



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°9, CELEBRADA EL LUNES 11 DE MARZO DE 2019, DE 11.03 a 12. 36 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 la diputada señora Karin Luck, y los diputados señores Nino Baltolu, Ramón Barros, Andrés Celis, Marcos Ilabaca, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado, Guillermo Ramírez y Frank Sauerbaum.

Concurre como invitado el vicepresidente ejecutivo de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Jorge Claude, acompañado del asesor legal, señor Francisco Serqueira.

III.- CUENTA

1.- Correo electrónico del señor Luciano Bolados, por el cual consulta sobre reevaluación de pensión de invalidez, de su señora madre.

2.- Confirmación telefónica de la Asociación de Aseguradores de Chile, por el cual comunican que el señor Jorge Claude, Vicepresidente Ejecutivo asistirá en reemplazo del señor José Manuel Camposano, Presidente.

3.- Copia comunicación del señor Fernando Larraín, Gerente General de la Asociación AFP Chile, por el cual agradece invitación, y se excusan de no poder asistir, por compromisos impostergables y adquiridos previamente, bajo el marco del proyecto de ley, boletín N° 12212-13. Solicita considerar una nueva fecha.

4.- Oficio N° 0052-2019 de Fundación Valídame de 11 de marzo.

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 9ª, celebrada en lunes 11 de marzo de 2019,
de 11.03 a 12.36 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside la diputada señorita Gael Yeomans.

Asisten la diputada señora Karin Luck, y los diputados señores Nino Baltolu, Ramón Barros, Andrés Celis, Marcos Ilabaca, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado, Guillermo Ramírez y Frank Sauerbaum.

Concurre como invitado el vicepresidente ejecutivo de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Jorge Claude, acompañado del asesor legal, señor Francisco Serqueira.

TEXTO DEL DEBATE

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

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

Quiero comentar el oficio que ingresa la Fundación Valídame, en que entregan antecedentes a la Superintendencia de Pensiones y muestra la comunicación que se habría hecho también a la Asociación Gremial de AFP de estas irregularidades con fecha de 7 de octubre de 2016. Menciono esto para que tengan en sus antecedentes que la Asociación Gremial de AFP tenía conocimiento de las irregularidades a lo menos desde el 7 de octubre de 2016, fecha de recepción del oficio.

En Varios quiero ver las sesiones pendientes de la comisión. En este sentido, me comprometí a traer una propuesta sobre la materia. Quedan en total cuatro sesiones, además de esta. El ideal es invitar para la próxima sesión a la Superintendencia de Salud y al Colegio Médico, cuestión que conversamos en la sesión

pasada, a fin de que se refieran al funcionamiento de las licencias médicas durante el periodo en que un afiliado se encuentra en calificación de su estado de invalidez. Ese es el choque que habíamos conversado.

En la siguiente sesión se podría escuchar a lo menos cuatro casos de afectados que han solicitado ser escuchados por la comisión y que por tiempo no lo hemos podido realizar, y solamente hemos escuchado a una afectada. Con el Secretario puedo revisar aquellos casos que nos permitan avanzar en la investigación de la comisión, es decir, que no sean lo mismo sino sobre distintos temas.

Luego recibir a la Superintendencia de Pensiones y a la Fundación Valídame, que inicia este procedimiento para investigar estos sucesos, y así conocer a ojos de ellos cuáles son las propuestas que debemos revisar en la comisión y los pasos a seguir. Me parece interesante poder cerrar con la visión de ellos.

Después, en la siguiente sesión debemos votar las conclusiones del informe final.

Esa es mi propuesta y sé que quedaron temas e invitados pendientes, pero lamentablemente la comisión tiene fecha de cierre y no podemos seguir alargándola. Mi propuesta queda a disposición de los señores diputados para que hagan sus comentarios.

Tiene la palabra el diputado señor Barros.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, solamente falta fijar el día y la hora de cierre para la recepción de las propuestas y conclusiones para que el día, que usted propone, la discusión y votación de las mismas tengamos toda la información.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señor Secretario, propongo la semana anterior al lunes 15 de abril para fijar la fecha.

El señor **VELÁSQUEZ** (Secretario).- Señorita Presidenta, el ideal sería el jueves 11 de abril para recibir la información y sistematizarla.

El señor **BARROS**.- ¿Para votar el 15?

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Sí, el lunes 15 de abril.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, propongo que sea hasta el lunes 8 de abril, al final de la sesión, para que lleguen las propuestas de conclusiones para tener toda esa semana para revisarlas, analizarlas y redactarlas con los asesores. De lo contrario, vamos a llegar muy encima porque los fines de semana hay múltiples actividades en los distritos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Si le parece a la comisión, el plazo vence al final del día lunes 8 de abril.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, para que quede en el acta, las propuestas que ingresen después del 8 de abril no van a ser admitidas.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Habría acuerdo en los términos planteados?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado señor Ramírez.

El señor **RAMÍREZ**.- Señorita Presidenta, hasta el año pasado nos juntábamos a las 10.30 horas y hoy a las 11.00 horas. En esta última hora alcanzo a llegar, pero a las 10.30 horas no siempre y me preocupa que por no alcanzar a llegar tengamos problemas con el *quorum*. ¿Cuál va a ser el horario para las cuatro sesiones que nos quedan?

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señores diputados, no tenemos opción para adelantar la sesión por acuerdo de los Comités. Entonces, el horario de la sesión de la comisión será de 11.00 a 12.30 horas.

Tiene la palabra el diputado señor Ilabaca.

El señor **ILABACA**.- Señorita Presidenta, la semana pasada solicité que no me sigan entregando la información en papel, sino que solamente en formato digital porque considero que es una pérdida de recursos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señor diputado, entiendo que este material lo trajo la asociación impreso y lo repartió a los señores diputados.

Por intermedio del señor Secretario les haré llegar la lista de invitados. Si hay tienen alguna observación la pueden hacer llegar hasta el miércoles.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, ¿no habrá debate al respecto? ¿Está listo el cronograma con los invitados y con los procedimientos a seguir? Lo pregunto porque este es un tema que provoca muchas fricciones.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señor diputado, las fechas están claras. El miércoles podemos agregar algunos invitados y cerrar el listado.

Para la sesión de hoy está invitada la Asociación de Aseguradores de Chile. Concorre el señor Jorge Claude, vicepresidente ejecutivo, en reemplazo del señor José Manuel Camposano.

Queda pendiente la visita de la Asociación Gremial de AFP.

La Fundación Valídame envió un oficio para poner en conocimiento de la comisión que los antecedentes de las irregularidades, al menos las que estamos investigando en esta Comisión, estaban en conocimiento de la Asociación Gremial de AFP.

Es importante saber si la Asociación Gremial conocía las irregularidades que investigamos, porque hemos conocido bastantes casos, ya sea por deficiencias de la legislación, pero también por la forma de operar del sistema, en que ha sido complejo para las personas obtener sus pensiones de invalidez. Se han visto afectadas por largas tramitaciones, entre otras situaciones.

Pido a los invitados que entreguen su visión sobre los hechos que investiga la Comisión.

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

El señor **CLAUDE**.- Señora Presidenta, muchas gracias por esta invitación.

Respecto de la pregunta concreta que usted nos ha hecho, nosotros no teníamos antecedentes del oficio que se habría enviado a la Asociación de Administradoras de Fondos de Pensiones. Es la primera noticia que tenemos al respecto.

Si usted me lo permite, repasaré muy rápidamente, desde nuestra perspectiva, en qué consiste esto, de qué se trata, y a partir de eso atenderé todas las inquietudes que se puedan presentar.

¿Qué hace el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia?

Voy a dejar de lado la sobrevivencia, porque entiendo que no hay ningún debate al respecto.

Me referiré a la invalidez. Cuando una persona es declarada inválida se hace un cálculo para determinar cuál es el capital que necesita para financiarse la pensión de referencia.

La pensión de referencia es el 70 por ciento del promedio de los últimos 120 meses de cotizaciones.

Entonces, ese capital necesario se compara con el capital que la persona tiene acumulado en su cuenta individual, y la diferencia la pone el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia de una sola vez.

Es importante entender que es un pago único, que se hace al momento en que se ejecuta el seguro. Ese dinero va a la cuenta individual de la persona, y con eso total acumulado la persona está en condiciones de contratar una pensión, que es equivalente al 70 por ciento de la renta promedio de los últimos 120 meses. Esa es la forma como opera esto.

Entonces, es un aporte adicional, que viene a completar

el ahorro que la persona no alcanzó a desarrollar, porque se vio interrumpida su capacidad de trabajo.

El lado izquierdo de la lámina muestra que mientras más joven es la persona, más alto es el aporte adicional, como componente de la pensión, y más bajo es el aporte que hace la persona, porque ha tenido menos años para ahorrar. En promedio, las personas se invalidan alrededor de los 52 años, por eso el cuadro está hecho de esa forma.

La parte de abajo muestra cuánto pone la persona en la pensión a la cual está accediendo, y cuánto es el aporte adicional, dependiendo de la edad y del saldo en la cuenta individual.

Respecto de la calificación de invalidez, que es el tema central, hay varias cosas que quiero mencionar. Después hablaré del proceso de licitación.

Desde nuestra perspectiva, es importante mencionar que en la calificación participan exclusivamente médicos. Primero están los médicos integrantes de la Comisión Regional, que son nombrados por la Superintendencia de Pensiones. Son tres médicos con derecho a voto. O sea, ellos votan y dirimen.

Adicionalmente, hay dos médicos más, un médico asesor del afiliado, que tiene derecho a voz, y un médico observador de la compañía de seguros, también con derecho a voz. O sea, pueden emitir opiniones, pero al momento de votar no son parte de la votación, lo que es lógico por lo demás.

De ser necesario, la comisión solicita la opinión de un médico interconsultor -esto es bastante frecuente; más adelante mostraré algunas estadísticas- que sea especialista en la patología predominante que la persona está invocando.

Todo este trabajo se sustenta -esto es muy importante- en las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez dictadas por la Comisión Técnica de Invalidez, que funciona al alero de la Superintendencia de Pensiones. Todo eso está establecido en los artículos 11 y 11 bis del decreto ley N° 3.500.

¿Cuál es la función del médico observador?

Asistir a las comisiones médicas regionales en representación de las compañías de seguros, con derecho a voz. El objetivo, básicamente, es verificar que se cumpla el impedimento y que corresponda, por lo tanto, que opere el seguro.

Hay situaciones que normalmente son materia de análisis. Primero, que esté verdaderamente configurado el impedimento y que sea permanente.

Señorita Presidenta, usted mencionó algo respecto de la

Superintendencia de Salud. Nosotros lo vemos. Efectivamente, en algunos casos, para las personas que tiene tratamientos pendientes, pero que se han demorado mucho, esto aparece como una solución, pero hay que considerar que no está completamente terminado el tratamiento. Esa es una situación que se ve.

Otra situación que también se analiza es todo lo que tiene que ver con el mundo de los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, porque esos casos tienen otro régimen y otra cobertura, por tanto, no corresponde que sean cubiertos por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.

Por último, también corresponde analizar, según lo establece la norma, si corresponde a una invalidez previa, o sea, si la persona ha entrado a trabajar previo a la afiliación al sistema. Básicamente, esos son los análisis que hace el médico observador.

No me quiero meter en detalles, pero sí decir que las solicitudes de calificación de invalidez del afiliado ingresan a través de las administradoras de fondos de pensiones, las cuales informan directamente a la Comisión Médica Regional, y dan aviso a la compañía de seguros, para que se entere de que hay un caso que está siendo analizado. Pero la tramitación inicial no pasa por la compañía de seguros, sino que va directamente a la Comisión Médica Regional. Bueno, ahí hay médicos asignados y se resuelve de acuerdo con las normas de calificación que mencioné.

Enseguida, quiero agregar algunas estadísticas, pues creo que son importantes para dimensionar lo que ha sido este seguro. Me referiré desde 2009 a la fecha, porque, como saben, en 2008 hubo una reforma al Sistema de Pensiones que cambió radicalmente la manera cómo se licitaba el seguro de invalidez y sobrevivencia. Ahora son las administradoras de fondos de pensiones en conjunto las que licitan el seguro. No lo hace cada una individualmente. Por otro lado, hay un conjunto de compañías de seguros que participan, de manera solidaria, unas con otras -se llama coseguro-, donde ninguna tiene el ciento por ciento del pago, sino que se dividen en novenos o en quintos, según si se trata de hombres o mujeres. Entonces, puede haber hasta siete compañías; en general, son cinco, porque algunas se adjudican más de una fracción, y por el lado de las mujeres puede haber hasta tres o cuatro. Esas son las compañías que van a pagar en el momento que se produce esto.

Lo importante es que la licitación es conjunta, de todas las administradoras de fondos de pensiones, y, por el otro lado,

todas las compañías de seguros que quieren participan por una fracción del total del seguro y se hacen cargo de todos los pagos asociados a la fracción que se adjudican. Esa es la forma como opera.

El siguiente cuadro nos muestra el número de indemnizaciones que ha habido desde 2009 a la fecha y los montos pagados acumulados. Al lado izquierdo, está el número de indemnizaciones -ya nos estamos acercando a las 140.000 indemnizaciones que ha habido en el período 2009-2018-; y, en el lado derecho, son montos en dinero en miles de dólares, o sea, los pagos que se han hecho, hasta la fecha, corresponden más o menos a 6.500 millones de dólares en estos 10 años, lo que equivale, más o menos, lo que costó a la industria de seguros el terremoto de 2010. En ese evento se pagaron 6.300 millones de dólares, por parte de la industria, del total de 24.000 que costó. A nuestro juicio, ese es un número muy significativo.

Respecto del número acumulado de interconsultas, ya mencioné que muchas veces las Comisiones Médicas solicitan la opinión de un interconsultor, la cual es pagada también por las compañías de seguros.

Ha habido más de 500.000 interconsultas solicitadas por las Comisiones Médicas Regionales a las cuales han tenido acceso los afiliados sin cargo para ellos, sino con cargo al seguro. Y el número de exámenes médicos de los afiliados llega casi a los 600.000 en este período. Eso es, más o menos, lo que ha habido.

Por último, un dato importante. Dentro de lo descrito y que debe cubrir el seguro están los traslados y alojamientos, porque uno siempre piensa que las personas viven en Providencia, pero no siempre es así, y cuando una persona vive lejos del centro médico, del centro de referencia, debe ser trasladada a la capital regional o a la ciudad más cercana o, incluso, a Santiago, dependiendo del tipo de examen de que se trate, y los alojamientos y todos los gastos asociados a ese traslado también son cubiertos por el seguro.

Eso es, básicamente, lo que hace el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. Es lo que quería mencionar a título de introducción.

Por supuesto, estoy a su disposición, para contestar cualquier duda de los señores diputados.

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

Tiene la palabra el diputado Ramírez.

El señor **RAMÍREZ**.- Señorita Presidenta, quiero saber cómo nuestro invitado interpreta la lámina sobre el número de indemnizaciones y montos pagados acumulados, en el sentido del proceso para declarar la invalidez, y si los criterios que se han utilizado han sido constantes en el tiempo, o cada vez más restrictivos o laxos. Cómo ha sido este proceso de declarar situaciones de invalidez desde 2009 a la fecha.

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

Tiene la palabra el diputado Sauerbaum.

El señor **SAUERBAUM**.- Señorita Presidenta, tengo una duda respecto del Sistema Médico de Calificación. A mí me toca muy fuerte el sector rural y no me imagino el funcionamiento. Por eso, pido mayores detalles, porque aquí dice que los médicos integrantes de la comisión son nombrados por la Superintendencia y que también hay médicos asesores de los afiliados con derecho a voz. Entonces, cómo se operativiza esto en la práctica, porque no me imagino a una señora de Trehuaco, que tiene muchas dificultades y muy poco conocimiento, para que efectivamente haya alguien que la defienda. Me da la impresión de que es algo así como la asistencia judicial que tiene el sistema de Justicia para los que no tienen quién los defienda. En verdad, esto me hace ruido, porque no conozco a alguien que me haya dicho que contó con asesoría de un médico para exponer su situación.

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

Tiene la palabra el diputado Ilabaca.

El señor **ILABACA**.- Señorita Presidenta, en la misma línea, también me gustaría tener antecedentes respecto de quién define y quién paga los servicios del médico asesor del afiliado, porque no solo nos ocurre en aquellas comunas rurales, sino que en todo el país. Entonces, una persona de Valdivia, de Futrono o de Lago Ranco ¿tiene capacidad para elegir a un médico y tiene capacidad para pagar? No sé cómo funciona, por eso me gustaría conocer cómo funciona.

Asimismo, se señala que cuando la Comisión Médica Regional solicita una interconsulta médica, es un médico pagado por la compañía de seguros el que lleva adelante ese informe o esa interconsulta. Me gustaría que el representante de las compañías de seguros nos pudiera ahondar respecto de esos hechos y de esa situación en particular.

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

memoria sobre las presentaciones que nos hizo la Superintendencia y la Comisión Médica, recuerdo que nos mencionaron que efectivamente existe este médico asesor del afiliado, pero que en muchos casos no le es asignado. De hecho, la misma presidenta de la Comisión Médica nos señaló que es una cosa casi fortuita que asignen un asesor a un afiliado, y aquí coincidíamos todos los diputados presentes que hay una situación de desigualdad si no existe un médico que pueda asesorar al afiliado frente a una compañía aseguradora, que sí tiene las condiciones para tener un médico integrante de la comisión, aunque sea solo con derecho a voz. De hecho, eso fue parte del debate respecto del derecho a voz y el derecho a voto.

Cuando estuvieron presentes los representantes de la Superintendencia nos dijeron que ellos también tenían disposición a cambiar la normatividad y que les parecía necesario que existiera igualdad de condiciones tanto para el afiliado como para la compañía aseguradora, y en ese caso, obviamente, solo tener derecho a voz. Pero aquí se ha dicho que tenían más que ese derecho, lo cual generó ruido a los diputados integrantes de esta Comisión. De todas formas, quiero que explique las implicancias de que el afiliado tenga igualdad de condiciones.

La otra pregunta es sobre la relación que tienen las AFP con las compañías aseguradoras, dado que muchos de sus dueños están relacionados. Sé que ahora es distinta la licitación y se podría tratar de que no exista esta confluencia de intereses, porque, al menos desde mi visión y de la de varios de los que estamos acá, cuando una AFP y una compañía aseguradora tienen los mismos dueños, obviamente que se pueden conectar los mismos intereses, lo que puede ser perjudicial para alguien que está buscando conseguir una pensión de invalidez.

El superintendente nos contó, acá, que este año no coinciden, pero no por la normatividad, decir que la normativa no establece la prohibición de que exista una compañía aseguradora que se gane la licitación y una AFP relacionada; es decir, con los mismos dueños. En la norma no existe aquello, por lo mismo es un punto que queremos proponer como comisión investigadora. Al respecto, también me gustaría conocer su opinión, especialmente sobre cómo ve esta situación en la práctica.

Por otro lado, quiero conocer su opinión respecto de la poca capacidad fiscalizadora que tiene la Superintendencia. Finalmente, lo que sucede en las definiciones, sobre si se otorga o no la pensión de invalidez, o lo que sucedía también... En el caso

concreto, sé que son las compañías aseguradoras; sin embargo, en el caso de Alejandra Vidal, que fue la persona por la que se inició esta comisión investigadora, tenía que ver con que las AFP presionaban a sus trabajadores, especialmente a Alejandra, para que no se entregaran pensiones de invalidez y se cumpliera una tasa permanente por parte de la AFP de otorgamiento de pensiones de invalidez.

Entonces, es obvio que uno diga: ¡Claro! las AFP tienen sus intereses y que no quieran entregar pensiones de invalidez. Además, las compañías aseguradoras tienen una relación entre sus dueños, toda vez que la normatividad vigente no establece prohibición o posibilidad de "separar aguas" de manera clara y establecida. Casi estamos a voluntad de que las compañías aseguradoras y las AFP tengan el interés de que las personas puedan pensionarse cuando reúnen los requisitos.

Ante todo ese marco, quiero saber cómo esperan ustedes que sea el sistema, cómo podría existir alguna especie de cambio legislativo, pero también que exista algún compromiso, porque, al menos, las AFP -me encantaría que hubiesen estado presentes-, nos han dejado sumamente claro que los intereses no son las pensiones de invalidez, si es que quieren mantener tasas y si es que insisten a sus trabajadores en que no las otorguen.

Nuestra idea es tener una propuesta normativa, pero lamentablemente necesitamos el apoyo del Ejecutivo para ello.

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, nuestros invitados nos plantean todo un sistema médico de calificación. Probablemente, esto va a ser lo central de nuestras propuestas y conclusiones.

Queda la sensación de que todo el sistema escrito de calificación, particularmente referido a los integrantes médicos de cada uno, ya sea con derecho a voz, con derecho a voto, no queda clara su independencia frente al sistema.

Entiendo que en Chile no contamos con avances suficientes en medicina del trabajo, en términos de especialización y de desvinculación de los demás actores en torno a este tema. Creo que por ahí van a ir parte importante de las conclusiones. El hecho de que se garantice, el hecho de que quienes participan en la calificación de cada uno de los casos -algunos han sido presentados acá, otros serán presentados en una sesión especial-, pero cómo ven ustedes la posibilidad de establecer un sistema de información, una legislación en torno a tener plena garantía,

tanto ustedes, las AFP, como también los usuarios, de que dichas personas van a concurrir con su dictamen de manera absolutamente independiente al interés general y no a los intereses de cualquiera de las partes. También entiendo que parte de estos temas dicen relación con cómo algunos le pasan goles al sistema. Una cosa es que le pasen goles al sistema, pero no podemos permitir que las personas que han demostrado una determinada calificación le pasen goles a los usuarios; es decir, al revés.

La señora **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Consultamos al superintendente y estamos a la espera de la respuesta de un oficio que tiene que ver con la cantidad de apelaciones. No sé si nuestros invitados manejan esta cifra. Me refiero a las apelaciones a las resoluciones que dicta la Comisión Médica, respecto de otorgar la pensión de invalidez o no.

Al respecto, tenemos dudas, dado que, al parecer, la cifra se mezclaba entre las apelaciones que hacían las compañías aseguradoras, que también tienen esa posibilidad, y las apelaciones que hacían los afiliados. Además, estamos conscientes de que si el afiliado ni siquiera tenía un médico asignado, es bien compleja su situación, en comparación con la información que puede tener una compañía aseguradora.

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

El señor **CLAUDE**.- Señora Presidenta, son muchas preguntas, por lo que si se me queda alguna en el tintero, me la recuerdan.

En realidad, hay que precisar que antes del 1 de julio de 2009 quienes pagaban el seguro de invalidez y sobrevivencia eran las mismas administradoras de fondos de pensiones, lo que se llama un autoseguro. Había un seguro de exceso de pérdida, en el cual, por ejemplo, si me paso mucho, paga una compañía de seguros, pero, en general, quienes llevaban el día a día y pagaban eran las mismas administradoras de fondos de pensiones; de hecho, esto provocó varios problemas y, justamente, eso fue lo que vino a resolver la reforma de 2008, porque, en la práctica, es importante ver esto de manera positiva.

Son todas las administradoras de fondos de pensiones, en conjunto, las que hacen una única licitación. Se llega a un precio único para todas, licitación en la que participan entre 17 y 18 compañías de seguros. Es el número que históricamente se ha interesado en participar en esto, y se adjudican 7 u 8, dependiendo del contrato; de hecho, ya estamos en el sexto contrato.

Insisto en que no es que una compañía de seguros se adjudica el caso uno y la otra el caso dos, sino que es una

fracción de cada uno de los casos. Entonces, veo muy difícil que los controladores -aunque quisieran- de un administradora de fondos de pensiones con una compañía de seguros vean una manera de inducir algún comportamiento. Me parece difícil porque hay otros actores: por un lado, participan todas las administradoras de fondos de pensiones y, por el otro, participan un grupo de compañías de seguros.

Ahora, una de las ventajas que tuvo la reforma de 2008, es que las administradoras de fondos de pensiones cambiaron su *switch*, y se transformaron en promotoras de una calidad de servicio en torno a este tema. Entonces, si bien desconozco los antecedentes; de hecho preguntamos en 2009, porque nos pareció raro el volumen que llegó inicialmente, pero la Superintendencia de Pensiones, en su momento, miró y no encontró nada. Pero, ¡claro! podría ser que en ese momento hubiera habido interés por diferir, porque el que iba a pagar en un par de meses más iba a ser otro. Eso pudo haber pasado en ese momento; pero de ahí en adelante, no vemos cómo podría, algún actor en particular, influir en este proceso, sobre todo teniendo en cuenta que la compañía de seguros, e incluso la administradora de fondos de pensiones, no participa durante todo el proceso de calificación más que con el médico observador, pero no tiene un rol activo como para influir en el resultado de eso.

Ahora, efectivamente, los controladores de algunas compañías de seguros que, a su vez, tienen administradoras de fondos de pensiones, en la práctica, no se han interesado mucho por participar en esto. Pero, incluso, aunque se interesaran, no vemos cómo podrían generar algún ruido por el hecho de tener ese doble rol o tener sus controladores un doble rol.

Respecto de los médicos asesores, desgraciadamente, desconozco si en el ciento por ciento de los casos, y por supuesto si lo dicen aquí, probablemente, ha habido casos en los cuales el afiliado no ha contado con un médico asesor.

El médico asesor lo proporciona la comisión médica regional y es contratado y pagado por esta. Por lo tanto, no representa un costo para el afiliado; desconozco por qué podría haber un caso en el cual la persona no tuviera acceso a ese beneficio. Asimismo, coincido plenamente en que por un mínimo de equidad es lógico que haya dos médicos.

Por otra parte, me parece bien que solo tenga derecho a voz, porque quienes deben resolver son los integrantes de la comisión médica regional, todo esto al alero de algo que es muy

importante, y aquí contesto la pregunta del diputado Ramírez, vamos en la sexta versión de las normas de calificación de invalidez.

¿Por qué en la sexta? Porque la medicina avanza, progresa; algunas enfermedades que antes eran invalidantes ahora ya no lo son; en fin, hay una serie de elementos y también aparecen nuevas patologías. Entonces, cada cierto tiempo es muy necesario hacer una revisión de las normas de calificación de invalidez, y ese es el parámetro respecto del cual deben fallar o resolver los integrantes de las comisiones médicas regionales. Entonces, si hay alguna falla en la norma de calificación, naturalmente es muy importante resolverla.

Está de más decir que estamos hablando de situaciones médicas de seres humanos, y eso tiene una cantidad de matices. Las cosas suelen no ser ni blancas ni negras; entonces, esos médicos que han acumulado mucha experiencia a lo largo de los años tienen una alta probabilidad de resolver adecuadamente; pero, por supuesto, se pueden equivocar.

De ahí que también en algunos casos, sobre todo porque no están completamente configurados o porque pudiera haber algún antecedente de enfermedad laboral o accidente del trabajo, esas son las razones por las cuales, en general, se ven en la necesidad de apelar las compañías de seguros.

Respecto de lo que decía el diputado Barros de la independencia, es verdad que los médicos integrantes de las comisiones médicas regionales no trabajan *full time* en eso, porque tienen otras actividades. Todos sabemos que en la mayor parte de las ciudades las personas o los médicos tienen su grupo de relaciones. Probablemente, se encuentran con otras personas en el hospital o donde sea, pero, a nuestro entender, el trabajo que hacen los médicos integrantes de las comisiones médicas regionales es altamente independiente. Eso es lo que nosotros entendemos, eso es lo que vemos; solo que, a veces, no está configurado, porque vemos que hay tratamientos pendientes e igual, por distintas razones, la comisión lo resuelve, lo cual obliga, alguna manera, a las compañías a apelar, por no estar plenamente configurado.

Señorita Presidenta, nuestro asesor legal quiere hacer algunas consideraciones respecto de los médicos asesores.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el asesor legal de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Francisco Serqueira.

El señor **SERQUEIRA**.- Señorita Presidenta, seré muy breve.

Respecto de los médicos asesores, quiero mencionarles que el artículo 22 bis del reglamento del decreto ley N° 3.500 se refiere específicamente a ellos.

En consecuencia, si he escuchado y se comenta que podría existir un incumplimiento de esas disposiciones legales, es un tema de fiscalización pero no de falta de normas.

¿Por qué? Porque en todo trámite de pensión de invalidez, la disposición legal vigente dice que se deberán presentar los antecedentes médicos que fundamenten su solicitud ante un médico cirujano designado por la comisión médica regional de entre aquellos incluidos en el registro público de asesores, primero, y luego, en la sesión de la comisión médica regional. La norma vigente también establece que el afiliado solicitante debe asistir con el médico asesor, que es de este registro público de asesores, o con un médico tratante que sea de su confianza. O sea, la presencia del médico asesor no es una cuestión voluntaria, es una cuestión que está establecida en una norma reglamentaria.

Ahora, el tema de si esa norma reglamentaria se cumple o no es una situación bastante ajena a la actividad de las compañías de seguros. Esa ya es otra actividad.

En cuanto a la pregunta sobre los honorarios de los médicos asesores, la disposición legal vigente establece que los honorarios de los médicos asesores serán de cargo de la Superintendencia de Pensiones, y aunque estos no son funcionarios dependientes de la Superintendencia de Pensiones, esta entidad es la que paga los honorarios.

Además, esta misma normativa legal vigente establece la existencia del registro público de asesores y, para estos efectos, la autoridad ha hecho licitaciones, ha pedido currículos y tiene un registro público de asesores. O sea, no es de nuestra incumbencia si existen médicos asesores en todo el país o en todas las comisiones. Ese es un tema distinto, pero que la cuestión del médico asesor está vigente en las normas legales pertinentes, lo está, específicamente, en este caso, en el decreto reglamentario.

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

El señor **BARROS**.- Agradezco la respuesta.

Mi pregunta es cuál debiera ser, según nuestros invitados, el estatus de registro público. Porque el común usuario probablemente no sabe cuál es el registro público o dónde buscarlo; cuál debiese ser el estatus respecto del acceso universal a esos registros que se dicen públicos, pero que les garantizo que el 99

por ciento de esta sala no tendría posibilidad de acceder, para efectos de verificar los integrantes de dicho registro público.

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

El señor **ILABACA**.- Señorita Presidenta, consulté respecto de la opinión que tenían las compañías de seguros en cuanto al hecho de que cuando la comisión médica regional solicita interconsulta, los médicos que atienden sean pagados por las mismas compañías.

Entonces, me gustaría conocer la opinión que tienen nuestros invitados respecto de este hecho que, en definitiva, va a incidir en la decisión de la solicitud, porque claro ellos tienen derecho a voz dentro del proceso de calificación. Pero tienen más que un derecho a voz, ellos pagan a los médicos que van a efectuar o van a entregar resultados respecto de las interconsultas solicitadas por las mismas comisiones médicas regionales, cuestión en la que, según pienso, aparecen ciertos intereses comprometidos.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Ustedes tienen participación en la comisión médica, como señala su misma presentación, pero también tienen participación en la Comisión Técnica de Invalidez, que es la que fija normas, en la que se establece también qué enfermedades pueden ser objeto de pensiones, en qué grado, etcétera, y al respecto ha habido hartos problemas.

También hemos recibido, han venido a conversar con nosotros, a afectados por fibromialgia, que quedó fuera, por lo menos en un porcentaje de invalidez que para los trabajadores es importante.

Hay mujeres y hombres que se ven afectados por esa normativa. Traigo a colación el tema, porque la nómina de integrantes de la Comisión Técnica de Invalidez, que es la que establece estos criterios, está constituida por el superintendente de Pensiones, la presidenta de la comisión médica central, un representante del consejo de rectores del Cruch, un representante de las compañías aseguradoras y un representante de las AFP.

Por lo tanto, el afiliado o los pensionados de invalidez solamente tendríamos que ver si el superintendente de Pensiones, o, en su caso, la Comisión Médica Central tengan representación.

En mi opinión, donde se determina la normativa, en verdad, la balanza se desequilibra absolutamente, porque participan en el establecimiento de normas y luego determinan si a la persona se le entrega o no la pensión.

En ese sentido, me gustaría saber la opinión de nuestro

invitado al respecto, pues creo que nuestras propuestas deben contener la diferenciación de eso, es decir, como cualquier órgano imparcial establece las normas, pero no puede ser el mismo que determina.

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero disculparme con el diputado Ilabaca, ya que no contesté su pregunta.

En ese sentido, efectivamente existe una nómina de médicos interconsultores fichados -por decirlo de alguna manera- contratados por la Comisión Médica Regional. El proceso consiste en que una vez presentada la solicitud, primero, se ve si entre los tres médicos que hay en la comisión existe algún especialista en la patología predominante que esa persona presenta. Si hay un especialista, no se recurre a ningún médico interconsultor; si no lo hay, se recurre a uno de los médicos interconsultores, y el presidente de la Comisión Médica Regional decide a quién se le asigna ese caso de la lista que ellos han fichado o contratado -no sé cómo decirlo-. Después, llega una boleta de honorarios de ese médico, la que es pagada por la compañía de seguros, cuando la persona tiene derecho a la cobertura del seguro.

Por lo tanto, la compañía no participa ni en la designación del médico, ni en la práctica tampoco tiene una relación de conversación ni nada con el médico interconsultor.

En cuanto a la Comisión Técnica, efectivamente las compañías de seguros tienen un representante. Es bueno mencionar que es un médico y de hecho es bastante conocido.

Ahora, si bien en los últimos años ha habido un par de discrepancias técnicas respecto de situaciones específicas, en general el trabajo ha sido muy técnico, para calificar de verdad si hay un impedimento para trabajar o no, y ese ha sido el enfoque para ir construyendo las normas.

Naturalmente no nos parece que sea de la esencia de este seguro que las compañías de seguro tengan un integrante en la Comisión Técnica. Ha sido un trabajo colaborativo, contributivo, muy técnico, en el sentido de avanzar en determinar verdaderamente cómo está configurado un impedimento.

Ese ha sido siempre el ánimo; ha habido discrepancias técnicas, lo que creo que no es malo. De hecho, si no fuera así, debería haber un proceso público de consulta en el cual se podrían plantear sus inquietudes. Me parece que es un tema que perfectamente se puede revisar.

Quiero insistir en que el foco de la comisión es elaborar

normas lo más objetivas posibles, porque lo difícil, a partir de las normas, es el caso a caso, dado que, como dije, la situación de las personas siempre es compleja y, por otra parte, este sistema tiene como misión determinar si la persona tiene un impedimento para trabajar. Ese es el objetivo de este seguro.

Señorita Presidenta, en cuanto a la consulta del diputado Barros, me gustaría que conteste Francisco Serqueira

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

El señor **SERQUEIRA**.- Señorita Presidenta, los registros públicos están en los portales pertinentes de las autoridades, no en el portal de la Asociación de Aseguradores, porque no tiene ninguna relación con eso.

Los médicos interconsultores son contratados por el organismo público competente, son administrados por el organismo público competente.

El señor **BARROS**.- Perdón, no he calificado que no sean públicos, sino que mi pregunta apunta a juicio de nuestros invitados, porque se puede decir que muchas cosas son públicas, como todas aquellas personas que trabajan para el gobierno de Chile, pero ante un tema sensible como este, tengo la impresión de que a nivel de usuario debe ser complejo que les digan que todo el registro de doctores adscritos al sistema de calificación es público.

Por eso me gustaría saber la opinión de nuestros invitados y si esto debiese tener un estatus distinto desde el punto de vista del usuario, que no solamente se diga que es público, porque se pueden revisar cerros de información hasta llegar a un determinado punto en que se queda satisfecho, pero el común del usuario muchas veces tiene acceso bastante precario y de conocimiento y de educación frente al sistema.

Por lo tanto, me gustaría saber si pudiese tener una relevancia distinta lo público, desde el punto de vista de la facilidad de acceso. Como dije, no es una imputación hacia nuestros invitados, sino espero su opinión al respecto.

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

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, creo que siempre es valioso todo lo que se haga por hacer público este tipo de información.

Ahora, hay que tener en cuenta que cuando la persona inicia un trámite de este tipo, ella o algún familiar, siempre se deben

acercar a la Comisión Médica Regional, y en esa instancia sí está la información disponible y comunican a las personas de esta posibilidad. Claro, es algo que el común de los ciudadanos no lo tiene presente, porque no le ha tocado vivir la experiencia, pero ante esa situación se deben acercar a la Comisión Médica Regional y le van a decir que tiene derecho a la asesoría de un médico.

Si me permite un símil, señorita Presidenta, los que hemos sufrido la desgracia del fallecimiento de un familiar, no sabemos qué hacer, pero en la funeraria nos dicen cómo hacer los distintos trámites. Es malo el ejemplo, pero es gráfico, en el sentido de que orientan.

En este caso, ocurre lo mismo. El personal administrativo de las comisiones médicas juega un rol muy relevante de información a los afiliados.

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

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, cuando hay un caso de un trabajador cuya invalidez es evidente, no hay ninguna discusión.

Por ejemplo, si se presentan cien personas a las comisiones médicas regionales de invalidez, me gustaría saber cuántos son denegados y cuántos aceptados. Saqué la cuenta que en nueve años que presentaron en la infografía, si se divide por mes, son 15.000 personas; dividido por doce regiones, son 1.296 personas. Entonces, 86 personas por mes están siendo pagados por la compañía de seguros, pero no sé cuánta gente no tiene esta posibilidad.

En cuanto a los accidentes laborales, me imagino que hay otro seguro que los cubre y no se ha tratado en la sesión.

Me gustaría saber cuántas personas que ingresan al sistema pidiendo pensión por invalidez o sobrevivencia acceden a ellas y cuántas quedan fuera, dado que tienen una estadística sobre a quienes se les otorga, donde es impresionante decir que cien personas al mes van a la invalidez. Eso quiere decir que estamos haciendo algo mal en nuestra sociedad, que todos los meses casi cien personas salen del sistema laboral, lo que es un problema.

Reitero, me gustaría saber cuánta gente, teniendo la enfermedad, por alguna circunstancia, no logran obtener este beneficio que otorga la ley.

Recordemos que esta comisión es para investigar justamente sobre denegación y concesión de pensiones de invalidez y sobrevivencia.

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

ofrecer la palabra, quiero hacer una consulta relacionada con una pregunta que formuló el diputado Baltolu al superintendente de Pensiones sobre los montos anuales cancelados por prestaciones médicas. El superintendente contestó haciendo la diferenciación entre las AFP y las compañías aseguradoras. Nos dieron una cifra de 5.600 millones y fracción en 2017, por parte de las compañías aseguradoras.

Quiero saber si eso está considerado en este gráfico.

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, está en el gráfico siguiente. En el número de prestaciones no hay montos de dinero.

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

Entonces, ¿cómo ha ido variando? Porque ese concepto es por exámenes e interconsultas en específico. ¿Nos podría dar más detalles al respecto?

Tiene la palabra el diputado Frank Sauerbaum.

El señor **SAUERBAUM**.- Señorita Presidenta, en la comisión hemos recibido un instructivo del protocolo de atención y orientación de solicitud de pensión de invalidez. Entiendo que son las AFP quienes formulan una serie de preguntas a las personas, pero llama especialmente la atención la pregunta número once, que me parece está al borde de lo cruel, por decirlo de una manera: ¿Está usted recibiendo subsidio por licencia médica por la misma causal que solicita la invalidez?

El ejemplo que dan es el siguiente: Si usted se presenta por un lumbago crónico y se le asigna un porcentaje de menoscabo por este, independiente de cuál sea, en adelante no podrá solicitar licencia médica por la misma patología.

Este ejemplo me parece bastante cruel para una persona que sufre una enfermedad.

Existe una minoría de chilenos que abusa del sistema, y estamos conscientes de eso, al igual que algunos médicos, pero la gran mayoría hace buen uso del sistema.

Quiero saber si ustedes tienen algo similar para hacer uso de este beneficio. Porque este cuestionario me parece bastante insólito.

Señorita Presidenta, creo que también tendremos que analizar cómo finalmente se determinan las solicitudes de invalidez que hoy tenemos en el país.

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

El señor **SERGUEIRA**.- Señorita Presidenta, el trámite de la solicitud de pensión de invalidez es un trámite que se realiza

en instituciones distintas de las compañías de seguros. Es decir, las compañías de seguros no tienen ninguna participación en la tramitación de la solicitud.

Respecto de la consulta del cuestionario, es un cuestionario que está revisado y es propio de las Administradoras de Fondos de Pensiones, y está bajo la tutela de la Superintendencia de Pensiones.

En lo particular, mi opinión es que la consulta a la que usted se refiere guarda relación con que si una persona, dentro de los impedimentos configurados que le dan derecho a una pensión de invalidez se encuentra determinada patología, no puede posteriormente, siendo pensionado por invalidez, solicitar subsidio de incapacidad laboral por esa misma patología.

Ese debe ser el sentido de esa frase. A lo mejor, no está perfectamente escrita.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Quiero agregar, respecto de esa solicitud, que se conversó con el superintendente que el único requisito para una persona es presentar su carné de identidad para iniciar el trámite.

Por lo tanto, ese formulario está fuera de la ley. De hecho, el superintendente dictó una nueva resolución para que las AFP tengan conciencia de que la ley establece un solo requisito y, por lo tanto, cualquier otra solicitud está fuera de los marcos legales.

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, respecto de la consulta del diputado Baltolu, es efectivo que hay gente que no accede al beneficio porque se determina que no está configurado el impedimento, o el impedimento no llega al 50 por ciento, que es el mínimo que se requiere para la invalidez parcial, o dos tercios para la invalidez total.

Eso es así. No manejo las cifras exactas, pero entiendo que del orden del 45 por ciento no accede y el 55 por ciento, accede. Ese es más o menos el orden de magnitud, pero me podría equivocar.

Respecto de los pagos de los médicos interconsultores y de los exámenes, coincidimos con la cifra que dio la Superintendencia de Pensiones. Son del orden de 5.500 millones de pesos al año lo que pagan las compañías.

Por último, respecto de la consulta del diputado Sauerbaum, en el caso de los seguros no existe ningún cuestionario, ni podría existir, porque no hay ningún contacto con el afiliado

hasta que se le paga el aporte adicional en la cuenta individual.

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

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, respecto de la pregunta número once. Es una advertencia que le hace al usuario que se presentó. Dice: La evaluación le asigna algún grado o porcentaje de menoscabo o disminución.

¿Cómo se paga eso? ¿Cómo recibe ese dinero del seguro?

Porque se supone que va a seguir trabajando y recibirá su sueldo completo más este porcentaje que le asignaron por invalidez.

A lo mejor ahí está la clave para limpiar el sistema de las personas que hacen mal uso de las licencias médicas respecto de aquellas que la necesitan, que son la mayoría.

Me llama la atención esa advertencia, pero me da la sensación por la lectura que puede volver a trabajar y recibir su sueldo, y además recibe este bono por invalidez.

Quizás la empresa hace la rebaja en el sueldo; no lo sé.

¿Cómo se realiza este procedimiento?

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

El señor **CLAUDE**.- ¿Podría leer nuevamente, señor diputado?

El señor **BALTOLU**.- La advertencia es la siguiente: "Debe tener presente que si la Comisión Médica rechaza la invalidez, pero en la evaluación le asignan algún grado o porcentaje de menoscabo o disminución de la capacidad de trabajo o alguna patología, en adelante esa patología no podrá invocarse para futuras licencias médicas.

Por ejemplo, si usted se presentara por un lumbago crónico y se le asigna un porcentaje de menoscabo por este, independientemente de cuál sea, en adelante no podrá solicitar licencia médica por la misma patología".

Entonces, me induce a decir que sigo trabajando, recibo mi sueldo y, además, recibo el porcentaje que me asigna el seguro de invalidez.

Esa es la duda que tengo, por esta lectura. Por lo tanto, hay personas que pueden decir, pide la licencia, aunque te den un porcentaje, sigues trabajando y recibes por otro lado.

No sé si eso ocurre, pero insisto por la lectura me induce a pensar de esa forma.

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

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, quizás es bueno recordar, como mencioné al principio, que el pago de la compañía de seguros se hace de una vez. Es un pago único que completa el saldo en la cuenta individual de la persona para que pueda acceder a la pensión que corresponde al 70 por ciento del promedio de los últimos 120 meses.

Entonces, no es que haya un pago mensual por parte de la compañía, sino que se paga una vez y después la persona se pensiona y sigue con su pensión normal.

Además, es bueno recordar que este sistema está hecho pensando en las personas que pierden su capacidad de trabajo. En general, uno debería pensar que al menos en el mismo trabajo es difícil que pudieran seguir una vez que está configurado el impedimento de invalidez de al menos dos tercios, lo que significa que tiene más del 50 por ciento de menoscabo en su capacidad de trabajo en términos genéricos, o de invalidez parcial o de invalidez total si tiene más de dos tercios de la pérdida de su capacidad de trabajo en términos globales.

Es difícil que una persona que se presente pueda seguir trabajando en el mismo trabajo. Es verdad que puede trabajar en otro oficio, a lo mejor en una actividad distinta, pero si está presentando su expediente de invalidez lo más probable es que ya no esté en condiciones de seguir desempeñando las mismas labores en su trabajo. Es así más o menos como funciona.

Insisto, una vez que la persona accedió a la pensión de invalidez, es suya de por vida; no hay ninguna duda al respecto. Y si tiene la suerte o la fortuna de conseguir otro trabajo, enhorabuena, porque quiere decir que va a tener acceso a un doble ingreso.

Nosotros entendemos que si las normas están bien hechas, en principio, lo que uno debería pensar, es que la persona va a tener dificultades para desarrollar su actividad laboral normal y, por lo tanto, va a tener que buscar un trabajo de otras características.

El señor **SERQUEIRA**.- En todo caso, señorita Presidenta, también hay que considerar que la declaración o el dictamen ejecutoriado de invalidez no es una causal legal de término del contrato de trabajo.

Hace 40 o 50 años, en nuestra legislación, se relacionaba la declaración de invalidez con el término del contrato de trabajo. Hoy, la declaración de invalidez no es causal legal de término del contrato de trabajo.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Al inicio de la sesión cometí un error, pues dije que estaba pendiente un oficio de la Superintendencia, que ya llegó, que informa sobre la cantidad de apelaciones que presentan las compañías aseguradoras a los dictámenes.

En los dictámenes de las comisiones médicas, se observa un rechazo de más de 50 por ciento del total de las solicitudes de invalidez, y respecto de las aprobaciones, las compañías estarían apelando al 30 por ciento de los dictámenes. Por lo tanto, el número de solicitudes de invalidez que obtiene una pensión es muy bajo. Por eso, quiero saber su opinión al respecto. Entiendo los motivos que puede tener la compañía aseguradora para apelar. De hecho, acá lo dijeron inmediatamente. Pero quiero ir más allá, porque hay casos en que la persona no cumple los requisitos, sin embargo, la compañía aseguradora participa en el comité técnico donde se establece qué enfermedades entran, también se incorpora la comisión donde se decide si se otorga o no la pensión, y finalmente está la apelación. Es decir, hay tres instancias en las que interviene la compañía aseguradora para que no se otorguen pensiones de invalidez cuando la compañía tiene interés en que no se paguen.

Por consiguiente, ¿cómo evalúan todo esto? Porque, finalmente, esta comisión propondrá cambios normativos para que los afiliados tengan garantizado ese derecho. Pero estos números son reveladores, porque las personas que solicitan son rechazadas, y además después los dictámenes son apelados por las comisiones. Incluso, la misma presidenta de la Comisión Médica nos señaló que no tienen médicos asesorándolos. O sea, no tienen la información que requieren para poder apelar. Por eso, las compañías aseguradoras tienen una mejor opción para poder apelar.

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, me parece que en el mismo informe que dio origen a esta comisión se menciona la cantidad de trabajo que tienen las comisiones médicas. Se habla de una cantidad de resoluciones, por hora, que son bastante significativas.

La principal preocupación de nuestros médicos observadores tiene que ver con que, en algunos casos, la resolución se emite a una velocidad un poco alta.

También, hay que comentar que el número de solicitudes de invalidez se ha multiplicado por dos, en los últimos seis o siete años, y las comisiones médicas son las mismas. Por lo tanto, hay

una carga importante de trabajo. Entonces, lo que ven nuestros médicos observadores -los médicos observadores de las compañías de seguros-, es que, en algunos casos, podría estarse resolviendo un caso que no está completamente configurado; en particular, tiene que ver con tratamientos pendientes, por estar en lista de espera o por una cirugía que se requiere, lo que permitiría a la persona volver a estar habilitada. Efectivamente, cuando se está ante este tipo de situaciones, los médicos de las compañías apelan. Pero insisto en que las razones por las cuales se apela siempre son las mismas.

Como mencionó el diputado Sauerbaum respecto de las mutuales, en lo que es accidente del trabajo y enfermedades profesionales, la institucionalidad es bastante menos robusta, y, además, ser declarado inválido por accidente del trabajo no es lo mismo que ser declarado inválido por el decreto ley N° 3.500, básicamente, porque si la persona es declarada inválida por accidente del trabajo, se le paga la pensión hasta que cumpla la edad legal de jubilar y después debe acogerse al régimen normal y acceder a una pensión que, probablemente, será más baja.

Entonces, los médicos están atentos a las enfermedades profesionales, a los accidentes del trabajo y a la existencia de tratamientos pendientes, que impidan tener una conclusión definitiva respecto de si la persona perdió o no la capacidad de trabajo.

De manera que sí, efectivamente, entre la carga de trabajo que tienen las comisiones y el tipo de situaciones que describí, hay una tasa de apelación que es significativa. Pero, por supuesto, la que resuelve es la Comisión Médica Central, en la que no participa ningún médico representante de las compañías de seguros, y esa resolución es inapelable. Por consiguiente, ahí hay una instancia en la que se vuelve a revisar, a la luz de las normas de calificación, si la persona tiene configurado completamente el impedimento o si faltan elementos para llegar a esa conclusión.

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

El señor **MELLADO** (don Cosme).- Señorita Presidenta, quiero saber qué sucede con las personas que acuden a la Compín, situación que seguramente también ha observado la mayoría de los parlamentarios en los territorios que representan. La Compín o Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, resulta ser el terror de la mayoría de aquellos que están afectados por una enfermedad progresiva.

El médico tratante emite un informe absolutamente desfavorable sobre las capacidades físicas o condiciones en que se encuentra la persona, y yo me pregunto de qué sirve, si al médico tratante, que es quien realmente conoce el caso, se le rechaza esa posibilidad de parte de la comisión médica, porque no indica los porcentajes que acreditan para obtener la pensión.

Qué saca, si después van a ir a reclamar a la misma comisión, o van a apelar a la misma comisión, cuando, en realidad, van a volver a ser rechazados. No sé cuántos rechazos han sido acogidos, después de la apelación. Esa es la duda.

Creo que una cosa es decir: Sí, están apelando. Pero cuántos han logrado revertir esa situación, porque, al final, el médico tratante es quien queda desacreditado.

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

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, aquí se ha escuchado muchas veces que la AFP no ha venido, que no han llegado a esta mesa a explicar.

Con su experiencia, ¿cuánto tiene que ver la AFP? Porque en el cuadro que presentaron se consigna que el fondo de pensiones es el que tiene el trabajador, es propio, y por la invalidez se le asignan los años que les faltan y el seguro le asigna lo otro.

Entonces, por qué los diputados siguen insistiendo en el tema de la AFP, porque a la AFP lo único que le corresponde es poner el dinero que tiene el trabajador, no tiene ningún impedimento. Me gustaría que usted aclare si tiene parte. A lo mejor las AFP tenían parte en la aseguradora. Usted dijo que era poco probable. Entonces, es la parte del seguro y no de la AFP. Habría que separarlo.

¿Cuál es su experiencia en este caso?

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Solo quiero agregar una pregunta.

Nos señalaron que las comisiones médicas regionales tienen mucha carga de trabajo y que aquello afectaría su labor. Quiero saber si esa información se le ha hecho llegar a la Superintendencia de Pensiones. De otra forma, habría que buscar los mecanismos necesarios para reforzar las comisiones médicas, aunque, en este caso, debiera hacerse a través del Presupuesto de la Nación. Lamentablemente, al igual que la presidenta de la comisión, el superintendente también informó que los médicos contratados eran financiados, supuestamente, por la superintendencia, lo cual no es cierto. De hecho, el mayor

financiamiento para las comisiones médicas proviene de las AFP, incluso para el funcionamiento del software que utilizan.

¿La superintendencia está al tanto de esa información? Lo pregunto, porque me gustaría ver la forma de reforzar, razonablemente, el funcionamiento de las comisiones médicas, con el fin de que sean un organismo imparcial, que pueda resolver las situaciones de su competencia.

Respecto de lo que señaló el diputado Baltolu, la superintendencia nos habló acerca de la relación entre las compañías aseguradoras con las AFP, de qué grupo económico provenían. Prácticamente, todas están ligadas; es decir, no hay compañía aseguradora que no tenga relación con alguna AFP.

También nos mencionó que la licitación no la ganó una compañía aseguradora relacionada o vinculada con las AFP que están pagando este seguro, pero me gustaría saber qué opinan respecto de la normativa, porque si no se establece una prohibición de manera que no exista relación o vínculo alguno, eventualmente, esto podría ocurrir, tal como ocurría antes de la licitación.

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

El señor **CLAUDE**.- Señora Presidenta, en Chile hay 32 compañías de seguros de vida y hay seis AFP, de las cuales tres tienen vínculos de relación de propiedad con compañías de seguro. Por lo tanto, el ámbito de acción de las compañías de seguro es bastante más amplio que el de las administradoras de fondos de pensiones, en cuanto a su estructura de propiedad.

Por otro lado, en este tipo de seguro no participa una única compañía de seguro, sino que lo hacen un conjunto compañías, porque cada vez que hay que hacer el pago de un aporte adicional, no lo hace una sola compañía de seguros a la cual le tocó pagar. Cada una de las compañías de seguros que participa paga un porcentaje, de acuerdo con el número de fracciones que se adjudicó en la licitación de un pago único. Por eso, me parece difícil que suceda lo que todos estamos pensando, de hecho, no quiero ni siquiera mencionar la palabra.

Respecto de la pregunta del diputado Baltolu, creo que las AFP perdieron mucho rol después de la reforma de 2008. Antes, ellas mismas se autoaseguraban; por lo tanto, tenían la función de tramitar el proceso para pagar al final. Eso cambió y, por ende, dado que el pago cambió del ámbito de la AFP, aunque la resolución nunca estuvo adentro, la AFP ya no tiene un interés presente en si la persona es declarada inválida o no, no le afecta su estado de resultado.

Respecto de la pregunta del diputado Mellado, por su intermedio, pido a nuestro asesor legal, señor Francisco Serqueira, que responda, porque no sé nada de las Compín.

El señor **SERQUEIRA**.- Señora Presidenta, tengo la impresión de que el señor diputado quiso referirse a las comisiones médicas regionales del sistema de pensiones del segundo pilar. El Compín es una institución perteneciente a los servicios de salud que cumple la función de calificar otras materias.

Otra cuestión es que nosotros no representamos, no somos parte ni nombramos a los integrantes de las comisiones médicas regionales. Naturalmente, las comisiones médicas, que antes estaban abocadas solo a la evaluación de la incapacidad para efectos del sistema de pensiones del segundo pilar, se incorporaron por la reforma previsional que creó el primer pilar del sistema de pensiones. En ese primer pilar, en todo lo referente a las pensiones de invalidez y de aporte previsional solidario de invalidez, esta carga de trabajo se agregó a las comisiones médicas regionales. Si ustedes revisas el proyecto de reforma previsional, también, cuando se hace referencia al subsidio y al seguro de dependencia, aparece que se encargará la determinación de la dependencia, esto es, de no poder hacer las actividades más esenciales de la vida, a las comisiones médicas regionales.

Todos nos podemos enredar con algunas palabras. En Chile, como en otras partes, en materia de salud laboral, que está graficada por los cuerpos normativos sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, la cuestión está en determinar la relación de causalidad entre una enfermedad, que está en una lista o que se puedan agregar otras patologías a esa lista, y un trabajo determinado. La enfermedad profesional es la que se produce a consecuencia directa del trabajo que realiza una persona; eso es lo que se determina.

La señora **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por 10 minutos?

Acordado.

Tiene la palabra el señor Francisco Serqueira.

El señor **SERQUEIRA**.- En cambio, cuando hablamos del sistema de pensiones del segundo pilar, que es muy importante para ubicarnos en el segundo pilar de nuestro sistema de pensiones, el tema es completamente distinto. No hablamos de una incapacidad profesional, sino de la pérdida de la capacidad de trabajo. Por ejemplo, en materia de salud siempre aparecen, sea en la ley de salud, en la ley Ricarte Soto, etcétera, los términos situación

de salud, enfermedad o patología. En cambio, en materia de pensiones de invalidez no aparecen estas palabras, porque estas deben constituir impedimentos, y para requerir una prestación de seguridad social del segundo pilar por invalidez, se necesita que los impedimentos estén configurados. Todo eso se relaciona, a su vez, con un manual técnico, porque el impedimento configurado requiere de cinco elementos, uno de los cuales es la evolución, las medidas generales y terapias médicas accesibles, o que están a disposición o que están pendientes.

Entonces, siempre hay que pensar, en esta cuestión, en una especie de política pública, porque, por ejemplo, el problema del GES, el de la lista de espera sobre una operación de cadera, etcétera, hay que resolver si se trata de un tema de salud o de pensión, que es permanente. O sea, si se determina que un impedimento es permanente, ya no se puede haber tratamiento.

La señora **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Lo que pasa es hay afectados que aún están tramitando su pensión de invalidez y, por lo tanto, necesitan licencias médicas, porque no pueden ir a trabajar por el impedimento que tienen, impedimento que tiene que probarse. Sin embargo, las mismas isapres o Fonasa solicitan que no se pague la licencia médica mientras está en tramitación el procedimiento. Es decir, piden que se declare la pensión de invalidez, pero sin que se pague la licencia; por lo tanto, esa persona se queda sin recibir ningún recurso, a causa de procedimientos cuya determinación en algunos casos dura años.

Por otra parte, señalar que encontré la diapositiva que contenía los vínculos de las compañías aseguradoras y se los haré llegar. Por lo menos, hay cuatro AFP involucradas con siete compañías aseguradoras; pero de todas maneras me gustaría saber cuántas personas están inscritas en esas compañías aseguradoras.

Les pido que nos hagan llegar esa información, aunque entiendo que en esta oportunidad, tal vez, es muy inmediato.

Las compañías SURA, Principal, Vida Cámara, Confuturo, Coopseguros y Metlife tendrían relación con AFP Capital, AFP Cuprum, AFP Habitat y AFP Provida.

Insisto, si nos pueden entregar esa información sería muy útil.

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, respecto de su última pregunta, es bueno recordar que el seguro es uno solo y, por lo tanto, todos los afiliados están adscritos al seguro de invalidez y de sobrevivencia por turnos, o sea, por contrato.

Ahora estamos en el sexto contrato. Ahí están todos, independientemente de la AFP en que estén, y pagan las compañías que se adjudicaron la fracción correspondiente. No existe una relación uno a uno entre compañías de seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- De igual manera, sería útil que nos entreguen la información sobre la cantidad de adscritos.

El señor **CLAUDE**.- Sí, son todos los afiliados cotizantes; le enviaremos esa información.

Respecto de si la Superintendencia de Pensiones estará consciente de la sobrecarga de trabajo, nosotros creemos que sí.

Nos relacionamos con el Estado a través de la CMF (Comisión para el Mercado Financiero), que es nuestro regulador, pero naturalmente existe una comunicación bastante fluida con la Superintendencia de Pensiones a raíz de esos temas. De hecho, hemos visto acciones concretas; por ejemplo, en el pasado ha habido comisiones itinerantes que se han trasladado de ciudad en ciudad para ayudar a "sacar los tacos", por decirlo de alguna manera. También hemos visto cómo ha aumentado el número de comisiones médicas en las principales regiones del país, incluso en Santiago, donde ya están funcionando ocho comisiones. Es decir, hay un esfuerzo de adaptarse por parte de la Superintendencia de Pensiones.

Sí, me sorprende un poco que haya aumentado al doble el número de solicitudes, por eso la gran pregunta es si eso es permanente o es una situación transitoria, porque adecuarse a la situación transitoria de un número muy alto de solicitudes podría ocasionar que en el futuro no hubiera una carga de trabajo adecuada.

Creo que la superintendencia ha estado en eso, calibrando, abriendo nuevas comisiones médicas y adaptando a los requerimientos de ese tipo de solicitudes.

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

Si no hay más preguntas, daré por concluida esta sesión.
Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 12.36 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