

LEGISLATURA 367^a

CEI 32 -COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMPIN EN RELACIÓN CON LA DEMORA EN RESOLVER LAS LICENCIAS MÉDICAS, Y LAS EVENTUALES IRREGULARIDADES EN EL RECHAZO DE LICENCIAS POR PARTE DE LAS ISAPRES.

Sesión 3^a, celebrada en lunes 19 de agosto de 2019, de 13.01 a 14.28 horas.

SUMARIO:

- Asistió el señor Claudio Reyes Barrientos, Superintendente de Seguridad Social, el señor Osvaldo Macías Muñoz, Superintendente de Pensiones, acompañado del señor Pedro Osorio Sepúlveda, Jefe del Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía.

I.- PRESIDENCIA

Presidió la sesión el diputado Miguel Crispi Serrano.

Actuó como Secretaria Abogado la señora Claudia Rodríguez Andrade y como Abogado Ayudante el señor Germán Salazar Roblin.

II.- ASISTENCIA

Asistieron los siguientes diputados integrantes de la Comisión: Nino Baltolu Resera, Karol Cariola Oliva, Juan Luis Castro González, Andrés Celis Montt, Miguel Crispi Serrano, Marcos Ilabaca Cerda, Karin Luck Urban, Javier Macaya Danús, Erika Olivera de la Fuente y Alejandra Sepúlveda Orbenes.

Además asistió la diputada Marcela Hernando Pérez en reemplazo del diputado Carlos Abel Jarpa Wevar.

III.- INVITADOS

Concurrió a la sesión el señor Claudio Reyes Barrientos, Superintendente de Seguridad Social¹, el señor Osvaldo Macías Muñoz, Superintendente de Pensiones², acompañado del señor Pedro Osorio Sepúlveda, Jefe del Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía.

IV.- CUENTA³

Se dio cuenta de los siguientes documentos:

1.- Oficio de la Secretaría de la Cámara, mediante el cual informa que el diputado señor Marcos Ilabaca, reemplazará en forma permanente al diputado señor Manuel Monsalve.

2.- Nota del Partido Radical, mediante el cual comunican que el diputado señor Carlos Abel Jarpa, será reemplazado en la sesión, por la diputada señora Marcela Hernando.

¹ Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=178805&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

² Acompañó su exposición junto a la siguiente presentación:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=178804&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

³ Los documentos de la cuenta se encuentran en el siguiente link:

<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=61865&prmTIPO=DOCUMENTOCUENTACOMISION>

V.- ACUERDOS

1- Se acordó recibir a los invitados de las próximas sesiones a aquellos propuestos por el Presidente de la Comisión.

2- Oficiar a la Biblioteca del Congreso Nacional solicitando una recopilación de las conclusiones de las comisiones especiales investigadoras realizadas en la Cámara de Diputados que tenga relación sobre la materia de esta instancia.

3- Oficiar al Superintendente de Pensiones solicitando envíe una minuta con las sugerencias para el mejor funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

4- Oficiar al Ministerio de Hacienda, con copia a la Dirección de Presupuestos, solicitando se agilice la reasignación del presupuesto a la Superintendencia de Seguridad Social.

VI.- ORDEN DEL DÍA

A continuación, se inserta la versión taquigráfica de lo tratado en esta sesión, confeccionada por la Redacción de Sesiones de la H. Cámara de Diputados.

TEXTO DEL DEBATE

El señor **CRISPI** (Presidente).- En el nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

La señora Secretaria dará lectura a la Cuenta.

*-La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

El señor **CRISPI** (Presidente).- Sobre la Cuenta, ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Sobre puntos varios, ofrezco la palabra.

Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, solicito que la Secretaría nos remita los reportes que realizó la coordinadora Nacional de la Compín y los que realicen los invitados de hoy.

La señora **RODRÍGUEZ** (Secretaria).- Señor Presidente, tengo entendido que las presentaciones han sido enviadas a sus correos.

De todas maneras, las presentaciones también están en la página web de la Cámara.

Sin embargo, voy a verificarlo con la secretaria de inmediato.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Señores diputados, quedan nueve sesiones por celebrar y la diputada Karin Luck ha mandado algunas sugerencias de invitados.

La semana pasada me comuniqué con la subsecretaria, quien expresó que tenía dificultades para asistir hoy. Su

intención era asistir con la directora de la Compín, por lo que acordamos postergar su asistencia para la sesión siguiente. Por eso hablé con los superintendentes de Seguridad Social y de Pensiones, quienes gentilmente estuvieron disponibles para asistir hoy.

Para la próxima sesión están invitados los representantes del departamento Nacional de la Compín, la subsecretaria de Salud Pública, e interventoras para la Región Metropolitana y sectores más grandes del país, a fin de que ambas den cuenta de las medidas precisas que se han aplicado.

Para una sesión siguiente están invitados el representante de la Contraloría General de la República, dirigentes y trabajadores de la Compín; la dirigente de la Asociación de Funcionarios de la Secretaría Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, señora Marcia Lara Acuña; representantes del Colegio Médico y dirigentes de trabajadores nacionales, quienes se han asociado en función de esta problemática; víctimas y casos, y el ministro de Salud.

Esas son las sugerencias de invitados, las cuales se las voy a hacer llegar por correo. Hay invitaciones de sobra para cumplir con las sesiones que quedan por realizar. No obstante si hay alguna otra sugerencia, les pido que la hagan llegar.

¿Habría acuerdo para que este sea el elenco inicial de invitados?

Acordado.

La presente sesión tiene por objeto recibir al superintendente de Seguridad Social, señor Claudio Reyes, quien asiste acompañado de la fiscal, señora Patricia Soto; del intendente de Beneficios Sociales, señor César Rodríguez, y del jefe de Departamento Contenciosos de Beneficios Sociales, señor Domingo Ulloa. Asiste también el superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías, quien asiste acompañado del jefe de Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía, señor Pedro Osorio, y del abogado jefe del Departamento Judicial y de Cumplimiento, señor Manuel Bustos.

La idea es que dividamos ambas presentaciones en alrededor de veinte minutos cada una. Cuando pregunté a los invitados si podían concurrir hoy, aproveché de pedir particular atención respecto de cuál es el volumen de casos que hay en los distintos procedimientos de una burocracia

difícil de entender, que tiene que ver con la entrega de licencias médicas.

En relación con la modificación de la audiencia de la subsecretaría de Salud Pública, hago presente que ellos se comprometieron a enviar hoy todos los datos que solicitamos la semana pasada, cuestión que no ha ocurrido, sin embargo, el asesor del Ministerio de Salud informó que los iban a enviar entre hoy y mañana. Espero que los compromisos se cumplan, a fin de contar con la información necesaria para que la comisión investigadora llegue a buen puerto.

Tiene la palabra el señor Osvaldo Macías.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señor Presidente, muchas gracias por la invitación.

He venido acompañado del doctor Osorio, especialista en la materia.

Señor Presidente, con su venia, solicito que sea él quien haga la presentación, sin perjuicio de todo lo que puedo agregar para complementar.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Pedro Osorio.

El señor **OSORIO**.- Señor Presidente, soy el doctor Pedro Osorio, jefe del departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía, de la división de Comisiones médicas y Ergonómicas de la Superintendencia de Pensiones.

Nuestro interés es exponer algunas ideas que ayuden a comprender mejor el proceso de evaluación de invalidez.

Básicamente queremos hacer hincapié en que el proceso de evaluación de invalidez tiene que ver con la determinación de si una persona tiene una incapacidad laboral de carácter transitoria o permanente, pues el enfoque del sistema de pensiones está en la incapacidad de carácter permanente.

Si los trabajadores y trabajadoras cuando tienen alguna dolencia de carácter médico pueden ser objeto de una evaluación por un profesional, quien puede instruir un reposo laboral que justifica su inasistencia al trabajo durante el periodo que el profesional estime necesario para la recuperación de su salud.

En ese sentido, la licencia médica tiene una perspectiva con un pronóstico de carácter recuperativo, donde se espera que la persona vuelva a trabajar en un tiempo determinado, de acuerdo con los protocolos médicos.

Lo anterior, tiene que ver con el contexto de la actividad laboral que desarrolla el trabajador, porque cuando

el médico otorga una licencia médica a una persona con incapacidad de carácter transitorio, tiene presente ante sí el hecho de que ese trabajador cumple una función determinada ante su empleador, por lo que el reposo está orientado a dar la posibilidad de ausentarse para esa tarea en particular. Esto quiero que se tenga muy presente, a fin de poder enfocar el tema de la incapacidad permanente que señalaré a continuación.

La licencia médica, entonces, es el instrumento por el cual la persona tiene justificación para ausentarse del trabajo durante el periodo que el médico indique. En cambio, en el sistema de pensiones, cuando se trata de evaluar la incapacidad permanente de un trabajador, tiene que ver con la incapacidad para realizar cualquier tipo de trabajo, no necesariamente la tarea específica que desarrolla en su actividad laboral cotidiana.

Eso tiene un enfoque que apunta a determinar que hay un contexto de irrecuperabilidad que ha sido determinado mediante un proceso de evaluación de invalidez que contempla varias etapas, las que señalaré a continuación.

En este contexto, el impedimento que puede afectar a la persona, que puede ser una enfermedad o una condición de salud deteriorada, tiene que ver con las interferencias que ese impedimento le impone a la persona en sus actividades de la vida diaria y que afectan su capacidad para desempeñarse y desenvolverse de manera autónoma.

Si se considera que ese impedimento está configurado, se entra en la segunda etapa que es la calificación, es decir, determinar en qué porcentaje ese impedimento, que ya ha sido calificado como irrecuperable, afecta a la persona para desarrollar cualquier tipo de trabajo.

En la lámina 6 se muestran las dos etapas, la evaluación, que identifica el impedimento para determinar si está configurado, y la calificación, que es la aplicación de una normativa técnica definida, que es un baremo de calificación de invalidez en que existe una escala graduada de porcentajes de incapacidad según las características propias del impedimento que está siendo evaluado, todo lo cual apunta a determinar el grado de pérdida de autonomía de la persona, lo que habitualmente está presente en este baremo en las categorías de las clases 4 y 5, que otorgan el reconocimiento de un mayor porcentaje de incapacidad.

La autonomía, como muestra la lámina 7, se entiende como la capacidad de efectuar actividades de la vida diaria sin ayuda o supervisión de terceros.

La capacidad laboral se entiende como el conjunto de aptitudes que permiten asumir exigencias de cualquier puesto de trabajo.

En esta normativa, que es el objeto de la norma legal publicada en el Diario Oficial, por ende de conocimiento público y cuya aplicación es obligatoria para las Comisiones Médicas, se contempla que para que un impedimento pueda ser considerado como de aquellos que provocan algún grado de menoscabo, debe estar configurado, para lo cual existen cinco parámetros -lámina 8- que deben ser cumplidos para tal efecto.

El primero es que el impedimento sea objetivo, es decir, que realmente se trate de una dolencia que se pueda observar clínicamente.

El segundo es que sea demostrable, es decir, que se disponga de análisis de laboratorio, exámenes, evaluaciones funcionales o imágenes que den cuenta de que la persona está afectada por la dolencia que está invocando como incapacitante.

El tercer punto es que las medidas generales de tratamiento médico o quirúrgico que pudiesen ser adecuadas al caso, y que sean accesibles para el afiliado, hayan sido cumplidas, y de esta manera se tenga claro de que la persona, a partir del diagnóstico, ha accedido a los tratamientos que le corresponden.

El cuarto punto es que la condición de este paciente esté en estado de estabilidad o que claramente vaya hacia un agravamiento de su condición. Eso también es importante para la configuración.

El quinto punto es que se hayan cumplido los períodos de observación que la norma establece para los tratamientos adecuados.

Se espera que una persona con una condición de afectación de salud, identificada como tal, haya accedido a los tratamientos, pero además que dichos tratamientos se haya extendido por el período razonable de tiempo que permita concluir que ya no tiene recuperación o, al revés, que eventualmente aún hay terapias pendientes que podrían ayudar a corregir su condición de salud.

A partir del cumplimiento de estos cinco aspectos considerados en la norma se puede decir si un impedimento está configurado o no.

Si está configurado, se aplican las clases que contiene la normativa para determinar, en este baremo, el porcentaje de incapacidad que le afecta.

Las clases son desde la uno a la cinco, y van en rangos de porcentaje para determinarlo.

En este sistema, desde el 25 por ciento de incapacidad por algún impedimento configurado se considera para lo que se denomina la suma combinada, junto a otros impedimentos del mismo tenor.

La calificación es un proceso médico-administrativo, en el cual la persona, por ejemplo, el afiliado a una AFP, solicita ante su AFP la evaluación de invalidez.

En cambio, el 60 por ciento de la población más pobre del país puede solicitar también la calificación de invalidez para acceder a una Pensión Básica Solidaria de Invalidez, y ambos, desde las distintas fuentes de inicio, pasan por el proceso en que la Comisión Médica Regional que corresponda tiene que citar a la persona para que sea evaluada, primero por un médico asignado que evalúa la condición del paciente mediante una anamnesis o un examen físico, además de las solicitudes de algunas pericias complementarias, como el informe de un interconsultor de alguna especialidad que fuera necesario o exámenes de laboratorio o de imágenes que sean pertinentes, además de las cosas que pueda aportar el mismo trabajador, que pueden ser una epicrisis, el resultado de una biopsia, etcétera, que son útiles para el proceso evaluativo.

Luego, una vez que se tienen todos estos antecedentes, el caso pasa desde el médico asignado al médico presidente de la comisión, quien da el visto bueno en el sentido de determinar si cumple con todos los requisitos para pasar a sesión la solicitud. Después, pasa al secretario, que hace los últimos ajustes al acta que se va a preparar y, finalmente, se sesiona.

En la sesión participan los tres médicos de la Comisión, el presidente, el secretario y el integrante. En ella se presenta el caso, se discute y se determina si cumple con los requisitos de configuración y el porcentaje de menoscabo que le corresponda.

Eso puede dar lugar a un dictamen de invalidez, que puede ser de rechazo de invalidez, por ejemplo, de carácter

administrativo porque la persona solicitó la evaluación, pero no compareció a las citas que le correspondían con el médico asignado o con el interconsultor en su momento.

La otra razón para un rechazo administrativo es que el paciente hubiera fallecido durante el proceso porque estaba en muy mala condición producto de su patología, o por otra causa, por lo que no se pudo determinar su grado de incapacidad.

También pudo ocurrir por una incompatibilidad legal, por ejemplo, cuando la persona goza de una pensión de invalidez por el régimen que regula los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Si tiene una pensión por aplicación de la normativa del DL 3.500, esa condición es incompatible con el proceso de calificación de invalidez en este sistema.

Asimismo, podría tratarse de un rechazo médico, en el cual a partir de la evaluación que se hizo con el médico asignado y la Comisión mediante exámenes, pericias, etcétera, se llegó a la conclusión de que el impedimento no estaba configurado, porque no reunía todos los requisitos mencionados, y que en esas condiciones se estima que la persona podría, eventualmente, acceder a algún tipo de terapia o tratamiento que podría mejorar en alguna medida su condición de salud. Por lo tanto, no estaría configurado porque hay terapias pendientes.

Del mismo modo, puede ocurrir que pese a la existencia de un impedimento, este no provoque un menoscabo laboral real porque es de menor magnitud o no afecta mayormente a la persona, por lo que se califica sin menoscabo y se rechaza.

Finalmente, puede ser que se trate de un caso en que el menoscabo laboral es inferior al 50 por ciento mínimo de incapacidad que se requiere para acceder por lo menos a una pensión de invalidez parcial. En ese caso también se rechaza, a pesar de que se ha reconocido la condición de afectación de la persona, pero el porcentaje no le alcanza.

La invalidez parcial transitoria se declara cuando, producto de este proceso, se concluye que tiene a lo menos un 50 por ciento de incapacidad, pero menor a dos tercios, caso en el cual la persona accede a una pensión parcial, de carácter transitoria, porque se puede reevaluar en los tres años siguientes. En la reevaluación, esa pensión parcial transitoria podría ser consignada como definitiva parcial.

En el caso de invalidez total, que es la última opción que tiene la persona a propósito del proceso evaluativo, se

puede determinar que sufre de una incapacidad mayor a dos tercios, lo que lo hace acreedor a una pensión de invalidez de carácter definitiva y que no será objeto de reevaluación.

La norma técnica, que ya mencioné, está publicada en el Diario Oficial, por lo que es de conocimiento público, es la norma por la cual están obligadas a regirse las Comisiones Médicas, porque así lo dispone la ley.

Las comisiones médicas están constituidas por profesionales médicos que contrata la Superintendencia, previo concurso público. Ellos son contratados a honorarios y es la Superintendencia la que les paga dicha remuneración producto de la actividad que desarrollan como médicos integrantes de la comisión.

Existen las comisiones regionales y la Comisión Médica Central. Esta última es la entidad encargada de atender las apelaciones que pueden presentar las personas que se vean afectadas por no estar satisfechas con el resultado de la calificación o, eventualmente, las compañías aseguradoras si se trata de una persona cubierta por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

Las comisiones médicas tiene respaldo legal para su constitución y la Superintendencia se encarga de fiscalizar el buen cumplimiento del proceso evaluativo, tanto en tiempo como en forma, y la calidad de los dictámenes.

La lámina 16 muestra la distribución de las comisiones médicas. Hay a lo menos una comisión por cada región del país y la cantidad de 183 médicos contratados por la Superintendencia a honorarios para que cumplan este cometido.

La última línea se refiere a que existen 545 médicos interconsultores, de diversas especialidades, que pueden contribuir en este proceso evaluativo porque las comisiones médicas no tiene la obligación de tener especialistas en su constitución, y en algunas situaciones se requiere contar con ellos. A los interconsultores del sistema también se les paga honorarios.

En ese contexto, los interconsultores aportan con la perspectiva de su especialidad, además de la experticia que tienen en este proceso evaluativo, porque hay que recordar que el enfoque que utilizamos los médicos para evaluar la invalidez no es el mismo enfoque asistencial que utilizamos cuando atendemos pacientes, que es un enfoque pericial, que tiene una connotación médico legal, que es distinta. Entonces, aquí se

trata de verificar si la persona tiene las consecuencias de la patología que está invocando como incapacitante y en qué grado, para poder determinar su incapacidad.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- ¿Todos son pagados por la superintendencia, o los peritos, que son a honorarios, son pagados por alguna aseguradora?

El señor **OSORIO**.- Las compañías aseguradoras concurren en el pago de los honorarios a través de las AFP, cuando se trata de afiliados cubiertos por el seguro.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Los pagan entonces las aseguradoras. Y los médicos ¿los paga la superintendencia?

El señor **OSORIO**.- Los médicos que forman parte de las comisiones médicas los paga la superintendencia exclusivamente.

Los interconsultores que no son parte de la comisión, pero son colaboradores regionales para la evaluación, aportando su experticia técnica, los paga la AFP o la compañía aseguradora, y también los paga el IPS, cuando se trata de evaluar a las personas que pertenecen al 60 por ciento de la población más pobre que solicitan pensión básica solidaria de invalidez.

Ahí está el proceso. Se muestra en la presentación si lo quieren revisar, más algunas cifras que dan cuenta de la situación de las solicitudes: tenemos que en 2017 se presentaron en total 57.980 solicitudes de evaluación de invalidez; en 2018, 61 mil 600 y tantas, y en 2019, a julio cumplido de este año, van 44.921. O sea, hay un claro incremento en las solicitudes.

El señor **BARTOLU**.- Cuando habla de AFP ¿ahí están los dos sistemas?

El señor **OSORIO**.- Las AFP, cubiertos y no cubiertos.

El señor **BARTOLU**.- ¿Isapre y Fonasa?

El señor **OSORIO**.- Sí.

En la siguiente tabla se muestra comparativamente el mes de julio de este año con el mismo período de 2017 - 2018, y se ve en la columna de la derecha que este año se ha experimentado un 21 por ciento de incremento en las solicitudes respecto del año anterior para el mismo período, de enero a julio de 2018, comparativamente con enero a julio de 2019, 21 por ciento de incremento en las solicitudes de evaluación de invalidez.

Podríamos preguntarnos ¿quiénes pueden solicitar la calificación de invalidez para efectos de pensión de un trabajador afiliado al sistema de pensiones del decreto ley N° 3.500? Exclusivamente el trabajador afiliado al sistema por sí mismo o debidamente representado por quien corresponda.

Segundo, para solicitar este trámite ¿es requisito o condición que se encuentre haciendo uso de licencia médica? No, no es requisito, puede estarlo, pero no es requisito; para calificar la invalidez de esta información no es relevante.

Y tercero, ¿para qué efectos se requiere esta información? Para determinar el devengamiento o la fecha de inicio de la pensión total o parcial que eventualmente se otorga a la persona y para notificar la invalidez a la entidad pagadora de subsidio según corresponda.

Finalmente, cabe mencionar que las isapres tienen una facultad legal para solicitar -a requerimiento de ella exclusivamente, independientemente de que lo quiera o no el trabajador- la evaluación de invalidez para los efectos de determinar la irrecuperabilidad, y en ese contexto definir si van a seguir pagando o no las licencias médicas que cursan los trabajadores.

Vemos en la lámina la cantidad de solicitud de isapre que se han presentado en los 2017, 2018 y hasta julio de 2019 actualmente. Para el gran volumen de solicitud de evaluación de invalidez estas solicitudes de isapre son bastante marginales en número. Lo mismo comparativamente de enero a julio de 2017, 2018 y 2019 se ve un incremento en relación a los años anteriores en el presente año.

Ahí terminamos, señor Presidente.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Vamos a continuar con la siguiente presentación, así concentramos las preguntas con toda la información.

Tiene la palabra el señor Claudio Reyes.

El señor **REYES**.- Señor Presidente, traigo una presentación que va a quedar en el escritorio del computador y también una copia en la secretaría.

Primero, aunque sea reiterativo, quiero recordar en qué consiste la naturaleza de las licencias médicas, porque esta condición, de alguna manera, es la que posteriormente puede conducir a un eventual reclamo.

Tiene por cierto una naturaleza sanitaria, cuyo objeto es recuperar la salud mediante el reposo; pero tiene a su vez

la condición de una naturaleza laboral que le permite al trabajador ausentarse del trabajo para recuperar su salud y tiene una naturaleza previsional, que es la sustitución de la remuneración por el subsidio de incapacidad laboral, como se denomina técnicamente, que reemplaza la remuneración mientras está el reposo.

Estas tres condiciones tienen una serie de dificultades, algunas están enumeradas ahí, pero quiero definir claramente que la licencia médica tiene eminentemente un carácter temporal.

Para situarnos en términos de cifras, en 2018 se emitieron 5,7 millones de licencias médicas, esto incluye Fonasa e isapres: el 26 por ciento isapres, 1,47 millones, y el 74 por ciento Fonasa, 4,2 millones.

Hay un incremento respecto del año 2017 de 7,5 por ciento, es decir unas 400 mil licencias médicas.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Es 4,219 no con el uno delante.

El señor **REYES**.- Sí, 4,2 hay que invertir los números. Hay un problema en las láminas.

Aumentaron 7,5 el año pasado, respecto de 2017, y hay que mencionar que aquí las razones del aumento son de variada índole, no necesariamente esto quiere decir, a veces, un mal uso de la licencia; hay mayores ingresos, hay mayor representación de las mujeres en la fuerza laboral, hay trabajadores independientes. Probablemente en 2019, con la cotización obligatoria, esto se va a ver incrementado.

¿Cómo se repartieron estas licencias, las 5,7 millones? 22,9 por ciento de carácter mental, esto viene incrementándose en los años recientes; siguen las 20,9 licencias osteomusculares, después respiratorias, y luego se distribuyen en las demás patologías.

Había un incremento de 7,5, más que en 2017, fundamentalmente en Fonasa por sobre lo que es la isapre.

De estos 5,7 millones que estamos hablando aquí, hay 434.215 licencias que son rechazadas, de las cuales, en términos absolutos, prácticamente el mismo número en Fonasa e isapres, pero estamos hablando de proporciones muy distintas: Fonasa un 5,1, isapre un 15, en promedio el sistema un 7,6.

Hay que agregar -esto no está en la lámina-, que cuando hablamos de licencias médicas de carácter mental, este promedio de rechazo es muy superior; estamos hablando de un promedio de

18,4 comparado con el 7,6 de las cuales Fonasa rechaza el 11 y las isapres rechazan el 42 por ciento de las licencias de carácter mental.

A eso hay que sumar que Fonasa autoriza, con modificación, el 2,5, y las isapres autorizan, con modificación, un 11 por ciento. Esto quiere decir licencias que se aprueban, pero pueden ser reducidas en el plazo de otorgamiento de la licencia, lo cual, para efectos de la Suseso, puede constituir también una reclamación por parte de la persona. Esto hace que existan, aparte de estas 434 mil, otras 260 mil licencias médicas potencialmente reclamables ante la Suseso.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- ¿Esas cifras están ahí?

El señor **REYES**.- No.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Es que esa cifra es muy importante.

El señor **REYES**.- Está en la presentación. Viene abajito, en las notas.

Mirando el proceso, mencionamos que nosotros estamos al final de una cadena. En la parte superior está la cadena que se vincula a las isapres, es decir, un profesional, un médico, una clínica, otorga la licencia, el trabajador de la isapre la recibe, se la lleva a su empleador, que a su vez la presenta a la isapre respectiva y, en caso de que la isapre se la rechace, tiene una primera instancia de reclamación, que es la Compín, y finalmente si la Compín la rechaza, puede llevarla a la Suseso.

En el trámite de Fonasa pasa lo mismo; es decir, hay una licencia emitida por un médico. El trabajador tiene dos días hábiles para presentarla a su empleador; el empleador, a su vez, tiene tres días hábiles para presentarla a la Compín, como contraloría médica de Fonasa. Si la Compín la rechaza, por una primera instancia, existe una reclamación ante la propia Compín, -probablemente dejemos apuntado este tema complejo, toda vez que la Compín ve sus propias reclamaciones-, y si no, última instancia es la Suseso.

Hay una variación y es que en el caso de Fonasa, el empleador que esté afiliado a una caja de compensación, tiene la opción de presentarla a través de la caja de compensación a la Compín, y el proceso de pago se hace con posterioridad, también a través de la caja de compensación. Y ahí, como han

conocido ustedes, hay un proceso de tramitación por parte de la caja de compensación, que a veces subsidia a la Compin. Lo que no va a través de caja de compensación, se paga a través del BancoEstado.

Nosotros, como superintendencia, tenemos una interlocución múltiple con una cantidad enorme de entidades: cajas, Fonasa, Compin, isapres, la Superintendencia de Salud, las mutuales y el ISL, este último cuando hay una disputa entre si es de carácter común o laboral, lo que obliga a una multiplicidad de relaciones y de obtención de datos.

Allí, resumidos, están las funciones que tiene la Suseso respecto de esto. Por cierto, la principal es la reclamación; está la resolución de reclamaciones de subsidios por incapacidad laboral y determinar los montos; resolvemos las competencias entre salud común y salud laboral; somos el organismo monitor de la licencia médica electrónica, un proceso que ha avanzado en forma importante; administramos una serie de otros subsidios que tienen características similares a una licencia médica, como los maternales, los pospaternales, etcétera; hacemos todo el proceso de limpieza de recursos entre las cajas y Fonasa para pagar este subsidio, y finalmente nos corresponde supervigilar la aplicación de la ley N° 20.585, que tiene que ver con los médicos altoemisores, a los cuales me referiré al final.

Hemos dado una mirada a todo el proceso, proceso al que yo le llamo el tubo, porque por un lado entran reclamaciones y, por otro, salen dictámenes. Por lo tanto, implica administrar múltiples bases de datos y múltiples canales en las tres funciones principales con que cuenta la superintendencia: regular, fiscalizar y resolver.

Este proceso, que hasta hace tres años era en papel, manual, lo empezamos a abordar de forma digital desde diciembre del año pasado. Por lo tanto, este proceso, que recibía a un ciudadano muy insatisfecho, un ciudadano que venía de un proceso bastante largo y que en nuestra propia cocina -por así decirlo- tenía ciento veinte días hábiles promedio de espera en 2015, empezamos a trabajarlo con un enfoque tecnológico, cuyo objetivo era terminarlo e implementarlo a partir de este año.

Este proceso tiene tres conceptos, conceptos que son los que una Compin debiera mirar: cero papel, todo el proceso electrónico; integración de datos, nosotros tenemos relación

con Fonasa, mutuales, etcétera, y necesitamos muchos datos previos de la Compín para poder integrarlos y poder resolver y dictaminar si una licencia médica corresponde; finalmente, predicción de casos, para anticipar las situaciones, de manera de ahorrar tiempo.

¿Qué ha significado esto, expresado en números? A la fecha, hemos procesado más de 62.000 expedientes electrónicos. En los últimos tres meses hemos recibido del orden de 474 casos promedio por día, en todas nuestras oficinas. Anteriormente, a fines del año pasado, eran del orden de 300, 310. 24 por ciento de esto los recibimos vía web. De los datos que solicitamos a otras instituciones, a la fecha se han solicitado más o menos 128.000 documentos, que se responden en un plazo muy breve. Las mutuales, las cajas, las isapres, en promedio, están respondiendo en 5,6 días nuestras solicitudes, para casos que antes demoraban cerca de un mes. Ya hemos cerrado más del 58 por ciento de los casos y estos se están demorando hoy, en promedio, 55,7 día hábiles en lo que es licencia médica y, en lo que se refiere a cálculos, alrededor de 66 días. Nuestra promesa, cuando iniciamos el proceso de modernización de la institución, es llegar, a diciembre de este año, a 30 días y, salvo algunas dificultades que estamos experimentando, las podemos abordar.

Esta superintendencia tiene un presupuesto de 14.000 millones y 296 funcionarios, de los cuales 61 están dedicados al tema contencioso y de licencias médicas; 36 de ellos son médicos. Estamos en todas las regiones, pero en muchas de ellas tenemos solo un funcionario.

En 2017 recibíamos 41.200 licencias médicas; en 2018 pasamos a 46.000, y este año, 2019, estamos proyectando 60.000 licencias médicas reclamadas en esta fase final del proceso.

Está claro que tenemos un problema, cual es un muy fuerte incremento en la demanda en el último tiempo, que está llegando a 470 casos diarios, y una lamentable escasez de oferta médica. La alta concentración de casos de carácter mental hace que demandemos más siquiátras y, a los precios que nosotros podemos ofrecer, no los encontramos.

Sin embargo, hemos encontrado soluciones. Tenemos presentadas solicitudes de recursos a la Dipres; los decretos están en curso y con 250 millones de pesos creemos que podemos asegurar este objetivo de responder en los 30 días y el stock que hoy tenemos. Lamentablemente, los tiempos de proceso de la

Dipres y posteriormente de la Contraloría no son los más rápidos.

A nosotros nos corresponde también fiscalizar, así como lo hace a la Compín, a los médicos que emiten licencias sin fundamentos Y digo licencias médicas sin fundamento, porque lo que uno trata de verificar es que el descanso que se está recetando, como recuperación de la salud, sea algo que se justifique.

No obstante, la manera de precisar y apuntar a los médicos que van a ser investigados, son aquellos que emiten más de 1.600 licencias médicas al año. A la fecha, hemos sancionado a 114 profesionales, de los cuales 11 son contralores de isapres, porque el fundamento no es solamente para rechazar o para aprobar o emitir una licencia sin fundamento, sino, también, en el caso de las isapres, de rechazarlas sin fundamento.

Con todo, la normativa actual es bastante débil, a mi juicio, toda vez que el máximo de multa es de 10 UTM, el máximo de suspensión es de 30 días, no todos los médicos son colegiados. Hemos iniciado algunas querrelas criminales, pero, aun así, creemos que esto no es suficientemente disuasivo.

Ahora, si bien eso es un problema, no es fundamental en el crecimiento de las licencias médicas. En la lámina se puede ver que los médicos que emiten más de 1.600 licencias médicas al año, es decir, una licencia médica por hora de día hábil, no superan el 1 por ciento, y si consideráramos todas las licencias, si consideráramos que todos esos médicos hubiesen emitido las 1.600 licencias médicas en el año, estaríamos hablando de 7,7 por ciento de las licencias emitidas en 2018.

Repito, hay un problema, pero, a mi juicio, no es el gravitante.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señor Presidente, como este es un sistema que requiere correcciones, quiero hacer las siguientes preguntas a los expositores.

En primer término, ¿cuál es el criterio de rechazo y el criterio de reducción, desde el punto de vista de la Suseso y de las Compín? Lo pregunto, por cuanto es evidente que a una persona con depresión en salud mental, el doctor no le va a aconsejar estar en cama, pero los que van a fiscalizar, sobre

todo los de las isapres, va a ir preguntar si la persona con depresión está en cama. Estoy dando el ejemplo de una enfermedad muy prevalente, motivo de rechazo de licencias médicas en un altísimo porcentaje.

¿Cuál es el criterio de especialidad? La depresión es parte del Auge en sus expresiones leve y moderada, no la severa. Ahora, un médico general puede dar licencia por depresión, toda vez que está autorizado, porque el GES así lo permite en atención primaria. Sin embargo, muchas veces esto es cuestionado al momento de fiscalizar, porque no está dada por un psiquiatra.

Criterio de reducción y rechazo, en salud mental y en osteomuscular.

2. Uno recibe a diario situaciones contradictorias como la siguiente: ¿Qué sucede cuando una persona está con licencia, porque está gravemente enferma, y, al mismo tiempo, se encuentra en trámite de pensión de invalidez? Este es en un comprahuevos sistemático, en que le dicen en la superintendencia de Pensiones: "No, si usted no tiene aprobada la licencia, cómo le vamos a dar la pensión". Y, por el otro lado, le dicen lo contrario: "Si usted no tiene pensión aprobada, ¿cómo le vamos a dar más licencia médica".

Entonces, tenemos un interregno en personas que, teniendo una misma enfermedad, están en los dos trámites de manera simultánea con sistemas de rechazo.

3. ¿Cómo ustedes hacen la modalidad de pago? Se lo pregunto porque una de las crisis en Morandé 40 o en Moneda, fue el pago de la licencia. Entonces, quiero entender cómo es la modalidad de pago, la demora en el pago cuando están autorizadas, y en el caso de los empleados fiscales, en que se le paga el sueldo primero y después el pago. ¿Cuál es la deuda que hoy tienen no cobrada los servicios de salud por conceptos de pagos de licencias médicas, efectuados en tiempo y forma al usuario, pero que son una rémora de endeudamiento porque las cajas o los seguros no lo pagan?

A algunos de los más antiguos nos tocó tramitar y aprobar la ley N° 20.525, en 2012. Fue una iniciativa que en esa época surgió con fuerza por los médicos licenciosos, los falsos médicos, etcétera, y se colocaron sanciones o penas que no existían hasta ese momento.

Me da la impresión de que esta ley ha fracasado en cuanto a la persecución del delito, en el sentido de detectar

médicos que certifican falsamente enfermedades, de empleadores falsos, que a veces instalan un empleo para alguien que solo va a pedir licencia médica, o incluso pacientes que pueden ser hasta simuladores.

Entonces, me gustaría saber qué opinión tiene el Ejecutivo, porque lo más probable es que de esta Comisión tengamos iniciativa de ley nuevamente y propongamos iniciativas que busquen resolver la sanción.

Por último, qué se hace en cuanto a la aplicación de la ley, por esta doble condición de ser ante sí mismo ente de apelación la Compin: fallador y apelador al mismo tiempo, porque si nosotros hemos criticado que la isapre es juez y parte al momento de pagar y evaluar una licencia, por qué el Compin tiene también esta doble condición que enumeró el superintendente.

¿Cómo se resuelve esto jurídicamente desde el punto de vista de ellos?

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Alejandra Sepúlveda.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, sería importante contar con la presentación de los expositores porque nos complica seguir la exposición. Por lo menos, en el minuto en que hagan la exposición quisiéramos tenerla, si fuera posible.

Por otra parte, me faltó algo importante en la presentación de ustedes que echo de menos, porque están en las cifras intermedias. Nos dicen cuántas licencias, cuántas pensiones, pero qué pasa después. Me gustaría saber el nivel de rechazo, las causas del rechazo; cuántas veces la persona apela, cuántas veces vuelve a presentar su petición de invalidez. Entonces, para que podamos estudiar el tema falta todo el resto; ustedes solo llegaron hasta la solicitud. Para allá nada, y esa es la parte más importante de la investigación.

Lo segundo tiene que ver con los protocolos. Deberíamos hacer un análisis de los protocolos en el Compin, porque en otra comisión investigadora que me tocó presidir -esta no es la primera, ya llevamos varias sin una transformación profunda del sistema- no ha habido ninguna modificación, aparte de las indicaciones o mociones que hemos presentado algunos de nosotros, pero que son mínimas en relación a lo que debería cambiarse en el sistema.

Como decía, me interesa saber los protocolos que tienen en la superintendencia de Pensiones, como en la de ustedes, que ha sido un fracaso la de la Suseso. No son palabras mías sino del propio superintendente que señaló que han sido un fracaso los protocolos para hacer las distintas mediciones.

Por otro lado, me parece urgente tener una trazabilidad, y ahora computacionalmente lo podríamos hacer, de los pacientes. Si yo tengo, por ejemplo, una licencia médica y esta tiene una alta temprana, que es lo que hoy nos ocurre, y vuelve otra vez, ese es un futuro enfermo crónico que va a tener una incapacidad laboral permanente. Entonces, no hemos sido capaces de estudiar qué le pasa al paciente, porque la comunicación y la retroalimentación entre ustedes deberían ser permanentes.

Me interesa saber también quién paga cada cosa, porque las aseguradoras entran al sistema, ellos son los que pagan la mayoría de los peritajes. Asimismo, el número de peritos que tenemos y la relación entre los que se contratan permanentemente como peritos; quiénes les están pagando y cómo se vuelve a utilizar el mismo sistema. No sé si hay conflicto de interés o yo elijo algunos peritos en relación a otros, depende de cómo ocurra ese dictamen.

Gracias.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO** (doña Marcela).- Señor Presidente, por su intermedio agradezco la presentación, aunque, al igual como señala la diputada Sepúlveda, hay una serie de aspectos en los que hay vacíos, que ojalá en el transcurso de esta Comisión puedan irse completando.

Me parecen loables los esfuerzos que han hecho para modernizarse, pero siento que se han constituido en un aparato o en un sistema que rechaza con más rapidez, y me enfoco en el tema de los rechazos de las licencias por varias cosas que me han tocado visualizar, como diputada y antes como jefa de servicio, y que tienen que ver con la falta de médicos especialistas en las Compin, algo se mencionó en la presentación a propósito de que el criterio que utilizaban esos médicos era un criterio de médicos expertos en calificar invalidez; un criterio de perito, como un peritaje, no era el mismo criterio que usan los médicos cuando ven a los pacientes en su consulta.

Como médico me resulta difícil ese desdoblamiento, y lo digo porque me ha tocado ver pacientes que uno ve que están imposibilitados de trabajar. Les voy a poner un ejemplo gráfico que logré luego de varios meses de apelar, para que lo reconsideraran. Un señor de 56 años con una rodilla operada, reemplazada la articulación, la otra rodilla en lista de espera, con falla en los dos manguitos rotadores de ambos hombros, panadero, con licencias médicas que le eran rechazadas una detrás de otra, y le decían que tenía que jubilarse y cuando pedía la pensión de invalidez le decían que tenía menos de un 50 por ciento para jubilarse. Estuvo meses sin recibir remuneración de ningún tipo y tampoco el reembolso de sus licencias.

Esas situaciones son las que nos toca enfrentar como fiscalizadores. Entonces, es realmente complicado ver que hay personas que se encargan de llegar con sus peritajes hechos por médicos especialistas o con sus diagnósticos, certificados, con todos los papeles que les piden desde la Compin, hechos por especialistas, y un médico general califica que eso no es suficiente o que no tiene la invalidez.

Entonces, cuando se pasa por encima de criterios de especialistas, también me llama la atención.

Voy a volver a recordar lo que también dijo la diputada Sepúlveda, en el sentido de que una de las grandes conclusiones de la comisión investigadora de 2015, tenía que ver con la falta de protocolos, de actualización de protocolos o de reglamentos en relación con lo que se va a considerar o no enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.

En ese contexto, nada de eso se ha corregido y en la actualidad estamos viendo a diario cómo personas que deberían ser beneficiadas por la ley de accidentes y enfermedades profesionales no lo están, porque se les califica como enfermedades comunes y ahí entran en el deambular de quién les paga las licencias.

Dejo planteada las inquietudes y cómo ellos lo están viendo.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, quiero aprovechar la presencia de nuestros invitados para evidenciar algo que los que llevamos harto tiempo recogiendo las inquietudes de las personas que se nos acercan por el drama que significa el

no pago de las licencias médicas, vemos que en una sesión de 45 o 50 minutos cuesta entender la burocracia involucrada, que tampoco logramos entenderla en su total cabalidad.

Por lo tanto, me gustaría saber dónde nuestros invitados ven las falencias burocráticas del sistema, dónde podríamos simplificar -lo que debería ser una de las principales conclusiones de la comisión investigadora- el sistema, partiendo de la base de lo que, a mi juicio, hoy es un principio de presunción de mala fe, en las personas que usan licencia médica, se cambie por un principio de presunción de buena fe. O sea, lo que tiene que pasar por toda una maraña burocrática de trámites para el pago de una licencia, debería ser automático, donde las personas que están mal utilizando el sistema sean severamente sancionadas.

El diputado Castro hizo alusión a un aumento de sanciones a situaciones que hemos tratado de aplicar para endurecer las sanciones, pero quizá no han sido del todo efectivas que lo que se requiere.

Soy de las personas que cree firmemente en la descentralización, pero, a mi juicio, con la tecnología existente, con la inteligencia artificial, con las licencias electrónicas cruzadas, donde los empleadores también aceptan y tienen la tecnología para tramitar electrónicamente las licencias, quizá un sistema centralizado podría ser más eficiente que un sistema tan descentralizado con una Compin en cada región. Son situaciones que hoy día, con el estándar tecnológico existente donde el papel va a ser reemplazado paulatinamente por la tecnología, me gustaría escuchar de los propios funcionarios qué soluciones proponen, para que nosotros a través de mociones o las conclusiones de la comisión podamos hacer una propuesta al Ejecutivo para transformarlas en ley, y hacer los cambios.

Comparto con la diputada Sepúlveda el hecho de que debemos revisar la presentación para entenderla, porque incluso para quienes estamos en el día a día legislativo nos cuesta mucho. Me imagino que para los usuarios es el comprahuevos permanente y eso es dramático.

Por lo mismo, me gustaría saber las sugerencias que nuestros invitados proponen respecto de la desburocratización del sistema.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU**.- Señor Presidente, en primer lugar, la comisión tiene por objeto identificar las causas de las demoras para resolver las licencias médicas.

Acá hemos escuchado que por un lado están las licencias por pensión de invalidez, que en una comisión investigadora anterior ya lo vimos, y la verdad es que alrededor de 200.000 licencias que están por resolver, me imagino que son de las personas que se enferman día a día y no de las personas que están esperando que se resuelva su licencia.

En la comisión investigadora anterior sostuve que debería haber una sociedad entre la isapre, por ejemplo, o Fonasa con el trabajador que necesita una pensión de invalidez, porque no puede ser que quede sin sueldo y desamparado. Por lo tanto, obligaría a los organismos competentes a resolver de la mejor manera para dar respuesta sí o no.

Lo que ocurre en la actualidad es que hay muchas personas por las licencias que se dan día a día, no por las licencias de pensión. Eso es lo que estamos investigando, principalmente, porque cuando a una persona le dan licencia, y no se va a trabajar, pasan 10 o 15 días y le dicen que no corresponde la licencia y, en verdad, esa persona perdió 15 días de sueldo y no se los va a pagar nadie, lo que significa que no tiene ingresos para su hogar, no puede pagar dividendos, no puede pagar luz ni agua, queda en el desamparo y empieza una crisis para esa persona.

Por lo tanto, me gustaría saber si esta gran cantidad de licencias son por invalidez o por licencias de consulta médica, y que por alguna circunstancia no se las pagan.

Por otra parte, saber si los profesionales de la Compin de todo Chile son capacitados de la misma manera o resuelven de forma distinta. Consulto esto, porque me llegó un antecedente de que el mismo médico rechazó la licencia que él había emitido en el sistema, lo que es inentendible.

Ahora, como el propósito de la comisión es dar respuestas a la gente que paga sus cotizaciones y que llega el momento de cobrar su sueldo y le dicen que no, no es justo que se demore el trámite más tiempo que a esa persona le hace daño en su hogar.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Erika Olivera.

La señora **OLIVERA** (doña Erika).- Señor Presidente, en la misma línea de las diputadas Hernando y Sepúlveda, la verdad

es que cuesta entender que hay médicos que entregan las licencias y hay comisiones que evalúan si corresponde o no pagar esas licencias.

Entonces, ¿estas comisiones médicas están enlazadas con los médicos que entregan las licencias? ¿Hay algún tipo de comunicación entre ellos?

Por otra parte, ¿estas comisiones evalúan las licencias que entregan hacia isapres y hacia Fonasa? ¿Son las mismas personas las que evalúan todas las licencias?

El señor **CRISPI** (Presidente).- Bueno, varias de las preguntas que iba a hacer ya están formuladas.

En relación con las presentaciones, me gustaría tener una opinión de cómo se explica la diferencia de las licencias que se entregan en Fonasa y en isapres. ¿Tienen mejores mecanismos para detectar enfermedades? Quizá la gente de isapres se enferma menos, pero no me hace mucho sentido, por lo que me gustaría la opinión de nuestro invitado sobre el particular.

En segundo lugar, creo que en la presentación faltan los tiempos, porque están los criterios, están cuántos casos son, pero no cuánto tiempo esperan las personas.

Por último, lo que observo es que se puede discutir sobre los protocolos y las reglas del juego, se puede discutir respecto de la aproximación inicial, como dijo el diputado Macaya, de que institucionalmente se sospecha de que hay un intento de engañar al sistema y por lo tanto obtener una licencia en circunstancias de que no existe la enfermedad.

También, está la dimensión de las capacidades profesionales y la disponibilidad de profesionales en la ley de presupuestos para abordar el desafío que significa atender esta tasa en aumento de personas que solicitan su licencia.

Entonces, me gustaría saber la opinión del superintendente de Seguridad Social respecto de dónde partimos, porque de su presentación destaco que hay una apreciación general de cómo funciona el sistema, pero me gustaría saber su opinión sobre cuáles son los aspectos en los cuales la comisión investigadora debe poner énfasis para hacer sugerencias de propuestas de políticas que nos permitan resolver este problema, pensándolo desde las personas, desde los tiempos, desde la información, desde el derecho que tienen las personas a enfermarse y que se les mantenga su remuneración por un plazo y en una cantidad.

Entonces, quiero saber cuáles son los nudos críticos que debemos abordar para resolver alguno de los problemas que se han mencionado.

Tiene la palabra el superintendente de Seguridad Social.

El Señor **REYES**.- (superintendente de Seguridad Social).- Señor Presidente, lo primero que quiero aclarar es que estoy respondiendo por la Superintendencia de Seguridad Social. Tal como mencioné en el gráfico, somos el último vagón de un largo tren que parte del establecimiento hospitalario, pasa por las Compin un par de veces, en algunos casos, y finalmente está la Superintendencia.

Nosotros, como ya he dicho, estamos proyectando recibir 60.000 casos de reclamos este año. Además, estamos proyectando para el final de año no demorarnos más de 30 días hábiles. Actualmente, estamos en 55 días.

Contestando las preguntas en orden, mencioné al principio las características de la licencia médica. Se trata de un permiso esencialmente temporal para recuperar la salud a través del reposo. Ahí tenemos un primer problema: la temporalidad.

En general, cualquier licencia médica que supera los 6 meses, o el año, pierde el concepto de reposo como parte de la recuperación de la salud y, por tanto, la posibilidad de rechazo aumenta, porque en realidad está reflejando otro tipo de situación. Por ejemplo, en muchos casos a la espera de una solución más definitiva como una cirugía de cadera; son varios los casos. Hay una lista de espera para resolver un caso que ya está detectado donde el reposo no es la solución.

Un segundo aspecto es que aquí tiene que ver el fundamento médico. No es oponerse al criterio de un médico, pero lo que hacen los organismos contralores, tanto de Fonasa como Isapres, y la Suseso como organismo revisor de esos criterios, es determinar si existen fundamentos médicos para ese reposo. En general, las causales de rechazo son por reposo injustificado.

Con todo, la Superintendencia de Seguridad Social revierte el 55 por ciento de los dictámenes de la Compin, porque nuestro criterio puede ser un poquito distinto. Nosotros no rechazamos por diferencia de especialidad. Tampoco rechazamos -esto se puede entender mal- porque el médico que la está emitiendo sea un alto emisor. Lamentablemente, o

afortunadamente, como lo quieran ver, lo que vemos es si la licencia médica no tiene fundamento, no si el médico es alguien que emite muchas licencias.

Ahora, hay una situación que hemos denominado los sin-sin, y la diputada Sepúlveda la conoce porque hemos vistos muchos de estos casos, es decir, sin licencia y sin pensión. Son aquellas personas que al reposo ya no es la recuperación. Está determinado el carácter crónico permanente de la enfermedad y, por lo tanto, lo que corresponde es calificar para una pensión de invalidez.

Hemos determinado que cuando la comisión médica regional de pensiones rechaza una apelación, y dice que hay tratamiento pendiente, continuamos la licencia médica en tanto no se produzca el primer pronunciamiento de esta comisión.

Además, continuamos con la licencia médica cuando la persona se encuentra en lista de espera de una cirugía que, eventualmente, puede no ocurrir nunca o cuando ocurra no haya solución porque se transforma en un tema crónico.

El problema está en aquellos que habiendo presentado a la comisión, ya sea por una apelación o por la calificación de la comisión, están por debajo del 50 por ciento; es decir, ya no hay tratamiento médico por licencias médicas, pero tampoco hay pensión. Esos casos corresponden aproximadamente a dos mil personas al año. Ahí existe un vacío legal porque no los cubre ni la ley de licencias médicas ni tampoco están cubiertos por acá, porque están por debajo del 50 por ciento.

Respecto de cómo pagamos, son la Compín y las isapres las que pagan. Cuando le decimos a la Compín que su dictamen es incorrecto, ordenamos pagar: páguese la licencia.

Eso lo hacemos a través de una resolución, pero estamos tratando de solucionar el tema porque la Compín se demora de dos hasta seis semanas para ordenar el pago y hacer el cheque. En el intertanto a la persona "se le solucionó su caso", pero no está viendo la plata.

Es un tema a resolver, que debemos abordar, porque en definitiva estos recursos los pone Fonasa una vez que se dispone el pago; se los pasa a las cajas de compensación, o a través del Banco Estado, para que se pague. Por lo tanto, intervienen varios actores para que se produzca el pago.

Respecto de la ley N° 20.585, es efectivo que le faltan recursos; faltan recursos de personas, faltan recursos legales. Como dije, 10 UTM no es disuasivo. Estamos hablando de que esto

se paga con diez licencias médicas; se venden por un valor de 40.000 pesos. Lo pueden ver en Facebook y se pueden comprar en el paseo Ahumada. Entonces, con diez licencias médicas se paga el máximo de multa que existe.

En el caso de la suspensión, hemos hecho mucho esfuerzo para que la licencia médica sea fundamentalmente electrónica, porque los talonarios de papel se prestan, se ceden. En los hospitales hay talonarios innominados, cuyo control es bastante complejo.

Las diputadas señoras Sepúlveda y Hernando hacen mención a un tema colindante con lo que esta comisión investiga, pero no es el tema central. Me refiero al tema de las calificaciones de las enfermedades profesionales, donde nosotros, con el afán de que esto fuese una cuestión menos conflictiva, hace dos o tres años emitimos un protocolo de calificación de enfermedades profesionales, para enfermedades mentales, musculoesquelética, respiratorias, y últimamente de columna, con el objeto de evitar que haya discrepancias en los criterios de calificación.

A la fecha no hemos logrado que la tasa de enfermedades de carácter profesional que se denuncian, y que se califican como laborales, hayan aumentado. Estamos en torno a un 16 o 18 por ciento, que es una tasa muy baja.

Esas enfermedades se rechazan como laborales y pasan a ser de carácter común, donde hay muchas diferencias. Es decir, en el sistema común la persona tiene que hacer un copago, dependiendo del plan; hay días de carencias y la calidad de los servicios hospitalario también es muy distinta.

En definitiva, queremos revisar los protocolos. Hay algún error, pero no necesariamente es un camino errado porque lo importante -lo mencionó el diputado Baltolu- es el tema de los criterios de calificación.

Efectivamente, hay distintos criterios en las Compin y, por tanto, creo que la solución es por la vía de protocolos, para que todos se ajusten a una mecánica similar.

Lo mismo vamos a seguir haciendo en materia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, probablemente perfeccionándolo. Estamos volviendo a abrir mesas de trabajo con especialistas para ir determinando estas situaciones.

Los diputados Macaya y Crispi consultaron mi opinión respecto de cuáles son los temas que debiéramos solucionar en la Compín.

El tema de la Compín es altamente complejo. No tiene una sola solución. Tiene varios aspectos que se han ido deformando en el tiempo y transformando esta instancia en un tema bastante complicado.

Hay problemas de normas y de competencias. Por ejemplo, existe el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1974, que determina la forma en que se calcula el subsidio de incapacidad laboral, que establece que se deben restar los ingresos extraordinarios, y en estos ingresos extraordinarios puede haber una discusión porque para uno puede ser un aguinaldo de navidad, para otro puede ser una comisión por un cumplimiento de metas, etcétera, pero eso obliga a que los trabajadores deban proporcionar sus seis últimas liquidaciones.

Por lo que conozco, en la Compín Metropolitana hay al menos una cuarentena de personas que se dedican a revisar esas cotizaciones y se demoran entre 20 días y 30 días solamente para determinar el monto del subsidio que corresponde.

Si eso hoy lo simplificamos -hemos hecho varias propuestas como Superintendencia, ya que no tenemos la facultad de proponer proyectos de ley, sino de asesorar técnicamente al Ejecutivo- y se hace con las cotizaciones previsionales que aparecen en PreviRed, podría ser un proceso automático.

El trasfondo de esto es que esa definición implica un ahorro fiscal, porque sacamos las cotizaciones extraordinarias, y, por lo tanto, en esta materia la última palabra la tiene Hacienda.

Por lo tanto, hay varios temas de carácter normativo que resolver en este proceso.

Hay problemas de carácter tecnológicos. El año pasado, con apoyo nuestro -debo reconocerlo- la subsecretaría de Salud restringió la venta de talonarios en papel de licencias médicas. Solamente ese hecho implicó que el porcentaje de licencias médicas electrónicas que hoy tiene el Fonasa saltara de 48 a 70 por ciento, y se proyecta que vamos a superar el 80 por ciento de licencias médicas en el sistema del Fonasa. Eso agiliza enormemente el proceso y, por lo tanto, alcanzar ciento por ciento de licencias médicas debiera ser una meta, tanto en las isapres como en el Fonasa -las isapres están mucho más

avanzadas-, porque no solo agiliza el proceso, sino que reduce el problema de fraude.

Lo tercero es un problema de gobernanza. Son 27 compines distintas, y cada una dependiendo de su respectiva seremi regional y con distinto criterio. Al depender de las secretarías regionales ministeriales, reportan a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; sin embargo, la coordinación de las Compin está en la Subsecretaría de Salud y esa conversación nunca ha sido muy fluida.

Por lo tanto, hay un problema de poner el cuerpo a la cabeza o, al revés, la cabeza al cuerpo. Hay un problema de exceso de funciones; la Compin tiene 38 funciones distintas, es la contraloría médica del Fonasa, principalmente; es la contraloría médica del Instituto de Seguridad Laboral, lo cual está cambiando, a raíz de la modificación de obreros y empleados que se hizo en la ley N° 16.744, pero todavía lo es; autoriza a Bomberos, y autoriza las pensiones de invalidez para efectos de los automóviles que se traen para personas con problemas de discapacidad, etcétera. O sea, se han ido colgando multiplicidad de funciones, por lo cual uno podría decir que faltan los recursos. Efectivamente, faltan recursos, pero para hacer todas esas funciones.

Por lo tanto, se requiere un reordenamiento de este proceso y evitar la duplicidad, como mencionó el diputado Juan Luis Castro. Es decir, esto de que la Compin rechaza y es su propia instancia de apelación, cierra la instancia de apelación de las isapres. Me parece que ahí también hay un subsidio en el sector privado.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Javier Macaya.

El señor **MACAYA**.- Señor Presidente, nos podría hacer llegar una minuta de las sugerencias. Sería bien importante para la comisión que las sintetizara de acuerdo a su experiencia.

El señor **REYES**.- Señor Presidente, no puedo contestar la pregunta respecto de las capacidades de los profesionales de la Compin. Lo que puedo decir es que en nuestro caso específico el mayor problema es la falta de psiquiatras y, por supuesto, comprenderán que, a veces, tenemos oposición en los mismos médicos.

Traer psicólogos en vez de psiquiatras es un parto; traer enfermeras, aunque sean clínicas, es una dificultad

enorme, porque hay una resistencia cultural muy compleja. Lo hemos ido logrando, pero en otros organismos no es tan fácil.

Finalmente, respecto de la pregunta sobre las diferencias de rechazo, por qué 45 por ciento de licencias médicas de carácter psiquiátrico versus 15 por ciento. Creo que tiene que ver con las características del seguro, y si lo vemos en un seguro de automóviles de accidentes y todo eso, la manera de controlar el costo del seguro es a través de la Contraloría.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el diputado Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU**.- Señor Presidente, ¿influirá el tema de que para tener licencia médica deben otorgarse no menos de cuatro días? Si son dos días de licencia, no se les pagan tres días; entonces, los médicos alargan la licencia.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Alejandra Sepúlveda.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, creo que deberíamos ver las otras comisiones investigadoras. A través de la Biblioteca, deberíamos recopilar todas las conclusiones en relación con estos temas, porque nos vamos a dar cuenta que se repiten los mismos problemas. Además, que pudiera evaluar en qué hemos avanzado o en qué hemos retrocedido.

En segundo lugar, me preocupa el sin-sin, que lo hemos conversado en varias ocasiones. ¿Los superintendentes no conversan en relación a esto? O sea, no puede ser que ustedes aprueben algo y que la otra superintendencia, que es de continuidad, con la Superintendencia de Pensiones, diga que no.

Si usted me permite, quiero traer a colación un caso que es dramático: dos veces, por la Compin y todo el sistema, con 76 por ciento de invalidez, donde la Superintendencia de Pensiones lo ha bajado a 25 por ciento. ¡Dos veces! Y esto me confunde, porque no sé si son las aseguradoras, estos poderes fácticos de siempre. Mi preocupación es esa, que no haya unidad entre una decisión y otra entre ambas superintendencias.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el superintendente de Seguridad Social.

El señor **REYES**.- Señor Presidente, el diputado Baltolu tiene la razón. El tema de la carencia de los tres días es un incentivo para que esto supere los diez días cuando no tienen

que limitarlo. Por lo tanto, son licencias con tiempo más prolongado del debido.

Y a la diputada Sepúlveda, señor Presidente, si bien nosotros conversamos, hay ciertos conceptos establecidos en la legislación que a veces impiden que dialoguemos. Por ejemplo, no tengo acceso a antecedentes médicos del Fonasa y la razón es la privacidad de las personas, y para poder lograrlo, debo pasar por un convenio complejísimo, donde la fiscalía siempre se opone.

Quiero mencionar que el parlamento argentino resolvió que la información entre entes públicos debe ser libre y fluida para efectos del bien público que se refiere. En Chile, entre los entes públicos, nos relacionamos a través de convenios.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el superintendente de Pensiones.

El señor **MACÍAS**.- Señor Presidente, en cuanto a las cifras, hemos visto que las solicitudes de pensión de invalidez, durante el presente año, se ha incrementado dramáticamente en 25 por ciento, y si miramos las cifras con más profundidad, vemos que está concentrado básicamente en las del sistema contributivo; o sea, las que están cubiertas por compañías de seguros de vida, que han aumentado 35 por ciento. Las pensiones básicas solidarias se han mantenido; o sea, hay un incremento bastante dramático en las solicitudes de invalidez en el sistema de pensiones durante el presente año.

También, observamos que los porcentajes de aprobación y rechazo se han mantenido; 54 por ciento de las solicitudes son aprobadas por las comisiones médicas y aproximadamente 46 por ciento son rechazadas.

En cuanto a las apelaciones, se apela el 29 por ciento de los dictámenes de las comisiones médicas, de las cuales el 76 por ciento queda igual a como estaba antes de la apelación; un 10 por ciento aumenta la invalidez y 14 por ciento disminuye.

Respecto de los peritajes, los peritos son inscritos en un registro que lleva la Superintendencia de Pensiones. Estos peritos actúan a solicitud de las comisiones médicas. Son los médicos integrantes de estas comisiones quienes deciden los peritajes y a quién se les asignan.

Los peritos tienen inhabilidades, por ejemplo, no pueden estar relacionados con compañías de seguros ni a AFP, ni tampoco con los médicos que integran las comisiones médicas.

Cuando se trata de pensiones básicas solidarias, los gastos son cubiertos por el Instituto de Previsión Social, y cuando se trata de pensiones cubiertas por el seguro de invalidez y sobrevivencia, por las compañías de seguros, y cuando se trata de pensiones no cubiertas por este seguro, por las administradoras de fondos de pensiones.

Respecto de mejoras, creemos que, dado este explosivo incremento en las comisiones de invalidez, sin duda que hay que explorar todo tipo de alternativas. El uso de la tecnología es uno de ellas. Hemos estado trabajando en digitalizar toda la información que fluya a través de las comisiones. Hemos avanzado bastante en ese proceso, pero nos falta un empujón final para digitalizar completamente el sistema de comisiones médicas.

En una comisión investigadora anterior señalamos que había que fortalecer el sistema de evaluación de invalidez. Nuestras opiniones están reflejadas en ese informe. Como señaló la diputada Alejandra Sepúlveda, sería útil relevar todas esas conclusiones. Fue un trabajo de varios meses de esa comisión. Nosotros hicimos nuestros aportes y consideramos que fueron valiosos para mejorar el funcionamiento de las comisiones médicas.

Respecto de las leyes, tenemos una comunicación fluida con la Superintendencia de Seguridad Social. Por supuesto, esto siempre se puede mejorar, pero creemos que hay un límite para eso y lo que se requiere es cambiar las leyes. Por ejemplo, el caso de los "sin sin", que son personas que no tienen ni pensiones ni licencias médicas, cae derechamente en el terreno de cambios legales para solucionar ese problema. Como dijo el superintendente, aquí hay un vacío legal, porque se trata de personas que no encuentran solución a sus problemas ni con una ni con otra ley. Ese es un punto muy importante, que requiere de cambios legales para ser solucionado.

En cuanto a los protocolos que utiliza la Superintendencia, le pido al señor Presidente que deje con la palabra al doctor Pedro Osorio, quien, en su calidad de secretario de la Comisión Técnica de Invalidez, puede explicar mejor que yo cómo funciona eso.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Alejandra Sepúlveda.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, por su intermedio, me gustaría que el

superintendente nos hiciera llegar las cifras, de forma desmenuzada, para dilucidar cuáles son los motivos de rechazo, qué patologías se están rechazando y cuáles de ellas son las más frecuentes, amén de las cifras de los "sin sin".

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra el señor Pedro Osorio.

El señor **OSORIO**.- Señor Presidente, respecto de los protocolos que utilizamos en las comisiones médicas, cabe destacar que las comisiones médicas son autónomas en lo técnico. Ellas se pronuncian con plena autonomía y no tienen ninguna intervención de la autoridad administrativa en sus decisiones. Las comisiones se avalan en las evaluaciones directas que realizan sobre las personas que solicitan la evaluación de invalidez mediante los peritajes correspondientes directos y aquellos que piden adicionalmente a los interconsultores. Las comisiones médicas están mandatadas legalmente a pronunciarse en base a las normas técnicas, las cuales son emitidas por la Comisión Técnica de Invalidez, que cada cuatro años aproximadamente realiza una actualización de esas normas, conforme al avance de la medicina, en el sentido de verificar si se han dado a conocer nuevos procedimientos terapéuticos o quirúrgicos o lo que sea, de manera tal que la persona que está solicitando la invalidez pudiera eventualmente acceder a un tipo de prestación que pudiera mejorar en algún grado su condición. Desde luego, el hecho de que estas normas se encuentran publicadas en el Diario Oficial y que, por ende, se dan conocidas por la comunidad, obliga a las comisiones médicas regirse por ellas. En ese sentido, no basta con que una persona padezca de una patología crónica, que, por cierto, puede generar una gran dolencia, sino que el problema es verificar si ya no hay opciones terapéuticas, si no queda pendiente ninguna acción que pudiera mejorar esa condición. Cuando ya se llega a la convicción de que no hay nada pendiente, se configura y luego pasa a ver el grado de incapacidad que le genera, a propósito de las mismas normas que hemos mencionado, que clasifican, según la clase, el grado de la incapacidad que tiene la persona; en general, el grado menoscabo, en porcentaje.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Tiene la palabra la diputada Alejandra Sepúlveda.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, el señor Claudio Reyes nos señaló que estaría por

despacharse un decreto por parte de la Dipres en relación con aumento presupuestario. ¿Es así o lo entendí mal?

El señor **REYES**.- Señor Presidente, son 240 millones de pesos, y no es un aumento, sino que es una reasignación de platas nuestras, más 100 millones de pesos que nos estaría pasando el IPS. Entiendo que eso está para la firma del ministro.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, pido que se oficie al ministro de Hacienda, con copia a la Dipres, a fin de que agilice ese tema, porque una reasignación, a esta altura del año, es bastante compleja. Posteriormente, cuando eso ocurra, solicitar al contralor general que acelere el proceso.

El señor **CRISPI** (Presidente).- ¿Habría acuerdo en tal sentido?

Acordado.

La señora **SEPÚLVEDA** (doña Alejandra).- Señor Presidente, creo que no es bueno que se entienda que aquí no ha habido un proceso de parte del Congreso Nacional, porque no solo ha habido un proceso, sino que también ha existido la voluntad absoluta de legislar. El Ejecutivo, sea el anterior o este, no ha reaccionado frente a esto. No quiero hablar del plan de salud o de la política salud laboral, que es otra cosa que también deberíamos abordar. Insisto, no ha habido voluntad de ninguno de los dos gobiernos para enfrentarlo.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Además, quiero solicitar que los asesores de la Biblioteca del Congreso Nacional estén presentes en las sesiones.

La señora **RODRÍGUEZ**, doña Claudia (Secretaria).- Señor Presidente, lo solicitamos, pero no sé por qué no están presentes en esta sesión.

El señor **CRISPI** (Presidente).- Respecto de la petición del diputado Macaya, y aprovechando la presencia de ambos superintendentes, les pido que nos hagan llegar alguno tipo de documento respecto de solicitudes de políticas de modificación en relación con la entrega de licencias médicas. Se los vamos a pedir por oficio.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Por último, para que todos estén en conocimiento, la semana pasada enviamos oficios a las dos superintendencias señaladas al comienzo de la comisión, y las respuestas a los

oficios que dirigimos a la Compin deberían estar llegando hoy o mañana.

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

-Se levantó la sesión a las 14.28 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,

Redactor

Coordinador Taquígrafos Comisiones.

El debate habido en esta sesión queda archivado en un registro de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256⁴ del reglamento de la Corporación.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 14:28 horas.



CLAUDIA RODRÍGUEZ ANDRADE
Abogada Secretaria de la Comisión

⁴ Sin perjuicio de ello, está disponible el registro audiovisual en el siguiente enlace:

http://www.democraciaenvivo.cl/player.aspx?STREAMING=streaming.camara.cl:1935/democraciaenvivo&VO_DFILE=SES003-2363-20190819.mp4