



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°14, CELEBRADA EL LUNES 6 DE MAYO DE 2019, DE 11.00 a 12. 30 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

Asistieron los diputados (as) señores (as) Nino Baltolu; Ramón Barros; Juan Luis Castro; Andrés Célis; Tucapel Jiménez; Karin Luck; Marcos Ilabaca; Cosme Mellado; Guillermo Ramírez; Frank Sauerbaum.

III.- CUENTA

1.- Oficio N° 14.678 de los Comités Parlamentarios, por el cual autoriza que la Comisión sesione simultáneamente con la Sala el día martes 7 de mayo, de 09:30 a 11:00 horas.

2.- Comunicación de la Asociación de AFP de Chile, por el cual responde a oficio 30 de la Comisión referido a cifras del número de pensiones de invalidez cubiertas por el seguro de invalidez y sobrevivencia (SIS), según tramo de edad, sexo y AFP, trimestre 2018.

ORDEN DEL DÍA

En sesión efectuada en 6 de mayo de 2019, se procedió a la votación de las conclusiones y propuestas de la Comisión Especial Investigadora. Las propuestas fueron aprobadas por el voto unánime de los diputados (as) señores (as) Gael Yeomans (Presidenta de la Comisión); Nino Baltolu; Juan Luis Castro; Andrés Célis; Tucapel Jiménez; Karin Luck; Marcos Ilabaca, y Frank Sauerbaum. Se incorporaron posteriormente a la sesión, y concurrieron a la unanimidad a partir de la conclusión N° 5 literal d), con su voto favorable, los diputados señores Ramón Barros y Cosme Mellado. Por su parte las conclusiones fueron aprobadas por la unanimidad de los señores(as) diputados (as) más arriba mencionados.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS SOBRE LA INVESTIGACIÓN QUE HABRÁ DE INCLUIR EN SU INFORME A LA SALA, DE CONFORMIDAD CON EL INCISO QUINTO DEL ARTÍCULO 53 DE LA LEY ORGÁNICA DEL CONGRESO NACIONAL.

CONCLUSIONES:

Respecto de los hechos constitutivos de la denuncia

1) Denuncias no resueltas con posterioridad a 2008 por prácticas de control de siniestralidad.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud provenientes de un estudio del año 2011, contenidas en el Informe Sobre Discapacidad en conjunto con el Banco Mundial¹, el 15% de la población en el mundo tiene condición de invalidez. El promedio de los países de la OCDE dentro del que se encuentra nuestro país es de un 5,4% de personas acogidas a invalidez. En Chile el porcentaje de personas cubiertas por declaración de invalidez y que están en edad de trabajar (18 a 65 años), solo un 0,8% están acogidas a invalidez total o parcial, lo que no se condice con las cifras de discapacidad existentes en el país, dando origen a muchas irregularidades en el funcionamiento del sistema.

Antes y durante la Reforma Previsional del año 2008, cada AFP licitaba y debía contratar el Seguro (SIS) para sus afiliados, escoger la Compañía de Seguros y el tipo de contrato de su preferencia. Estaban facultadas para cobrar una comisión por la administración del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia y la prima pagada por cada afiliado dependía de la AFP en la que se encontraba. Como los costos del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia los asumía cada AFP, existían fuertes incentivos para controlar las tasas de siniestralidad del seguro, limitando el acceso de los afiliados a los beneficios del seguro. En este proceso fueron sancionadas por aquella práctica tres AFP por la Superintendencia de Pensiones: CUPRUM en el año 2006, PROVIDA en el 2007 y CAPITAL en proceso iniciado en 2009 y sancionada en 2010. El daño que estas prácticas provocaron a los afiliados, a la confianza en el sistema y el beneficio económico que obtuvieron producto de esta práctica, en palabras de la propia Superintendencia de pensiones, **es incalculable**.

Luego de la Reforma Previsional del año 2008 las AFP deben licitar el SIS en forma conjunta y separada por sexo y grupo etario, el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia pasa a tener una prima fija por todo el periodo de cobertura, todos los empleadores pagan el mismo costo del seguro a sus trabajadores, las AFP transfieren la cotización destinada al financiamiento del seguro a las compañías adjudicatarias y, por último, se incorpora la figura del médico asesor del afiliado para acompañar y equilibrar las relaciones entre participantes en el proceso de calificación y apelación.

Con posterioridad a 2009 en distintos años, y ante distintas autoridades la Fundación Valídame, ha denunciado la denegación de acceso a pensiones de invalidez para trabajadores cubiertos por el seguro, dando cuenta de una serie de irregularidades y procedimientos conocidos por la opinión pública como “control de siniestralidad”. Este procedimiento busca manipular las tasas de personas acogidas al seguro para efectos de mantener las utilidades para sus administradores. **La Comisión Investigadora tuvo a la vista una serie de correos electrónicos dirigidos por superiores jerárquicos de la AFP Provida S.A, a sus subalternos en distintos periodos, felicitando a éstos por lograr los objetivos previstos en cuanto a mantener controlada la cantidad de personas que se acogen el seguro².**

Asimismo, la Comisión contó con el testimonio de Alejandra Vidal, ex trabajadora de AFP Provida, quien aportó antecedentes y relató que la práctica del control de siniestralidad continúa operando posterior a la reforma y hasta el momento en que dejó de trabajar en dicha AFP en el año 2015. Los métodos empleados no son los mismos que la integración vertical entre las AFP y Compañías Aseguradoras como operó previo a la reforma del 2008, y por las cuales fueron sancionados, sino que a través de diversas maniobras dentro del sistema: financiar al personal administrativo del sistema y a los médicos interconsultores de las comisiones médicas, establecer procedimientos de agendamiento de horas que obstaculizan el acceso a los solicitudes, entrega de información insuficiente a los afiliados sobre los derechos que le asisten durante el procedimiento y finalmente, debido a la participación y derechos que

¹ Informe Mundial sobre la Discapacidad, Organización Mundial de la Salud, 2011, https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

² Documentación entregada por la Fundación Valídame a la Comisión Investigadora y reiterada por la invitada Alejandra Vidal en la sesión del día 21 de enero de 2019.

la ley les confiere tanto las AFP como a las Compañías Aseguradoras dentro del funcionamiento administrativo del sistema, esta industria ejerce un control sobre el sistema y sobre las tasas de acogidos al seguro.

A pesar de haber sido puestas en conocimiento de varios ministerios, entidades fiscalizadoras y autoridades, hasta la fecha no ha existido un pronunciamiento por parte de las autoridades estatales que dé respuesta a estas irregularidades denunciadas. Tampoco han existido modificaciones legales o propuestas que resuelvan dichas irregularidades que se vienen sosteniendo en el tiempo.

2) Funcionamiento de las comisiones médicas e incumplimientos de la ley en las calificaciones técnicas para optar a las pensiones de invalidez.

Durante el funcionamiento de la Comisión Investigadora se detectaron varias irregularidades en el funcionamiento del procedimiento administrativo para la calificación de invalidez, ante las comisiones médicas regionales y la comisión médica central, así como también una serie de conflictos de interés.

Las principales deficiencias detectadas por la comisión respecto del funcionamiento del sistema son:

a) La Asociación Gremial de AFP y la Asociación de Aseguradoras de Chile A.G. tienen por ley un representante cada una en la comisión técnica de invalidez, con derecho a voz y voto, de un total de cinco integrantes. Dicha comisión elabora las normas técnicas y define los parámetros objetivos que aplican las comisiones médicas para determinar si un solicitante califica como inválido para efectos de obtener pensión de invalidez, sea total o parcial. Son parte interesada como privados regulados del sistema, lo que a juicio de la comisión constituye un conflicto de interés no deseado. Adicionalmente la ley no fija períodos de duración de los integrantes en el cargo, ni se exige que sean médicos de profesión, exceptuando el representante de las Universidades. Por lo tanto, la participación de los representantes de los actores privados no tiene justificación alguna.

Un ejemplo de la presión que ejerce la industria sobre el sistema es el caso de la fibromialgia, enfermedad que a propuesta del representante de las Compañías Aseguradoras solo califica en la norma técnica de invalidez entre las categorías 1 a 3. Es decir, en el más grave de los casos, solo va a calificar como invalidez parcial y nunca como invalidez total, lo que limita el acceso de miles de personas a su calificación de invalidez y que se encuentran impedidas de trabajar.

b) El sistema informático que utilizan las comisiones médicas regionales y central, donde se encuentra alojada la información y expedientes médicos de los solicitantes de la pensión de invalidez, es licitado, pagado y administrado por la asociación gremial de AFP. Siguiendo con lo anterior, el personal administrativo que maneja el acceso al sistema y asiste a las comisiones médicas, tiene el mismo sistema de financiamiento.

c) La ley contempla, en el procedimiento ante la comisión médica, que el afiliado tiene el derecho a una figura denominada “médico asesor del afiliado”; quien tiene el deber de informar y asesorar al afiliado sobre el fallo de la comisión médica, sus aspectos técnicos, los derechos que le asisten de recurrir a instancias superiores y eventuales fundamentos que pudiese tener para recurrir. Lo anterior se creó porque resulta del todo necesario equiparar la desigualdad de parte y compensar la falta de información de los afiliados, versus las Compañías Aseguradoras.

Dicha figura, según el relato ante la comisión de la presidenta de la comisión médica central en la sesión del día 7 de enero de 2019, no tiene personal suficiente. Por lo tanto, en la gran mayoría de las apelaciones remitidas a la comisión médica central no se informa o no existe el médico asesor del afiliado, asignado por las comisiones regionales, lo que deviene en un incumplimiento de la ley y perjuicio directo de los afiliados que se acogen al trámite. Esto puesto que si no poseen los recursos para contratar un asesor particular quedan en completa desigualdad de armas para enfrentar el proceso.

d) Las AFP y Compañías Aseguradoras financian y definen tanto los montos de remuneración como las condiciones en las que se contratan a los médicos interconsultores de las comisiones médicas, especialistas a los que se les encarga el estudio de un caso dentro de una especialidad médica. Los ingresos de los médicos interconsultores dependen de la cantidad de casos en los que sea solicitada su intervención, por ende, a juicio de la comisión, este sistema de financiamiento con cargo a las AFP y Compañías Aseguradoras genera un conflicto de interés para los médicos que le quita imparcialidad y credibilidad al sistema ante los usuarios solicitantes de pensiones de invalidez. Dicho conflicto ético y profesional es

reconocido explícitamente por el Colegio Médico de Chile.

e) Incumplimiento de los plazos para dictaminar los expedientes médicos por parte de las comisiones médicas.

Las comisiones médicas regionales tienen un plazo de 60 días contados desde la comparecencia del solicitante, para pronunciarse sobre la calificación de invalidez. Con posterioridad las partes intervinientes tienen un plazo de 15 días hábiles para reclamar con el dictamen a la comisión médica central, la cual tiene otro plazo de 60 días dentro de los cuales deben emitir pronunciamiento. Finalmente, contra la decisión de la comisión médica central, procede el recurso extraordinario de revisión ante el superior jerárquico, que es el presidente(a) de la comisión médica central.

Un procedimiento de calificación de invalidez considerando la primera instancia, y eventuales apelaciones a la decisión en segunda instancia, no debería superar el plazo de cinco meses para estar finiquitado. Sin embargo, producto de la cantidad de solicitudes y entorpecimientos que ocurren durante el procedimiento ante las comisiones médicas, los plazos no se cumplen y el promedio de tiempo que toman en resolver supera el plazo de un año a lo largo del país, sin que exista consecuencias o sanciones por dichos incumplimientos.

3) Falta de fiscalización y recursos adecuados para intervenir a las AFP y Compañías Aseguradoras que operan en el sistema.

En la segunda y tercera sesión de esta Comisión Investigadora la Superintendencia de Pensiones expuso y entregó documentación en la que aseguraba que la capacidad de fiscalización sobre los expedientes médicos corresponde, en promedio, a 300 expedientes anuales de un total aproximado de 16.000 solicitudes por año; del cual sobre el 90% cumple las normas. Sin embargo, a juicio de esta comisión, la capacidad de fiscalización de oficio de la Superintendencia no constituye una muestra representativa del universo de procedimientos realizados, debido a que no se cuenta con los recursos adecuados en materia presupuestarias y en personal.

La Superintendencia de Pensiones no solo fiscaliza lo relativo a las pensiones de invalidez y funcionamiento del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, sino que también todo el sistema e instituciones relativas a las pensiones en el país. Es evidente que la información aportada como muestras de la capacidad de fiscalización está ampliamente superada por la complejidad del sistema, lo que impide que de oficio el ente regulador pueda detectar dichas irregularidades y anticiparse a que afecten los derechos de los ciudadanos y ciudadanas. Bajo dichas condiciones siempre se requiere una denuncia interesada o dispuesta a transitar el largo camino que una denuncia de esas características implica, y que puede demorar años en obtener una resolución definitiva.

4) La Superintendencia a través de diferentes actuaciones normativas habría contribuido y autorizado a las AFP para establecer trámites y requisitos más allá de los que establece la ley, que obstaculizan el acceso al trámite de la pensión de invalidez.

La Superintendencia autorizó a las AFP para establecer requisitos para el trámite de acceso a la pensión de invalidez por sobre los requisitos establecidos en la ley. Desde 2012 en adelante la Superintendencia de Pensiones, a solicitud de la gerencia de una AFP, autorizó un procedimiento de agendamiento de horas para las solicitudes de pensiones de invalidez. Ya con anterioridad por petición de la misma Superintendencia se exigía, entre otras cosas, formularios específicos de cada AFP firmados por el médico tratante y otros documentos que dificultan el acceso al procedimiento; en circunstancias que el decreto ley N°3500 solo exige la cédula de identidad del solicitante para dicho trámite.

En efecto mediante oficio ordinario N° 20982 de 27 de agosto de 2009, del Superintendente de pensiones, dirigido a los gerentes generales de las Administradoras de Fondos de Pensiones se les informó que dicha Superintendencia elaboró el “Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez”, que se adjuntó al oficio, “el que debe ser entregado por el personal de atención de público de esa Administradora, a los afiliados que acuden a iniciar el trámite de pensión de invalidez”. Añadía el oficio que “El mencionado certificado debe ser completado, firmado y timbrado por el médico tratante del solicitante de la pensión”. Además se indicó que “Esta Superintendencia considera fundamental que se recomiende al solicitante de pensión, ya que contiene antecedentes técnicos referidos a la configuración del impedimento”. Advierte el mismo oficio que si bien el certificado no es obligatorio, irá en directo beneficio de los solicitantes de pensión de invalidez.

Por su parte mediante oficio N° 7712 de 9 de abril de 2012, de la Superintendente de

Pensiones al señor Gerente General de AFP Habitat S.A. dicha autoridad le respondió al señalado gerente que el procedimiento que éste propone sobre “Agendamiento de Sucursales AFP Habitat para Inicio de Trámites de pensión” es aprobado por dicha Superintendente, con algunas observaciones como, por ejemplo, que “es crítico que se consideren para trámites de pensión de invalidez fechas que no trasladen la atención de un mes a otro, porque se afectaría la cobertura del seguro”.

La Superintendencia de Pensiones, en la segunda sesión de esta comisión especial investigadora, expuso que constató en procedimientos de fiscalización en terreno a distintas AFP realizados producto de la constitución de esta Comisión Investigadora de la Cámara, la existencia de esta práctica que obstaculiza el acceso al procedimiento de calificación de invalidez. Mediante un oficio a todas las Administradoras de Fondos de Pensiones ordenaron que se dejara sin efecto el trámite de agendamiento de horas y se procediera a realizar el trámite de solicitud de calificación de invalidez solo con carnet de identidad como indica la ley. Se observa que dicha práctica tuvo como antecedente las iniciativas más arriba señaladas de la propia Superintendencia.

Irregularidades que surgieron durante el trabajo de la Comisión Investigadora

1) Rechazo de licencias médicas durante el proceso de calificación de invalidez

Las personas que solicitan calificación de invalidez para optar a una pensión se encuentran en una situación muy compleja desde el punto de vista de la protección a sus condiciones socioeconómicas. Por lo general son personas que poseen alguna enfermedad, por la cual solicitan la pensión, y al mismo tiempo, licencia médica ya que se encuentran impedidos de trabajar. Dependen para subsistir del reemplazo en su remuneración que les brinda la licencia médica a través de su prestador de salud. Durante el trabajo de esta comisión se pudo constatar varias irregularidades respecto del pago de licencias médicas a personas que se encuentran tramitando su calificación de invalidez, siendo las más relevantes las siguientes:

a) Alto porcentaje de rechazo de licencias médicas por parte de los prestadores de salud privados a personas que se encuentran tramitando su pensión de invalidez.

b) Las Isapres, como entidades prestadoras de planes de salud privados, tienen la facultad por ley de incluso, a espaldas de sus usuarios ante la hipótesis de licencias médicas prolongadas, solicitar la calificación de invalidez ante la AFP correspondiente. Facultad que es excesiva a ojos de la Comisión Investigadora por cuanto constituye un triunfo seguro para su interés que es el de no seguir pagando la licencia médica. Lo anterior debido a que, si la persona efectivamente es calificada como inválida, pasa a ser beneficiario y acogerse al seguro, por lo que dejan de pagar la licencia y, por otra parte, si la persona es rechazada su calificación de invalidez, tienen el fundamento legal para rechazar la licencia médica, puesto que la persona no se encuentra enferma y de igual forma, detener el pago de la prestación.

c) La COMPIN, entidad a la cual son enviadas apelaciones de las licencias médicas, no tiene un sistema que registre y cruce los datos para determinar si una persona en paralelo a que se encuentra con licencia médica está tramitando su calificación de invalidez, con el objeto de detectar esas situaciones y poder tomar medidas para proteger la situación de los afiliados. El incumplimiento de los plazos de las comisiones médicas en fallar y determinar las calificaciones de invalidez, sumado al rechazo de las licencias médicas por parte de los prestadores de salud, deja a los afiliados en una situación de ambigüedad y completa desprotección. El caso más crudo hasta ahora es el de Alejandra Vidal, ex trabajadora de AFP Provida, quien durante 36 meses tramitó su pensión de invalidez hasta que finalmente la obtuvo. Durante todo ese periodo que comprende tres años, su prestador de salud rechazó su licencia médica, por lo que no tuvo ingresos propios durante esos meses, teniendo que vivir a expensas de otras personas y de la caridad de terceros. Asimismo con respecto a lo anterior, han existido cuestionamientos en su funcionamiento, como se expuso cuando la Corte Suprema confirmó la sentencia que acogió recurso de protección presentado en contra de la Superintendencia de Seguridad Social y la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), por no cancelar 25 licencias médicas y les ordenó pagar a la recurrente los subsidios correspondientes por incapacidad laboral. Este fallo del 4 de septiembre de 2018 en la causa Rol 16.860-2018 de la Tercera Sala del máximo tribunal confirmó la sentencia impugnada,

dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago, que estableció el actuar arbitrario al no acceder al pago de las licencias por dolencia lumbar crónica e invalidante³.

d) La Superintendencia de Salud, y según la propia presentación del Superintendente de dicha cartera, no tiene facultades para fiscalizar el cumplimiento de las normas e identificar las razones por lo cual son rechazadas las licencias médicas de personas que se encuentran tramitando su pensión de invalidez.

2) Información parcial y errónea a los afiliados particularmente las mujeres, sobre la edad legal hasta la que pueden acogerse al seguro de invalidez y sobrevivencia.

El artículo 4 bis del DL 3500 establece que las mujeres tienen derecho, ante el caso de no encontrarse pensionadas por vejez, a recibir una pensión de invalidez si cumplen los requisitos de incapacidad laboral hasta los 65 años de edad, cinco años con posterioridad a la edad legal de jubilación de las mujeres. Las cifras expuestas por el Colegio Médico ante la Comisión Investigadora en sesión del 1 de abril de 2019, respecto del número de pensiones de invalidez cubiertas por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (diferenciadas por tramo de edad, sexo y AFP) durante primer trimestre de 2018, dan cuenta de una caída drástica y sistemática en todas las AFP respecto de las mujeres pensionadas por invalidez menores a 60 años, con aquellas mayores de 60 y menores de 65 años. En general la cobertura en mujeres del tramo de edad 60 a 65 años es un 50% menor al tramo anterior, siendo el caso más preocupante el de la AFP PROVIDA, que la baja en la cobertura supera el 80% en el tramo 60 a 65 años.

PROPUESTAS:

Propuestas legislativas para la Comisión Investigadora

1) Modificar el artículo 11 bis del decreto ley N°3500 de 1980, para suprimir la participación del representante de la Asociación Gremial de las Administradoras de Fondos de Pensiones y del representante de la Asociación de Compañías Aseguradoras de Chile, en la comisión técnica de invalidez, encargada de “normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema” y solicitar al Ejecutivo la presentación de un proyecto de ley que defina un nuevo mecanismo de integración de dicha comisión, bajo los siguientes criterios: agregar un médico representante del sector público de salud, con conocimiento en redes asistenciales; un médico nombrado por la Superintendencia de Seguridad Social, con conocimiento en patologías de origen laboral y en patologías que constituyen las principales causas de solicitudes de pensiones de invalidez; Además, que el integrante decano de una facultad de medicina sea designado por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH). Todos los integrantes de la comisión, con excepción del Superintendente de Pensiones, deberán ser médicos cirujanos.

Por último, se deberá fijar por ley una dieta a los miembros de la comisión, pagada con presupuesto a cargo de la Superintendencia de Pensiones.

2) Establecer una inhabilidad temporal en virtud del cual las personas que han ejercido cargos directivos en la Superintendencia de Pensiones, desde el cargo de Jefe de Unidad hasta el cargo de Superintendente de Pensiones, no puedan ser contratados por las Aseguradoras de Fondos de Pensiones o Compañías Aseguradoras que participan del sistema de licitación del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS), dentro los doce meses siguientes a la fecha en que han dejado el respectivo cargo.

3) Solicitar al presidente de la Republica el envío de un proyecto de ley que establezca un sistema de financiamiento público, con cargo al presupuesto de la Superintendencia de Pensiones, para las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central, incluidos los gastos derivados de la contratación del personal médico de las comisiones médicas; médicos interconsultores y exámenes que las Comisiones Médicas Regionales y Comisión Médica Central exijan a los solicitantes de pensiones de invalidez, lo que deberá comprender los gastos de traslado del solicitante de pensión de invalidez, de manera que termine el subsidio al sistema que hacen las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) que les permite tener control administrativo del sistema de pensiones de invalidez.

³ Esta sentencia está recogida en la página web: transtecnia <https://www.transtecnia.cl/confirman-fallo-que-ordeno-a-superintendencia-y-compin-pagar-licencias-medicas/>

4) Modificar los artículos 59 y 59 bis del decreto ley N° 3500 de 1980, para incorporar en la licitación de la administración del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia la prohibición expresa de participación y adjudicación de Compañías Aseguradoras en cuya propiedad participe como controlador o dueño de cualquier porcentaje una Administradora de Fondos de Pensiones.

5) Respecto del procedimiento de las comisiones médicas:

a. Establecer sanciones administrativas por el incumplimiento de los plazos señalados en la ley para el fallo de las solicitudes de calificación de invalidez, total o parcial.

b. Levantar el secreto del expediente médico para los partes e intervinientes del proceso de calificación de invalidez, que le permitan al afiliado y sus asesores en caso de tenerlos, acceso a través de un sistema informático, con acceso restringido a los intervinientes para resguardar la privacidad e información de los solicitantes.

c. Estudiar la creación mandato único a través de formulario, mediante el cual los solicitantes transfieran poder de representación a sus asesores o terceros, para poder realizar los trámites y actuaciones ante las comisiones médicas.

d. Hacer aplicable normativamente a los procedimientos ante las comisiones medicas regionales y central lo dispuesto en el artículo 63 de la ley N° 19.880 que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, como un procedimiento especial, reduciendo los plazos legales a la mitad de lo establecido para las solicitudes de calificación de invalidez en casos de enfermedades graves y urgentes, calificados por la comisión médica respectiva.

e. Reformular la figura del médico asesor del afiliado, y sustituirla por una comisión asesora de los afiliados, con profesionales interdisciplinarios que pueda acompañar a los afiliados que lo soliciten, asesorarlos en su procedimiento de calificación de invalidez, y eventuales apelaciones, **sin costo para los afiliados**. El médico asesor designado por la comisión asesora de los afiliados, de entre sus integrantes, tendrá representación del respectivo solicitante de pensión de invalidez (SIS) para efectos de apelaciones y procedimientos administrativos que fuesen necesarios.

6) Solicitar al Presidente de la República efectuar las modificaciones legales y reglamentarias que sean necesarias para asegurar que mientras el afiliado solicitante de pensión de invalidez se encuentre tramitando la obtención de la misma, no le pueda ser denegado el pago de la prestación de la licencia médica. Se deberá contemplar que si con posterioridad es acogida la solicitud de pensión de invalidez y hay un pago retroactivo de la pensión, dicha suma deberá ser aplicada a reembolsar las sumas pagadas por concepto de licencias médicas por parte de la respectiva institución de salud.

7) Solicitar al presidente de la República el estudio de un proyecto de ley que amplíe las facultades de la Superintendencia de Salud, para fijar normas y fiscalizar la procedencia de licencias médicas durante el proceso de solicitud de calificación de invalidez, con el fin de evitar rechazos arbitrarios a las licencias médicas que dejan en el desamparo económico a los afiliados.

8) En la actualidad las Comisiones Médicas Regionales se integran por tres médicos cirujanos, siendo regla general, al menos, una Comisión por Región. El Superintendente tiene la facultad de crear más de una Comisión Médica por Región. En este esquema el aumento de solicitudes de calificación de invalidez obliga a duplicar la dotación médica (dos Comisiones) para poder atender el aumento de la demanda dentro de los plazos legales y no contempla soluciones intermedias más efectivas y de menor costo. Por ello se propone aumentar gradualmente la cantidad de integrantes (cuatro y cinco) hasta que la demanda de solicitudes justifique crear una nueva Comisión Médica en la Región.

Se designó como Diputada informante a la señora Gael Yeomans y, asimismo, se acordó que forman parte de las conclusiones y propuestas aprobadas, las consideraciones que les sirven de base; asimismo, se acordó remitir copia de este informe a S.E. el Presidente de la República; al señor Ministro del Trabajo y Previsión Social, y al señor Superintendente de Pensiones.

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