



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°12, CELEBRADA EL MIÉRCOLES 10 DE abril DE 2019, DE 9.05 a 10. 25 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 Karin Luck Y los diputados Ramón Barros, Juan Luis Castro, Andrés Celis, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado, Guillermo Ramírez y Frank Sauerbaum.

Concurren, invitados, el director de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas, Jorge Parada, y la asesora jurídica de la Asociación Gremial de las Administradoras de Fondos de Pensiones, Constanza Bollmann.

III.- CUENTA

1.- Correo electrónico de las personas que a continuación se señalan, por el cual confirman su asistencia: Constanza Bollmann, Fiscal de la AAFP y Jorge Parada Director Ejecutivo de Fundación de Administración de Comisiones Médicas.

2.- Conclusiones y propuestas de diputada señora Yeomans y diputado señor Mellado.

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 12ª, celebrada en miércoles 10 de abril de 2019,
de 09.05 a 10.25 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside la diputada señorita Gael Yeomans.

Asisten la diputada Karin Luck Y los diputados Ramón Barros, Juan Luis Castro, Andrés Celis, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado, Guillermo Ramírez y Frank Sauerbaum.

Concurren, invitados, el director de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas, Jorge Parada, y la asesora jurídica de la Asociación Gremial de las Administradoras de Fondos de Pensiones, Constanza Bollmann.

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).- Esta sesión tiene por objeto recibir a la fiscal de la Asociación Gremial de AFP, señora Constanza Bollmann, y al señor Jorge Parada, director de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas.

Tiene la palabra el señor Jorge Parada.

El señor **PARADA** (director de Fundación de Administración de Comisiones Médicas).- Señorita Presidenta, agradezco mucho la invitación; también, que me haya dado una segunda oportunidad para participar, ya que no pude asistir a la primera invitación.

Quiero comenzar con una breve presentación sobre la Fundación de Administración de Comisiones Médicas y de cómo funciona hoy el sistema de comisiones médicas, tema que les interesa.

Asimismo, como hemos seguido con mucho interés las sesiones anteriores, voy a referirme a algunos temas que, me parece, han provocado confusiones y que es necesario aclarar.

A partir de la creación del sistema actual de pensiones de 1980, el reglamento del decreto ley N° 3.500, en su artículo 8°, fija que la administración de las comisiones médicas corresponderá a las AFP y serán financiadas en conjunto por estas y por el Instituto de Previsión Social.

Además, el texto legal muestra que las AFP y el Instituto de Previsión Social concurrirán al financiamiento de estas comisiones en la proporción que les corresponda, de acuerdo al porcentaje que represente el número total de interesados que presentaron solicitudes de pensión de invalidez

en cada una de ellas y el citado instituto en el año calendario anterior a aquel que se está financiando.

El mismo reglamento, artículo 19, dice que la administración y financiamiento señalado en el artículo anterior son responsabilidad del IPS y de las AFP, pero que se exceptúan los gastos que se derivan de la contratación del personal médico. El personal médico, por ley, lo contrata la Superintendencia de Pensiones.

También la norma dice que las AFP deben velar por que los locales en que funcionen las comisiones médicas estén ubicados en lugares centrales de la región que corresponda, que sean de fácil acceso para los solicitantes, que tengan la amplitud necesaria y que estén debidamente equipados para la atención de personas con discapacidad.

Además, puntualiza que las AFP tienen que proveer de personal de secretaría y administrativo que se requiera, equipamiento de mobiliario instrumental y material médico, material de oficina y equipos técnicos, sistemas de archivos físicos, magnéticos y electrónicos, sistemas propios de información electrónico interconectados con la Superintendencia de acuerdo con lo que determine una norma de carácter general dictada por ella.

Por último, dice que la Superintendencia tendrá la supervigilancia administrativa de estas comisiones e impartirá las normas operativas que se requieran para calificar la invalidez.

Quería partir con esta norma legal, porque deseo ser muy enfático en decir que las AFP -en este caso, a través nuestro de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas-, tienen la obligación de proveer de todo lo necesario para que una comisión médica funcione, y de todo lo necesario en la infraestructura en los aspectos técnicos y del personal administrativo de apoyo. Pero la verdadera misión de una comisión médica, que es calificar la invalidez de una persona y dictaminar el grado de invalidez, lo realiza la Superintendencia de Pensiones a través de los médicos que contrata. Eso lo explicaré un poco más en detalle.

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

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, entiendo perfectamente el argumento. El asunto hay que apreciarlo desde el punto de vista de la percepción pública. La pregunta es si es razonable, transcurrido los años de funcionamiento del sistema,

que las administradoras tengan que velar porque las comisiones, porque la ubicación y porque la supervisión de los elementos materiales tengan que ser supervisados por las administradoras AFP. ¿O tal vez es mejor, para la imagen, que estemos en presencia de una entidad tal que, desde el Estado, se garanticen todas aquellas cosas que hoy, por el decreto 3.500 y su reglamento, lo tienen ustedes? Les pregunto si ustedes creen, desde el punto de vista de la imagen pública, que es mejor que se releve a las administradoras de todos estos aspectos. Tal vez, esta sería una forma también de contribuir a tener una imagen, por parte de la gente, de los usuarios, de los beneficiarios y de los perjudicados, de que este no es un tema que está cooptado por las Administradoras en su propio beneficio.

Eso es lo que dice la gente y lo digo con entera libertad, en el sentido de que no necesariamente es lo que pienso yo, pero eso es lo que queda.

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

El señor **PARADA**.- Señora Presidenta, cada uno puede tener su opinión, pero nosotros hacemos lo que la norma exige.

Solo quiero hacer un comentario. En términos de imagen, si solo hablamos de ese parámetro, cuando se va a una comisión médica en cualquier parte de Chile, a una de las 23 comisiones médicas, lo que ve afuera es el logo de la Superintendencia de Pensiones. En ninguna parte aparece el logo de las AFP o del IPS, a pesar de que son las AFP y el IPS los que lo financian.

Por lo tanto, en términos de imagen pública, los aspectos de imagen, como es un logo, el que aparece ahí es el Estado de Chile a través de la Superintendencia de Pensiones.

Señora Presidenta, siguiendo con la presentación, de manera de cumplir con la normativa que mostré, las AFP crearon la Fundación de Administración de Comisiones Médicas (FACM), organización de la cual soy director ejecutivo. Esta entidad comenzó sus operaciones en marzo de 2018. Anteriormente, estas funciones se cumplían directamente por las AFP al amparo de la Asociación Gremial, pero en 2018 se decidió separar en dos organizaciones distintas, de manera de poder dedicarle toda la especialización que esta actividad requiere.

La misión de la Fundación es entregar apoyo administrativo y operacional para la gestión de las comisiones médicas dependiente de la Superintendencia de Pensiones, como ya lo dije. La FACM es un equipo de apoyo administrativo compuesto,

aproximadamente, por 190 funcionarios a lo largo de las 21 comisiones médicas regionales, la Comisión Médica Central y la Oficina de administración ejecutiva.

Dicho eso, quiero poner sobre la mesa un punto que, tras haber escuchado las sesiones anteriores, me parece que causa bastante confusión. El punto es quién paga las pensiones de invalidez.

La verdad es que en este punto hay un antes y un después, y la fecha de ese antes y el después es el 2008, con la última reforma al sistema de pensiones.

En la situación actual tenemos tres posibles escenarios:

Primero, los afiliados a las AFP, que no tiene seguro de invalidez y sobrevivencia, y que no lo tiene porque, probablemente, llevan más de un año sin trabajo y, por lo tanto, no hay un empleador que les haya pagado ese seguro. En este caso, es el propio afiliado el que paga su pensión de invalidez al obtener acceso a los recursos existentes en su cuenta de capitalización individual.

Es decir, la persona pide la pensión de invalidez y si se la dan -ya sea total o parcial- lo que obtiene es el acceso a los recursos que tiene en su cuenta de capitalización individual para proveerse de recursos para su vida.

En el caso de los afiliados a AFP con seguro de invalidez y sobrevivencia, es también el propio afiliado, con su cuenta de capitalización individual, el que paga, pero aquí entran las compañías de seguros, porque tienen el seguro. Por lo tanto, todo lo que les falte en la cuenta de capitalización individual para cumplir con los montos que la ley dice que deben cumplirse, lo aportan las compañías de seguros a través del seguro de invalidez y sobrevivencia.

¿Cuáles son esos montos? Si al solicitante o afiliado se le da una pensión por invalidez total, entonces, el monto que la ley exige que deberá recibirá es el equivalente al 70 por ciento del promedio de la renta imponible de los últimos 10 años.

En caso que se la pensión sea por invalidez parcial, el monto será el equivalente al 50 por ciento del promedio de la renta imponible de los últimos 10 años.

Por último, en el caso las pensiones básicas solidarias, es el IPS el que paga las pensiones de invalidez con recursos estatales.

Hasta antes del 2008, la situación era distinta, porque no existía el seguro de invalidez y sobrevivencia con la asociación de aseguradores. En consecuencia, eran las AFP las

que debían proveer los recursos que faltaban para cumplir con la ley.

Por lo tanto, y seré muy transparente en esto, se ha comentado mucho que a las AFP les podría interesar o podrían tener motivaciones para que las personas no se pensionen, pero eso podía ser cierto antes de 2008, porque entonces era muy caro para una AFP que se pensionara uno de sus afiliados. Sin embargo, hoy, en ninguno de los casos las AFP paga algo. En consecuencia, la motivación para la AFP de dificultar a alguien que se pensione, prácticamente, no existe.

¿Quiénes participan de ese proceso y de quién depende?

Los primeros participantes son los médicos integrantes de las comisiones médicas. Y aquí quiero hacer un pequeño alto porque, desgraciadamente, la ley ha hecho que nos confundamos. La ley habla de comisiones médicas, pero habla de comisiones médicas para dos entidades distintas.

Se refiere a comisiones médicas cuando habla de la oficina física donde funciona este servicio y, asimismo, se refiere a comisiones médicas cuando habla del comité de médicos contratados por la Superintendencia, que dictaminan, y a estas dos entidades las llama comisiones médicas.

En consecuencia, si me lo permiten, hablaré de comisiones médicas cuando me refiera al edificio o de la oficina, y hablaré de Comité de Médicos de Comisiones Médicas cuando se trate de los médicos que contrata la Superintendencia.

Los médicos integrantes de las Comisiones Médicas, es decir, del Comité de Médicos, son los principales protagonistas de este sistema, porque son ellos los que dictaminan, y su dependencia es respecto de la Superintendencia de Pensiones. La Superintendencia de Pensiones los recluta, los contrata, les dicta las normas de su trabajo y les paga.

Después están los médicos asesores. Estos son médicos que están en la ley: a todos aquellos solicitantes de pensiones que tengan seguro de invalidez y sobrevivencia se le asigna un médico asesor que le acompaña en el proceso. Ese médico asesor también es contratado por la Superintendencia de Pensiones y, por ende, depende de ella.

Después, tenemos los médicos observadores. Los médicos observadores son médicos contratados por la Asociación de Aseguradores de Chile y participan en las sesiones del dictamen de una pensión de invalidez solo con derecho a voz, no a voto. Básicamente, su misión es catalogar el tipo de dictamen que está pronunciando el Comité de Médicos y tienen la posibilidad de

apelar en caso que no estén de acuerdo con el dictamen.

Luego, está el personal de apoyo administrativo, que depende de nosotros, de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas. A lo largo de todo Chile tenemos 190 personas que apoyan administrativamente a los médicos del Comité de Médicos en las comisiones médicas, elaborando las citaciones, pidiendo horas médicas para los solicitantes para que los vea médicos interconsultores, etcétera.

También tenemos la infraestructura y la tecnología de las oficinas de las comisiones médicas, que también dependen de nosotros. Hoy tenemos 23 oficinas funcionando en Chile, y la cantidad de oficinas y el lugar donde funcionan es una decisión que toma la Superintendencia de Pensiones; es la Superintendencia la que nos informa cuando se requiere que se abra una nueva oficina, una nueva comisión médicas, en alguna parte de Chile.

Finalmente, están los interconsultores externos, que están compuestos por médicos especialistas, laboratorios y asistentes sociales. Este grupo de personas existe porque una comisión médica está integrada por tres médicos de la Superintendencia de Pensiones. En general, médicos no son especialistas; si lo son, el caso que les corresponde ver no necesariamente es de su especialidad; por tanto, ellos piden que sean otros médicos los que hagan el peritaje médico. Lo que hacen los interconsultores no es una consulta médica, está definido por norma como un peritaje. Es decir, no solo deben atender a un solicitante y hacerle una consulta, sino que deben dar una opinión de tipo perito experto en las condiciones en que la Superintendencia les exige que lo hagan. Por consiguiente, todo lo que está alrededor de estos peritajes es bastante más complejo; tiene otra característica, no es simplemente una consulta médica. De hecho, los peritos deben subir todos sus peritajes al Sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas (Sagcom), a fin de que esto sea absolutamente transparente y que nadie, salvo los médicos de la comisión médica, vean los resultados de ese peritaje.

Respecto de los interconsultores externos, el reclutamiento y la selección de ellos lo realiza exclusivamente la Superintendencia de Pensiones; no lo hace ni las AFP ni el Instituto de Previsión Social (IPS) ni la Asociación de Aseguradores; es decir, ni asistentes sociales ni médicos ni laboratorios. Todo pasa a través de la Superintendencia de Pensiones, y es esta la que oficia a la Fundación para pedirnos

que contratemos a tal médico en tal región de Chile, en tales condiciones; es la Fundación la que establece el contrato de servicio con ese médico, asistente social o laboratorio.

¿Cómo se financia el sistema? Se financia de la siguiente manera: la infraestructura, el mobiliario, los activos tecnológicos, los sistemas de información, la seguridad, el desarrollo computacional, los servicios básicos y las comunicaciones lo financia el Instituto de Previsión Social (IPS) y las AFP, en proporción a sus solicitudes de pensión de invalidez del año anterior. Como dato, en 2019, están financiando todo eso en base a las solicitudes efectuadas en 2018. Ese es un cálculo que también hace e informa la Superintendencia de Pensiones. En 2018, los porcentajes fueron: 75,67 por ciento las AFP y 24,33 por ciento el IPS, y todos los años la Superintendencia vuelve a calcular esa cifra.

El personal administrativo de apoyo, sus remuneraciones, las leyes sociales, las horas extras, los beneficios y la capacitación se financian de la misma manera: el IPS y las AFP, en proporción al uso que hicieron el año anterior, por las solicitudes médicas que se presentaron.

Las interconsultas y los exámenes de laboratorio dependen de quien sea el solicitante. Si es un afiliado a AFP con Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS), lo financia la Asociación de Aseguradores; si es un afiliado a AFP sin SIS, lo financia la AFP que le corresponde a ese solicitante en particular, y el IPS en el caso de solicitantes de Pensiones Básicas Solidarias. Si un solicitante llega a una comisión médica, lo atiende un médico de la Superintendencia de Pensiones y este determina que debe hacerse ciertos exámenes y que, además, debe ver a un especialista; esos exámenes y ese médico especialista lo paga el Instituto de Previsión Social (IPS) si el solicitante es de la Pensión Básica Solidaria; lo paga la AFP, a la que el solicitante está afiliado, en caso de que no tenga Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, y lo paga la Asociación de Aseguradores si tiene Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. Hablo de la cuenta, la boleta física del laboratorio y la del médico.

No sé si esto se sabe, pero por lo menos no se ha comentado en las sesiones. En caso de que no exista disponibilidad de interconsultores en una región determinada, que desgraciadamente es algo muy común, porque prácticamente las regiones no cuentan con especialistas. Eso está mejorando.

La norma indica que, en ese caso, se debe trasladar al

solicitante, más un acompañante, a una ciudad donde pueda ser atendido por quien corresponda, dentro de los plazos estipulados en la misma norma. Se debe financiar el transporte, el alojamiento y los gastos de ambas personas, durante su estadía fuera de su región. ¿Quién paga eso? Se paga igual que lo anterior: los aseguradores en caso de que sea un afiliado a AFP con seguro de invalidez; las AFP en caso de que sea un afiliado sin seguro de invalidez, y el IPS en caso de que sea una Pensión Básica Solidaria. Eso, que uno podría pensar que es una excepción, desgraciadamente es bastante más la norma que la excepción. Por ejemplo, ciudades como Antofagasta no tienen especialistas disponibles para trabajar en este sistema, tampoco Copiapó, porque el problema se da más en el norte. Normalmente, la mayoría de esos afiliados son enviados a Santiago a hacerse exámenes e interconsultas con especialistas.

Lo otro, que también es una parte del financiamiento de este sistema, es que a los solicitantes afiliados a una AFP que tengan Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, pero que estén catalogados en el rango socioeconómico más bajo -el de copago cero-, la Asociación de Aseguradores les reembolsa los gastos de traslado y de alimentación en que incurran al ir a las comisiones médicas regionales o a las interconsultas solicitadas dentro de su región. Es decir, la Asociación de Aseguradores le reembolsa todos los gastos de ir y de volver, incluyendo comida, entre otras cosas, a una persona que tiene una condición rural en cualquier parte de Chile y que tiene que ir a la comisión médica que está en la capital regional.

Finalmente, lo más importante, tal vez, es que los honorarios de los médicos integrantes y de los médicos asesores son financiados por la Superintendencia de Pensiones, con recursos públicos.

En la red nacional, tenemos 22 oficinas de comisiones médicas en todo Chile, con 67 boxes médicos equipados. Cuando los médicos de la Superintendencia reciben a un solicitante, le hacen una anamnesis y un examen médico; por lo tanto, cada oficina de comisión médica tiene boxes médicos habilitados para recibir a esos solicitantes. Además, tenemos 29 salas de sesiones y 170 personas de apoyo administrativo.

Para aclarar un punto que es confuso, usaré como apoyo una lámina de la presentación. La Comisión Médica de Viña del Mar tiene tres comités médicos de comisión médica. Parece complejo, porque se usa la misma palabra, tanto para los comités como para los edificios, lo que se presta para confusión, porque

las personas entienden que tienen tres comisiones médicas. Hay tres comités, la Superintendencia determina, en base a la población de cada una de las regiones a las que sirven estas comisiones médicas, cuál será el número de comités médicos que tienen que funcionar. En las comisiones de Santiago, por ejemplo, en la metropolitana centro o en la metropolitana sur, funcionan siete comités médicos en cada una.

¿Qué se hace en una comisión médica? Básicamente, procesa solicitudes de pensiones de invalidez. Hay dos grandes conjuntos de actividades que se hacen en una comisión médica: el procesamiento de solicitudes de pensiones de invalidez y el dictamen de la calificación de invalidez. En el procesamiento participan los médicos de la Superintendencia, las AFP y el IPS, incluso la Suseso, enviando las solicitudes médicas. La Suseso participa cuando un solicitante vive fuera de Chile; es decir, la solicitud de pensión de invalidez se canaliza a través de la Suseso. La segunda parte es la dictaminación, proceso en el que participan solo los médicos de la Superintendencia de Pensiones y el médico observador de la Asociación de Aseguradores. No participa nadie de las AFP ni de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas en el proceso de dictamen.

Esto que muestro acá es la cantidad de solicitudes de pensiones de invalidez procesadas por año desde 2008 hasta el año pasado. La fuente de esto es información pública de la Superintendencia de Pensiones.

Si se observa, el 2008 se produjo la reforma que incorporó las pensiones básicas solidarias al sistema; por lo tanto, a partir de 2009 aparece la curva del IPS. Esto fue un gran *shock* en su momento para el sistema, porque este venía procesando 35.000 solicitudes, en 2008, y en 2009 pasa a tener que procesar 78.000 solicitudes.

Lo que más me interesa hacer notar en este gráfico es que en el período completo ha habido un crecimiento en las solicitudes de pensiones de invalidez para las AFP y un decrecimiento en las solicitudes de invalidez del IPS.

Ahora, si se toma un período más pequeño donde hay un cambio de tendencia, entre el 2015 y el 2018, las solicitudes presentadas por el IPS disminuyen en un 0.27 por ciento anual, mientras que las solicitudes presentadas a través de las AFP aumentan en un 6,5 por ciento anual promedio.

Me encantaría pensar que eso se debe a que las pensiones básicas solidarias se necesitan menos, porque tenemos menos personas en esas condiciones que necesitan hacerlo a través del

IPS, pero no creo que sea eso. La respuesta no la tengo, pero probablemente sea un buen punto a mirar por la comisión respecto de qué pasa con el IPS y por qué disminuyen esas solicitudes cuando por el lado de las AFP solo crecen.

En forma muy resumida se muestra en esta lámina el proceso de la calificación de invalidez.

Todo parte con una solicitud de evaluación de invalidez, la cual el solicitante la hace a través del IPS, de la AFP o de la Suseso, como ya lo expliqué. La solicitud se envía digitalmente a la Comisión Médica Regional correspondiente al domicilio del solicitante. La norma establece un plazo máximo de 60 días para el proceso de calificación completo y el comité Médico de la Comisión Médica puede prorrogarlo, en caso de necesitar información adicional, por 60 días adicionales.

Una vez recibida la solicitud, el presidente de la Comisión Médica designa a un médico asignado al caso -esto es un médico también contratado por la Superintendencia de Pensiones-, quien se reúne con el solicitante y le realiza una anamnesis y un chequeo físico.

En caso que el solicitante no pueda desplazarse -esto no se ha dicho mucho- todo este proceso se realizará en el domicilio del solicitante. En otras palabras, se manda a los médicos al domicilio a hacer este proceso, y si el solicitante está cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, además se le asigna un médico asesor, tal como lo expliqué.

Una vez que se ha producido esta reunión entre el médico asignado y el solicitante, si el médico asignado lo requiere, se manda al solicitante a consultas médicas con especialistas a realizarse exámenes de laboratorios e imágenes y/o se solicita una evaluación sociolaboral por un asistente social.

Me quiero detener un momento en esto de la evaluación sociolaboral, pues es muy importante para el proceso de calificación.

Cuando llega una persona y pide invalidez por un problema que tiene solución, por ejemplo, que se puede operar, es muy importante determinar si ella realmente tiene acceso o no a esa cirugía. Por lo tanto, es la asistente social -el perito que hace el peritaje sociolaboral- la que tiene que determinar, entre otras cosas, qué demora o qué espera hay en el lugar donde vive esta persona para acceder a esa cirugía en el Sistema Público de Salud. Si la respuesta es que tiene que esperar 2 o 3 años probablemente se va a considerar que no tiene acceso a esa cirugía. Por eso el rol que cumplen los asistentes sociales es

tremendamente importante, pues tienen que determinar estas sutilezas que no se ven claramente. No es decir que simplemente la cirugía existe y se puede hacer. Sobre todo, con nuestro sistema actual de salud es sí, pero cuándo, porque la persona tiene que seguir financiando su vida.

Como expliqué, los peritos interconsultores son médicos especialistas, laboratorios y asistentes sociales tienen un plazo de 5 días para realizar sus peritajes y en caso de requerirlos estos pueden solicitar a la Comisión Médica se realicen exámenes adicionales.

El prestador médico entrega su informe y, una vez recibidos los peritajes y los exámenes, se incorporan al expediente del solicitante y con este el médico asignado presenta el caso a la Comisión Médica para que se dictamine.

El último paso es el dictamen. En este paso, la Comisión Médica revisa el expediente y dictamina el grado de invalidez en base a las normas dictadas por la Comisión Técnica de Invalidez.

Aquí, quiero detenerme, pues esto sí que se ha conversado.

Las normas técnicas de la Comisión Técnica de Invalidez.

La Comisión Técnica de Invalidez es un organismo creado por ley para determinar para cada enfermedad cuáles son técnicamente los grados de invalidez que estos representan para cada enfermedad por separado y también el conjunto de distintas enfermedades.

Alguna vez se dijo en esta sesión que trabajaban cada 2 años, lo cual es estrictamente cierto, pero no es porque trabajen cada 2 años, sino porque la norma indica que estas normas técnicas se deben revisar cada 2 años, ya sea por el avance de la tecnología, por los nuevos procedimientos, etcétera.

La norma indica, además, que las AFP tienen un cupo en esta Comisión Técnica de Invalidez, y quisiera responsablemente decir que no lo pedimos -lo digo con mucha responsabilidad-, porque en este minuto el representante de las AFP, en esa Comisión Técnica de Invalidez, soy yo, y yo no tengo ningún conocimiento técnico para decir algo en esa comisión.

Ahora, nunca he participado tampoco, porque no se ha reunido la comisión desde que estoy a cargo de esto. Pero efectivamente la discusión de la Comisión Técnica de Invalidez, en nuestra opinión, debería ser netamente técnica, compuesta por especialistas médicos y además en este tema como en tantos otros no hay que inventar la rueda. La mayoría de estos criterios

están definidos internacionalmente, pues la gente se enferma más o menos de lo mismo en todas partes. Por lo tanto, quería sacar de la mesa el tema de la Comisión Técnica de Invalidez, porque la verdad es que compartimos la opinión que se ha vertido acá de que, al menos, las AFP no deberíamos estar ahí.

En esta etapa los médicos que participan del dictamen son contratados por la Superintendencia y el médico observador.

¿Cómo funcionan los tiempos de estos procesos?

Lo que estoy mostrando en esta lámina es información de 2018.

El señor **BARROS**.- ¿Eso está expresado en días?

El señor **PARADA**.- Así es.

En total el sistema se demoró 80,2 días en promedio en procesar las solicitudes que mostré antes.

Recuerdo que la norma establece que hay 60 días para dictaminar y que, a petición de los mismos médicos de la Comisión Médica de la Superintendencia, se puede prorrogar por 60 días.

Hay una diferencia notoria entre los días de solicitantes del IPS con los días de solicitantes de las AFP; el motivo se ha detectado y la Superintendencia está trabajando con el IPS en esto.

Si ustedes se fijan, es un tema muy básico, ya que el problema está en el primer segmento, es decir, desde que el solicitante hace la solicitud hasta que se recibe en la Comisión Médica, y el motivo por el cual en el IPS es tan largo es porque este usaba -creo que lo está cambiando ahora mientras hablamos- un sistema por el cual mandaba las solicitudes en (archivos) batch, o sea, no las iba mandando en la medida en que iban llegando. En el fondo, las juntaba, luego las mandaba y eso hacía que creciera mucho.

Hablamos con representantes de la Superintendencia este tema y se está solucionando.

Sin embargo, quisiera detenerme, pues aquí tenemos un problema.

Si ustedes se fijan en el total, el primer segmento dice: "15,6 días". El tercer segmento dice: "17,4 días". Si ustedes suman estos dos segmentos, nos pasamos del 50 por ciento del tiempo disponible para dictaminar.

El primer segmento es desde que se hace la solicitud hasta que la Comisión Médica Regional recibe esa solicitud.

El tercer segmento es desde que se asigna un médico hasta que ese médico asignado recibe y se junta con el

solicitante.

Desde nuestro punto de vista, este tercer segmento es un problema de agendas médicas. Los médicos que trabajan en estas comisiones médicas no lo hacen *full time*. Es un trabajo más entre todas las actividades médicas que profesionalmente desarrollan.

El señor **BARROS**.- Señor Parada, es curioso, porque en esta tabla se muestra el número de días, ante lo cual uno podría decir que el Instituto de Previsión Social (IPS) es más lento en la primera etapa.

Entonces, ¿por qué en la comparecencia a este dictamen el IPS es mucho más "eficiente" que la AFP?

Es como una contradicción, porque no necesariamente depende del IPS o de la AFP. En teoría, más rápido el IPS que la AFP. ¿Esto quiere decir que el IPS manda mejores antecedentes, más sólidos, más claros?

Insisto en que esto me llama profundamente la atención.

El señor **PARADA**.- Señorita Presidenta, me encantaría tener la respuesta final a la pregunta que hizo el diputado Barros, pero no la tengo. Sin embargo, puedo aventurar una respuesta, porque algo hemos mirado sobre eso.

Desgraciadamente, los solicitantes que llegan a través del IPS, por ser parte de la población más pobre de este país, llegan en peores condiciones a solicitar su pensión de invalidez.

Por lo tanto, todo el proceso de mandarlos a interconsultas y a exámenes es más corto, pues se pasa más rápido a dictamen, dado que la información que se necesita normalmente para pasarlo a dictamen es más corto. Ello, porque cuando se hace la anamnesis y el chequeo físico está a la vista que la persona tiene lo que dice que tiene. Acá llega gente en muy mal estado.

Ese es uno de los motivos, y puede haber otros que desconozco. Es probable que la Superintendencia de Pensiones tenga mejores explicaciones que yo. Ahora, por la experiencia que tenemos con los solicitantes del IPS, sé que pasan más rápido por ese proceso porque es mucho más clara la necesidad que tienen y el porcentaje de invalidez que presentan.

Me voy a aprovechar de la pregunta del diputado Barros para decir otra cosa. La manera de bajar los días del último paso -proceso de exámenes médicos, interconsultas, etcétera- es captando y contratando más interconsultores, porque al final del día lo que queremos es que este proceso sea lo más eficiente

posible para todos.

Cuando uno dice, por ejemplo, que desgraciadamente no hay suficientes especialistas en regiones, lo cual es cierto estadísticamente, es por un problema de recursos. Un ejemplo de ello es que curiosamente necesitamos muchos oftalmólogos, no porque la gente llega a pedir una pensión de invalidez por problemas a la vista, sino porque para muchos problemas cardiológicos, y de otro tipo, se necesita hacer un examen que se llama "fondo de ojo", el cual lo debe hacer un oftalmólogo, a pesar de que el paciente no tenga problemas a la vista.

Entonces, ¿cómo captamos más oftalmólogos para el sistema para bajar esa cifra?

La única manera es poniendo mejores recursos, porque hay que competir con los honorarios del mercado. Este sí es un problema del sistema general; habrá que mirarlo. Les recuerdo que la Superintendencia es la que recluta a estos interconsultores.

Señorita Presidenta, es cuanto quería comentarles.

Estoy abierto a escuchar sus preguntas.

Muchas gracias.

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

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, en primer lugar, agradezco esta exposición, porque es un documento muy interesante que nos indica cómo funciona en la realidad el sistema. Sin embargo, hay varias cosas que me producen dudas.

Usted plantea que las compañías de seguros son las que tienen que ver con el pago o con el beneficio para las personas. Sin embargo, en esta Comisión hubo testimonios sobre el control de siniestralidad, respecto del cual hay un punto que me choca violentamente.

Entiendo que probablemente en los hechos lo que usted plantea es lo que debe ser, pero no entiendo por qué en una AFP se puede estimar como un gran logro el hecho de que se bajan las siniestralidades, en circunstancias de que las AFP no tienen nada que ver con esto en términos de su patrimonio ni de su funcionamiento.

Respecto de la centralización, usted dijo que se entregan pasajes y alimentación. ¿Eso es un reembolso? ¿Quién fija los parámetros para ello?

Por ejemplo, en mi región está la comuna de Paredones y para llegar a Rancagua el usuario se puede demorar hasta cuatro

horas. Tal vez es la más lejana a Rancagua, con algo más de 400 kilómetros de distancia. Para el usuario asistir a una de estas comisiones médicas debe ser casi un entuerto de proporciones, y más aún para la gente que vive en zonas rurales. Entonces, ¿quién fija los parámetros para determinar los reembolsos para las personas? ¿La gente está consciente de esos beneficios? ¿Los cobran? ¿Quién lleva un registro de ello?

También dijo que muchas veces se mandan los médicos a domicilio.

Me cuesta creer que en mi región manden médicos desde Rancagua a Paredones, con un viaje de tres horas, para atender a una persona.

Sé que no es un problema de ustedes, sino del sistema. Aquí no hay las debidas garantías o hay beneficios discriminatorios entre un ciudadano y otro, como tantas veces ocurre entre el mundo urbano y el rural, y es así como a veces no tenemos luz, ni pavimento, ni alcantarillas ni agua potable. Tampoco telefonía.

Le pido que profundice más sobre el punto de que mandan médicos a domicilios. Eso será en Rancagua, porque no creo que manden médicos a la comuna de Paredones, por poner un ejemplo.

Por otra parte, me da mucho gusto que diga que el cupo no debiera estar, pero así está. Por eso, esta comisión está abocada a plantear algunas modificaciones al sistema. Hemos concordado diputados de oposición y de gobierno en muchas propuestas, pues son de sentido común respecto de cómo se comporta el sistema.

Señor Parada, agradezco su exposición porque ha sido muy interesante y didáctica para entender cómo opera el sistema.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Respecto de los tiempos, quiero que expliquen si se refieren solo a primera instancia o si también está incluida la segunda instancia. Me refiero a una apelación o a los recursos de reposición, pues hace que sean mucho más extendidos estos plazos.

También quiero hacer eco de una carta que envió la fundación Valídame al gerente general de Asociación Gremial de AFP, en la que se hace referencia a algunas problemáticas que aquí también hemos revisado. Por ello, le pido que se refiera a la forma de hacer aplicable el control de siniestralidad, el cual considero que más bien es una práctica y no solo una integración vertical, como se señaló en un principio, que tiene que ver con retrasar las solicitudes y el trámite de

otorgamiento de pensiones de invalidez.

Lo que señala la fundación Valídame tiene que ver con el funcionamiento de quienes ustedes están contratando, que son quienes se dedican a la administración, los funcionarios de este sistema. Y en esto, incluyo los reclamos por rechazos de mandatos. Me refiero a que cada vez se hace más lento este trámite por la misma postura de estos funcionarios. Entonces, se rechazan mandatos por una serie de razones. Pero luego se da lugar a esos mandatos; por consiguiente, más bien se retrasan.

Intervención directa en procesos de calificación.

¿A qué se refiere? Acá ponen un caso específico, que tiene que ver con una recomendación de una apelación que está mal fundada. Le recomiendan a una persona que está entrando a este proceso de solicitar la pensión de invalidez, que apele, pero que realice ella misma la apelación mediante una carta. Obviamente, es un mal asesoramiento que lleva a que no le entreguen la pensión de invalidez.

Limitación a consulta de expediente.

Este es un tema que fue planteado en esta carta. Las mismas personas que estuvieron presentes nos señalaron que no tenían opciones para ver el expediente, y esa es una situación de desigualdad extrema con las compañías aseguradoras, que tienen un médico que está interviniendo directamente en el procedimiento. Me refiero a médicos que tienen interconsultores u otras formas que les permiten tener opciones para revisar los expedientes.

También señalan ausencia de actas de sesiones, lo cual va relacionado con las funciones que deberían cumplir estos funcionarios. Hay casos acá, pero también escuché a algunos pacientes que me señalaban lo mismo, que en algunos casos no había actas, se perdían las actas, no se subían. En este aspecto, existe una falta de acceso a la información del procedimiento que es preocupante, y esa es responsabilidad de la Asociación Gremial de Administradoras de Fondos de Pensiones.

Negación de visitas domiciliarias.

Es lo que usted había mencionado, que es parte de los derechos: si no tienen opción de visitar al médico, que se visite al enfermo. Sin embargo, acá tenemos casos en donde se les niega. La AFP Provida de La Serena, por ejemplo.

La verdad es que podríamos hablar de muchos casos, pero quise hacerles valer estas situaciones, que no son aisladas. Esa es la preocupación fundamental que tenemos en la comisión, donde hemos visto situaciones que nos dan a entender que hay otros

mecanismos para hacer más lento este procedimiento, a lo mejor no con esta integración vertical, pero sí de otra forma, y que nos preocupan, obviamente, porque si se hace más lento el procedimiento, va a afectar a quienes están solicitando la pensión.

Lo otro que me gustaría comentar, ocupando las palabras del diputado Barros, es que nos preocupa que las AFP también tengan una participación prácticamente mayoritaria en el financiamiento de este sistema, porque a pesar de que ustedes no contraten directamente a los médicos, ahí hay otras relaciones intermediarias. O sea, las mismas cifras que nos dan ustedes nos señalan que más del 76 por ciento, o algo así, lo financian ustedes. Y eso es preocupante, porque también se ve cuestionada la imparcialidad del funcionamiento.

Nosotros queremos, como lo presentó también el Colegio Médico, como una posibilidad, un modo distinto de financiamiento, de manera que no haya cuestionamientos respecto del procedimiento, a estos actos de los funcionarios: qué sucede, cuáles son los intereses. A pesar de que ustedes nos dicen que no existen intereses tan directos, que no son tan visibles, la normativa tampoco prohíbe las relaciones entre AFP y compañía aseguradora que se gana la licitación, y a pesar de que en esta pasada no existe esa relación, vemos que las compañías aseguradoras tienen relación por lo menos con los directores, y eso es evidente: AFP Capital con la compañía aseguradora SURA; AFP Cuprum con la compañía aseguradora Principal; AFP Habitat, Cámara, Confuturo, Corpseguros, y me faltó AFP Provida, donde se han visto los casos más sorprendentes.

De hecho, también oficiamos por la situación de la AFP Provida y el otorgamiento de las pensiones de invalidez, donde se hacía una diferencia en las edades, de las mujeres que postulaban. Mandamos una consulta -la podemos reiterar- que tenía relación con una presentación que nos hizo el Colegio Médico, donde se mostraba una diferencia radical entre la AFP Provida y las otras AFP, en el otorgamiento de las pensiones de invalidez a mujeres mayores de 60 años. Se las vamos a hacer llegar para que podamos investigar qué sucede ahí.

Me preocupa esa materia y saber qué opinan ustedes, pero sobre todo el modelo de financiamiento, porque para nosotros ese ha sido un tema importante. Me parece excelente llegar a un acuerdo transversal, incluyéndolos a ustedes, en el sentido de que en las comisiones técnico-médicas, las de invalidez, no

tengan participación las AFP y que sea un organismo realmente técnico, que vele por que las normativas estén acordes, porque ahí tenemos grandes problemas, por lo menos con la fibromialgia, que ha sido parte de lo que hemos revisado en esta comisión investigadora.

Tiene la palabra el diputado Cosme Mellado.

El señor **MELLADO** (don Cosme).- Señora Presidenta, después de escuchar esta exposición, se hace más necesario que nunca entender por qué nuestro sistema actual de pensiones está obsoleto.

Creo que es urgente buscar una solución. Al respecto, todos los diputados deberíamos estar de acuerdo, porque cuando uno escucha a esta fundación exponer sobre su representación a nivel nacional, respecto de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins al menos, me gustaría saber cuánta gente ha acudido a solicitar alguna asesoría o algún tipo de reconsideración hacia su situación de solicitud de pensión de invalidez.

También es de público conocimiento que la Superintendencia de Pensiones ya cursó sanciones, entre 2006 y 2010, a diversas AFP por obstruir la tramitación de estas pensiones. O sea, hay antecedentes de que es necesario revisar el sistema, porque los afiliados no entienden estos protocolos internos, y sobre todo algo tan importante como es la difusión de la información.

Usted lo dijo también y creo que es fundamental entender que la gente no maneja esta información; no tiene idea que le pueden financiar los exámenes, que le pueden financiar los costos de los especialistas; no tiene idea de que podrían perfectamente encontrar una solución para tramitar sus pensiones.

Supiera usted cómo sufren las personas que tienen que tramitar su pensión de invalidez y que ven esta larga e infructuosa burocracia administrativa que, en definitiva, los deja casi sin ánimo, porque normalmente la mayoría de estas personas son vulnerables, tienen pocos recursos y viven en lugares apartados.

Por lo tanto, Presidenta, más allá de tener un diagnóstico de lo que ocurre hoy con el otorgamiento de las pensiones de invalidez, se hace necesario revisar profundamente el sistema y sobre todo estas comisiones técnicas, que es fundamental que se puedan actualizar.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- También debo decir que descubrimos que las AFP no solamente piden el

carné de identidad para iniciar el trámite, que es lo que está establecido en la ley, sino, además, exámenes médicos.

La Superintendencia se hizo eco de esa cuestión y dictó una resolución para que las AFP no pidieran exámenes, sino solo el carné de identidad.

Me gustaría saber qué ocurría, porque esta resolución solamente la dictaron una vez iniciada esta comisión investigadora y por requerimiento de esta comisión. Entonces, me gustaría saber por qué sucede, pues da cuenta del porqué el procedimiento, la solicitud y posterior concesión o denegación de las pensiones se hacía más largo.

Tiene la palabra el señor Jorge Parada.

El señor **PARADA**.- Señora Presidenta, comienzo con un comentario que hizo el diputado Cosme Mellado. Perdón Presidenta que no le conteste primero a usted, pero me parece relevante lo que dijo el diputado. Él dijo que el sistema de pensiones de invalidez estaba obsoleto, y quiero hacerme eco de eso, porque es un sistema que se creó en el siglo pasado. El sistema viene de 1980, con una revisión que se realizó en 2008; por lo tanto, creo que esta comisión tiene una labor relevante. Quisiera simplemente hacer un comentario.

Llevo diez meses a cargo de esta Fundación, y en estos diez meses he recorrido 21 de las 23 comisiones médicas. He estado en O'Higgins, en sectores rurales y he conversado con la gente; por ello, entiendo que las revisiones son bastante más de fondo de lo que uno podría pensar. Voy a poner un solo ejemplo.

Hoy, para citar a un solicitante a la comisión médica para que vaya a juntarse con el médico que se le asignó, la norma obliga que se haga por carta certificada. Ahora, si esa persona se cambió de dirección o vive en un área rural...; tenemos mucha gente en situación de calle, que no hay donde enviarle carta certificada; además, en un país donde tenemos el doble de celulares que población...

Por ello, quería partir con eso y decir que este es un sistema que hay que mirar nuevamente. No me cabe duda que tener comisiones médicas en todas las capitales regionales y más de una en algunas regiones, era la lógica de hacer del año 80, pero hoy existe la telemedicina, existen los sistemas informáticos para centralizar muchas cosas que hoy se hacen descentralizadamente, y una de las cosas que más nos preocupa a nosotros es el tema de la información, porque cuando uno tiene descentralizadas en todo el país las comisiones, en las que se maneja información relevante, información que, además, es de

propiedad de cada uno de los solicitantes, porque es información médica, es mucho más difícil mantener esa confidencialidad y resguardar esa información que si uno la tuviera centralizada.

Por lo tanto, también creo que hay a mirar de fondo. De hecho, en la Fundación estamos mirando el fondo de cómo funcionan nuestras comisiones médicas y estamos haciendo cambios en la medida en que podemos, y en la medida en que podemos no por problemas de recursos ni de nada, sino que en la medida en que las normas nos lo permitan, porque la norma sigue sin permitirme enviarle un wasap a la persona, a pesar de que tenga celular, o enviarle un *mail*. Eso es lo primero.

Quiero referirme al control de siniestralidad. En la Fundación, la relación que nosotros tenemos con las AFP es la misma que tenemos con el IPS. Recibimos solicitudes a través de un sistema computacional ni siquiera físicamente, llegan a través de **Sadco (fonética)**. Si las AFP realizan o han realizado en el pasado control de siniestralidad, personalmente lo desconozco. Entiendo que las motivaciones para hacerlo deberían haberse, si no desaparecido, al menos minimizado a partir de 2008.

Es muy difícil mirar ciertas actitudes en otras personas y es muy fácil asignarle a esas actitudes alguna intencionalidad. Cuando uno ve, en un programa de televisión, que una funcionaria de una AFP le dice a un solicitante, además, con una cámara oculta: "sería bueno que trajera algo más, porque le va a salir más rápido", eso es lo que dice. Eso uno puede tomarlo de mil maneras distintas, desde que hay un control de siniestralidad y le están poniendo problemas o que esa funcionaria está tratando de ir un paso más allá y decirle: "Sabe qué, si usted trae su o sus... le puede salir más rápido", lo cual es estrictamente cierto.

Si la comisión médica recibe un examen que tiene validez, porque fue tomado en la dos últimas semanas o una semana, no tengo idea cuándo, es un examen menos que hay mandar a hacer, por lo tanto el proceso es más rápido, porque se puede usar.

Por lo tanto, yo no sé, porque no me consta, si hay o no control de siniestralidad, lo que sí me consta es que hay personas e instituciones que ven lo que quieren ver y frente a eso no puedo decir mucho.

Voy a hacerme cargo de lo que usted decía, el oficio al que usted se refería, me imagino que llegó a la Asociación Gremial, por lo tanto, yo nunca lo he visto. Pero quiero hacer

algunos comentarios, porque de esto sí sé. El rechazo de mandatos no lo hacen las comisiones médicas, sino que lo hace la Superintendencia, porque hay una norma que dice cómo se mandata y a qué se mandata. Por lo tanto, personalmente di instrucción a todas las comisiones médicas que si hay un mandato, de la organización que sea, no solo de Valídame, sino que de cualquiera, que no cumpla con las normas de la Superintendencia ni siquiera hay que rechazarlo, hay que pedirle la opinión a la Superintendencia.

De hecho, hay un tema hoy de idas y venidas de *mails*, que los he estado siguiendo, a propósito de un mandato de estos, en que la fundación, creo que es Valídame, no acepta la respuesta de la Superintendencia, lo que por norma no se puede hacer.

Lo otro que he visto es que hay una limitación a la consulta de los expedientes. Y nuevamente depende qué consideremos una limitación. La norma dice que cualquier persona, para empezar el solicitante, pero, además, cualquier persona que el solicitante mandate para aquello, puede revisar el expediente, pero lo puede revisar en la comisión médica, no puede sacar fotocopias ni fotos, y hemos recibido cualquier cantidad de reclamos por eso. Ahora, esa es la norma, que no puede hacerlo, y la norma no la fijamos nosotros, sino que la fija la Superintendencia.

Lo otro que me preocupa, porque tiene que ver con mi deformación profesional. Estamos hablando de no sé cuántos casos específicos, porque se nombran muchos casos específicos: ese señor de acá, este señor de allá. El tema es que son 60.000 solicitudes al año. Por lo tanto, me preocupa que haya gente que sienta que está siendo vulnerada y, como dijo el diputado, me preocupa que haya gente que tenga más beneficios o que sea discriminada en relación con otra gente. Pero, nuevamente, esa es labor de la norma y de la Superintendencia, no es labor nuestra decidir si está bien o no y acatar o no acatar en la medida en que nosotros creamos que las cosas deberían ser una manera o no, porque, además, la Superintendencia es nuestra fiscalizadora.

Diría que el tema hay que mirarlo un poco más desde arriba y un poco más desde los grandes números. ¿Qué está pasando, en general?

En cuanto a que hay gente que atiende mejor, que atiende peor, que pide mejor las cosas, que las pide peor, que pone más o menos problemas, es cierto. Pero recuerden que esta es una

organización humana, compuesta por 170 funcionarios a lo largo de todo Chile, a los cuales se le hace capacitación para que todos respondan relativamente igual; sin embargo, estos funcionarios también trabajan codo a codo con los médicos de la Superintendencia y muchas veces los médicos de la Superintendencia pesan más que nosotros, porque viven el día a día con ellos.

Por lo tanto, hay otras miradas que no solamente son las de las AFP o de la Fundación.

Por último, respecto del carné de identidad. Efectivamente, la norma es muy clara: para presentar una solicitud de pensión solo se requiere el carné de identidad. Antes de la reforma, efectivamente había un formulario, el cual requería que un médico lo llenara. ¿Por qué algunas AFP lo han usado en alguna ocasión, después de la norma? Por los mismos motivos que cuando uno se va a Santiago ve que pasa gente a 150 kilómetros por hora, porque hay gente que no sigue las normas.

Ahora, no estoy diciendo que esté bien, solo estoy diciendo que pasa; pero el sistema tiene la fiscalización para que eso no pase y la fiscalización es de la Superintendencia de Pensiones. Yo diría que del total de esas 61.000 solicitudes, no sé cuántas podrían decir que le pidieron cosas más allá del carné de identidad.

Ahora bien, estoy de acuerdo en que existe discriminación y que el médico asesor sea solo para aquellos afiliados de AFP que tienen seguro de invalidez y sobrevivencia; no debería ser así. Se necesita a alguien que asesore a todos, pero eso no está establecido en la norma y cambiarla es tarea de ustedes, no nuestra.

Respecto de lo que preguntó el diputado Barros sobre la descentralización y los parámetros, debo señalar que uno de los temas más difíciles que enfrentamos logísticamente es el de los médicos a domicilio en las zonas rurales. Hasta donde sé, mandábamos muchos médicos a domicilio, porque hay costos adicionales para enviarlos y los estamos pagando. No he visto reclamos por eso, pero si los hubiera me encantaría conocerlos. Entendemos que los médicos a domicilio son para las personas que más lo necesitan, por eso no tenemos problema en hacerlo.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Parada, quiero preguntarle si considera que en el cambio que debiera haber en este sistema, ¿las administradoras pueden ser neutrales en un

fallo, basado en la objetividad e imparcialidad, en el diagnóstico y en el pronóstico de un enfermo que no puede seguir trabajando? La mayoría de los enfermos sí puede.

En esa calificación, ¿le parece razonable que las administradoras tengan un rol? ¿Son incumbentes en cuanto al resultado final que pueda tener esa pericia respecto del otorgamiento de la pensión de invalidez?

Estoy pensando en las propuestas a futuro.

En segundo lugar, ¿qué piensa usted del artículo 19 que otorga, como usted señaló, todos los gastos derivados del personal, de la administración, de los sistemas informáticos, de todo lo que implica el soporte que ustedes proporcionan a esto?

Ahora bien, si un usuario de una isapre se enferma, cae con licencia médica, el doctor le dio 30 días porque tiene una grave depresión o un lumbago muy severo, y esa licencia se la cuestiona la isapre, ¿le parecería razonable que ese enfermo cuestionado por su isapre vaya a una institución neutral - Compin, en ese caso- y sepa que toda la infraestructura, que todo el escenario lo pone el incumbente que le cuestiona a la vez el mismo documento de ausencia?

Finalmente, ¿le parece razonable que haya un doble estándar en cuanto al pago y el método de pago de los prestadores médicos? Lo pregunto porque unos son staff, superintendencia de comisiones, que se les paga por jornada, y otros son interconsultores, pagados en parte por la compañía de seguros, por ustedes, se les paga por caso; y el segundo tiene un incentivo para ingresar más dinero porque tiene más casos que probablemente los tenga que fallar de una determinada manera.

¿Qué le parece a usted ese sistema de incentivos instalado a partir del decreto ley N° 3.500, de 1980?

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

El señor **BARROS**.- Ustedes empezaron a funcionar en marzo de 2018, 37 años después de que se creó el sistema. Antes estaban al amparo de la Asociación de AFP.

¿Bajo qué estructura funcionaba esto? Me parece interesante que se haya creado la fundación, por cuanto viene, de alguna manera, a desvincular, al crear una fundación que tiene sus propios fines.

¿Cómo era antes? Lo pregunto, porque llama la atención y valoro profundamente que ustedes estén y que exista la fundación, pero -insisto- me llama profundamente la atención que la Asociación de AFP haya gestionado directamente todo esto que

hemos conversado, desde 1980 hasta 2018, es decir, 37 años.

Por otra parte, me gustaría que ustedes, en función de lo que hemos conversado, nos manden proposiciones de cambios, tanto normativos como legales, respecto de la función que ustedes cumplen, porque debe ser complejo lo que plantea el doctor Castro y lo que planteé en un principio en orden a que uno diga que aquí no hay una independencia absoluta entre quienes emiten un dictamen que trae una consecuencia para alguien, desde el punto de vista de un pago, y para un paciente, que es el que está requiriendo, y que por un tema médico está imposibilitado de trabajar, por ejemplo.

Por lo anterior, me gustaría que nos manden algunas propuestas de modificaciones porque, como dice el Presidente Piñera, lo debemos construir entre todos, con sus respectivos cambios. La idea es que todos contribuyan, porque no vamos a hacer un juicio para condenar a nadie. Puede que haya algunos reproches a ciertas conductas, pero así como después de 37 años las AFP crearon una fundación -que valoro profundamente que exista-, nosotros vamos tras la situación que observamos, es decir, esta suerte de cohabitación. Ello, porque queda la sensación de que son jueces y parte frente a nuestros representados, que son los ciudadanos de a pie.

Por último, agradecer la presentación, que fue muy buena.

Muchas gracias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Solo quiero que recuerde una de las preguntas que realicé respecto de los tiempos y si consideraba la segunda instancia.

El señor **PARADA**.- Señorita Presidenta, no considera la segunda instancia, ya que esta se considera como un proceso aparte, porque no todos van a segunda instancia.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Nos pueden enviar un documento similar respecto a la segunda instancia para entender cuánta es la demora total?

El señor **PARADA**.- Vamos a buscarla, aunque es de la superintendencia.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Entonces, la solicitaremos a la superintendencia.

El señor **PARADA**.- Para responder al diputado Castro, quiero decir que tengo mi opinión sobre muchas cosas en la vida, incluyendo la que usted me plantea, pero como director ejecutivo de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas me tengo que guardar esa opinión y cumplir las normas.

Lo que puedo asegurar es que esta fundación cumple las normas vigentes, le parezcan bien o mal. Tenemos una conversación muy fluida y muy normal con la superintendencia, a propósito de la aplicación de estas normas y de cómo se podrían mejorar algunas cosas cambiándolas.

Habiendo dicho eso, el tema médico en Chile -y el honorable diputado lo sabe porque además es médico- no solo pasa por un tema de recursos monetarios sino que además de disponibilidad. Que haya médicos que tienen una forma de pago versus otros que tienen otra es una realidad del sistema médico chileno.

Los doctores cuando trabajan en algunas organizaciones son pagados de una manera y cuando trabajan en otras son pagados de otra manera.

Esto es lo mismo; esto es un espejo de cómo funciona el sistema médico en Chile. Desgraciadamente este sistema enfrenta escases de médicos especialistas en regiones de manera muy fuerte -por eso debemos mandar a tantos solicitantes a otras ciudades para hacerse exámenes o consultas médicas-, pero además tenemos que invitar y, de alguna manera, seducir a los médicos para que trabajen en este sistema.

Me toca conversar con los médicos cuando llega el oficio de la superintendencia diciendo que contrate a este médico interconsultor con equis condiciones y normalmente se señala el precio que debería pagar. Entonces, converso con ese médico quien me dice que sus colegas ganan tanto más que esto y a todos contesto lo mismo, desgraciadamente no me puedo hacer cargo de eso.

Hay un punto que me parece superimportante, que traté de destacar en la presentación, respecto de que siempre se dice que esto lo financian las AFP y se nos olvida a todos decir que no, pues lo financia las AFP y el IPS, es decir, lo financia el Estado.

Se preguntaba qué opinión tengo de que las AFP financien tanto o más que el IPS, bueno, es un sistema basado en que el que usa paga y el que paga más es porque lo usa más. Se puede estar de acuerdo o no con el sistema, pero es un sistema. ¿Hay otros sistemas? Sí, claro; pero la norma dice que ese es el sistema que opera hoy.

Ante la consulta del diputado Barros, en el sentido de que antes de la fundación esto mismo lo hacía el departamento de Operaciones de la asociación gremial, la que tenía toda la infraestructura dedicada nada más que a administrar comisiones

médicas.

El señor **BARROS**.- O sea, no era tan feble como se puede sospechar.

El señor **PARADA**.- No.

Hoy eso se separó.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Por qué se separa? ¿Cuál es la evaluación que se ha realizado?

El señor **PARADA**.- Señorita Presidenta, desgraciadamente no estaba presente cuando se hizo.

La señora **BOLLMANN** (doña Constanza).- Señorita Presidenta, creo que fue por un tema práctico y comunicacional. Efectivamente estábamos separados y no valía la pena seguir juntos para que se creara esta confusión pública, ya que había dos funciones separadas. Se materializó algo que existía, una separación que en los hechos era así.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Me llama la atención que en marzo del año pasado se lleve a cabo este cambio. Sin embargo, de igual forma se sigue representando de alguna manera el rol de la AFP en el sistema, más bien es como una figura jurídica.

La señora **BOLLMANN** (doña Constanza).- Sí, exactamente.

El señor **PARADA**.- Señorita Presidenta, lo que sí sé, porque lo he escuchado, es que cuando la administración de las comisiones médicas estaban en la asociación gremial, la asociación gremial tenía tantos puntos que revisar de tantas otras cosas que a las comisiones médicas se asignaba un tiempo insuficiente.

Entonces, se decide separar eso con una nueva organización, con gobierno corporativo y con todo un sistema armado solo para las comisiones médicas.

Ahí entro yo, me convidan y me dicen que ayude en eso. El mandato que tengo de la Asociación Gremial de AFP es llevar el sistema de comisiones médicas al siglo XXI, porque compartimos el diagnóstico, en el sentido de que hoy administramos un sistema muy antiguo.

El señor **MELLADO** (don Cosme).- Cumplió su vida útil.

El señor **PARADA**.- Sí, claro.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Muy bien. Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 10.25 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