Provida tiene una distribución absolutamente anómala, que es 42 por ciento en mujeres antes de los sesenta años y 9 por ciento después de los sesenta años. O sea, está ocurriendo que una de cada cinco mujeres probablemente no accede a pensión de invalidez en Provida; así de sencillo.

El monto de la pensión de invalidez es de 107.00 pesos, con una discriminación entre hombres y mujeres, pues sabemos que el género incide.

Entrando a la preocupación de esta comisión, ¿qué ocurre cuando la incapacidad temporal pasa a ser permanente? Porque el médico -a esto hay que ponerle acento- es el que declara la irrecuperabilidad laboral. En la licencia pone: "El paciente no tiene recuperabilidad", y eso significa que debe iniciar un trámite de invalidez.

Sin embargo, esto no necesariamente se aplica de esa forma en las isapres. Estas pueden, a espaldas del paciente,

iniciar un trámite de invalidez, sin que el paciente tenga conocimiento. Y las comisiones de invalidez funcionan normalmente con esa solicitud de la isapre.

¿Qué pasa con las isapres? Porque las isapres están rechazando a destajo. Todos estos trámites los rechazan. Cuando están en trámite de invalidez, las isapres rechazan yo creo que muchas veces sin darse cuenta. Pero uno se encuentra con que la contraloría de las Isapres es un engendro en que hay una muy buena contraloría técnica, con peritajes muy estrictos, pero donde una de cada cinco licencias médicas de salud mental, por ejemplo, están peritadas. En Fonasa, tenemos una de cada diez mil. Aquí es una de cada cinco, y el perito dice que el paciente tiene 30 días de reposo, de prórroga, porque lo requiere, y la isapre le rechaza la licencia.

Entonces, cuando estamos en el momento más delicado el sistema opera de una manera anárquica. Por lo tanto, en este momento se están reuniendo distintas comisiones para analizar y auditar este fenómeno respecto del cual están ocurriendo anomalías impresionantes y nadie les está prestando atención.

Aquí hay unas jurisprudencias que señalan que debemos atender, que cuando alguien inicia un trámite de invalidez no pueden producirse los rechazos de licencias médicas que están ocurriendo.

Esta jurisprudencia deja entrever que si se repite un segundo trámite de invalidez, la isapre puede contrastar los antecedentes con su criterio de que la recuperabilidad laboral no está acreditada o que el reposo no está justificado. Eso es lo que está ocurriendo, y con eso creo responder un poco a la inquietud de la comisión.

Estoy tratando de redondear los temas centrales. ¿Cómo incide lo que la doctora Siches señala en cuanto a que uno de los graves problemas que tenemos es que las personas no acceden a los cuidados de salud que se dictamina o se indica en estos casos?

Si corresponde una atención de invalidez, hay que iniciar un trámite, pero si no ha llegado el especialista, ¿cómo va a iniciar un trámite si desconoce hasta el diagnóstico?

Entonces, esa es una barrera muy importante de ingreso para 1.820.000 mil personas en espera, según datos de noviembre del año pasado.

En cirugía, con el asesor de la Superintendencia de Pensiones le hemos preguntado si alguien lleva tres años esperando, y está en un lugar de la lista de espera que

significa que va a estar otros tres años, si puede iniciar un trámite de invalidez como pensión transitoria, y la respuesta es sí, ¿pero qué pasa si inicia el trámite de invalidez? Lo declaran no configurado, porque no ha tenido el tratamiento, y no se ha aprobado la recuperabilidad laboral.

Por ende, aquí se hace la observación de que el artículo 3 del decreto ley N° 7, de 2013, del Ministerio de Salud, dice que no se pueden rechazar u objetar los reposos si el paciente no ha accedido a la consulta, ni a los exámenes, ni a las prestaciones que tienen que ver con su patología.

Reflexiones finales. De nuevo aquí vemos que el tema de la discapacidad está impactando, pero más impacta cuando las pensiones son paupérrimas y se está produciendo la prolongación de la vida laboral, de modo que muchas personas tienen esa discapacidad y llegan a trabajar en condiciones de salud desmedrada, sin que haya adecuaciones preventivas para un riesgo aumentado de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Aquí una reflexión global del informe. Stephen Hawking plantea que tenemos el deber moral de eliminar los obstáculos a la participación y entregar las inversiones y los recursos para liberar el inmenso potencial de las personas con discapacidad.

Una persona que tiene una condición muy similar a Hawking es Javiera, que está en Suecia. Con sus 34 años, ella solamente mueve los párpados y de esa manera se comunica. Ella estudió y se recibió de educación secundaria; estudió música, pero tiene condiciones de salud bien desmedradas. El equipo que la atiende es de cerca de diez profesionales, y recibe una pensión de invalidez de 10.000 coronas, que son cerca de 700.000 pesos.

Ahora, de las condiciones siempre hay que ver las causas. En este caso, las causas es que ella nació con la tetraparesia espástica debido a que durante el embarazo, en el quinto mes, la gestante fue sometida a tortura con electricidad en la zona genital, y eso no ha tenido ninguna respuesta del Estado. O sea, todo ha corrido por cuenta de la seguridad social sueca. Entre paréntesis, ayer Javiera entró al hospital con un cuadro de obstrucción intestinal.

Las propuestas del Colegio Médico están centradas en la importancia del enfoque determinante social en la optimización del acceso a los servicios de salud, en particular en aquellas personas con capacidades diferentes.

Hay once puntos en los objetivos de desarrollo

sustentable. Salud no está, pero nosotros creemos que la discapacidad debe tener mucho más énfasis en el tema de listas de espera. Por ejemplo, un hombre de cuarenta años pasa cuatro años en lista de espera por una necrosis aséptica de cadera, ¿por qué ocurre eso? ¿No va a poder caminar con su hijo? Porque tres años más de espera significan que nunca más va a caminar. ¿Por qué? Él ha tenido que interponer dos recursos de protección para que se le dé derecho a caminar, con una necrosis aséptica que se opera en una semana en el sistema privado.

Para tender a un enfoque de equidad el ministerio le dio énfasis a aquello que tiene que ver con mejorar las oportunidades, resolviendo brechas de equidad. Rescato el aporte del doctor Carlos Montoya Aguilar.

El segundo punto, optimizar los espacios de participación, es bien importante, porque en general estamos ajenos como ciudadano a la información y a la participación en todos estos temas de cobertura de seguridad social, y sería importante tener herramientas y espacios de participación, y sugerido por la presidenta del Colegio Médico, una defensoría de las personas con discapacidad e invalidez sería un buen aporte.

Luego, el tema es desarrollar mejoramiento de información y estadísticas porque estamos bastante carentes, y una investigación sería en todo lo que significa la emergencia y auge de la invalidez y la discapacidad en nuestro país, sin que estemos identificando los factores atribuibles y la necesidad de cobertura realmente efectiva.

Muchas gracias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Agradecemos la exposición del Colegio Médico.

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Presidenta, quiero agradecer la exposición, porque es un aporte importante para la Comisión. Pero, a la vez, quiero aprovechar su presencia para plantear que son precisamente asociados a esa institución quienes actúan como jueces y parte en los procesos en que se analizan las pensiones de invalidez.

Me gustaría saber qué opinión tiene el Colegio Médico respecto del tema central de esta comisión investigadora, como es el hecho de que hay médicos, probablemente, muchos, asociados al Colegio Médico, que cumplen el rol de dar cuenta, rechazar, aprobar y que son pagados por las AFP, por las isapres, etcétera, y me gustaría saber cuál es la posición del Colegio Médico respecto de esto.

Muchas gracias.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Presidenta, por su intermedio saludo a la presidenta del Colegio Médico, a su asesor, al superintendente y a todo el equipo.

Nuestra controversia, que no es nueva, tiene que ver con dos aspectos que han estado rondando en esta comisión investigadora.

Uno, precisar por qué hay tal nivel de diferendo en iguales diagnósticos y distintos pronósticos, porque una cosa es un paciente que tiene una enfermedad, respecto del cual podemos coincidir en el rotulado de la enfermedad, pero otra es su nivel de discapacidad para seguir trabajando. Uno puede estar enfermo y puede seguir trabajando, según la discapacidad que le provoque.

En esta comisión hemos conocido casos llegados desde el nivel regional hasta el nivel central, en los que se produce un abismo de diferencias, no en el diagnóstico, pero sí en el pronóstico respecto de la discapacidad del enfermo, que provocan una controversia técnica.

Entonces, me gustaría saber qué opinión tienen ustedes sobre profesionales, especialistas, de región o de Santiago, que tienen distintas miradas para calificar a uno con un 15 por ciento de discapacidad, o con un 50 por ciento, situación que provoca grandes diferencias en el seguro de invalidez de la persona en cuanto a seguir trabajando y en el resto de su vida futura.

Dos, esa misma persona a la vez de estar luchando por su futuro respecto de una invalidez, lucha, en el presente, porque simultáneamente está entregando una licencia médica cada treinta días, a lo menos, para ausentarse del trabajo. Entonces, tiene una doble condición de castigo: el rechazo sistemático de su licencia, lo cual le impide justificarse en el trabajo, y deja de recibir su sueldo, porque no le aceptan la licencia mientras no le aprueben la invalidez. Esto es como el "compra huevos": el día que consigue la invalidez le aprueban la licencia. Al revés, respecto de la pensión, cómo le van a dar la invalidez si ni siquiera le justifican la ausencia al trabajo, porque la enfermedad no provoca ausencia al trabajo. ¿Me explico? Tenemos una colisión crónica de intereses que hace que el usuario esté en el medio de esto y que no tenga respuestas: por un lado, los criterios médicos, y por otro, como se ha afirmado aquí, un

hecho histórico, no reciente, pero que es una lacra, cual es el conflicto de intereses, pues hay médicos interconsultores que reciben su financiamiento de parte de compañías de seguros o de AFP. No es la hora, aquí, de mirar nostálgicamente el pasado y preguntar cuándo se produjo esto. Sabemos que el decreto N° 3.500 generó una distorsión. Hablo de los años 80, cuando se creó este sistema. Pero esto se ha perpetuado en el tiempo. Por lo tanto, tenemos varios cientos de médicos, interconsultores, en regiones y en Santiago, en la Comisión Central, que, como comprenderá la presidenta del Colegio Médico -yo fui predecesor de ella la orden-, generan un conflicto ético por estar evaluando neutralmente, como juez, el futuro de un paciente, y tener un ingreso dependiente de una de las partes. Ese es un problema al que queremos encontrarle una solución.

Entonces, hay profesionales, de *staff*, de planta, en la superintendencia, que tienen un pago por jornada, e interconsultores que tienen un rango jerárquico importante. Ustedes comprenderán que la palabra final la tiene el especialista. ¿Y quién es el especialista? El interconsultor. ¿Y quién es el interconsultor? Un señor al que se le paga por caso, no por jornada. Por consiguiente, tiene el incentivo de acumular casos, de tener más ingresos por caso, y curiosamente esos casos podrían no favorecer al paciente, sino al pagador. ¿Y quién es el pagador? Quien le entrega sus remuneraciones a ese médico. Ese es el tema.

Sobre eso, me gustaría conocer la posición del Colegio Médico.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Algún otro diputado tiene consultas?

Bueno, yo quiero hacer dos preguntas.

Una, tiene que ver con la comisión técnica de invalidez, que fija las normas y los criterios respecto de la enfermedad y la discapacidad, organismo donde hemos visto un conflicto, pues no podría ser imparcial si a la vez tiene participación en las compañías aseguradoras de las AFP. Es decir, quienes dictan las normas son quienes las deben aplicar.

Entonces, cuál es la opinión del Colegio Médico sobre esta participación en ese organismo.

Lo otro que me llamó la atención es esa suerte de tabla de casos en la que se señala que en la AFP Provida, después de los 60 años, hay una baja en la tasa, en comparación con otras AFP. La aplicación de la tasa de siniestralidad es una materia que también estamos revisando. Precisamente, la situación que

dio pie a la conformación de esta comisión investigadora se relaciona con trabajadores de AFP a quienes los instaban a no entregar pensiones de invalidez o a burocratizar los trámites. De hecho, lo que ya sabemos, producto de la comisión investigadora, es que la Superintendencia de Pensiones dictó un nuevo ordenamiento para exigir solo la presentación del carné de identidad, porque antes además se pedía certificados médicos y una serie de cosas que estaban fuera de la normativa.

Entonces, me gustaría revisar ese punto sobre la tasa de siniestralidad.

Tiene la palabra la señora Izkia Siches.

La señora **SICHES** (doña Izkia).- Muchas gracias Presidenta.

El doctor va a mostrar ese gráfico, pero más que nada se va a referir a cómo se induce a pensión por edad, cuando correspondería pensión de invalidez, particularmente en las mujeres.

Sobre la pregunta central, en torno a si hay conductas antiéticas, hemos sido muy reiterativos en recuperar la tuición ética, para sancionar a aquellos profesionales médicos que tienen conductas reñidas con la profesión, sea en materia de licencias, de pensiones o en su práctica profesional en general. Lamentablemente, no se ha evaluado la importancia del proyecto, habida consideración de que debemos disponer de profesionales que revisen procesos tales como los de invalidez o de incapacidad temporal.

Nosotros lo analizamos con el Departamento de Ética y creemos que pensar que las fuentes de financiamiento no distorsionen su actuar sería demasiado *naif*. Sin embargo, creemos que hay que avanzar en una reforma a las fuentes de financiamiento y contar con comisiones técnicas que cumplan con ese rol, como también hacer un trabajo con los profesionales médicos para constatar que su rol puede resolver las falencias del sistema.

En todo caso, el doctor nos va mostrar las diferencias que existen en contra de esto. A pesar de que hay un espacio de vulnerabilidad en torno a los médicos en estas mismas comisiones, creemos que en las falencias del sistema este no es quizá el punto más medular, sino el aparataje completo y es una figura que está activamente, en donde tienen el principal protagonismo las propias aseguradoras y las propias AFP de estar permanentemente sometiendo a procesos de fiscalización, de investigación, en circunstancias de que los pacientes no tienen

ninguna de esas alternativas para ir a defender sus casos aparte de estas comisiones. Y ahí, más grave que el conflicto de interés médico, el tema es que la contraparte de los pacientes es mucho más potente a la que ellos pueden optar, porque podrían también representar peritajes pedidos por sus propios defensores para poder objetivar.

Por otro lado, sobre el caso de las diferencias, hay que recordar que no todas las patologías tienen el mismo impacto. Esto requiere aplicar en el contexto de los pacientes, de cuáles son las condiciones y el impacto que crea en cada uno de ellos en relación con sus actividades laborales, en relación con sus roles en el hogar, por ejemplo, y esas son particularidades que una comisión responsable también debe considerar.

El señor **BARILARI**.- Quiero ahondar sobre la pregunta del diputado Castro en el sentido de que el ejercicio profesional se enfrenta actualmente con graves barreras para cumplir éticamente. Por ejemplo, han salido instrucciones que limitan el acceso a las licencias médicas de papel, de manera que hoy la Corte Suprema declara que es ilegal.

Ahora bien, la Corte Suprema no ha atendido una razón de la ilegalidad de aquello. La ilegalidad es que si nosotros reemplazamos las licencias de papel por licencias electrónicas, por dictamen de la Suseso, tenemos que cumplir con todas las funciones de las licencias de papel y la licencia electrónica, desde su nacimiento, así como otros sistemas de información que vienen de muy atrás, no tiene la posibilidad de reconocer enfermedades profesionales y accidentes del trabajo. Entonces, los médicos se encuentran en un ejercicio ilegal... Es el caso que tienen un paciente accidentado del trabajo y están fuera de la mutualidad, en una clínica o en una consulta, y llenan la licencia médica y tratan de ingresar el accidente del trabajo y no pueden, por lo que le tienen que poner "accidente común", enfermedad común.

Entonces, cuando se habla del ejercicio y de los conflictos de interés, la protesta ha sido permanente al decir que la licencia médica es un derecho, pero que tiene que cubrirse según la normativa vigente.

Por eso, cuando vemos las barreras de ingreso, ya dije que cuando hablo de las barreras de ingreso me refiero a la invalidez por lo laboral, tenemos pacientes que no van a llegar a la invalidez laboral por causa laboral. Y tenemos las otras barreras que son, por ejemplo, por el desconocimiento de los derechos de las mujeres después de los 60 años, pero también

tenemos, curiosamente, que las diferencias, cuando vemos los ingresos de aquellos pensionados por invalidez, vemos que se distribuyen en los tramos de deciles donde están las pensiones básicas solidarias de invalidez, es decir, el 11 o el 14 por ciento son de esos tramos, pero cuando llegamos a los tramos más altos de ingreso, representan un 3 por ciento de todas las pensiones de invalidez. ¿Por qué ocurre eso? ¿No será otra barrera el hecho de que tiene un ingreso que lo tendrá que desembolsar la AFP o el seguro de invalidez?

El señor **BARROS**.- Perdona que lo interrumpa, pero en relación con la lámina que estamos analizando, con el diputado Castro queremos pedir, a través de la comisión, que se oficie a la Superintendencia y a la AFP Provida, porque parece absolutamente irracional el nivel de discordancia entre la media de las AFP y la AFP Provida. Al respecto, me gustaría saber el porqué y que nos den alguna explicación.

El señor **BARILARI**.- Quiero hacer un punto sobre comisión de invalidez. Las comisiones regionales tienen ambas partes. Defienden los intereses de las AFP, están los médicos que representan al seguro de invalidez y están los médicos que representan al paciente, que son funcionarios de la Superintendencia de Pensiones. Lo que ocurre es que cuando hay un dictamen de 70 por ciento de invalidez y apela el seguro de la AFP, posteriormente esto asciende a la Comisión Médica Central y ¡oh sorpresa!, de 70 bajamos a 15 por ciento. Entonces, ¿cuáles son los principios de una buena contraloría en esos espacios, para que haya reproductibilidad, para que sea repetible un dictamen de 70 por ciento que baje a 65 por ciento, pero no a 15 por ciento? Eso es extremadamente común; lo estamos viendo en forma sistemática y con demasiada frecuencia cuando hay apelaciones a nivel de la Comisión Médica Central. Ahora, si eso tiene que ver con que la Comisión Médica Central tenga financiamiento del seguro de invalidez, eso no nos consta. Hemos tratado de averiguarlo, hemos enviado oficios o correos a la Superintendencia de Pensiones para consultarlo, pero no ha habido respuesta.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Antes de darle la palabra al superintendente, quiero agradecer la exposición del Colegio Médico, que ha sido muy importante para la comisión en términos de datos.

El señor **BALTOLU**.- Presidenta, quiero saber qué pasa con los funcionarios del Estado cuando se enferman. Por ejemplo, pasan unos cuántos días, no sé cuántos son, y el Estado le dice

a la persona: Sabe qué, lo despido por incompatibilidad laboral. ¿Qué opinión tiene el Colegio Médico respecto de eso?

Por otra parte, me gustaría saber qué pasa, por ejemplo, con el tema Fonasa, que tiene que recuperar a los enfermos y se demora, como usted dice, 3 o 4 años y, en definitiva, los enfermos caen, a lo mejor, en depresión, no pueden trabajar.

Hago la pregunta, porque que el Estado le pague a empresas privadas para que recupere a una persona, eso está penado por la ley, para muchas personas de aquí del Congreso. Entonces, ¿cómo ve esto el Colegio Médico, que no tienen pensión? Esa es la figura.

Después están los temas laborales de las mutualidades, ya que ellas tienen un compromiso con los trabajadores cuando hay un accidente laboral; cubren prácticamente todo. No sé qué pasa después con la pensión de invalidez. ¿Cómo lo toma?

Entonces, me gustaría saber, de parte de ustedes, si el hecho de sacar a las compañías de seguro del mercado y que el Estado se hiciera cargo de todos los procesos de invalidez haría más eficiente el sistema.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra la señora Izkia Siches.

La señora **SICHES** (doña Izkia).- Eso lo hemos señalado y no solo en esta comisión. En general, los problemas que existen, no solo en el sistema asegurador, sino en las prestaciones para quienes son beneficiarios de Fonasa, tienen un impacto en nuestros pacientes que produce más carga de enfermedad, además de ya, por los temas de selección conocidos del sistema de financiamiento y de seguros de salud, obviamente nos hacemos cargo de los más enfermos, los más envejecidos y también de quienes son más pobres, que es un determinante social sanitario estructural.

Dicho eso, vemos que el sistema tiene falencias que hay que reformar, entendiendo cuáles son los pasos, pero hay que llamar también a la cautela, porque esas transformaciones, aunque los titulares pueden ser muy grandilocuentes, quizá podrían tener mucha responsabilidad en el impacto que va a tener en los pacientes y también en cómo el sistema va incorporando algunos factores para volver a la vida laboral. La idea es cumplir los estándares, pero no vulnerarlos.

En cuanto al tema de la incapacidad laboral en la administración pública, en general, hemos tenido algunos casos puntuales, cosas muy específicas para las cuales existe un examen dentro de la ley de contrataciones públicas. Hasta la

fecha no hemos tenido un registro, así es que si los diputados tienen antecedentes de funcionarios, pacientes, que hayan sido desvinculados por incapacidad laboral, sería importante saber esos casos, en el entendido de que sí tenemos altas tasas de reposo y que, obviamente, lo vinculamos, por lo menos en el sector salud, a la sobrecarga del sistema, a los problemas que tiene el trabajo en nuestro país, más que los chilenos y chilenas seamos flojos, tesis que puede andar rondando en la percepción que tenemos en torno al trabajo.

El señor **BARILARI**.- Respecto de Fonasa, hemos desarrollado una línea de investigación muy curiosa; estamos viendo qué pasa con los pacientes en términos de mortalidad a partir de la espera en las listas de cirugía y de especialidad. Eso es ya una curiosidad científica, que analizamos, porque denota que hemos abandonado una buena parte de nuestra razón de ser.

Siento que muchas veces el sector salud está estigmatizado, por ejemplo, en cuanto al ausentismo. Recuerdo uno de los estudios emblemáticos del Ministerio de Hacienda que mostró el nivel de ausentismo, que era casi el doble del sector privado, transitaba del orden del 25 por ciento. Pero lo que llamaba la atención es que incorporaran los permisos maternales; o sea, las licencias pre y posnatal, en circunstancias de que es una actividad feminizada. Obviamente, en el sector público las personas envejecen con sueldos que no son competitivos y, por lo tanto, la población también tiene una carga de enfermedades distintas.

Todo eso no se quiere estudiar. Cuando uno pide por Transparencia la información, no se entrega. Entonces, si no la entregan, ¿cómo vamos a determinar si es grande o no la brecha entre unos y otros?

En términos de lo que es el logro de tener un sistema de mutualidades interesante, con impactantes logros, también las barreas son impresionantes: 500.000 denuncias por accidentes del trabajo, en donde dos terceras partes tienen alta inmediata o altas precoces. ¿Y dónde van a dar? Al Fonasa.

En cuanto a enfermedades profesionales, si piden en el ISL que les documenten las licencias médicas laborales de personal de salud, se encontrarán nuevamente con una curiosidad científica: no existe el *burnout*, lo que, como dije, es una curiosidad científica, porque es sabido por toda la literatura científica que el personal que atiende cuidados de personas está sometido a condiciones de estrés y de padecimiento, *burnout*, que

es síndrome de fatiga crónica o de desgaste profesional. Médicos en Estados Unidos, 50 por ciento, *burnout*. ¿Cuántos tenemos en Chile? Cero en el ISL.

Entonces, ¿cuál es la consecuencia si no acceden? La invalidez y, desgraciadamente, también tasas de suicidio que son, quizá -porque estamos estudiándolo-, un 50 por ciento por sobre la tasa de suicidio de la población general en la profesión médica. Estamos hablando de una de las tasas de suicidio más altas del mundo que tenemos en Chile y los médicos estamos por sobre esa tasa.

La señora **SICHES** (doña Izkia).- Para puntualizar el tema de las mutualidades, que lo dijimos en algún momento, nos parece importante señalar que la Compin debería contar con una observación activa de buscar enfermedades profesionales que causaran invalidez, porque eso hoy no existe o es muy marginal, más allá de que entendemos que el trabajo también puede producir un impacto en la salud de las personas, y tiene que ver con algunas de las distorsiones que ha dejado el sistema, además del tema de la defensoría de los pacientes y, obviamente, modificar las fuentes de financiamiento de las comisiones de salud.

Asumimos que puede ser un conflicto de interés y esperamos que esos sean números muy marginales en el impacto de la invalidez en los pacientes.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Agradecemos la presentación del Colegio Médico.

Tiene la palabra el superintendente de Salud, señor Ignacio García-Huidobro.

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO** (Superintendente de Salud).- Señorita Presidenta, en relación con los temas expuestos y con las preguntas, la Superintendencia de Salud tiene pocas áreas y facultades al respecto.

En cuanto a los médicos, la Superintendencia de Salud no tiene ninguna facultad sobre su control y regulación, lo único que hace es inscribirlos y reconocer su profesión y especialidad a través de los documentos que nos entregan las respectivas entidades acreditadoras, por lo que no tenemos ninguna injerencia mayor.

Sobre los procesos de las licencias de las distintas personas, efectivamente, la Superintendencia de Salud tiene un rol, pero bastante acotado, en aquellas personas que están sometidas a un proceso de pensión de invalidez, en el sentido de que mientras se lleva a cabo el proceso de licencia y se toma alguna determinación, tenemos la facultad de fiscalizar a la

isapre para que se cumpla.

Efectivamente, las isapres también tienen la libertad y la facultad de cuestionar esas licencias, y hay que apelar a la Compin para que nuevamente se abra una pequeña esfera de influencia de la Superintendencia de Salud, que es, una vez que la Compin ha resuelto, exigir el pago dentro de los siguientes 15 días del proceso de licencias de esa persona. Si eso no ocurriera con la celeridad establecida, podemos hacer uso de las garantías de las isapres y pagar inmediatamente a esa persona.

La última facultad que tenemos es respecto de algo que se dijo acá, que es cuando una isapre decide pasar a una persona a un proceso de pensión de invalidez, todo el proceso de exámenes y valorizaciones médicas que ellos requieren son con cargo a la isapre, no al usuario. En ese caso, tenemos facultades para fiscalizar que eso ocurra.

Esos son los ámbitos de fiscalización y de facultades de la Superintendencia de Salud, no tenemos más facultades.

Al respecto, realizamos fiscalizaciones: en 2017, se llevaron a cabo 65 fiscalizaciones; en 2018, 78, y este año llevamos alrededor de 10 fiscalizaciones. Hemos impartido multas a las Isapres, que no son muchas, pero se han cursado durante el 2017, el 2108 y también este año respecto de algunos incumplimientos sobre los cuales tenemos algunas áreas de influencia.

La verdad es que la Superintendencia de Salud respecto del resto de los temas no tiene ninguna injerencia, es decir, no la tiene con Fonasa y no la tiene con las entidades contraloras de las respectivas Isapres.

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

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, la misma pregunta, ¿por qué siempre se habla de Isapres y no se habla del sistema de salud Fonasa e Isapres? Los trabajadores son de todos los ámbitos y para que se entienda la figura de cómo funciona, debo decir que los médicos entregan la licencia médica a los trabajadores, sea de Isapres o de Fonasa, pero tendemos a decir isapre a la AFP y la verdad es que es Fonasa, Isapres, AFPs, IPS, es decir, hay un montón de sistemas.

Ahora, si seguimos sin entender la figura no vamos a tener la posibilidad de crecer porque todo el sistema es como que la isapre, Fonasa las aseguradoras son el mundo privado. Por eso hice ver el hecho de sacar a las aseguradoras y que el Estado que se haga cargo de eso, recuperando las platas que

toman las aseguradoras. Por lo tanto, para los médicos sería más fácil emitir un decreto para que se pensionen.

Aquí, estamos haciendo pugna en un vaso de agua, pues no tenemos la información. Veo que se han destinado horas en buscar antecedentes para plasmar y demostrar lo que está pasando, pero nosotros seguimos con el tema público-privado, y que los malos son estos y que los buenos son estos otros.

La verdad es que si no tenemos toda la información el informe pasa a ser un tema político y no resuelve el problema, por lo tanto, me gustaría que se canalizara la entrega de la información de cómo funciona y de cuáles deberían ser los cambios.

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

Respecto de las multas quiero consultar si estas fueron cursadas. Si es así, queremos saber a quiénes multaron, por qué causas, el detalle, los montos, etcétera. Solicito que se entregue esa información

Ahora, a pesar de que a lo mejor tienen ámbitos restringidos de fiscalización -nuestra idea es tener propuestas, como dijo el diputado Baltolu-, nos interesa tener la opinión de la Superintendencia de Salud, que podría ser algo positivo en el sentido de que ya se ha dicho en las presentaciones anteriores que hay irregularidades.

O sea, que un médico particular tenga una opinión, que después la cambie durante el proceso como médico interconsultor -a lo mejor, una propuesta es que tengan facultades o que un organismo fiscalice de carácter imparcial-, además si es contratado por la AFP, se da a entender que hay conflicto de interés que, en algunos casos, pueden ser evidentes; en este caso me parece que, en todo, da a entender que hay conflicto de interés, porque no puede ser que un médico cambie de opinión de la noche a la mañana.

Dejo planteada la consulta, superintendente, porque la verdad es que queremos llegar a conclusiones que nos permitan avanzar en la materia y para eso, por lo menos, queremos saber su opinión.

Tiene la palabra el superintendente de Salud.

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO** (superintendente de Salud).- Señorita Presidenta, la verdad es que el sistema de salud chileno tiene estos dos componentes y podríamos discutirlo largamente si el modelo se mantiene o se cambia, pero estoy absolutamente convencido de que para solucionar este y otros

temas, efectivamente la Superintendencia de Salud requiere más facultades de las que hoy tiene.

Es evidente que las facultades que tiene son acotadas en algunas áreas y debiesen ser mayores, pero no solo en el ámbito de la pensión de invalidez, sino que también en otros.

Insisto, nosotros tenemos muchas facultades sobre el sistema de Isapres y es por eso, señor diputado, que lo menciono porque tenemos muchas facultades, por ejemplo, podemos regular, podemos dar indicaciones, podemos exigir y podemos multar.

Sin embargo, en otras áreas, como lo que dice relación con el sistema público, la Superintendencia tiene muy acotada sus facultades, por ejemplo, prestaciones GES, cumplimiento con ley de derechos y deberes. Hasta ahí llegan mis facultades.

Eso ha sido una conversación larga en la Superintendencia de Salud, en el sentido de que reconocemos dos sistemas, por lo que, reitero, creo que debemos conversar respecto de la facultad que hoy tiene la Superintendencia.

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

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, ¿cuántas personas están en Fonasa y cuántas están en Isapres?

El señor **GARCÍA-HUIDOBRO** (superintendente de Salud).- En Isapres estamos hablando de 3.800.000 personas y 17.000.000 en el sistema Fonasa. El 20 por ciento en un sistema y el 80 por ciento en el otro.

Insisto, tenemos muchas facultades respecto de las Isapres y no respecto de lo otro. También, tenemos pocas facultades respecto de los prestadores tanto públicos como privados, porque al final este sistema de salud tiene dos componentes, el seguro público-privado y el prestador público-privado.

Al respecto, fiscalizamos intensamente solo a uno que dice relación con la parte del seguro y respecto de los prestadores tenemos pocas facultades, salvo temas de acreditación, patologías GES electivas y de urgencia, ley de derechos y deberes, y en particular en prestadores privados el tema de que no pueden pedir garantías respecto de las urgencias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señores diputados, si le parece a la comisión se oficiará a la Superintendencia de Pensiones y a la Superintendencia de Seguridad Social, cuyo oficio era el primero que había solicitado el diputado Barros, a fin de que informen por qué

ocurre esta alteración en la AFP Provida en comparación con las otras AFP respecto de las pensiones de invalidez.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Asimismo, quiero pedir el acuerdo para oficiar a la Superintendencia de Salud respecto de las multas.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

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

-Se levantó la sesión a las 12.24 horas.

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