

INFORME DE LA 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.

HONORABLE CÁMARA:

La 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, en los términos y competencia que se indican a continuación, pasa a informar sobre la materia respectiva.

I.- INTRODUCCIÓN

1.-Competencia de la Comisión, al tenor del acuerdo de la Cámara de Diputados que ordenó su creación

La Cámara de Diputados, en su sesión 79° de 3 de octubre de 2018, en virtud de lo dispuesto en los artículos 52, N° 1, letra c), de la Constitución Política de la República; 53 de la ley orgánica constitucional del Congreso Nacional y 313 y siguientes del reglamento de la Corporación, prestó su aprobación a la solicitud de 78 Diputadas y Diputados, para crear una 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. Esto fue comunicado mediante oficio N° 14.250, del señor Secretario General de 3 de octubre de 2018.

A la Comisión Investigadora se le fijó un plazo para rendir su informe el cual es no superior a los 90 días, y se declaró que para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

2.-Plazo

El plazo otorgado en el mandato fue de 90 días. Posteriormente, mediante oficio N° 10, de 22 de enero de 2019, la Comisión solicitó a la Sala de la Corporación, de conformidad con el artículo 313, inciso octavo, del Reglamento, solicitar la ampliación del plazo que se le ha fijado para el cumplimiento de su cometido, por un total de 30 días, a contar del 12 de marzo de 2019. Mediante oficio N° 14.494, de 22 de enero de 2019, del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que la Cámara de Diputados, en sesión de igual fecha, accedió a lo solicitado, prorrogándose la vigencia de la Comisión hasta el 16 de abril de 2019.

3.-Integración

La Comisión Investigadora se constituyó, originalmente, con los siguientes señores y señoras diputados y diputadas: Nino Baltolu; Ramón Barros; Natalia Castillo; Andrés Celis; Tucapel Jiménez; Karin Luck; Marcos Ilabaca; Manuel Monsalve; Daniel Núñez; José Pérez; Guillermo Ramírez; Frank Sauerbaum, y Raúl Soto.

Mediante oficio N° 14.324 de fecha 25 de octubre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que la diputada señora Gael Yeomans reemplazaba en forma permanente a la diputada señora Natalia Castillo.

Mediante oficio N° 14.340 de 7 de noviembre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que la diputada señora Karol Cariola reemplazaba en forma permanente al diputado señor Daniel Muñoz.

Mediante oficio N° 14.339 de 7 de noviembre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que el diputado señor Juan Luis Castro reemplazaba en forma permanente al diputado señor Manuel Monsalve.

Mediante oficio N° 14.358 de 20 de noviembre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que el diputado señor Cosme Mellado reemplazaba en forma permanente al diputado señor José Pérez.

En la sesión constitutiva de 6 de noviembre de 2018, la Comisión procedió a elegir como Presidenta de la misma a la diputada señora Gael Yeomans.

II.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.

La Comisión, en el cumplimiento de su cometido, celebró trece sesiones ordinarias; procedió a escuchar las opiniones y las declaraciones de las personas invitadas y citadas cuya nómina se detalla; recibió los documentos que se individualizan cuyo acceso se vincula mediante hipervínculos.

a).- Sesiones efectuadas: trece sesiones (13).

b).- Personas y documentos recibidos: ver anexo dos

ANEXO 1: Documentos constitutivos de la Comisión y antecedentes previos.

- Oficio N° 14.250, del señor Secretario General de 3 de octubre de 2018, mediante el cual comunica que la Corporación ha prestado su aprobación a la creación de una Comisión especial Investigadora que analice, recabe información y concluya en un informe sobre las materias propias del mandato de la misma.

- Oficio N° 14.317 de 24 de octubre de 2018, del Secretario General de la Cámara de Diputados, mediante el cual comunica que la Comisión Especial Investigadora ha quedado integrada con los señores Diputados anteriormente señalados en este informe.

- Oficio N° 14.324 de fecha 25 de octubre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que la diputada señora Gael Yeomans reemplazaba en forma permanente a la diputada señora Natalia Castillo.

- Oficio N° 14.340 de 7 de noviembre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que la diputada señora Karol Cariola reemplazaba en forma permanente al diputado señor Daniel Muñoz.

- Oficio N° 14.339 de 7 de noviembre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que el diputado señor Juan Luis Castro reemplazaba en forma permanente al diputado señor Manuel Monsalve.

- Oficio N° 14.358 de 20 de noviembre de 2018 del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que el diputado señor Cosme Mellado reemplazaba en forma permanente al diputado señor José Pérez.

- Oficio N° 14.494, de 22 de enero de 2019, del Secretario General de la Cámara de Diputados, se comunicó que la Cámara de Diputados, en sesión de igual fecha, accedió a lo solicitado, prorrogándose la vigencia de la Comisión hasta el 16 de abril de 2019.

ANEXO 2: Documentos entregados por las personas que se indican:

Cuadro de Asistencia de invitados y documentos entregados como anexos a la Comisión SENAME

Los documentos están disponibles en el siguiente hipervínculo https://www.camara.cl/trabajamos/comision_listadodocumento.aspx?prmlD=2061

Sesión	Fecha	Invitados	Documentos entregados	Otros
1°	19.11.18	Esta sesión contó con la participación del señor Ministro del Trabajo y Previsión Social, Nicolás Monckeberg, del señor Superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías y del señor Intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo.	Se efectuó una presentación por el Superintendente, se entregó copia de la presentación power point que abarca los siguientes aspectos: 1. Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS): •Descripción SIS: objetivo, beneficios y financiamiento. •Cambios al SIS: antes y después de la Reforma Previsional de 2008. •Licitación SIS: Descripción y resultados desde su aplicación.	

			<p>2. Calificación de Invalidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Normas de Calificación de Invalidez. •Comisiones Médicas. •Procesos de Evaluación y Calificación. •Proceso de Apelación. <p>3. Rol de la Superintendencia como fiscalizador:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Objetivo y funciones. •Fiscalizaciones de las Comisiones Médicas. •Fiscalizaciones de acceso. <p>4. Estadísticas</p> <p>5. Denuncia de Fundación Valídame</p>	
2°	26.11.18	<p>Esta sesión contó con la participación del señor Superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías, del señor Intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo, del señor Pedro Osorio, Jefe del Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía, la señora Soledad Hevia, Jefa División Comisiones Médicas y Ergonómicas y el señor Francisco del Río, asesor legislativo del Ministerio del Trabajo.</p> <p>Participó también el señor Juan Carlos Pizarro, Presidente Fundación Valídame y el Sr. Gino Lorenzini, asesor de la Fundación.</p>	<p>Superintendente dejó los siguientes antecedentes:</p> <p>Presentación power point en respuesta a oficio N° 7 de CEI 16; oficio 3029 de 20 de febrero de 2018, dirigido al Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Previsión Social relativo a respuestas a denuncias de</p> <p>F. Valídame;</p> <p>Fundación Valídame: presentación power point con diversos casos de solicitantes de SIS; oficio 173 de 26.11.18 relativos a oficios control de siniestralidad y casos de referencia; presentación a Contraloría IV Región por caso Edgardo Cortés;</p>	<p>Sr. Superintendente señaló que vía oficio se responderían consultas 2 y 3 de oficio 7 (listado médicos de Cías. de seguro y listado de interconsultores).</p>
3°	10.12.18	Fracasó.		
4°	17.12.18	<p>Esta sesión contó con la participación del señor Superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías, del señor Intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo, y del jefe de la Unidad de Litigios, señor Marcelo Bustos.</p> <p>Participó también el señor Juan Carlos Pizarro, Presidente Fundación Valídame y la señora Daniela Valderrama, asesora jurídica de la Fundación.</p>	<p>Superintendencia de Pensiones:</p> <p>a)Presentación power point que se refirió a los siguientes puntos:</p> <p>I. Oficio N° 26.302 de la Superintendencia de Pensiones, de fecha 3 de diciembre de 2018.</p> <p>II. Respuestas a preguntas H. Diputados en Sesión de la Comisión Especial Investigadora (CEI 16), de fecha 26 de noviembre de 2018.</p> <p>III. Análisis casos presentados por Fundación Valídame en sesión de la Comisión Especial Investigadora (CEI 16), de fecha 26 de noviembre de 2018.</p> <p>b) Oficio 50 que responde oficio 9 de CEI 16 (directivos de la Superintendencia</p>	

			<p>relacionados antes o después de trabajar allí con AFPs) y se respondió que se estaba recopilando la información relativa a afiliados de AFP que contrataron rentas vitalicias con empresas de seguros relacionadas con AFPs.</p> <p>Fundación Valídame: presentó su oficio N° 181 (17.12.18) que se refiere a casos de control de siniestralidad con posterioridad a 2008.</p> <p>Biblioteca del Congreso Nacional: entregó informe encargado sobre sistema de pensiones de fuerzas armadas y de orden y seguridad.</p>	
5°	07.01.19	<p>Esta sesión contó con la participación de la presidenta coordinadora de la Comisión Médica Central, María Adriana Montenegro, y el representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, Antonio Orellana, y el señor Francisco del Río, asesor del Ministerio del Trabajo.</p>	<p>Fundación Valídame: oficio N° 01 de 2019, respondiendo consultas de diputada Karol Cariola.</p> <p>Superintendencia de Pensiones: hace llegar estadísticas solicitadas sobre dictámenes de invalidez de Comisiones Médicas años 2016 al 2018.</p>	
6°	14.01.19	<p>Concurren como invitados la señora María Soledad Hevia, jefa de la División de Comisiones Médicas y Ergonómicas, de la Superintendencia de Pensiones; y don Manuel Bustos, abogado de la Superintendencia de Pensiones, Unidad Judicial y de Cumplimiento.</p>	<p>Fundación Valídame: oficio N° 4 de 2019, sobre que no existe horario de término de las sesiones de Comisiones Médicas. oficio N° 5 de 2019, relativo a unidad de comisiones médicas y ergonómica de superintendencia de pensiones ocultamiento horario de término de las sesiones; oficio N°6 de 2019, respecto a rechazo de solicitudes de SIS a personas afectada por fibromialgia.</p>	
7°	21.01.19	<p>Concurren como invitados, la señora Alejandra Vidal, miembro de la fundación Valídame, y los señores Jaime Sagredo, vicepresidente, y Juan Ramón Gálvez, delegado, ambos de la Asociación Gremial de Asesores Previsionales.</p>	<p>Sra. Alejandra Vidal: copia de oficio 19.286 del año 2008 de la Superintendencia de Pensiones instruyendo a las AFPs para exigir información a solicitante de SIS, la cual es pedida luego por la Comisiones Médicas;</p> <p>Fundación Valídame: Oficio N° 9 de 2019, denuncia irregularidad Comisión Médica de La Serena; oficio N° 10 de 2019, relativo a no pago de licencias médicas a solicitantes de SIS; oficio N° 11 de 2019 sobre control de siniestralidad en Comisión Médica de Talca; Oficio N° 12 de 2019, Denuncia</p>	

			<p>irregularidad Calificación invalidez solicitada por Isapre Banmedica S.A; oficio N° 14 de 2019, Denuncia agresión física sufrida por nuestro representado en Comisión Médica de Concepción.</p> <p>Superintendencia de Pensiones: oficio N° 1676 de 18 de enero de 2019,(responde oficio N° 11 de CEI 16 relativas a médicos asesores; control de siniestralidad post 2009 y médicos interconsultores, listado).</p> <p>Asociación Gremial de asesores Previsionales: documento debilidades y sesgos en el sistema de evaluación de invalidez.</p>	
8°	04.03.19	<p>Concurre como invitada la coordinadora nacional de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compín), doña María Soledad Van Wersch, junto a su abogado asesor, don Jaime González.</p>	<p>Superintendencia de Pensiones: oficio N° 2060 de 20 de enero de 2019 informando afiliados de AFP que han contratado rentas vitalicias con Cías de Seguros relacionadas;</p> <p>oficio N° 5642 de 5 de marzo de 2019, 1) responde consultas acerca de los casos en los cuales la División de Comisiones Médicas y Ergonómicas ordena sean revisados por la Comisión Médica Central y Comisiones Médicas Regionales, se solicita se informe cuántos casos son anualmente (los últimos cinco años) desagregados por Comisión Médica Central y Regionales, y cuáles son los principales argumentos para que se proceda a esta revisión. 2) En relación con el síndrome fibromiálgico consultas acerca de los criterios para evaluar invalidez.</p> <p>Oficio N° 5598 de 5 de marzo de 2019, responde consultas (Of.16) "los motivos por los cuales en las resoluciones relativas a concesión de pensión de invalidez se hace referencia a una "Asociación Gremial de Aseguradoras de Chile" como entidad que se hará cargo del seguro, y no se individualiza directamente a la compañía aseguradora que se adjudicó el seguro respectivo."</p>	

			<p>Fundación Valídame: Oficio N° 46 de 2019 sobre reclamo por caso de doña Nemie Rebeca Torrejón por limitación de acceso al debido proceso por Comisión Médica;</p> <p>Oficio N° 47 de 2019, por no pago de licencia médica con procedimiento solicitado por Isapre Banmédica fuera del marco legal, amparado en decisión de COMPIN Metropolitano.</p>	
9°	11.03.19	<p>Concurre como invitado el vicepresidente ejecutivo de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G., señor Jorge Claude, acompañado del asesor legal, señor Francisco Serqueira.</p>	<p>Asociación de Aseguradores de Chile A.G., entrega presentación power point</p> <p>Fundación Valídame: oficio N° 52 de 2019, entrega textos denuncia, por denegación de acceso a pensiones de invalidez para afiliados al Sistema Previsional Chileno, cubiertos por el SIS, tramitados formalmente ante distintas instituciones entre 2016 - 2017</p>	
10°	18.03.19	<p>Asisten el superintendente de Salud, señor Ignacio García-Huidobro; la presidenta del Colegio Médico, señora Izkia Siches, y el asesor de dicha institución, señor Dante Barilari.</p>	<p>Presentación power point del Colegio Médico de Chile, que se refiere a diversas determinantes y cifras estadísticas en relación con la aplicación del Seguro de Invalidez (SIS).</p> <p>Oficios de Fundación Valídame. El N° 64-C de 01.04.19 sobre denuncias por control de siniestralidad mediante alteración del estado de salud. El N°71 de 01.04.19 sobre casos emblemáticos (15) y casos rechazados (42) sobre solicitantes del seguro de invalidez.</p> <p>Oficio 7273 de 25.03.19 de Superintendencia de Pensiones, sobre rechazo de denuncia de Fundación Valídame a Fiscalía Nacional Económica, relativa a control de siniestralidad por integración vertical de AFPs y Compañías de Seguros (inadmisibilidad).</p>	
11°	08.04.19	<p>Concurren como invitados las señoras Aida Pinto, Cecilia Villalobos y María Cristina Salas; el</p>	<p>Oficios N°s 82,83,84 y 75 de Fundación Valídame, aportando diversos antecedentes .</p>	

		abogado Matías Hernández, en representación de Paola Fernández; las señoras Milena Pozo, Lucy Alarcón y Elena Alarcón, en representación del grupo Amigos de la Fibromialgia Chile; la señora Krisna Tolentino, en representación de la Fundación Valídame, acompañada del abogado señor Juan Carlos Pizarro; la señora Paola González; el señor Hugo Quilodrán, representado por el abogado señor Juan Carlos Pizarro; las señoras Carolina Araya y Solange Ruminot, y los señores Pedro Arellano y Rodrigo Moreno, en representación de la Fundación Fibromialgia en Acción	Presentación de la señora Krisna Tolentino.	
12°	10.04.19	Concurren, invitados, el director de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas, Jorge Parada, y la asesora jurídica de la Asociación Gremial de las Administradoras de Fondos de Pensiones, Constanza Bollmann.	Presentación Power point de la Fundación	
13°	15.04.19	Concurren como invitados el superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías, quien es acompañado por el intendente de Fiscalización, señor Jorge Mastrangelo, y el jefe de Derecho Judicial, señor Manuel Bustos; y el presidente de la Fundación Valídame, señor Juan Carlos Pizarro.		
14°	06.05.19	Se procede a la votación de las conclusiones y propuestas de la CEI 16		

III.- ANTECEDENTES GENERALES

SOLICITUD DE CONSTITUCIÓN DE ESTA COMISIÓN

De conformidad con lo establecido en los artículos 52 N°1) , letra c) , de la Constitución Política de la República, 53 de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y 313 del Reglamento de la Corporación, los abajo suscritos solicitamos a US., se sirva recabar el acuerdo de la Sala para crear una Comisión Especial Investigadora, tomando en consideración los siguientes antecedentes:

MANDATO

La Cámara de Diputados, en su sesión 79° de 3 de octubre de 2018, en virtud de lo dispuesto en los artículos 52, N° 1, letra c), de la Constitución Política de la República; 53 de la ley orgánica constitucional del Congreso Nacional y 313 y siguientes del reglamento de la Corporación, prestó su aprobación a la solicitud para crear una 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.

Se tomaron en consideración los siguientes antecedentes que aportaron los patrocinantes de esta iniciativa:

1.- Que las pensiones de invalidez son aquellas que reciben personas que, **sin estar en edad para jubilarse**, sufran una enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, que causen una disminución permanente de su capacidad de trabajo, según lo define el artículo 4 del D.L 3500 del año 1980. Las pensiones de invalidez tienen distintas características dependiendo del sistema previsional que las otorgue: el antiguo régimen administrado por el Instituto de Previsión Social (ex INP), las AFP y el pilar solidario que estableció la reforma previsional de 2008. Esta última, por medio de la ley N°20.255, que incorporo también a nuestra legislación, la pensión básica solidaria de invalidez, cuyos beneficiarios deben gestionar en la misma forma y procedimiento que una pensión de invalidez. Por tanto, posterior al año 2008 no solo son beneficiarios en nuestro país aquellas personas que hayan realizado vida laboral activa y cotizado para el seguro de invalidez y sobrevivencia, sino que también, aquellos que sin haber cotizado en el sistema, cumplan con los requisitos que establece el artículo 4 del D.L 3500 del año 1980. El sistema clasifica así los grados de invalidez: **Invalidez total** que corresponde a la pérdida de su capacidad de trabajo de al menos dos tercios, e **Invalidez parcial**: que corresponde pérdida de su capacidad de trabajo igual o superior a cincuenta por ciento, pero de menos de dos tercios.

Las personas con invalidez podrán disponer del dinero acumulado en su cuenta individual, optando entre varias modalidades que van desde retiro programado de sus fondos hasta una renta vitalicia. El monto de la pensión dependerá del grado de invalidez y de si el trabajador está o no cubierto por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. Si está cubierto, se toma como base de cálculo la renta promedio de los últimos 10 años. Si no lo está, se calcula en base a la expectativa de vida de su grupo familiar. Por ende, las

pensiones de invalidez son las pensiones más altas que actualmente se pagan a los beneficiarios afiliados al sistema de AFP, a diferencia de las pensiones de vejez, que como es de conocimiento público, son generalmente bajas. El SIS (seguro de invalidez y sobrevivencia), que es la mayor operación de un seguro de tipo colectivo en Chile, cubre los riesgos de muerte e invalidez y proporciona los recursos necesarios para pagar estas pensiones con el objetivo de proteger al trabajador y su grupo familiar equivalentes al 50% o 70% de la renta imponible promedio del trabajador(a) (Ingreso Base). El SIS debe garantizar el financiamiento de las pensiones, aportes adicionales y contribuciones contempladas en el DL N° 3.500 y es pagado por los empleadores. El nuevo contrato comenzó a regir a partir de 01 de julio del 2018 y concluye el 30 de junio del 2020.

Cabe destacar que en la licitación anterior 122 mil trabajadores se encontraban recibiendo pensiones de invalidez y 259 mil personas recibían pensiones de sobrevivencia, y 6,1 millones de afiliados estaban cubiertos por el seguro, representando el 61% de los afiliados al Sistema de AFP, que alcanzaban a 9,9 millones, según cifras de la Superintendencia de Pensiones (SP) a diciembre de 2015. De los afiliados cubiertos, un 58,4% eran hombres y un 41,6% eran mujeres.

El Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS), es un seguro obligatorio establecido en el DL 3.500 de 1980 y según su artículo 59 de la misma norma es deber de las AFP'S contratar el seguro, el cual otorga cobertura a los afiliados del Sistema Previsional Chileno (AFP), como consecuencia de desarrollar: 1) enfermedad de origen común; 2) accidente común no laboral; 3) fallecimiento del titular de cuenta de capitalización individual en AFP, seguro que se paga mensualmente en conjunto con las demás cotizaciones previsionales, sobre un universo de aproximadamente de 7.015.793 trabajadores cotizantes según cifras actualizadas al 10 de mayo de 2018 en la página web de la Superintendencia de pensiones¹, a un costo actual del 1.53% de la renta imponible de cada trabajador, monto fijado en la nueva licitación, periodo comprendido entre el 01/07/2018 hasta el 30/06/2020. En concordancia con lo establecido en la Ley 20.255 del año 2008, este seguro es financiado por los empleadores durante la vida laboral activa de los trabajadores.

2.- Nuestra legislación le otorga un importante rol a la superintendencia de pensiones, puesto que es el órgano encargado de la fiscalización relativa a las administradoras de fondos de pensiones (AFP), fiscaliza a las administradoras del seguro de cesantía, a las comisiones médicas (calificadoras de enfermedades invalidantes) a la comisión ergonómica nacional, al instituto de previsión social, a las y los asesores previsionales, y, por ultimo lleva el registro y fiscaliza a los directores que están autorizados a integrar las sociedades anónimas en las que las administradoras de fondos de pensiones invierten sus recursos. Todas estas facultades otorgadas por su estatuto orgánico contenida en el Decreto con fuerza de ley N°101 del Ministerio del Trabajo y previsión social del año 1980. Así mismo existe una importante responsabilidad radicada en el Ministerio del Trabajo y Seguridad social, como cartera sectorial en materia de pensiones y órgano superior de la superintendencia de pensiones, así como también el Ministerio de salud como órgano superior en la materia relativa a las comisiones medicas preventivas de invalidez (COMPIN) y las comisiones médicas de invalidez.

3.- El pasado 13 de septiembre el medio el The Clinic, publica un reportaje titulado *"Denuncian que AFP Provida y compañías de seguro boicotean de forma ilegal solicitudes de pensión de invalidez"*², donde comunican a la opinión publica una serie de denuncias relativas a irregularidades producidas por la actual AFP más grande de Chile en los procesos de solicitudes de pensiones de invalidez. Entre los hechos denunciados destacan; *En primer lugar*, una práctica sistemática y permanente en el tiempo posterior a la reforma previsional del año 2008, y que se mantendría hasta la actualidad de un control permanente de la tasa de siniestralidad. La tasa de siniestralidad se define como *"conjunto de siniestros*

producidos durante un período de tiempo determinado en una póliza o grupo de pólizas", asimismo, el siniestro se define como "un acontecimiento que produce unos daños garantizados en la póliza hasta una determinada cuantía. Como respuesta frente al siniestro, la entidad aseguradora está obligada a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato". Como antecedente a esta denuncia agregan como medios de prueba declaración jurada de una ex funcionaria de la institución encargada del área de conceder las pensiones de invalidez y junto con ello copias de correos electrónicos que recibió de altos ejecutivos de Provida, en los que queda en evidencia las instrucciones de obstaculizar las solicitudes de invalidez. El primero de ellos, enviado el 5 de mayo de 2009 a las 14:27 horas, por la Coordinadora de Sucursales Centro Sur, dice: "Felicitaciones para todos quienes durante el mes de ABRIL hicieron un tremendo esfuerzo, para bajar los porcentajes de siniestralidad. Es claro que trabajar unidos trae beneficios positivos para todo el equipo. Todavía nos faltan 2 meses MAYO Y JUNIO!!!! Si aplicamos todo lo que nos enseñaron en reunión cada Encargado de Beneficios, si no nos olvidamos de hacer el filtro... cumpliremos y lograremos el objetivo. SOMOS UN GRAN EQUIPO!!!! MAYO SERA MEJOR QUE ABRIL!!!" (sic). El segundo de ellos de fecha el 1 de julio de 2009, y fue enviado por el entonces Gerente Comercial de la División Centro Sur: "Estimados: Reciban mis sinceras felicitaciones por el excelente trabajo realizado. Me refiero específicamente a la atención de solicitudes de invalidez, aplicación del protocolo y otros. Falta que llegue la estadística oficial para ver el resultado final. Sin embargo, confío y sé del trabajo que han realizado cada uno de Uds. y con eso para mí es suficiente para decirles nuevamente que los felicito, ha sido un trabajo duro, difícil y muchas veces ingrato al recibir reclamos de clientes o asesores, pero se sacó adelante con PROFESIONALISMO. Ya estamos en julio y tenemos otros desafíos que cumplir, pero con este equipo lo sacamos adelante sin derecho a duda.Adelante" (sic). Lo anterior da cuenta de una práctica sistemática, diseñada y jerarquizada para mantener un férreo control de las tasas de siniestralidad, tal es así que, según antecedentes adjuntos a la denuncia, llevan estadísticas a nivel nacional de los solicitantes de calificaciones de invalidez, por sucursal, con tabla comparativa por meses y años anteriores, imponiéndoles topes del número de solicitudes que se podrían cursar, donde los únicos beneficiados son supuestamente otras empresas, es decir, las compañías de seguros.

Lo anterior se complejiza si se miran la evolución histórica de las tasas de siniestralidad informadas por la superintendencia de pensiones.

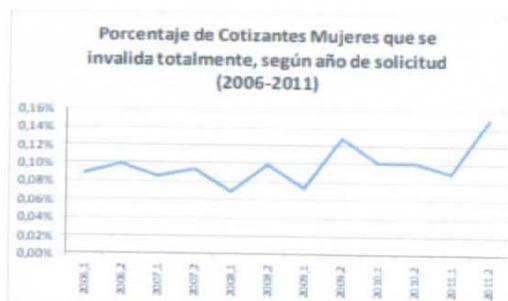
Cuadro 4.9 - Porcentaje de Cotizantes que se Invalida Totalmente semestralmente, según semestre de solicitud. 2006-2011. Hombres hasta 65 años.

Semestre	Total Cotizantes (promedio mensual, en número de personas)	Total, Invalidez Total, 1° Dictamen (semestral en número)	Porcentaje que se "invalida en forma total" en el semestre . tasa anual
2006,1	2.117.539	1.137	0,11%
2006,2	2.146.079	1.318	0,12%
2007,1	2.221.778	1.226	0,11%
2007,2	2.271.077	1.322	0,12%
2008,1	2.498.953	1.216	0,10%
2008,2	2.625.040	1.582	0,12%
2009,1	2.373.236	1.457	0,12%
2009,2	2.454.188	2.056	0,17%
2010,1	2.336.282	1.651	0,14%
2010,2	2.673.620	1.776	0,13%
2011,1	2.749.160	1.699	0,12%
2011,2	2.853.223	2.881	0,20%
Promedio	2.443.348	1.610	0,13%



Cuadro 4.11 - Porcentaje de Cotizantes que se Invalida Totalmente semestralmente, según semestre de solicitud. 2006-2011. Mujeres hasta 65 años.

Año	Total Cotizantes (promedio mensual, en número de personas)	Total, Invalidez Total, 1° Dictamen (semestral en número)	Porcentaje que se "invalida en forma total" en el semestre, tasa anual
2006,1	1.251.783	562	0,09%
2006,2	1.277.944	635	0,10%
2007,1	1.347.001	578	0,09%
2007,2	1.373.450	642	0,09%
2008,1	1.546.077	530	0,07%
2008,2	1.630.534	805	0,10%
2009,1	1.618.150	595	0,07%
2009,2	1.605.363	1.030	0,13%
2010,1	1.568.025	795	0,10%
2010,2	1.746.789	887	0,10%
2011,1	1.815.317	824	0,09%
2011,2	1.883.716	1.410	0,15%
Promedio	1.555.346	774	0,10%



De las estadísticas acompañadas, se observa que durante el período la tasa de siniestralidad se mantiene constante; por debajo del 0.2%. Cuestión que incluso se puede cotejar con la estadística del año 2016; publicado por la Superintendencia de Pensiones, en que la tasa de siniestralidad es de un 0.114%³

Tabla Anexo 2
Tasas de siniestralidad de invalidez

Variable	Inválidos	Inválidos Cubiertos	Inv/Afil	Inv cub / Afil cub
Capital	3.232	1.549	0,191%	0,142%
Cuprum	977	822	0,162%	0,169%
Habitat	3.295	1.613	0,164%	0,122%
Modelo	688	218	0,045%	0,023%
Planvital	1.130	423	0,092%	0,055%
Provida	6.607	2.822	0,215%	0,149%
Mujeres	6.418	2.458	0,134%	0,089%
Hombres	9.511	4.989	0,177%	0,133%
Total	15.929	7.447	0,157%	0,114%

Esto último deja de manifiesto, que la tasa de personas que han sido declarados inválidos en Chile, se mantiene prácticamente plana, por al menos 8 años. Lo que parece a lo menos extraño y es prácticamente imposible que todos los años, durante un periodo prolongado de tiempo, las personas que se pensionan por invalidez sean similares o prácticamente iguales todos los años.

En segundo lugar, se denuncia una colusión en el sistema de licitaciones del seguro de invalidez y sobrevivencia, puesto que por largos pasajes posteriores a la reforma previsional del año 2008, las aseguradoras que son controladas por los mismos dueños o grupos controladores que las AFP's que son las que licitan la adjudicación del seguro, lo que evidentemente genera un incentivo perverso, puesto que las utilidades de una están fuertemente vinculadas respecto de la otra, y favorece una práctica de colusión para afectar a los beneficiarios afiliados al sistema.

El caso de PRÓVIDA y Seguros BBVA, pertenecían al mismo grupo empresarial, hasta el año 2013 a modo de ejemplo. Por tanto, existió en algún momento

el incentivo de disminuir los siniestros que Seguros BBVA estuviese eventualmente obligado a cubrir, que afectarían los ingresos del grupo económico. *En tercer lugar*, recae la denuncia sobre las comisiones medicas de invalidez dependientes de la superintendencia de pensiones creadas en el DL 3.500 de 1980 que existen en cada región y una de carácter central y la comisión de medicina preventiva e invalidez (COMPIN) dependiente del Ministerio de Salud. Relata la denuncia que, por acceso a documentos por transparencia, las comisiones medicas regionales, y la comisión médica central que actúan como instancias de apelación, habrían demorado en el caso de la región del Bio Bio, 1 hora y 30 minutos en resolver 97 solicitudes de apelación sobre solicitudes de pensiones de invalidez. Lo que resulta imposible con las obligaciones que detalla la ley y el procedimiento que estas deben cumplir en el análisis del caso, esto es: un médico encargado del expediente, de exponer a sus colegas las patologías y el diagnostico informado en el primer informe del médico que reviso al solicitante, los resultados de las pericias a las que haya sido derivado el solicitante, tomar un acuerdo sobre el caso, resolver y reducir a acta todo lo obrado.

4.- Adicionalmente a lo anterior, la denuncia no solo relata que estos hechos habrían ocurrido con la inoperancia o falta de fiscalización y control de la superintendencia de pensiones sobre los diversos órganos y hechos denunciados, sino que también esta habría tenido un rol activo en posibilitar la aplicación de estas prácticas, más allá de los requisitos que establece la ley en el decreto ley 3.500 de 1980, y la ley 20.255 y sus respectivas normativas y reglamentos. Así lo demuestra el oficio 20.982 del 27 de agosto de 2009, enviado por la superintendencia de pensiones y dirigido a los gerentes generales de las administradoras de fondos de pensiones en el cual les ordena implementar un formulario para la solicitud de pensiones de invalidez, que contiene requisitos en información más allá de la ley, que exige solo el carnet de identidad. En 2012 y a raíz de la solicitud de la gerenta general de AFP HABITAT, en el oficio 2277 del 13 de febrero, por el cual solicitaron autorizar procedimiento de agendamiento de "horas" para las solicitudes de pensiones de invalidez, la superintendencia por medio del oficio 7712 del 9 de abril del, autorizo el procedimiento solicitado por la AFP, introduciendo a las solicitudes requisitos no contemplados en la ley. Así se genera, por tanto, un manto de dudas sobre el rol que juega la superintendencia relativa al control y fiscalización de los procesos de pensiones de invalidez.

5.- Los hechos relatados en la denuncia, fueron denunciados a la Fiscalía Nacional Económica por parte de la fundación Valídame, entidad no gubernamental, sin fines de lucro y regida bajo los preceptos de la ley 20.500 de organizaciones sociales, cuyo fin es velar por el derecho irrenunciable de la persona humana a la seguridad social, ingresada con el número 807831 de dicha entidad. La denuncia busca que el organismo investigue estas prácticas denunciadas y establezca las responsabilidades particulares que allí correspondan por los eventuales ilícitos contenidas en las mismas.

6.- Asimismo, estos hechos revisten la máxima gravedad en materia de seguridad social, puesto que estamos refiriéndonos a personas que han perdido su fuerza laboral sea en forma física o intelectual, quienes deben someterse a procesos tediosos para poder pensionarse por concepto de invalidez. Que son personas que han cotizado dentro del sistema en su vida laboral, no están ejerciendo más que un derecho que les concede la ley, a poder pensionarse sí cumplen con los requisitos establecidos por esta. Una práctica por parte de la AFP denunciada, no solo es constituye una eventual vulneración al derecho contemplado en la ley, para quienes lo solicitan, sino que también estaríamos hablando de eventuales vulneraciones contempladas al derecho a la igualdad ante la ley consagrado en la Constitución Política de la república en su artículo 19 N° 2, constituyendo una eventual discriminación arbitraria puesto que si las administradoras de fondos de pensiones y las aseguradoras llevan un férreo control de las tasas de siniestralidad y rechazar las solicitudes que escapan de sus proyecciones, los afectados están siendo afectados en su derecho de igualdad ante la ley, puesto que sus solicitudes serian rechazadas por razones o motivos no contemplados en la ley o carentes de razonabilidad, y las de otras personas

pudiesen estar siendo aceptadas. Personas con una misma condición médica y recomendación, uno podría ser aprobado y otros no, lo que no suena lógico y contradice los principios de la legislación en la materia.

7.- Que si bien los hechos denunciados, se refieren en su mayoría prácticas realizadas por privados, estas eventuales practicas han sucedido bajo la tutela y obligación de supervigilar los procesos por parte de las Superintendencia de pensiones, Ministerio del Trabajo y seguridad social y el Ministerio de Salud. Quienes por sus estatutos orgánicos y leyes sectoriales están obligados a velar por la correcta aplicación y fiscalización de la ley en las materias de su competencia en nuestro país. Quienes, según los antecedentes relatados, no solo han tenido un rol pasivo en la fiscalización y control del proceso, sino que activos en favorecer las practicas denunciadas con las que ha operado esta AFP denunciada. Al mismo tiempo la gravedad de los hechos denunciados que si bien hasta la fecha están circunscritos a una AFP y determinados órganos y servicios públicos, con el transcurso del tiempo e investigaciones pueden seguir apareciendo presuntas irregularidades que deben ir esclareciéndose.

La Cámara de Diputados es el órgano exclusivo encargado de la fiscalización de los actos del gobierno, que frente a los hechos denunciados y en virtud del principio de la fe pública es necesario esclarecer en la actualidad ante las autoridades, la opinión pública y la ciudadanía, el rol que han jugado los diversos organismos públicos con competencia en la materia.

Por tanto, en virtud de lo anterior, las normas legales citadas y lo dispuesto en la letra c) del número 1 del artículo 52 de la Constitución Política de la República, los diputados y diputadas que suscriben, la Cámara de Diputados acuerda:

Crear una Comisión Especial para que dé inicio a las investigaciones relacionadas con dichas materias, determine las responsabilidades involucradas, recabe información, recibiendo para tales efectos a las autoridades y personas que estime pertinentes relacionadas con las materias, y cuyo objeto de la investigación será:

1. Fiscalizar, desde el año 2008 a la fecha, los actos de los Gobiernos realizados a través del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Pensiones, en relación con el cumplimiento de las normas relativas a las pensiones concedidas y denegadas por concepto de invalidez y sobrevivencia, según lo señalado en la parte considerativa de esta solicitud.

2. Fiscalizaras actuaciones normativas y fiscalizadoras realizadas por la Superintendencia de pensiones desde la reforma previsional del año 2008 a la fecha, sobre los procesos de solicitudes de pensiones de invalidez y sobrevivencia, en especial, en relación con las Administradoras de Fondos de Pensiones y organismos relacionados.

3. Fiscalizar otros actos que pudieran haber emprendido los órganos competentes de la Administración del Estado, tales como el Consejo de Defensa del Estado y otros organismos, en relación con los hechos enunciados en la parte considerativa.

4. Tomar toda otra acción o resolución que sea conducente al esclarecimiento de los hechos señalados en la parte considerativa de esta solicitud, como también de los puntos expresados en el mandato que se le encarga a esta Comisión.

La Comisión Especial deberá rendir su informe a la Corporación en un plazo no superior a 90 días, y para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

IV.- EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN.

Sesión 1ª, celebrada en 19 de noviembre de 2018.

Esta sesión contó con la participación del señor Ministro del Trabajo y Previsión Social, Nicolás Monckeberg, del señor Superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías y del señor Intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo.

Ministro del Trabajo y Previsión Social, señor Nicolás Monckeberg.

El señor **MONCKEBERG**, don Nicolás (ministro del Trabajo y Previsión Social).- Señora Presidenta, gracias por la invitación.

El foco de esta comisión investigadora es una tremenda oportunidad no solo para dar a conocer los cambios que se han hecho, sino además para ir despejando algunos temas que eventualmente podrían corregirse.

Preparamos una presentación bastante detallada respecto de cómo opera la licitación del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS)

Lo más importante es entender que hay un antes y un después de la reforma previsional de 2008. Cuando se modificó la normativa y la modalidad de asignación del financiamiento del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS), cambió absolutamente el criterio y los incentivos que existían.

Como lo explicará en detalle el superintendente, antes de 2008 se produjeron ciertas señales de mal funcionamiento que derivaron en denuncias y en las consiguientes sanciones que aplicó la Superintendencia de AFP. Posterior a la reforma de 2008, la situación es distinta.

Señora Presidenta, propongo iniciar nuestra participación en la comisión investigadora con la presentación del superintendente, para entender bien los hechos que motivaron la creación de esta instancia investigación, cómo funcionaba antes, cómo funciona ahora y cuáles son los desafíos que tenemos.

Superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señora Presidenta, para su conocimiento, le informo que me acompaña en esta ocasión el intendente de Fiscalización, don Jorge Mastrangelo.

La presentación está dividida en cinco secciones. Primero, describe cómo funciona el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia; segundo, cómo se califica la invalidez por las comisiones médicas; tercero, el rol de la Superintendencia de Pensiones, tanto para el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia como para la calificación de este seguro; cuarto, un anexo estadístico de algunos elementos que nos parecen muy interesantes de conocer; finalmente, la denuncia que efectuó la Fundación Valídame y que queremos relevar en esta presentación.

La presentación puede ser tan extensa como uno quiera, por eso trataré de hacerla lo más concisa posible para su mejor entendimiento y acorde al tiempo disponible, sin perjuicio de poder ahondar en todos los puntos que sean del interés de los presentes.

Respecto del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, cubre a aquellos afiliados al sistema de pensiones menores de 65 años que no están pensionados, antes del fallecimiento o de la invalidez.

¿Cómo se define la invalidez? Se define como el menoscabo permanente en la capacidad de trabajo de una persona a causa de una enfermedad o de un debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales.

¿Quién califica la invalidez? Las comisiones médicas que están constituidas a través de todo el territorio nacional.

¿Qué financia el seguro? El seguro financia pensiones de invalidez y sobrevivencia.

¿Cuál es el monto de las pensiones que financia? El 70 por ciento del ingreso base cuando hay invalidez total y 50 por ciento del ingreso base cuando hay invalidez parcial.

El ingreso base, a su vez, se define como la renta promedio de las personas en sus últimos diez años. Así, si una persona tenía una renta promedio de 500.000 pesos, una invalidez total le da una pensión de 350.000 y una parcial una pensión de 250.000 pesos. Esa es la forma de calcular los beneficios. O sea, son beneficios definidos que están cubiertos por este seguro.

¿Quiénes financian el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia? Lo financian los empleadores.

¿Qué paga el seguro? Paga aportes adicionales en dinero, que son los que se requieren para financiar las pensiones que antes señalé. Las personas, durante su vida, han acumulado fondos en su cuenta de capitalización,

en su cuenta de ahorro, pero cuando interrumpen su vida laboral por invalidez o por fallecimiento ese monto no alcanza a cubrir las pensiones. Lo que falta lo cubre este seguro a través de las compañías de seguros de vida.

Como dijo el ministro, hay un antes y un después en relación con la reforma previsional de 2008 en cuanto a cómo funciona este seguro. Antes de ese año, cada administradora de fondos de pensiones contrataba un seguro colectivo para todos sus afiliados. Las administradoras podían escoger la compañía de seguros y suscribir el contrato entre las AFP y las compañías. Estaba en manos de la AFP.

¿Cómo se financiaba? Con la misma comisión de la AFP. Dentro de la comisión que cobraba la AFP estaba incluido el financiamiento del seguro. De esa forma las AFP negociaban un contrato de seguro con una compañía de seguros y ellas cubrían el costo con cargo a las comisiones que cobraban a los afiliados. Por lo tanto, lo que pagaba cada afiliado dependía de la AFP en que se encontraba afiliado.

El costo del seguro era pagado por las AFP y era un costo muy relevante. Dentro de sus gastos había incentivos muy fuertes a controlar la siniestralidad de ese seguro. Eso es importante destacar.

¿Por qué existían esos incentivos tan fuertes a las AFP de controlar la siniestralidad? Porque mientras más siniestralidad había, más tenían que pagar a la compañía de seguros y, por lo tanto, reducían sus utilidades. Al revés, mientras menos siniestralidad, menos pagaban a la compañía de seguros y más aumentaban sus utilidades. Entonces, ese es un punto clave.

En esa época la superintendencia recibió denuncias de algunos afiliados que habían enfrentado dificultades para acceder a las pensiones de invalidez por algunos procedimientos que las administradoras aplicaban.

¿Qué hizo la Superintendencia al respecto? Investigó esos casos, que eran anteriores a 2008, y producto de la respectiva investigación tres administradoras fueron sancionadas.

Específicamente, en esa oportunidad se sancionó a la AFP Cuprum, en 2006; a la AFP Provida, en 2007, y a Capital, en 2010. Pero, insisto, por situaciones ocurridas durante 2008 hacia atrás.

En el caso de Cuprum, por un tema procesal, la Corte de Apelaciones dejó sin efecto la sanción, no por diferencias en el fondo del tema, sino por el procedimiento aplicado en su momento por la superintendencia.

Quiero destacar que antes de la reforma previsional de 2008 sí habían denuncias de control de siniestralidad por parte de las administradoras, fueron investigadas y al menos en el caso de esas tres AFP se determinó que existían ciertos procedimientos irregulares y se les sancionó.

¿Qué pasó a partir de la reforma previsional de 2008? ¿Qué es lo que cambió? ¿Por qué es tan importante?

A contar de esa fecha ya no es posible que cada AFP licite o firme su contrato de seguros con la compañía de seguros, sino que se licita en forma conjunta todo el seguro. Es decir, las 6.000.000 millones de personas cubiertas por este seguro son licitadas en forma conjunta por todas las administradoras y participan en esta licitación todas las compañías de seguros de vida constituidas en Chile, que cumplen con los requisitos para aquello.

El seguro se va adjudicando de manera de minimizar el precio y de no concentrar el seguro en una sola compañía o en dos, para evitar el riesgo.

Ahora el seguro es de prima fija. Deja de operar como lo hacía antes, cuando había ajustes por siniestralidad. Lo más importante es que ahora el financiamiento del seguro pasa a cargo de los empleadores; cambia completamente la forma de operar. Todos los empleadores pagan el mismo costo del seguro por sus trabajadores.

Ahora el seguro se licita en grupos separados por sexo. Para hombres hay una licitación, para mujeres hay otra licitación, con el objetivo de que a las mujeres que tienen menos siniestralidad se les cobre menos.

Los contratos son estandarizados, lo cual facilita la competencia de las compañías de seguros. Entonces, ahora las AFP solo cumplen el rol de licitar, recaudar la cotización de los empleadores y traspasarla a las compañías de seguros que ganaron la licitación. En definitiva, se elimina el incentivo que había de las AFP para controlar la siniestralidad, puesto que en nada influye en sus utilidades. Ahora hay un traspaso directo de la prima de seguros, que la paga el empleador a la AFP, y que, a su vez, la traspasan a la compañía de seguros, pero ni la prima ni la siniestralidad influyen en las utilidades de la AFP.

En esta reforma se creó el cargo de médico asesor del afiliado.

¿Qué hace? Es un profesional, médico, que apoya al trabajador en el proceso de calificación de invalidez, y en caso de que apelen ellos mismos o las compañías de seguros, lo asesora también en la apelación. Esto no existía hasta antes de 2008.

¿Qué ha ocurrido después de la aplicación de este nuevo esquema?

Primero, se eliminan los incentivos de las AFP para controlar la siniestralidad; no tiene relación con sus utilidades; por primera vez en el financiamiento de las pensiones, desde 1980, se introduce la participación del empleador; hay mayor transparencia; se separa el costo de administración de las AFP del costo del seguro; las AFP cobran su comisión y la prima del seguro va aparte; es mucho más fácil comparar precios entre las AFP, y se elimina el subsidio cruzado entre afiliados de distintas AFP. Había AFP que tenían afiliados que se siniestaban más, que tenían mayor edad, en fin, por lo cual el precio del seguro era más alto. Ahora es un *pool* de seguros, por lo tanto, no

hay diferencia entre afiliados de AFP y se eliminan los subsidios cruzados entre mujeres y hombres. Las mujeres subsidiaban a los hombres, porque tienen menos siniestralidad y eso no estaba reconocido.

En seguida, en la presentación se muestran los resultados de las licitaciones.

Para que ustedes vean, hasta ahora, se han hecho 6 licitaciones: La primera duró un año y de ahí en adelante han durado dos años.

En la primera participaron 12 compañías de seguros -la barra azul representa la licitación- y 5 de ellas se adjudicaron el seguro, y así sucesivamente a través de los años. Cada dos años se comenzó a realizar esta licitación en que se puede apreciar una alta participación -en las barras azules- de las compañías de seguros. Las barras rojas indican a cuántas de ellas les fue adjudicado el seguro. Vemos una participación bastante alta.

Esa es la prima del seguro; la prima del seguro es el precio del seguro. Se llama prima en el caso del mercado asegurador y se expresa en el porcentaje de la remuneración imponible del trabajador.

Por ejemplo, en la primera licitación podemos observar que la prima del seguro fue 1,78 por ciento de la remuneración del trabajador. De ahí ha ido evolucionando y bajó 1,48 por ciento hasta que en la actual licitación -la que se efectuó recién-, que empezó a regir el 1 de julio de este año, el precio del seguro -la prima- quedó en 1,39 por ciento de la remuneración imponible del trabajador. Este es el precio que resulta de la licitación entre las compañías de seguros de vida.

¿Por qué cambia la prima del seguro en cada licitación? Una razón es la siniestralidad.

Ahí está la siniestralidad del seguro por año desde 2008.

¿Cómo se mide la siniestralidad? Son los afiliados que han sido declarados inválidos en cada año sobre el total de cotizantes cubiertos por el seguro. Como pueden ver, es fluctuante. La siniestralidad ha ido subiendo, para experimentar una baja y vuelto a subir. Esto depende de muchas cosas: de cómo evoluciona el grupo de personas que está cubierto. Muchas veces, cuando hay desempleo, hay más personas que buscan pensionarse por invalidez, en fin. Sin embargo, a mayor siniestralidad, la compañía de seguros tiene que cubrir más siniestros, lo cual influye en el valor de la prima. Y hay otras cosas que influyen en ese valor.

Aquí muestro los resultados, donde debo resaltar algo importante.

¿Quiénes ganan las licitaciones? Por ejemplo, en 2009 pueden ver que en el caso de los hombres hay cuatro compañías de seguros, al igual que en el caso de las mujeres.

Ahora, es interesante ver la última columna, donde se observa que hay dos AFP relacionadas con las compañías ganadoras. Vemos que en el caso de los hombres hay una fracción de la licitación ganada por una compañía de seguros de vida denominada Cámara relacionada a la AFP Habitat. Luego, vemos que en el caso de las mujeres, BBVA Seguros de Vida estaba relacionada en esa época a Provida.

En 2010 nuevamente hay un relacionamiento: La compañía de seguros de vida Cámara y BBVA Seguros de Vida, ganan una parte de la licitación relacionadas a Habitat y Provida.

Luego, en 2012 hay solo una compañía relacionada: Penta Vida con Cuprum, que se gana una parte de la licitación.

En 2014, solo hay una relacionada: Cámara con Habitat.

Si seguimos avanzando, podemos ver que en las últimas dos licitaciones, efectuadas en 2016 y en 2018, vigentes, no hay compañías de seguros de vida relacionadas a AFP. En las dos últimas licitaciones todas las compañías de seguros de vida que se adjudicaron parte de la licitación no tienen relación alguna con las administradoras de fondos de pensiones.

Ahora, la segunda parte es la calificación de invalidez: cómo se determina quiénes son inválidos.

En este caso, hay un procedimiento médico administrativo efectuado por las comisiones médicas para verificar si los afiliados o beneficiarios que solicitan pensión cumplen los requisitos. Se trata de otorgar pensiones justas. Toda aquella persona inválida debe recibir una pensión, si no, no corresponde otorgársela. Se busca que todas las personas que creen estar inválidas puedan acceder en forma expedita a este proceso y que las comisiones médicas determinen si corresponde o no otorgarles una pensión.

¿Cómo operan estas comisiones? Las comisiones médicas generan un dictamen de invalidez que establece si la persona tiene invalidez total, cuando la pérdida de sus capacidades de trabajo es igual o mayor a dos tercios, y definitiva o no revisable; o invalidez parcial, cuando la pérdida de capacidad de trabajo es mayor o igual al 50 por ciento, pero menor a dos tercios.

Para la invalidez parcial, el dictamen dura tres años, luego de lo cual se reevalúa a la persona, pudiendo quedar como parcial ya definitivo, no revisable, pasar a invalidez total o definitivamente haber recuperado sus capacidades de trabajo.

Por último, la comisión médica podría rechazar la invalidez, sea por causas administrativas -que la persona tenga incompatibilidades legales por estar cubierta por la ley de Accidentes del Trabajo, porque no asistió a la citación o porque por razones médicas no correspondía otorgársela.

¿En base a qué califican las comisiones médicas?

En base a normas. Existe un manual de normas que establece la forma en que debe efectuarse la calificación de la invalidez. La última norma vigente fue publicada el 1 de julio de 2016, en el Diario Oficial, y tuvo una modificación reciente que entró en vigencia el 1 de julio de 2018.

Las comisiones médicas están dotadas de autonomía técnica para sus determinaciones: tienen potestad para definir si la persona está o no inválida.

Los médicos integrantes de esas comisiones son contratados por la Superintendencia de Pensiones a honorarios. No son funcionarios de la Superintendencia y son elegidos mediante concurso público.

Existen dos tipos de comisiones: Comisiones médicas regionales, que generalmente están integradas por tres médicos, y comisiones médicas centrales, integradas por tres o más médicos.

La Comisión Médica Regional determina si la persona está o no inválida, y la Comisión Médica Central recibe las apelaciones que efectúan tanto los afiliados como las compañías de seguros de vida, de tal forma que resuelve las discrepancias revisando el dictamen de la Comisión Médica Regional, el cual puede ser ratificado o cambiado por la Comisión Médica Central, que también está integrada por médicos contratados por la Superintendencia de Pensiones, previo concurso público.

En la imagen siguiente se detalla la composición de las comisiones médicas regionales y su distribución a lo largo de todo Chile. En todas las regiones del país hay comisiones médicas, las cuales cuentan con 185 médicos a cargo de las calificaciones de invalidez y con 47 médicos asesores de los afiliados; todos contratados por la Superintendencia de Pensiones. En total hay 232 médicos contratados por el Estado para efectuar esta labor.

Un punto muy importante por recalcar es que en el sistema hay 527 médicos interconsultores inscritos en un registro que lleva la Superintendencia de Pensiones. Estos médicos juegan un rol muy importante, pues efectúan los exámenes de especialidad que piden las comisiones médicas para determinar si una persona está inválida o no. Asimismo, en el sistema también hay 74 peritos sociolaborales y 57 sicólogos. Esta red médica es la que finalmente determina si una persona está inválida o no.

Ahora, ¿cómo opera el proceso de evaluación y de calificación? Primero, la persona concurre a la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) para solicitar su pensión de invalidez. La AFP respectiva envía los antecedentes a la Comisión Médica Regional, correspondiente al domicilio del afiliado. La comisión recibe el caso y su presidente asigna a uno de sus médicos inscritos para estudiar el caso. Luego, el médico cita al afiliado para que se realice los exámenes pertinentes y solicita interconsultas, si es que son necesarias. Finalmente, es este médico asignado el que analiza los resultados, determina si la persona está total o parcialmente inválida y propone aprobar o rechazar la solicitud de pensión de invalidez.

Ahora, ¿qué hace el médico con este expediente? Va donde el presidente de la comisión para informar sobre el análisis efectuado y para indicar su opinión, quien puede aceptar y dar el pase a la comisión para proceder a la petición de pensión de invalidez o puede rechazarla por falta de antecedentes o de análisis.

Subsanado el tema, pasa a la comisión médica respectiva, la cual debe estar integrada a lo menos por tres médicos. El médico asignado relata el caso, el análisis de los exámenes y, finalmente, con estos antecedentes, la comisión médica decide si el afiliado está inválido o no. Posteriormente, la comisión notifica el resultado a la compañía de seguros y al afiliado, quien cuenta con un plazo de 15 días hábiles para apelar, derecho que puede ejercer con su médico asesor o con la compañía de seguros.

Es importante recalcar que en las sesiones que se realizan en la comisión se discuten casos previamente estudiados por el médico asignado y por el presidente de la comisión. Lo menciono para aclarar que no se comienza a estudiar el caso en las sesiones, sino que ha sido estudiado latamente con anterioridad.

Ahora, ¿qué rol cumple la Comisión Médica Central? Si las Comisiones Médicas Regionales ya dictaminaron un fallo, tal como señalé hace un momento, hay 15 días hábiles para apelar. Si el afiliado o la compañía de seguros realizan la apelación, el caso llega a la Comisión Médica Central y lo recibe su presidente, quien debe asignar a un médico a cargo del caso. Este médico revisa el expediente formulado por la Comisión Médica Regional, y puede solicitar nuevos antecedentes y nuevos peritajes a los médicos interconsultores o, simplemente, puede definir un resultado con los antecedentes que ya disponía la Comisión Médica Regional; es decir, puede recomendar confirmar el dictamen o puede recomendar revocarlo. Luego, este médico asignado debe presentar el caso al secretario de la comisión, con su respectivo análisis del mismo. De esta manera, la Comisión Médica Central resuelve si confirma lo señalado por la Comisión Médica Regional o si decide otra cosa. Posteriormente, la Comisión Médica Regional notifica el dictamen al afiliado y a la compañía de seguros.

Quiero recalcar que cada Comisión Médica Regional debe sesionar al menos una vez por semana, puesto que hay casos sencillos y otros complejos; por ejemplo, una insuficiencia renal crónica es un caso sencillo, ya que la persona que la padece queda con invalidez total prácticamente de inmediato, y lo mismo sucede con una discapacidad mental o con una patología grave, como cánceres terminales, amputaciones, u otras enfermedades; pero existen casos complejos que requieren mayor plazo de estudio y más exámenes de parte de los interconsultores.

Insisto en que cada caso que llega a las comisiones es analizado previamente. Es algo que quiero recalcar, porque los antecedentes no se ven una vez que se discute el caso, pues hay un médico encargado que ya lo ha estudiado.

La Superintendencia de Pensiones debe regular y fiscalizar estos procedimientos. De hecho, el artículo que la rige dice específicamente que, como superintendencia, tenemos que supervisar administrativamente las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central. En otras palabras, debemos impartir normas operativas para que las comisiones puedan funcionar adecuadamente. Nótese que es supervisar administrativamente, pues el dictamen médico es potestad de las comisiones.

Entonces, el objetivo de nuestra supervisión es velar por el acceso de los afiliados a las pensiones de invalidez. Para ello, fiscalizamos a las comisiones médicas, a sus médicos integrantes, a los médicos asesores de los afiliados, a los médicos interconsultores, a los médicos especialistas, a los peritos sociolaborales, a los psicólogos y a las AFP, pues todos deben cumplir la norma establecida para tal efecto. Nosotros tenemos todos los informes de las fiscalizaciones que efectuamos y de las acciones que llevamos a cabo, si es que corresponde.

En la Superintendencia de Pensiones contamos con una comisión médica integrada por profesionales con conocimientos especializados en medicina y por otros profesionales expertos en otras áreas de la salud, como matronas y psicólogos laborales, de tal manera que podemos efectuar una fiscalización especializada de este funcionamiento. Además, contamos con otra división, la cual fiscaliza fundamentalmente a las AFP por medio de profesionales encargados de efectuar un seguimiento a todo este proceso.

Ahora, ¿qué se fiscaliza a los médicos integrantes y a los médicos asesores? Se evalúa la calificación de invalidez que realiza la comisión médica, con el objeto de determinar si están aplicando correctamente el manual de invalidez. Para tal efecto, se toma una muestra desde los expedientes de calificación y se la audita. ¿Qué expedientes se toman? Se toman aquellos en los que ha existido discrepancia entre el dictamen de la Comisión Médica Regional y de la Comisión Médica Central. En otras palabras, se toma una muestra cuando la Comisión Médica Regional dictamina que la persona está inválida o no, pero la Comisión Médica Central cambia ese dictamen. Además, se audita para saber cómo los médicos efectuaron su labor y para resolver reclamos de los afiliados.

En la imagen siguiente pueden ver la cantidad de auditorías realizadas durante los últimos tres años y sus respectivos resultados. Algunos datos: en 2017 y en 2018 fueron auditados los médicos de la Comisión Médica Central, la comisión resolutoria; en 2016 hubo 405 expedientes auditados; en 2017, 380, y hasta ahora llevamos 349 expedientes auditados. Cada expediente representa a un afiliado.

Asimismo, en 2016 hubo 25 médicos evaluados; en 2017, nuevamente 25, y hasta ahora llevamos 22 médicos. Y el promedio equivale al puntaje que obtuvieron los médicos en las evaluaciones. De 75 puntos hacia arriba se considera que el trabajo que realizó el médico fue satisfactorio.

También fueron auditados los médicos de la Comisión Médica Regional; al año se auditan más 700 expedientes. Y los médicos evaluados rondan los 150 médicos. Es una muestra importante. Para estos médicos también se considera razonable un puntaje superior a 75 puntos.

Los médicos asesores, que fueron introducidos al sistema con la reforma de 2008 para apoyar a los afiliados, también fueron evaluados. También fueron auditados cerca de 200 expedientes al año y, evaluados, cerca de 40 médicos al año.

Como pueden ver en la presentación, los puntajes obtenidos por los médicos asesores son un poco más bajos que los otros. 75 puntos es el mínimo, y aquí notamos que se requiere mayor capacitación de estos médicos, probablemente por la menor experticia que tienen respecto de los otros médicos, que llevan trabajando en la comisión muchos más años, ya que estos médicos asesores se incorporaron solo 2008 a este sistema.

Por otra parte, observamos y fiscalizamos el comportamiento de los médicos interconsultores, porque es muy importante que efectúen bien su labor. En este caso, se ve el contenido de los informes de los interconsultores, cuando se los piden las comisiones médicas.

Como decíamos, aquí hay médicos de las más diversas especialidades: peritos sociolaborales y psicólogos. Se audita una muestra de informes y se saca un puntaje de cómo se comportan ellos.

Por ejemplo, si miramos de 2016 en adelante, más de 300 especialistas interconsultores fueron evaluados y el puntaje promedio que obtuvieron superó los 80 puntos, lo que está dentro del rango aceptable.

También fueron evaluados los psicólogos, que son menos, más de 40 psicólogos en general y casi 200 informes de ellos. Ahí aparecen los puntajes promedio, ha habido una baja en los últimos años. Además, se evalúan los peritos sociolaborales; en total, cerca de 70 peritos y de 300 informes que ellos emiten.

Esa es la parte médica, pero también hay que fiscalizar a las AFP. En el caso de las AFP, ¿qué se fiscaliza? Primero, el acceso al trámite de pensión. Se evalúa que se cumpla con las normas para que las personas puedan acceder expeditamente a tramitar las solicitudes de beneficios.

También se evalúa el proceso de recepción de notificación de dictámenes de invalidez de las comisiones. Es importante informar al afiliado de esto para que tenga tiempo de apelar, por ejemplo, y si el dictamen de invalidez es parcial, avisarle que a los tres años debe ser nuevamente evaluado, de manera que no pierda su pensión.

Por último, se observa la constitución de saldo del trámite de pensión de invalidez. Este es un proceso que es importante porque determina finalmente si la persona tiene cobertura de seguro o no, cuál es el monto de la pensión que le correspondería y que se le liquiden los bonos de reconocimiento si es que tiene. Es un proceso fiscalizado que debe revisar detalladamente la AFP.

Finalmente, tenemos dos secciones: una sección estadística, sobre la cual solo queremos mostrar algunas cifras, y una sección de la Fundación Valídame.

Intendente de Fiscalización, señor Jorge Mastrangelo.

El señor **MASTRANGELO**.- Señora Presidenta, como decía el superintendente, queremos mostrar algunas cifras del proceso de calificación de invalidez.

En la primera columna tenemos las solicitudes cubiertas por el Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS) que, como se aprecia, han tenido un crecimiento sin solución de continuidad desde 2004.

Luego están las solicitudes no cubiertas, que también han crecido; las solicitudes de pensión básica solidaria de invalidez, que se comenzaron a otorgar a partir de julio de 2008 con la reforma previsional, y la última columna corresponde al total.

Lo primero que me gustaría destacar es que en torno al año 2008, cuando se implementa la reforma previsional, se produce un enorme crecimiento en la cantidad de casos que las comisiones tuvieron que evaluar.

Esto se debe principalmente a dos fenómenos: el primero, obviamente, la pensión básica solidaria de invalidez, que era un beneficio que no existía antes, y por otro lado, que en las pensiones de invalidez no cubiertas por el seguro, antes de la reforma, la persona se pensionaba con el saldo que tenía en la cuenta individual. Si el saldo era poco, la pensión duraba una cantidad de tiempo acotado, y después podía o no tener derecho a la garantía estatal de pensión mínima, que requería un número mínimo de años de cotización.

Con la reforma previsional eso cambió, porque el aporte previsional solidario no exige número de años cotizados. Por eso podemos ver que en la columna "Solicitudes cubiertas" se produjo, entre 2007 y 2008, un salto desde 5.254 a 18.483, el cual se mantuvo alto por varios años, hasta que esa cantidad de casos pudieran ser resueltos por las comisiones.

Evidentemente, un proceso de calificación que está operando con 14.000 solicitudes por año, se ve enfrentado a un *shock* de crecimiento de hasta 62.000 solicitudes de calificación. Eso requirió que la superintendencia adoptara una serie de medidas, como duplicar la cantidad de médicos contratados, crear algunas comisiones itinerantes que se encargaran de acortar la fila de afiliados y también priorizar, porque dentro de las personas que se califican en su invalidez, hay algunos que son más graves que otros. Entonces, se trata de aplicar un procedimiento de priorización.

En estos gráficos, en el lado izquierdo, está la tasa de aprobación de las solicitudes cubiertas y no cubiertas por el seguro de invalidez, tasa de aprobación que se mide por el eje vertical y como porcentaje del total de solicitudes que resultan aprobadas con invalidez total o parcial. En el eje horizontal se pueden ver los años.

Como se puede apreciar, la línea de color rojo representa el porcentaje de aprobación de los afiliados que están cubiertos por el seguro, y la línea de color azul, los que no están cubiertos por el seguro.

También se puede ver que los porcentajes oscilan entre 57 y 47 por ciento y que son muy similares entre los afiliados cubiertos y no cubiertos por el seguro.

En el gráfico del lado derecho tenemos dos escalas: en el lado izquierdo, el número de solicitudes presentadas, que como se aprecia es algo similar a lo que estábamos viendo en la tabla anterior. La línea de color azul son las solicitudes presentadas; la línea de color rojo son las solicitudes aprobadas; total de esos parciales, y la línea de color verde, que tiene los porcentajes en la parte superior, representa las tasas de aprobación.

Anteriormente, el superintendente mencionó que en los casos en que el afiliado está cubierto por el seguro, las compañías de seguro pueden apelar. De hecho, apelan en una cantidad material de casos, entre el 25 y el 30 por ciento de los dictámenes que son obviamente con invalidez total o parcial.

La compañía apela para que si es total pase a parcial, y si es parcial pase a no inválido.

Entonces, de los 9.700 casos que en 2017 se calificaron como inválidos, 2.811 fueron apelados, lo que corresponde aproximadamente a 29 por ciento.

Pero esta no es la última palabra, porque ahora tenemos que ver cómo resultaron esas apelaciones. En esta tabla tenemos el resultado de las apelaciones.

La primera columna dice: "Aumenta o mantiene el grado de invalidez". Se ve que en promedio, en el 63 por ciento de los casos, la Comisión Médica Central confirma el dictamen de la Comisión Médica Regional, manteniendo o incrementando el grado de invalidez, y en 37 por ciento disminuye el grado de invalidez. Si es total lo pasa a parcial, y si es parcial podría pasarlo a no inválido.

Por último, en la última columna tenemos el porcentaje del total de solicitudes apeladas, que son en las que se disminuye la invalidez, que corresponde a 11 por ciento.

Finalmente, queríamos presentar el resultado del trabajo que hicimos a partir de la denuncia de la Fundación Valídame, el cual tiene cuatro partes.

Primero, me voy a permitir hacer un breve resumen del contenido de la denuncia. La fiscalización que hicimos en su oportunidad, sobre la base de antecedentes que nos entregó Valídame y una fiscalización adicional que hicimos sobre el proceso de recepción de solicitudes en las últimas dos semanas.

En resumen, la Fundación Valídame denuncia que hay un control de siniestralidad para la cobertura del SIS, que fue efectuado por la AFP Provida entre los años 2008 y 2009. Además, indica que ese procedimiento se habría seguido aplicando después de 2009.

Como respaldo de lo anterior, entrega una declaración jurada de una colaboradora de la AFP Provida y unos correos electrónicos emitidos por la coordinadora de sucursales sur y el jefe zonal, en los que se incluyen estadísticas y felicitaciones al personal por sus logros en materia de control de siniestralidad.

La denuncia tiene más antecedentes, pero eso es lo que quiero resaltar.

Entonces, ¿qué fue lo que se hizo? El superintendente ha señalado que ha habido tres fiscalizaciones, a propósito de las denuncias de control de siniestralidad. La que recayó sobre AFP Cuprum; sobre AFP Capital y sobre AFP Provida. Acá, estamos repasando y explicitando en qué consistió esa fiscalización.

Durante el año 2006, la superintendencia fiscalizó a las agencias de Maipú, de Puente Alto, de Santiago y de Rancagua de AFP Provida, encontrando que sus ejecutivos aplicaban procedimientos que obstaculizaban la suscripción de solicitudes de pensión y de calificación de invalidez.

Esos procedimientos contemplaban, entre otras preguntas, consultar al afiliado por el origen de su invalidez, le preguntaban si estaba seguro de que no era de origen laboral, por las características de su enfermedad, de si estaba seguro de que no era un accidente laboral. Ahora, si había indicio de accidente laboral lo traspasaban a las mutuales de seguridad.

Sin embargo, en esa oportunidad no se pudo probar que esas instrucciones provenían de una política de la administradora, por lo tanto, la resolución N°7, que estaba descrita antes en la presentación, de abril de 2007, sancionó a la AFP Provida con una multa de 300 UF por no controlar adecuadamente los procedimientos de trabajo de sus ejecutivos.

¿Qué es lo nuevo que hicimos sobre la base de la denuncia de Fundación Valídame? Se requirió a la AFP Provida un informe en relación con la situación que la Fundación Valídame denunció. Le preguntamos por el establecimiento de protocolos para bajar la siniestralidad de seguros de invalidez, además le pedimos explicaciones específicas respecto de la secuencia de correos electrónicos que envió el jefe zonal el 1 de julio de 2009. La AFP informó que no implementó protocolos para obstaculizar el acceso de los afiliados a los beneficios previsionales y que si bien en la secuencia de correos existen expresiones equívocas, en la administradora se indica que no permiten establecer la existencia de políticas en línea con lo que se ha denunciado por la fundación Valídame.

Asimismo, declara que no puede verse una intención del personal involucrado por obstaculizar o impedir la recepción de solicitudes de pensión de invalidez.

El último bullet es de la superintendencia. Cabe destacar que la última afirmación que acabo de relatar no es correcta, pues el efecto de las medidas referidas por la AFP fue obstaculizar el acceso en aquellos tiempos a las pensiones, como ha quedado acreditado en el proceso sancionatorio. Adicionalmente, realizamos nuevas fiscalizaciones de los hechos ocurridos las que contemplaron interrogatorios al jefe zonal de sucursales y a las coordinadoras de sucursales de la época sin encontrar nuevas evidencias que permitieran asegurar que el control de siniestralidad efectuado correspondía a una política de la administradora que por cierto sería bastante más grave.

Cabe señalar que los hechos denunciados ocurrieron hace al menos nueve años, lo que por supuesto dificulta la eficacia de la fiscalización que podemos hacer. Además, en caso de que la nueva fiscalización realizada a partir de la denuncia encontrara otros antecedentes lamentablemente las acciones sancionatorias estarían prescritas, dado que han pasado nueve años.

Por último, en su oportunidad la superintendencia propuso cambios legales de fondo a fin de modificar el funcionamiento del seguro, eliminando los incentivos al control de siniestralidad de las administradoras de fondos de pensiones, lo que fue destacado por el señor ministro y por el señor superintendente. Cambió el esquema del seguro y pasó a ser pagado por el empleador, contratado por una licitación y las AFP simplemente reciben el dinero de la prima de los empleadores y los traspasan a las compañías de seguro que se ganaron la licitación.

Por último, la denuncia de la Fundación Valídame hace mención a que las prácticas de control de siniestralidad seguirían existiendo hasta ahora. Entonces, fuimos a terreno a constatar cómo estaban las cosas y se efectuaron fiscalizaciones a todas las AFP. Las conclusiones son que las administradoras aplican un procedimiento de atención para la suscripción de solicitudes que puede requerir un certificado del médico tratante, aunque el objetivo es facilitar el trabajo de la comisión médica regional (CMR), sin embargo, igual vamos a reforzar las instrucciones para que las solicitudes de pensión se acojan a trámite sin requerir antecedentes adicionales: cédula de identidad y declaración de la persona que tiene una enfermedad. Con eso se va a la Comisión Médica para que los médicos lo evalúen.

Lo segundo, es que en dos administradoras encontramos que cuentan con un sistema de agendamiento para efectuar el trámite de pensión cuyo objetivo es reducir el tiempo de espera en agencia de las personas. Según las instrucciones que nosotros dimos en su momento este agendamiento tiene que hacerse con ciertos resguardos. Al respecto lo que vamos a hacer es reforzar la instrucción para asegurar que esta forma de atención sea efectivamente un beneficio para las personas.

Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señora Presidenta, por su intermedio saludo al ministro, al superintendente y al intendente.

Quiero expresarles que, como parlamentario y médico y muchos parlamentarios, hemos recibido muchos casos de las miles de personas que hoy buscan, iniciando o volviendo de un trámite de pensión de invalidez tormentoso, largo, complejo, con grados crecientes de insatisfacción.

Quiero graficar algunos de los puntos que recojo de la crítica ciudadana sobre el procedimiento. En primer término, los tiempos de demora, es decir, los meses o años en los cuales una persona que siente y tiene una discapacidad para un cierto trabajo, porque si yo le digo a alguien que tiene problemas de disfonía y es un profesor de Estado, tiene un problema grave para hacer clases. Lo mismo, alguien que tenga una amputación y que tenga que desplazarse o hacer un acto motor, o sea, tiempo-demora.

En segundo término, los requisitos médicos, a los cuales apuntaba en la última lámina el intendente, yo constato que se está pidiendo certificado médico, no es opcional, no es si puede o no puede; en la reclamación que recibo veo que a toda persona no le aceptan el mero requerimiento con la cédula de identidad y su declaración, sino que le dicen vaya a su doctor y traiga un certificado para que iniciemos el trámite.

Ustedes comprenderán que el acceso a los médicos es caro, desgraciadamente, porque en el lado público la barrera es la lista de espera; en lado privado la barrera es el dinero, el pago de una consulta y normalmente estamos hablando de especialistas. Precisamente no son médicos generales los que van a ir a documentar una enfermedad neurológica o traumatológica o siquiátrica, son médicos que requieren un pago, o sea, hay una barrera en el requisito médico.

En tercer término, yo recibo el reclamo de las diferencias sistemáticas entre la aprobación parcial o total en la CMR respecto de la central y la caída dramática, y al respecto me gustaría que en eso se ahondara, porque son cifras de invalidez francamente inconmensurables. Por ejemplo, es como decir se le dio 75 por ciento de invalidez en la regional y baja a 20 en la central, y esto genera un nivel de confusión enorme desde el punto de vista de la percepción de que si hay médicos aquí y médicos allá, ¿qué hace que sea un abismo la diferencia de invalidez en uno y otro caso?

Ahora entro al tema que todo el mundo sabe y es que los médicos de las compañías de seguro son incumbentes e influyentes en el nivel central. Es decir, hay un financiamiento pagado directamente por quien es juez y parte, en este caso una compañía de seguros, que tiene una contratación validada institucionalmente en la Comisión Médica Central y, por lo tanto, el criterio de objetividad e imparcialidad médica al momento de fallar en la última instancia se pierde.

Ahí se genera una profunda desconfianza respecto de uno y otro fallo. Si hay tan buenos especialistas en una región como en el nivel médico central, cuáles son las fundadas razones que pueden existir para producir una caída en el porcentaje de invalidez.

Cuarto. El grave problema de que un señor o una señora, al momento de iniciar su trámite de invalidez, también está a la vez con licencia médica.

Aquí tenemos otro problema: el rechazo sistemático en el carril de la licencia mientras tiene un carril de espera de pensionarse, que también es indeterminado. O sea, tenemos una laguna muerta donde hay un señor que tiene un empleador, que tiene una enfermedad, que no puede trabajar, que por un lado la Compin le rechaza la licencia, o sea, tiene que volver a trabajar y no está en condiciones, y a la vez está en un tiempo de espera indeterminado para pensionarse, y aquí tenemos un montón de enfermedades, secuelas sobre todo, traumatológicas y neurológicas, que llevan a estas personas a este interregno de carencia absoluta porque no recibe sueldo, no tiene cómo comer. Estamos hablando de alguien a quien no le pagan la licencia médica, que está obligado a trabajar, que no puede trabajar, intenta pensionarse, no logra pensionarse y pasan años en esta condición de rechazo sistemático de una licencia y a la vez lo otro.

Se le dice muchas veces que es lo uno o lo otro. A veces colocan a la gente en el dilema. Le dicen: Bueno, defina usted qué quiere. Quiere apelar a que reconsideremos su vuelta al trabajo o quiere pensionarse, pero defina.

Es un dilema que no debiera existir en una única persona que vive ambas condiciones, que es el derecho a justificación de ausencia al trabajo por un certificado médico, y su derecho a impetrar una pensión de invalidez.

Por último, puestos estos puntos sobre la mesa, quiero preguntar al ministro, y al superintendente especialmente, cuál es la autocrítica que hacen del sistema. Este es un sistema que viene desde hace muchos años.

No es interpretable como una crítica al gobierno. Esta es una autocrítica a una modalidad, a un formato, a una manera de enfrentar la invalidez de la ciudadanía, que tiene lastres que se arrastran por muchos años.

Quiero decirle, ministro, que yo fui, vía audiencia pública, a la Comisión Bravo el año 2014. Pedí una audiencia como cualquier ciudadano. Ese año la Presidenta Bachelet abrió la Comisión Bravo para cientos de audiencias, yo fui uno más, fui en silencio, callado, con médicos de la Comisión Central, que yo conozco, que me informaron de muchos de estos detalles. Planteé esto mismo que estoy planteando aquí cuatro años después, en la Comisión Bravo, y nunca vi reflejado esto en el informe final de la Comisión Bravo que se abocó a otras materias, no al rol de las AFP o de la superintendencia en esta materia. Es un tema que vengo siguiendo y sin respuesta.

En ese sentido, junto con preguntarle cuál es la autocrítica o la mirada crítica del sistema, quiero saber cuál es la mirada de ustedes respecto de los vínculos de las compañías de seguro con las AFP y los vínculos de las compañías de seguro con la Superintendencia de Pensiones.

Señora Presidenta, quiero pedir por oficio que se nos aclaren las nóminas de esas compañías de seguro. Quiero saber cuáles son las nóminas de médicos financiados, quienes son los 500 especialistas interconsultores, que son decisivos en esto, la modalidad de pago y los montos de pago que reciben los médicos por la compañía de seguro a nivel de la superintendencia, o sea, la Comisión Médica Central.

De paso quisiera pedir que venga a la comisión el presidente de la Comisión Médica Central a explicar el *modus operandi*. La estadística cuantitativa me parece muy buena en cuanto a los datos, pero quiero entender cuáles son los motivos cualitativos, los motivos médicos que llevan al rechazo o la baja en el porcentaje de invalidez de los casos. Quiero entender cuáles son las enfermedades, cuál es la variación histórica de esas enfermedades, cuáles son las enfermedades mentales o no. En el fondo, entrar de lleno en la calificación del mérito propio de cada enfermedad médica; por qué sí, por qué no y por qué se rebaja, quiénes son los que rebajan y cuáles son los vínculos de quienes rebajan con las compañías de seguros.

Quiero entender por qué la superintendencia en el tiempo, no de ahora, a través de los años, no ha podido hacer sustentable el financiamiento autónomo, porque la gente cree que cuando va a una instancia pública todo es público y todo es neutro respecto al litigante, que en este caso es la compañía de seguros, y no es así.

Entonces, qué ha ocurrido que eso no ha sucedido en el curso de los años y cuál es la influencia. No sé qué dimensión tiene el poder de influencia que llega a este punto de penetración en la toma de decisiones del sistema.

Por último, como petición, quiero que la autoridad nos señale cuáles son las diferencias regionales. No es lo mismo enfermarse en Arica, en Parinacota, que en Magallanes.

Quiero conocer la estadística médica de las enfermedades que motivan pensión de invalidez en las 15 regiones del país, una por una y por separado, y el destino que tuvieron en cada una de esas enfermedades también las apelaciones y los motivos, porque el promedio no basta. Cada región tiene sus propios dramas, sus propios problemas.

Señora Presidenta, esos son los requerimientos que quiero hacer en esta primera intervención.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, estamos convocados a una comisión investigadora y me resulta particularmente tranquilizador que la situación central que sustenta esta comisión ha sido investigada de manera acuciosa y ha sido sancionada por parte de la superintendencia.

No nos deja en total tranquilidad, porque hay que estar atento a cualquier novedad que se pueda producir, porque me parece inaceptable que una compañía se pueda concertar con parte de sus ejecutivos para los efectos de realizar una práctica absolutamente ilegal. Pero me deja tranquilo el hecho de que la superintendencia haya investigado un caso que viene arrastrándose desde hace 10 años.

Participé también de una comisión investigadora respecto de las licencias médicas, y aquí caemos en el tema de los médicos incumbentes, en la cantidad de rechazos y que se replica en el caso que nos corresponde investigar hoy.

Las preguntas son muy simples. Me gustaría saber, ahora que está presente el señor ministro, si existe algún bosquejo de cambio normativo respecto de las situaciones que se producen tanto en esto como en las licencias, porque como dijo el doctor Castro, a nuestras oficinas llega permanentemente la solicitud o el testimonio de insatisfacción respecto de cómo opera el sistema. Además, eso ha sido objeto de reportajes por parte de la prensa.

Reitero que me deja relativamente tranquilo el hecho de que las situaciones descritas en el informe que motivó esta comisión investigadora hayan sido investigadas, sancionadas y se les hace seguimiento.

¿Qué tipo de cambios normativos, regulatorios o incluso de reglamentos internos se pueden suscitar para efectos de mejorar el proceso de temas tan sensibles para la población? El tema de las licencias o el de las pensiones de invalidez son temas altamente sensibles por tratarse de personas enfermas.

No es lo mismo una pensión de quien cumple 65 años, o 60 en el caso de las mujeres, que incluso pueden seguir trabajando durante el curso del trámite de su pensión, a personas que están potencialmente inválidas y respecto de las cuales muchas veces se produce un ir y venir sin respuestas.

Respecto de ese tema es interesante que saquemos conclusiones para que la comisión haga aportes en términos legislativos, de cambio de regulación, o de reglamento o de procedimiento, que posibiliten una mejor atención a quienes acuden a nuestras oficinas en busca de un mejor proceso para sus problemas de salud que producen las solicitudes de invalidez.

He dicho.

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

Conuerdo con el diputado Castro en cuanto a la mirada de cómo se enfrenta esto, porque a pesar de que la superintendencia pudo haber tomado acciones en determinados casos, este tema no deja de ser. O sea, sigue habiendo denuncias. De hecho, me han llegado al menos 14 denuncias. Más adelante podríamos escuchar a los denunciados para ver el detalle. Muchas de ellas no se han hecho llegar a la superintendencia, lo que tiene que ver con que estamos hablando de personas en situación de invalidez. O sea, es difícil ponerlos en la carga, además de denunciar y hacer todo el procedimiento, para que luego no obtengan la pensión. Nosotros, al menos, hemos recibido denuncias más actuales. Esta la hemos utilizado a modo de ejemplo, porque es el caso emblemático a través del cual hemos dado a conocer esta práctica. También sería bueno recibir a la denunciante.

Sobre la práctica de este establecimiento respecto de la tasa de siniestralidad, a pesar de que se muestra un gráfico, que es el mismo que está en el informe de la Comisión Investigadora, nosotros tenemos una apreciación distinta, es decir, que la tasa igual se mantiene constante, por debajo del 0,2 por ciento. Por lo menos desde el 2016 se puede ver esa misma tasa.

Otro tema es la colusión entre las AFP y las compañías de seguros, a pesar de que en la actual licitación no habría esta suerte de relación, esto no está restringido por ley. Es decir, una compañía aseguradora podría adjudicarse una licitación, a pesar de que en el último proceso no fue así, pero es casi una cosa del azar, es decir, no hay una regulación específica que lo restrinja. Como dijo el diputado Barros, se puede hacer un aporte normativo en esa materia.

Por otra parte, hay un gráfico que dio a conocer el superintendente que me gustaría conocer más en detalle, porque de las apelaciones recibidas se junta la mantención con el aumento. Cuántas aumentan y cuántas se mantienen, porque son casos distintos.

Asimismo, me llama la atención la cantidad de denuncias que no son acogidas y la cantidad de denuncias totales, pues es bien complejo para la superintendencia hacerse cargo de todas ellas con la cantidad de fiscalizadores: hay menos de 400 para más de 15.000 peticiones. Entonces, es complejo fiscalizar si no se cuenta con los recursos.

De las denuncias, también me llama la atención la demora de la comisión regional para verificar este caso, porque si bien hay un médico que revisa el caso con exhaustividad, finalmente las comisiones son para revisar el caso instancia a instancia. Entonces, me parece que una hora y media para resolver 97 solicitudes por parte de la comisión médica de la Región del Biobío, al menos es preocupante si realmente se hace con la exhaustividad que requiere este procedimiento.

Además, conuerdo con el diputado Castro en esta materia, en el sentido de cuál es nuestra autocritica respecto del funcionamiento, con el fin de mejorarlo. Acá tampoco hay una crítica. De hecho, nuestro interés es citar al ministro de Salud, para que nos dé cuenta de este hecho, porque, como se dijo, esto también afecta las licencias médicas y los procedimientos que realiza la Compín.

Dejo la inquietud, porque se ha dicho que se ha hecho todo lo posible, pero me gustaría un poco más de crítica respecto del procedimiento actual, porque eso nos permitirá tener mayor amplitud para mejorarlo.

Tiene la palabra el ministro del Trabajo y Previsión Social, Nicolás Monckeberg.

El señor **MONCKEBERG**, don Nicolás (ministro del Trabajo y Previsión Social).- Señorita Presidenta, esta comisión puede ser una muy buena oportunidad para ir levantando todos estos temas y a través de buenas propuestas corregirlos. Algunos serán materia de ley, pero otros no, como instrucciones internas del ente fiscalizador o sencillamente de gestión.

Por de pronto, estamos trabajando con bastante intensidad y prioridad en la modernización de los procedimientos de las licencias y la Compín, que, aparentemente, se podría decir que no tiene mucha relación con esto, pero eso es relativo.

Comparto el punto del diputado Castro, en cuanto a la dicotomía que se produce entre la solicitud de invalidez, aceptada en alguna de las instancias -que implica un reconocimiento de un grado de deterioro físico, aún cuando ese proceso no esté terminado- y el absurdo de rechazar la licencia. Al menos, es temerario que así sea, porque si eso termina con una pensión de invalidez por carencia física o problema físico, mal podría rechazarse la licencia.

Por otra parte, uno de los problemas que salta a la vista de la estadística, es la cantidad de solicitudes sin cobertura, lo cual se produce por las altísimas lagunas previsionales. Sin embargo, la buena noticia es que dentro de la batería de propuestas que ingresamos en la reforma previsional que se empieza a discutir en el Congreso Nacional, está la de incorporar la cotización de este seguro dentro del seguro de lagunas previsionales.

En la actualidad, el seguro opera en la medida en que la persona tenga hasta doce meses de cesantía, de lo contrario no lo cubre. Eso se mantiene, pero con la diferencia que ahora el seguro de cesantía va a pagar la cotización al trabajador, precisamente para que la cobertura no termine.

En consecuencia, eso tendrá dos efectos: los cotizantes no dejarán de estar cubiertos por este seguro y, además, el monto de la pensión va a subir, porque si hay lagunas, se calcula sobre la base de una remuneración cero, lo cual, en este caso, no será así. Eso está incluido en la reforma que presentamos. Si mal no recuerdo, este fue uno de los aspectos que recogimos del proyecto anterior, que, como veremos luego, recoge elementos de iniciativas anteriores, y creo que esto va a influir en la cobertura de los trabajadores.

En la forma como está operando el procedimiento ante la superintendencia, creo que sí hay varias materias que son perfectibles. A los efectos de información, cuando se dice que las denuncias -objeto principal de esta Comisión Investigadora- son por hechos ocurridos anteriores a 2008.

También es importante señalar que a partir de ese año, formalmente, más allá de las denuncias a través de la prensa u otra instancia, la superintendencia me informa que no ha recibido ninguna denuncia posterior a 2008, lo cual no significa que en otra instancia, verbalmente o por cualquier otro medio, existan hechos que haya que observar, pero formalmente, así como hubo denuncias, procedimientos y sanciones anteriores a 2008, no las hay respecto de hechos ocurridos posteriores a 2008.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, hemos escuchado con mucha atención los comentarios y solicitudes de los señores diputados y, para no cometer ningún error, nos gustaría entregar todos los antecedentes, sobre todo estadísticos y de causales de las invalideces, como también las razones médicas que solicitó el diputado. Podríamos enviarlos para la próxima sesión o para cuando usted diga. Tenemos toda la información y todo el desglose de lo que nos han pedido; por lo tanto, se puede enviar ordenadamente y a la brevedad posible.

Asimismo, quisiéramos ver la posibilidad de mostrar esos antecedentes en la próxima sesión, si es que nos invitan, en presencia de nuestra jefa de Comisiones Médicas, doctora con muchos años de experiencia, quien, probablemente, desde un punto de vista médico, podrá explicar mejor por qué se producen estas discrepancias, cuáles son las razones que están detrás de las invalideces y qué hay detrás de las apelaciones.

Como Superintendencia estamos con bastante presión regulatoria y fiscalizadora. Tenemos muchos aspectos que supervisar, y efectuamos el mayor esfuerzo posible para que los afiliados cuenten con una defensa adecuada de parte nuestra. Nos desplegamos todo lo que podemos en todos los aspectos, que no son pocos, son muchos. Tenemos bastante capacidad de autocrítica; siempre nos estamos revisando internamente, para ver en qué podemos mejorar. Sabemos de nuestra responsabilidad y estamos conscientes de que hay mucha gente que depende de nosotros y que confía en nosotros, y no queremos defraudarla.

Como decía nuestro ministro, en el proyecto de cambio legal se está introduciendo un seguro de lagunas, que ayudará a la gente, que hoy quedaba descubierta por el seguro, a no estar descubierta al contar con el aporte del seguro de cesantía. Pero también va a subir su prestación, porque va a tener un período con remuneraciones cubiertas, que computan para los 10 años de pensión base.

Además, estamos poniendo ahí, como requisito y como una facultad de la Superintendencia, poder fiscalizar a las comisiones médicas, sobre la base de un modelo que se denomina de supervisión basada en riesgos, que nos permitirá mucha más precisión en la fiscalización. Por lo tanto, necesitamos la facultad para hacerlo; de lo contrario, la Contraloría podría observar que no podemos actuar basados en esa facultad. Entonces, eso nos va a dar mucha más precisión en la fiscalización que efectuamos.

En resumen, estamos disponibles para todo lo que la comisión solicite. Creemos que esta es una gran oportunidad para mejorar aquellos aspectos que puedan estar débiles, tanto en lo que le compete a la Superintendencia, como en los aspectos regulatorios.

Finalmente, estamos abiertos para concurrir a la comisión todas las veces que nos digan y vamos a entregar toda la información que nos han solicitado, porque la tenemos.

El señor **MASTRANGELO**.- Señorita Presidenta, quiero comentar que los únicos médicos pagados por las compañías de seguro son los médicos observadores que ellas contratan. Sin embargo, todos los médicos de la Comisión Médica Central, de las comisiones médicas regionales y los médicos asesores son contratados a honorarios por la Superintendencia y pagados con presupuesto fiscal,

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, quiero saber si hay financiamiento, que vaya de las compañías de seguro a la Superintendencia, para pagar a los profesionales médicos.

El señor **MASTRANGELO**.- No, señor diputado.

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- ¿Ninguno?

El señor **MASTRANGELO**.- No, ninguno.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Superintendente, tengo una duda importante. En la denuncia se señala que la Superintendencia –no recuerdo el año– habría autorizado, mediante resolución, un procedimiento extra.

Es decir, más allá de la agenda que tiene que ver con la solicitud que luego termina con el agendamiento de horas por parte de la AFP Provida, quiero saber las razones, porque, en el fondo, eso también vulnera la legislación vigente, toda vez que la ley establece que el único requisito es el carnet de identidad, que es el protocolo que, según entiendo, la Superintendencia ahora quiere tener mediante resolución.

Quiero saber por motivos por los cuales se solicitaban esos procedimientos extras en la anterior resolución.

Tiene la palabra el superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, eso tiene relación con la cifra que mostró el intendente de Fiscalización, que daba cuenta de un explosivo aumento de las solicitudes de pensión de invalidez.

En la presentación aparece marcado cómo cambió. De 14.000 solicitudes se pasó a 62.000 solicitudes. Entonces, ese efecto de la reforma previsional benefició a mucha gente, porque le permitió acceder a pensiones solidarias de invalidez, y a mucha gente que no tenía esperanza de acceder a pensiones de invalidez la motivó a presentar su solicitud de pensión.

Entonces, las comisiones médicas se vieron colapsadas para efectuar las calificaciones correspondientes a tiempo y a todas las personas. Para este efecto, se generó un protocolo para que las comisiones médicas pudieran focalizarse en aquellos casos más importantes, en personas que estaban con enfermedades más graves, de manera de distinguir, entre 60.000 o 70.000 solicitudes, a cuáles atender primero. Ese fue el primer objetivo genuino que tuvo la Superintendencia en su momento.

Ahora, me piden que sea autocrítico. Creo que siempre se tiene una buena intención, pero también puede ser mal utilizada. Ahora, si es mal utilizada en lugar de usarse para seleccionar bien a las personas, tal vez se puede usar para obstaculizar.

Por eso que en la fiscalización que hicimos en terreno, hace poco, a pesar de no ser un protocolo estricto, se exigió algunos requerimientos a las personas. Nosotros vamos a ser muy claros en cuanto a que no se puede exigir absolutamente nada, salvo el carnet de identidad, como dice la diputada. Eso lo vamos a aclarar de una vez, para que no haya ninguna duda al respecto.

El señor **MASTRANGELO**.- Señorita Presidenta, ese protocolo se estableció en junio de 2008, después de haber contratado 80 médicos adicionales a los 84 médicos que tenían las comisiones médicas, es decir, se reforzó bastante la dotación de médicos, amén de que se abrieron 11 nuevas comisiones para enfrentar todo este inconveniente. Pero, evidentemente, nada de eso fue suficiente, porque el incremento de solicitudes fueron demasiado grandes.

Además, el trabajo que hacen las comisiones médicas no es una atención asistencial, sino que es un peritaje. Si bien el médico tiene todos los conocimientos necesarios para realizar su labor, debe enfocarse en un protocolo de trabajo para la calificación de invalidez, que es un peritaje distinto de la consulta médica para sanar a la persona.

Ahora, dado que los 80 médicos contratados y las 11 nuevas comisiones tuvieron que tener un período de rodaje, se adoptó la decisión de manejar las filas, en el sentido de habilitar un instrumento que permitiera enfocar y priorizar los casos.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero saber si los médicos contratados son de dedicación exclusiva.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señor diputado, no tienen dedicación exclusiva, son médicos con jornada parcial y sesionan, al menos, una vez por semana en las comisiones médicas establecidas en cada ciudad.

Es muy difícil exigir jornada completa; sin embargo, la jornada que tienen está diseñada para que puedan atender los casos en los plazos que corresponde. Ahora, no es fácil conseguir médicos en algunas regiones. Por

eso, hay un esfuerzo permanente de la Superintendencia para ir a regiones. Prácticamente, todas las semanas estamos en alguna región conversando con los médicos, capacitándolos, diciéndoles los problemas que vemos y escuchando los problemas que ellos detectan, porque en muchas regiones no existe una gran disponibilidad médica. Existe un delicado equilibrio entre las necesidades de las comisiones médicas y la disponibilidad de facultativos en las regiones. También, muchas veces, tenemos problemas con los interconsultores, pues escasamente hay especialistas en las regiones. Entonces, hay que ver cómo cubrir esa parte.

En todo caso, son de jornada parcial, por lo que permiten satisfacer la demanda que hoy existe de calificaciones de invalidez.

Además, permanentemente estamos viendo las necesidades con la Dirección de Presupuestos. Si es necesario aumentar el presupuesto, lo solicitamos y nunca hemos tenido un rechazo por parte de la Dipres para contratar más médicos, cuando ha sido necesario. De hecho, el año antepasado, se abrió una comisión médica en la ciudad de Castro, en la isla de Chiloé, porque notamos que la gente de las islas –Chiloé es una isla grande, pero tiene muchas chicas, es un archipiélago- tenía que viajar muchas horas a Puerto Montt para acceder a la calificación de invalidez y, para una persona que está en condición de invalidez, tomar una lancha para llegar hasta Castro, Ancud y de Ancud tomar un bus para ir a Puerto Montt, evidentemente, es una complicación. Tenía que realizar todos los exámenes en Puerto Montt, alojarse allá y luego volver.

Entonces, se propuso a la Dirección de Presupuestos instalar una comisión médica en Chiloé, y podemos decir con satisfacción que esa comisión médica está hace más de un año operando en esa ciudad.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, no con el ánimo de dialogar, pero quiero decir que tenía claridad meridiana de que eran a tiempo parcial.

El punto está en que en algún momento discutimos de qué forma podemos empezar a hacer especialidad respecto del tema de seguridad en el trabajo, materias de pensiones, los campos médicos, etcétera. La gran queja es que, a veces, los doctores forman parte de este servicio parcial y sirven o son, de alguna manera, empleados de instituciones de las cuales uno podría presuponer conflicto de intereses.

En ese sentido, me parece que es importante ir avanzando en temas de especialización respecto de seguro en el trabajo que permita bien calificar, muchas veces, las solicitudes de invalidez, así como también identificar profesionales con dedicación exclusiva, aunque no sea en el total de los casos. De esta manera, se evita esta sensación del usuario de que puede haber conflicto de intereses en alguno de los casos, independiente de que debemos tener más personal, pero eso es un tema endémico.

En ello, no hay crítica alguna al actual gobierno, sino que estamos haciendo una reflexión abierta sobre cómo mejorar un sistema, porque incluso en nuestras oficinas, como dijo el doctor Castro, se acogen críticas, sentimientos y frustraciones. Por eso, es importante avanzar esta materia, como también en el tema de las licencias que, probablemente, es una piedra en el zapato para muchos.

El señor **MELLADO** (don Cosme).- Señorita Presidenta, acepté la posibilidad de ser parte de esta comisión con entusiasmo, porque tal vez se repiten mucho, como usted mencionó, denuncias, por lo que resulta muy difícil encontrar a alguien que aplauda lo que hoy existe.

Por ello, es importante no solo analizar y revisar hacia atrás, sino también ver qué propuestas podemos tener para responder de mejor forma. A lo mejor, están fallando los procedimientos o la norma en alguna parte y, tal vez, no solo debamos explicar cómo funciona, sino también cómo mejor, como bien dijo el superintendente.

Es importante no solo conocer cuáles son las razones por las cuales la gente solicita una pensión, sino también cuál es el trámite burocrático, el cual termina siendo un verdadero calvario para quienes esperan contar con una pensión, más allá de sus propias cotizaciones.

Por lo tanto, resulta importante no solo tener un análisis de lo que pasó, de lo que ha estado ocurriendo, de los datos duros, sino también tener los testimonios reales con prontitud, porque creo que cada uno en su distrito, en su oficina parlamentaria, recoge inquietudes que nos pueden ayudar a graficar la realidad de lo que sucede y así tener propuestas claras al respecto.

Seguramente, habrá una propuesta que, tal vez, no sea la más atinente, pero que no termine enraizando lo que ha pasado, sino que también sea una propuesta importante, sobre todo, señor ministro, respecto de la tarea que tenemos en términos de responder a la ciudadanía.

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, hablé con el doctor Castro, porque no me atreví a plantearlo antes de preguntar su opinión como médico.

¿Existe alguna posibilidad de incorporar personal no médico al proceso de otorgamiento de las pensiones de invalidez? ¿Por qué deben ser solo médicos?

Hay que abrir un debate respecto de quiénes podrían cumplir una función similar, obviamente, dejando reservada alguna parte del proceso a los médicos. De hecho, nos pasa un poco cuando vemos o veíamos –hoy ya no tanto- a Carabineros en las distintas dependencias, registrando un seguro o dejando constancia de alguna cosa,

es decir, personal de Carabineros involucrado en tareas absolutamente administrativas y que no decían relación con la función que nosotros esperamos de la institución.

Lo mismo debe pasar aquí: ¿Por qué deben ser solo médicos? Uno debería tender a incorporar profesionales no médicos en el proceso.

Insisto, no había querido decirlo antes, por un respeto básico; sabemos cómo son los gremios médicos respecto de esto, pero una vez consultado con el doctor Castro, quien además fue presidente del Colegio Médico, me parece que puede ser uno de los aportes importantes.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- En nombre de la comisión, quiero agradecer las exposiciones del ministro, del superintendente y del intendente.

Acojo el llamado del diputado Cosme Mellado para que tengamos, en la próxima sesión, a la fundación que realizó esta denuncia y también ir recogiendo los casos que nos lleguen.

Creo que la utilidad de la comisión está en que podamos ver cómo funciona en la realidad, cómo podemos mejorar en términos reglamentarios, gracias a un trabajo en conjunto de todos sus integrantes, como también de los ministerios. Al menos me quedo con eso.

Por otra parte, el diputado Juan Luis Castro solicitó oficiar para ver la relación que existe entre las compañías aseguradoras y las AFPs. La idea es que abarque desde el 2008 a la fecha, a fin de que podamos ver cómo esa relación ha ido variando, porque en la última licitación, al menos, se señaló que no habría esta conjunción, pero de hecho no es así hacia atrás.

Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor **VELÁSQUEZ**, don Patricio (Secretario).- Señorita Presidenta, en la solicitud del diputado señor Juan Luis Castro y para efectos de calificar los vínculos de las compañías de seguros con las AFPs, primero está la nómina de las compañías. De esas compañías de seguros relacionadas con las AFPs, se piden las nóminas de médicos financiados, por compañía, pero creo que eso se respondió en el transcurso de la sesión. Luego, dice, el listado de los 500 interconsultores por especialidad, es decir, el diputado solicita que se le remita un listado. Además, los montos que reciben los médicos de las compañías de seguros, a nivel de comisión médica central, que era la pregunta que hacía y que, según lo que estamos viendo, serían los médicos observadores. Por último, pidió que concurra el presidente de la comisión médica central.

No sé si ellos van a venir después a responder directamente o bien oficiamos a los invitados, además del superintendente.

Eso debemos acordar.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Propongo oficiar y luego citar para que nos presente los datos.

SESIÓN 2ª, CELEBRADA EN 26 DE NOVIEMBRE DE 2018.

Esta sesión contó con la participación del señor Superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías, del señor Intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo, del señor Pedro Osorio, Jefe del Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía, la señora Soledad Hevia, Jefa División Comisiones Médicas y Ergonómicas y el señor Francisco del Río, asesor legislativo del Ministerio del Trabajo. Participó también el señor Juan Carlos Pizarro, Presidente Fundación Valídame y el Sr. Gino Lorenzini, asesor de la Fundación.

Superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macás

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, agradezco la invitación.

En esta ocasión, concurro con más personas porque queremos responder a cabalidad todas las consultas que los señores parlamentarios puedan tener. Nos acompañan dos profesionales médicos, la señora Soledad Hevia, jefa de la División Comisiones Médicas, y don Pedro Osorio, jefe del Departamento Técnico de Invalidez. Tienen una dilatada experiencia en la materia y de seguro será de mucha utilidad su presencia. Además del intendente de Fiscalización, está presente don Manuel Bustos, abogado de la institución, quien también cuenta con amplia experiencia en la materia.

En esta presentación, queremos enfocarnos fundamentalmente en la respuesta al oficio que nos envió la Cámara de Diputados y que ingresamos esta mañana, tal vez ya ingresó a la Oficina de Partes de la Corporación, con las respuestas formales, pero aquí las estamos adelantando.

Antes, quiero mostrar en forma muy somera un oficio que enviamos a todas las Administradoras de Fondos de Pensiones la semana pasada y que obedece a una inquietud de esta comisión investigadora.

¿A qué se refiere específicamente este oficio? En la presentación anterior dijimos que efectuamos una completa fiscalización del funcionamiento del seguro de invalidez y sobrevivencia, y que si bien los incentivos habían cambiado drásticamente a partir de la reforma de 2008, de todas formas detectamos que en las administradoras de Pensiones aún se pedían algunos antecedentes, como certificados médicos, a las personas que iban a solicitar pensiones de invalidez.

Quien va a solicitar una pensión de invalidez, generalmente tiene certificados médicos, puesto que ha sido atendido en algún sistema de salud, y esto se ha hecho, por lo menos ahora, con el objetivo de orientar el funcionamiento de las comisiones médicas, que pueden ver qué casos vienen con mayor gravedad y de esa manera programar las sesiones.

Sin embargo, no queremos tener ninguna duda de que el proceso es expedito.

En la semana anterior, esta comisión nos dijo que hiciéramos una autocrítica, y nosotros hemos tratado de enfocar esto de esa manera, y no queremos dar pie a que haya algún tipo de obstáculo para la tramitación en la Comisión de Invalidez.

Eso es lo que hemos recalcado a las AFP, reiteradamente les hemos dicho que lo único que se puede pedir a una persona que va a solicitar pensión de invalidez es la cédula de identidad. Si la Comisión Médica requiere más antecedentes, como de seguro va a requerir, en ese caso se entregan, pero no antes, de tal manera que la persona ingresa expeditamente a la Comisión Médica y cualquier antecedente adicional va a ser entregado allí.

Por lo tanto, hoy reiteramos a la comisión investigadora que dimos cuenta de eso. La semana pasada anunciamos que lo íbamos a hacer y hemos cumplido.

Este oficio fue ingresado hoy en la mañana a la oficina de partes de la Cámara de Diputados.

En cuanto a las respuestas del oficio que nos enviaron, la primera pregunta que se nos hace es nuestra opinión acerca de los vínculos de las compañías de seguros con las Administradoras de Fondos de Pensiones, como también los vínculos de dichas compañías de seguros con la Superintendencia de Pensiones, también se nos pide la nómina de esas compañías.

Como dijimos en su oportunidad, a partir de la reforma de 2008, hubo cambios importantes en las licitaciones. ¿Qué dice la ley a contar de esa fecha? Que pueden participar en las licitaciones, para proveer el seguro de invalidez y sobrevivencia, las compañías de seguros de vida que estén constituidas a la fecha de la licitación y que tengan una solvencia mayor a la categoría BB, es decir, que sean empresas solventes.

También habíamos dicho que la forma de operar del SIS no genera incentivos para el control de siniestralidad de las AFP y recalcamos que la actual ley no establece ninguna incompatibilidad para que el seguro pueda ser adjudicado a compañías que estén relacionadas con las AFP. Hoy no existe prohibición legal al respecto.

¿Qué compañías están ligadas a las AFP? AFP Capital está ligada a la compañía de seguros de vida SURA; AFP Cuprum, a la compañía de seguros de vida Principal; AFP Habitat, a la compañía de seguros de vida Vida Cámara, Confuturo y Corpseguros, y AFP Provida, a la compañía de seguros de vida MetLife.

Eso significa que estas administradoras y compañías de seguros pertenecen a un mismo grupo empresarial, por lo tanto, están relacionadas y podrían eventualmente adjudicarse el seguro.

Ahora, ¿qué ha ocurrido? En la lámina aparece el historial de las licitaciones, que parte de 2009; hay seis licitaciones que se han adjudicado. En las primeras cuatro licitaciones había compañías de seguros de vida relacionadas, que se adjudicaban una parte del seguro. Sin embargo, lo que hemos visto en las dos últimas licitaciones es que no hay compañías relacionadas que se adjudiquen una porción de seguros de invalidez y sobrevivencia.

Hoy, todas las compañías de seguros que proveen esta protección a los pensionados por invalidez no están relacionadas con las AFP. Sin embargo, evidentemente, nada impide que no puedan adjudicárselo a futuro.

Entre las compañías de seguros de vida y la Superintendencia de Pensiones no hay ningún vínculo, sin perjuicio de que nos coordinamos con la Comisión para el Mercado Financiero, para efectos de la fiscalización, en este caso, de la licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia y cualquier otra materia que corresponda supervisar. Tenemos un vínculo con ellos.

Respecto de la segunda pregunta, nómina de médicos financiados por las compañías de seguros que intervienen en el proceso de recepción, análisis y resolución de las solicitudes de invalidez, y el rol que tienen en este proceso.

Queríamos resaltar que en las comisiones médicas, no hay médicos pagados por las compañías de seguros que intervengan en el proceso de recepción, análisis y resolución de las solicitudes. Los médicos que evalúan, califican y dictaminan la invalidez son contratados a honorarios por la Superintendencia de Pensiones, o

sea, son pagados por el Estado y se ajustan en todo a las etapas técnicas que corresponden y que están en la norma para evaluar la invalidez.

También hay inhabilidades, algunas de las cuales queríamos resaltar, no todas, pero hay varias para ser médico de las comisiones médicas. Por ejemplo, no pueden tener relación con los interconsultores o con las sociedades que proveen de estos exámenes a las comisiones médicas, tampoco pueden ser médicos observadores de las compañías de seguros o tener relación laboral con compañías de seguros o propiedad de compañía de seguros. No pueden ser parientes de los médicos observadores de las compañías de seguros. Estamos destacando algunas inhabilidades y al final dice en la presentación que no podrán formar parte de las comisiones médicas o juntas médicas que las compañías de seguros designan para sus seguros privados, de salud o de invalidez y sobrevivencia. Esto para que no haya conflictos de intereses en su labor en la comisión médica con eventualmente estar ligados a la compañías de seguros de vida. Esas son inhabilidades que están hoy en la ley.

Sí queremos recalcar que las compañías de seguros de vida tienen médicos observadores en las comisiones médicas, así lo dispone la ley y señala que las compañías de seguro pueden designar un médico cirujano en cada una de las comisiones médicas regionales, no en la central, para que asistan como observadores a las sesiones que estas efectúen, cuando la calificación de invalidez de que se trate esté cubierto por ella.

Dice que el médico asesor, en este caso, del afiliado y el observador, de las compañías de seguros, tienen derecho a voz, pero no a voto durante la adopción del acuerdo respectivo, eso es algo que queríamos aclarar; ellos no dictaminan pero sí tienen derecho a voz.

Adjuntamos también un anexo con el listado de todos los médicos observadores que están acreditados en la Superintendencia de acuerdo con lo solicitado por la comisión. Viene en el oficio que debió haber llegado y también está en el pendrive que vamos a dejar para información de la comisión.

Lo mismo respecto de los médicos. Nos pidió la comisión investigadora vía oficio una nómina de los 500 médicos especialistas interconsultores. Hay un poco más de 500 en realidad y los estamos adjuntando en el oficio que estamos enviando y también lo dejaremos grabado electrónicamente.

La pregunta cuatro se refiere a los montos y modalidades de pagos que reciben los médicos de las compañías de seguros en la comisión médica central. Primero, aclarar que no hay médicos de las compañías de seguros en la comisión médica central ni siquiera observadores. La comisión médica central solo sesiona con los médicos que la integran, pero no puede haber médicos externos a ella en la comisión. Los médicos observadores están en la comisión médica regional.

En todo caso dado de que sí existen médicos observadores de las compañías de seguros en las comisiones regionales, que es la primera instancia, nosotros no disponemos de estos contratos que son contratos privados entre las compañías y los médicos y las compañías de seguros no están bajo la fiscalización de la Superintendencia de Pensiones, sino que de la comisión para el mercado financiero.

La pregunta cinco es netamente relativa a aspectos médicos, quisiera, con el permiso de la señorita Presidenta, darle la palabra a nuestro jefe del departamento Técnico de Invalidez que es médico y va a poder explicar mucho mejor que yo esta pregunta.

Jefe del departamento Técnico de Invalidez de la Superintendencia, señor Pedro Osorio.

El señor OSORIO.- Señora Presidenta, quiero comenzar señalando que las comisiones médicas que están distribuidas a lo largo de todo el país, constituidas como un cuerpo colegiado con tres médicos que han sido asignados por la superintendencia, tienen la misión de evaluar y calificar la solicitud de evaluación de invalidez que presentan las personas, los afiliados, en este caso, y para ello tienen que basarse en la normativa técnica que está definida para tales efectos. Esas son las normas técnicas de evaluación y calificación de la invalidez.

Estas normas emanan de acuerdo con el mismo decreto ley a lo que está definido en el artículo 11 bis, que establece que es la comisión técnica de invalidez la encargada de definir estas normas y esta comisión técnica de invalidez está constituida, como ahí se expone, por el señor superintendente de Pensiones, que la preside, y los otros integrantes que ahí se señalan, entre los que está el presidente de la comisión médica central, un representante de la administradora de fondos de pensiones, elegido por estas, un representante de las compañías de seguro, elegidos por ellas, y el decano de la facultad de medicina designado por el consejo de rectores.

Ahora, para poder entender mejor el procedimiento que realizan los médicos en las comisiones médicas es muy importante tener presente que este proceso tiene dos etapas fundamentales. La primera es identificar si la condición que está planteando la persona cuando está requiriendo la solicitud de evaluación de invalidez constituye un impedimento que pudiera o no estar configurado. Se entiende configurado aquel que reúne una serie de requisitos que permiten definir que ese impedimento está generando de manera permanente interferencias en la actividad de la vida diaria de las personas y a partir de ello una dificultad real en la capacidad de trabajo.

Una vez que está identificado el impedimento como configurado se pasa a la segunda fase, que es determinar si ese impedimento que está configurado qué menoscabo representa de acuerdo con las normas técnicas que en el fondo están organizadas de una manera que uno puede identificar según el grado de compromiso y de acuerdo con unas clases que están definidas que vamos a expresa a continuación, el grado de menoscabo para

poder dar cuenta de si alcanza a reunir el requisito de la norma que exige a lo menos el 50 por ciento de incapacidad para lo que es invalidez parcial o los dos tercios o más si es que se trata de una invalidez total.

Los requisitos para identificar si un impedimento está configurado son cinco, los cuales están señalados en la presentación. El primero se refiere a que el impedimento tiene que ser de carácter objetivable. No es suficiente que la persona declare que se siente incapaz para trabajar como para decir que está inválido, sino que tiene que haber, a lo menos, un diagnóstico que sea reconocible para verificar si efectivamente se trata de una condición irrecuperable.

El segundo elemento del impedimento configurado es que se trate de una condición de carácter demostrable y esta condición se puede demostrar a partir de la evaluación clínica que realizan los médicos en las comisiones, además, de toda la información que pueda aportar el paciente, los resultados de exámenes de laboratorio que son en parte las pericias que realiza la comisión, pruebas funcionales o de imágenes.

En la evaluación clínica está incluida también la eventual necesidad de hacer pericias con interconsultores de alguna especialidad que específicamente demande el estudio de ese caso en particular.

El tercer punto para determinar si un impedimento está configurado es que las medidas generales, las terapias médicas o quirúrgicas accesibles para el afiliado se hayan cumplido o estén finalizadas. Ahí estamos hablando de las posibilidades que tenga la persona de tratarse de acuerdo con el diagnóstico que tiene y de acuerdo con los protocolos médicos ampliamente aceptados en la comunidad médica para las distintas condiciones de salud de las personas y es así como hay que destacar que en este tercer punto se señala el acceso a las terapias accesibles.

Al respecto tenemos una consideración muy particular, en el sentido de tener presente que las personas a veces pudieran verse beneficiadas con una determinada terapia, pero no necesariamente tienen el acceso real a esos tratamientos, y para ello en las normas está contemplado que mediante un peritaje socio-laboral, que realizan peritos de las mismas comisiones, se pueda, recurriendo a todas las fuentes de información disponibles, verificar si efectivamente la persona tiene o no acceso. Y si no tiene acceso real a las prestaciones que podrían eventualmente mejorar en algún grado su condición, entonces, en ese caso, también podría estar configurado el impedimento.

El cuarto punto es que la evolución, según la probabilidad médica, se ha estabilizado o está en agravación. Ahí estamos hablando de la condición de salud que represente la persona a la data de evaluación.

Finalmente, el quinto punto o requisito para determinar si un impedimento está configurado es que los periodos de observación clínica indicados en las mismas normas ya se hayan cumplido, puesto que para las patologías que requieren un tratamiento médico en las normas están definidos en plazos de observación entre seis y hasta un año de periodo de observación con las terapias necesarias y adecuadas, para precisamente verificar que la persona tenga o no recuperación, eso es sumamente importante.

Ahora, si bien están establecidos plazos de observación, estos no son tan rígidos puesto que, tal como lo dicen las líneas del punto cinco, si efectivamente a la data de evaluación se verifica que una persona está en un estado muy ominoso, con grado de avance significativo de su patología, perfectamente la comisión está facultada para configurarlo antes del cumplimiento del periodo de observación. Esto podría ocurrir, por ejemplo, en una persona que se presente con un cáncer con metástasis avanzado en que, obviamente, no tiene ningún sentido esperar que se cumpla un plazo de observación cuando ya está claro que la persona no tiene recuperabilidad.

Entonces, una vez que hemos identificado que el implemento está configurado se procede a asignar el menoscabo, de acuerdo con los parámetros que establecen las mismas normas. Esos parámetros están definidos en clases y rangos que veremos a continuación.

En el cuadro exponemos una síntesis de las clases generales: de la I hasta la V, y los criterios. La identificación de un implemento configurado en una clase se da fundamentalmente en función de la intensidad de los síntomas y signos que tenga como manifestación su cuadro clínico. Esta intensidad se entiende siempre, aun cuando se hayan hecho los tratamientos correspondientes.

Entonces, vemos que de la clase I a la V hay intensidades desde la ligera hasta cuadros severos y graves. En ese sentido, la condición del estado general de la persona, la capacidad de esfuerzo o respuesta a exigencias y la autonomía, que es un parámetro sumamente importante, en la última fila.

Se entiende que hasta la clase III la persona todavía conserva su autonomía en términos de que es capaz de autoabastecerse de todas las necesidades que requiere en la vida diaria. En las clases IV y V se observa una interferencia llamativa, significativa, que interfiere de manera tal que requiere la asistencia de terceras personas. Naturalmente, en esas condiciones, ya estamos hablando de clases IV o V, como podemos catalogar ahí.

Ahora bien, dentro de cada clase hay rangos de porcentajes a aplicar, porque ya vimos que cada una de ellas tiene ciertas categorías de rango, también aquí el rango dentro de la clase se expresa en función de la frecuencia con que se manifiestan los síntomas y signos que están presentes en la persona.

En la lámina siguiente hay una síntesis de las cinco clases que se consideran para cada uno de los impedimentos en términos generales y los rangos dentro de las clases, que van desde bajo, medio y alto.

Quisiera hacer hincapié en que pongan atención a la clase II. En esa clase, en el rango medio, es el 25 por ciento de menoscabo reconocido en la persona por su impedimento configurado, lo que es trascendente porque

en este sistema se utiliza una evaluación por cada uno de los impedimentos que tienen las personas, y si tiene más de un impedimento pudiera ser necesario establecer una suma combinada de esos impedimentos.

Para comprender la suma combinada es necesario tener presente que en términos generales si una persona está en su integridad total física y psíquicamente partimos de la base de que tendría un ciento por ciento de capacidad de trabajo.

De ser así, la persona estaría en óptimas condiciones. Partiendo de esa base del ciento por ciento empezamos a reconocer que si una persona tiene un menoscabo en un grado menor, de ese ciento por ciento, si tiene más de un menoscabo, consideramos aquel que tiene mayor valor dentro de los menoscabos.

Supongamos que una persona en uno de sus impedimentos tiene un 35 por ciento de incapacidad, el siguiente impedimento que, supongamos tuviera un 25 por ciento, es el 25 por ciento de lo que resta de su capacidad de ganancia. Es el 25 por ciento, en este caso, del 65 por ciento restante, después de haber considerado el primer impedimento, y así sucesivamente se va sumando en forma combinada.

Eso da lugar a alcanzar el 50 por ciento de menoscabo para la invalidez parcial o dos tercios o más para la invalidez total, como hemos señalado.

Luego de ese discernimiento médico que hace la comisión, a propósito de identificar el impedimento configurado y luego expresar en cifras el grado de menoscabo que tiene por cada uno de esos impedimentos, si es que es más de uno, se logra llegar a un dictamen, y ese dictamen puede ser, en primer término, un rechazo de invalidez que pudiera ser el rechazo administrativo, que tiene que ver con que la persona inicia el trámite, pero después no se presenta por distintas razones o no concurre a los peritajes que se le han indicado, etcétera. Por lo tanto, después del período legal que corresponde observar para esto, se cierra el caso, rechazando la invalidez por no comparecencia o algo semejante.

En el caso de rechazo médico pueden ver en la lámina los implementos que son reconocidos como no configurados. Es así que la BOT, que significa Bajo Observación o Tratamiento, sin menoscabo laboral o con un menoscabo laboral inferior al 50 por ciento, que es el mínimo necesario para la invalidez parcial.

También pudiera ser que la persona obtenga una invalidez parcial transitoria. En ese caso, el menoscabo es igual o mayor al 50 por ciento y menor a dos tercios. Esta condición es de carácter transitoria, por lo tanto, la persona tiene que ser reevaluada durante los siguientes tres años de haber recibido el dictamen de invalidez.

Finalmente, el dictamen puede dar lugar a una invalidez total, que es de carácter definitivo porque tiene un menoscabo igual o superior a los dos tercios, y esta no es revisable, no es reevaluable a los tres años. Por eso se la reconoce como definitiva.

A modo de ejemplo, para orientar de mejor forma el análisis de esta comisión, exponemos dos casos que pudieran ilustrar un poco lo que estamos conversando.

En primer término, tenemos el caso 1, donde identificamos a una afiliada de 58 años que tiene enseñanza media, es secretaria y está afiliada a Fonasa.

Esta persona presenta como impedimento principal, cuando solicita su evaluación de invalidez, un trastorno depresivo recurrente, diagnosticado hace tres años.

Lo más probable es que cuando concurra a la comisión presente un certificado de su médico tratante, algunos informes de los medicamentos que toma, etcétera. Además, en este caso, la persona declara que tiene una alteración de la visión, que tiene dificultades para ver.

Entonces, en los antecedentes clínicos, que son valorados en la comisión médica, se obtiene sintéticamente que esta persona presenta angustia, falta de ánimo e interferencias importantes en su eficiencia social, con un intento suicida hace dos años. Al inicio tuvo un tratamiento con médico particular, con fármacos y psicoterapia, que abandonó a los tres meses.

Luego, hace dos meses, antes de la presentación ingresó al GES de Depresión y se encuentra en tratamiento en nivel primario.

Se instruyen peritajes en la comisión médica, estimándose necesario un peritaje oftalmológico, dado que la persona declara que tiene alteración de la visión, el cual arroja que la persona no corrige la visión, tiene pequeñas alteraciones, y alcanza un 7 por ciento de menoscabo, según una tabla específica que contemplan las normas.

No se considera necesario realizar un peritaje psiquiátrico, en este caso, aun cuando la persona declara que su impedimento principal es de carácter psiquiátrico.

¿Por qué no? Porque las normas, para la configuración de un impedimento, requieren que haya un diagnóstico definido, que aquí sí se cumple, pero en este caso está claro, por la historia clínica que se demuestra, que la persona no ha tenido un tratamiento adecuado ni por el tiempo necesario, porque señala la historia que tuvo un tratamiento inicial que abandonó y, luego, hace poco más de dos meses, ingresó al GES de Depresión.

O sea, recién retomó una conducta terapéutica adecuada, de acuerdo con los protocolos que contempla el GES, a lo cual sí tiene acceso, porque si está en el GES está garantizada su terapia.

Entonces, en esas condiciones no se estimó necesario hacer un peritaje psiquiátrico porque sería inconducente. El psiquiatra necesariamente iba a tener que concluir que este caso no está configurado porque lleva un tratamiento muy reciente.

Entonces, en función de todas las características de este caso, que estoy dando como ejemplo, la comisión médica rechaza la invalidez, pero declara que tiene un 7 por ciento de menoscabo por la alteración de la visión.

Aquí se da una cosa curiosa, que el dictamen sale como dictamen de invalidez rechazado, con un 7 por ciento de menoscabo por alteración de la visión, y naturalmente la persona se podría preguntar qué pasó con su depresión. Lo que pasa es que en este caso no configuró, y al no estar configurada no figura en el dictamen, pero eso no significa que no se haya tenido en consideración ni que no se haya analizado. Lo que pasa es que no cumple los requisitos que la norma técnica exige para configurarlo y darle el menoscabo pertinente.

Comparativamente, tenemos el caso 2, que trata también de una afiliada de 61 años, enseñanza media, auxiliar de laboratorio, afiliada a Fonasa, que también tiene un trastorno depresivo recurrente, pero lo tiene desde los 34 años de edad en este ejemplo. No acompaña impedimentos secundarios y los antecedentes clínicos indican que tiene una sintomatología severa, con episodios psicóticos y dos intentos suicidas hace dos años. Se hospitaliza por dos meses y requiere supervisión, datos relevantes para la evaluación de este caso.

En el tratamiento se consigna que está con fármacos y psicoterapia, con varios esquemas, con médico particular, y que hace dos años ingresó al GES de Depresión, en tratamiento actual a nivel secundario, con tercer esquema terapéutico.

O sea, aquí ha existido una secuencia lógica de abordaje terapéutico de la persona para ojalá alcanzar su recuperación, lo que lamentablemente no ha ocurrido, según los antecedentes.

En este caso sí se indica un peritaje psiquiátrico, con un interconsultor de la especialidad, quien informa escuetamente que se ha tratado adecuadamente. Considera que otro esquema de tratamiento no aportaría mayor beneficio en su condición actual, con riesgo suicida; requiere supervisión permanente. Por lo tanto, sugiere configurar en clase IV, rango alto de menoscabo.

La comisión médica recoge todos los antecedentes señalados, además de la propia pericia que hace el médico integrante, y concluye que corresponde la invalidez total con 76 por ciento de menoscabo global, por depresión; 66 por ciento, que es clase IV, rango alto, y 10 factores complementarios de edad, educación y trabajo específico que se le asignan de acuerdo con la normativa. Por lo tanto, alcanza una invalidez total de 76 por ciento.

Esos ejemplos ilustran, aunque someramente, cómo es el quehacer de la comisión para los efectos de su desarrollo.

Ahora, básicamente mostramos una tabla que para 2017 expone la cantidad de casos aprobados en las comisiones médicas por invalidez parcial o total, cubiertos y no cubiertos y el rechazo administrativo y el rechazo médico.

Luego, si observamos la cantidad de rechazos médicos, en la siguiente tabla se identifican los impedimentos no configurados por patologías bajo observación y tratamiento, no configurados por patologías no tratadas, menoscabo de capacidad de trabajo menor que 50 por ciento, menoscabo menor que 50 por ciento de patologías en observación o no tratadas y la incompetencia legal para calificar patologías de origen laboral.

Ahora bien, cuando se trata de identificar cuáles son las causales de invalidez en este proceso, se extrajo la información disponible en nuestra base de datos hasta septiembre de 2018, donde se observa que los afiliados están agrupados por patologías, y se ve, por ejemplo, que en patologías del aparato locomotor se rechazó el 50 por ciento de las solicitudes de invalidez y se aprobó el 50 por ciento; de las aprobadas, el 32 por ciento es parcial y el 18 por ciento total. Estas son estadísticas a nivel nacional.

En oncología, se aprueba el 98 de los casos solicitados: 3 por ciento parcial y total 95 por ciento.

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, en la pregunta seis se nos consulta cómo se financian las comisiones médicas y los funcionarios que deciden la suerte de las solicitudes de pensión.

Al respecto, la ley señala que son las administradoras de fondos de pensiones las que deberán administrar y financiar en conjunto, en la proporción que corresponda, de acuerdo al número de afiliados a ellas, que soliciten pensión de invalidez, el funcionamiento de las comisiones médicas regionales y central, excluidos los gastos derivados de contratación de personal médico. Como dijimos, el personal médico no está incluido.

Luego, con la reforma de 2008 y la introducción del Pilar Solidario, el IPS también tiene que contribuir al financiamiento en proporción al número de afiliados que solicitan pensión básica solidaria de invalidez.

En definitiva, se financia a prorrata entre el IPS y las administradoras de fondos de pensiones el funcionamiento de las comisiones médicas; a prorrata de las personas, en el caso del IPS, que pidan Pensión Básica Solidaria de Invalidez.

En la actualidad, como referencia, aproximadamente un 70 por ciento del financiamiento es aportado por las AFP y un 30 por ciento del Estado a través del IPS. Con eso se financia toda la infraestructura que se requiere para el funcionamiento de las comisiones médicas, me refiero a los locales, el personal administrativo, pero no el personal médico.

Por otra parte, en lo que corresponde al financiamiento de las evaluaciones y exámenes, o sea, cómo se financian los peritajes, en este caso se señala que el financiamiento depende de la persona para la cual se piden los exámenes: si son afiliados cubiertos por el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, son financiados por las compañías de seguros de vida; si son afiliados no cubiertos por el seguro, son financiados por la administradora de fondos de pensiones, y si son exámenes para personas que solicitan Pensión Básica Solidaria de Invalidez, son financiadas por el Estado, a través del IPS; es tripartito.

Los interconsultores tienen una serie de habilidades. Para que no tengan conflictos de intereses, no pueden estar relacionados a compañías de seguros ni a los médicos integrantes de las comisiones.

Finalmente, la última pregunta se refiere a las estadísticas médicas regionales en cuanto a las causales de solicitudes de invalidez y su resultado, con las diferencias que existen en cada una de las regiones, respecto del otorgamiento de pensiones de invalidez, en particular en cuanto al tipo de enfermedades y el destino de las apelaciones.

En este punto, señorita Presidenta, le pido que le conceda la palabra al señor Pedro Osorio.

El señor OSORIO.- Señorita Presidenta, en el gráfico que se observa está señalada la tasa de solicitudes de pensiones de invalidez, por región, en 2017. Se ve que hay una disparidad fundamentalmente en la Octava Región, donde hubo una mayor cantidad de presentaciones. Sin embargo, hay una relación inversamente proporcional entre la tasa de presentación y la aprobación de los dictámenes de invalidez. Donde hay menor cantidad de solicitudes, se presenta una mayor tasa de aprobación.

En la siguiente gráfica se observa lo que pasa con los dictámenes de invalidez apelados ante la Comisión Médica Central: el 72 por ciento de los casos apelados mantiene el dictamen tal como venía de la comisión regional; aumenta en un 9 por ciento de los casos y disminuye en el 18 por ciento de ellos.

En la siguiente imagen se puede ver la distribución de los dictámenes aprobados, según región, de acuerdo al diagnóstico, como está explicado en la tabla: los porcentajes que se autorizan durante todo el período hasta septiembre de 2018.

La señorita CARIOLA (doña Karol).- Señorita Presidenta, en primer lugar quiero saludar al superintendente y al equipo que lo acompaña.

Ahora bien, de los casos analizados, me surge la duda respecto de cómo se garantiza la independencia de los médicos de las comisiones en relación con las AFP y las compañías de seguros. Como la AFP es la que financia, queda la impresión de que pudieran ser juez y parte.

En este sentido, qué se ha hecho para regular e impedir la integración vertical de estas empresas, considerando, por ejemplo, que Provida pertenece a MetLife, que es una compañía de seguros, entre otras cosas. Ahí, claramente hay un conflicto de interés que me parece necesario aclarar. Cómo actúa la superintendencia en relación con eso.

La superintendencia ¿ha dictado protocolos para regular el correcto otorgamiento de las pensiones de invalidez por parte de las comisiones médicas? A modo de ejemplo, la Superintendencia de Seguridad Social emite protocolos para la calificación de enfermedades profesionales. ¿Ustedes han hecho ese mismo ejercicio?

Por último, ¿existe algún protocolo para que las tablas de mortalidad no se apliquen de la misma forma a las personas que se pensionan por trabajo pesado? Se supone que hay un mayor desgaste físico y, por tanto, menos esperanza de vida respecto del común de los pensionados. ¿Se ha fiscalizado esa situación?

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, también saludo a nuestros invitados.

Me gustaría preguntar al superintendente lo siguiente:

¿Quién es el actual decano de la Facultad de Medicina que está representado en la Comisión Técnica de Invalidez? ¿Cuánto dura en su período? ¿Cuál es el criterio que establece el decreto ley N° 3.500 para su nombramiento? ¿Quién es el representante de las compañías de seguros, letra d) del artículo 11 bis? ¿Cuánto dura en sus funciones? ¿En qué condiciones está?

Lo mismo para el caso del representante de las AFP.

Al ver esta composición, de cinco, dos representan a las compañías de seguros y AFP; uno, que es un decano, y dos que son funcionarios públicos de la propia institución.

Además, quiero saber cuál es la evaluación, en 38 años, de este modo de composición de la Comisión Técnica de Invalidez, establecida por ley.

En segundo lugar, ¿qué opinión tiene de que el 70 por ciento del financiamiento de todas las comisiones médicas regionales y de la comisión central del país esté pagado por la AFP?

¿Cómo podríamos asegurar la no incumbencia, cuando sabemos que el que tiene la plata, pone la música?

Entiendo que enviaron la nómina de los médicos.

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Sí.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Vamos a revisar la nómina, uno a uno; esperemos no encontrar a algunos de ellos en temas de conflictos de interés respecto del rol que tienen esos médicos en otras instituciones, ya sea de salud o de salud previsional, o que tengan ingresos por vía de las instituciones incumbentes, porque son contratados a honorarios.

Por último, ¿cuáles son los requisitos que el Reglamento establece para la calificación que la ley dice deben tener al momento de integrar las comisiones médicas de invalidez?

El señor BARROS.- Señorita Presidenta, más bien es una pregunta personal. ¿Son las AFP que deben financiar esto?

En segundo lugar, se describen una serie de inhabilidades, por ejemplo, los diputados hacemos una declaración de patrimonio e intereses que es pública y ante cualquier situación podemos ser, de alguna manera, fiscalizados.

¿Cómo fiscaliza la Superintendencia esas inhabilidades respecto de los médicos que la integran?

Por último, la semana pasada pregunté si los doctores –lo hice para que quedara en acta- tenían dedicación exclusiva; obviamente, no. Pero como esto implica costos y una serie de otras cosas, como una forma de dejarlo claro y en la absoluta imparcialidad, ¿no debiéramos entender que este tipo de funciones debieran ser canalizadas en torno a la dedicación exclusiva? ¿No debiéramos ir transitando hacia un sistema de esas características?

El señor ILABACA.- Señorita Presidenta, algo señaló el diputado Juan Luis Castro respecto de la conformación, pero más allá de hacer las consultas de quién es el representante y de cómo se nombra, creo que hay otro tema importante para la comisión.

Una comisión que se estableció en 1980, con este tipo de composición, no da ningún tipo de garantías a las personas que están llevando adelante un reclamo ante la Comisión Técnica. Si bien el artículo 11 del decreto ley N° 3.500 establece cuáles son las condiciones y los requisitos del afiliado que se encuentre menoscabado por el dictamen de la Comisión, lo cierto es que cuando se establece un tribunal de apelación, necesariamente, debería tener independencia absoluta de los incumbentes. Es decir, son normas básicas de derecho; en cambio acá tenemos, por los menos, dos incumbentes que no defienden a los afiliados, sino que a la Compañía de Seguros y a la AFP.

Por lo tanto, creo que dentro de las conclusiones también debemos señalar el tema de la Comisión Técnica de Invalidez que solo modifica el criterio en favor de los afiliados en el 7 por ciento de los casos, lo cual también nos dice algo, cuando cerca del 70 por ciento se mantiene; otro porcentaje importante se rebaja y el solo 7 por ciento acoge la solicitud del afiliado. Ello, no solo dice relación con la buena o mala apelación que haya presentado el afiliado, sino que, además, con la composición absolutamente parcial que hoy tiene la Comisión Técnica de Invalidez.

Entonces, ¿cuál es la opinión que tiene, en términos técnicos, de la participación de por lo menos dos decidores de apelaciones que están implicados en la toma de decisión de una postura?

Alguien podrá decir: “es que ellos están preparados para desarrollar un tema técnico”. Sin embargo, igual están inmiscuidos dentro del proceso de discusión.

En ese sentido, creo que esta comisión debería tener un carácter técnico independiente absoluto respecto de los incumbentes que transitan dentro de este proceso.

El señor SAUERBAUM.- Señorita Presidenta, junto con saludar al señor superintendente e invitados, me llama la atención que uno de los argumentos que se da para considerar o no la pensión es que haya terminado el tratamiento, sin considerar que, en algunos casos, hay personas que esperan más de tres años para obtener una hora.

¿Ese criterio se sigue considerando? ¿Cuál es el porcentaje de importancia que se tiene a la hora de decidir?

También me llama la atención que la ciudad de Chillán, a la cual represento, es la que tiene más solicitudes de pensión y más niveles de rechazo. Entiendo que la mayoría de ellas son solicitudes hechas –según dice aquí- por el aparato locomotor y las otras serían psiquiátricas, pero están más o menos dentro del mismo porcentaje, cercano al 18 por ciento.

Me llama la atención que en sectores rurales, como el que represento, se diga que uno de los argumentos fundamentales es que el tratamiento haya terminado, sin considerar que pasan años sin obtener una hora definitiva para tratar la enfermedad por la cual se solicita la pensión.

¿Cuál sería la explicación al respecto?

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, como esta sesión está siendo grabada, me gustaría que nuestros invitados explicaran a la gente cómo funciona el sistema de pensiones de invalidez respecto de los años de edad de la persona.

¿Cuando se cumpla la edad de pensionarse, cambia el ejercicio de invalidez por los recursos económicos que cada uno tiene en su AFP?

¿Cuántos recursos le ha entregado la AFP al sistema de evaluación de invalidez? ¿Qué es lo que dicen las isapres respecto de esta evaluación?

Me imagino que, indudablemente, mientras no salga la situación de invalidez de un trabajador, la isapre debe seguir pagando y costearo todos los gastos que ese trabajador, por alguna circunstancia, no puede volver a su trabajo, además que debe seguir manteniendo a su familia.

¿Qué aporta la isapre para presionar al sistema? ¿Se sale de mi cartera como isapre y lo paga el sistema de pensión por invalidez? ¿Cuánto es lo que presionan las AFP para que se pague a través de otro organismo y no la propia isapre?

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- En honor al tiempo, cerraremos la ronda de preguntas para escuchar la exposición de la fundación. El superintendente y el intendente podrán responder las preguntas en la próxima sesión. Nos parece que es mejor así, porque tendrán más tiempo.

Por otra parte, señalar que nos entregaron el desglose del año 2017 de las concesiones y de las denegaciones; sin embargo, dado que esta comisión tiene un período más amplio para concluir su trabajo, nos gustaría que nos informaran respecto de los cuatro años anteriores, desglosados por mes. Ello, porque realizamos algunas averiguaciones que indican que en el mes de marzo es cuando se conceden más concesiones, lo cual no tiene ningún sentido siendo que se solicitan durante todo el año.

Asimismo, respecto del resultado de las apelaciones, nos gustaría saber cuántas se mantienen, cuántas disminuyen y en cuántas aumentan.

¿Cuál es el total de cada una de estas fracciones? Es decir, de las que se mantienen, de las que disminuyen y de las aumentan. ¿Cuáles fueron productos de apelaciones de los pensionados? ¿Cuáles fueron producto de las apelaciones de las compañías aseguradoras?

En nombre de la comisión, quiero dar las gracias al superintendente, al intendente y a la jefa del Departamento Técnico de Invalidez y Ergonomía.

La fundación Valídame es parte de las instituciones que han denunciado las irregularidades cometidas por las AFP, en la concesión de pensiones de invalidez. La idea de invitar a su presidente es que nos pueda contar acerca de esas denuncias, cuál ha sido el proceso, las personas involucradas, es decir, que haga una presentación sobre el carácter de esas denuncias.

Señor Juan Carlos Pizarro, Fundación Valídame

El señor PIZARRO.- Señorita Presidenta, por su intermedio, nuestro cordial saludo a todos los integrantes de la comisión.

Es importante recalcar que esta es la única denuncia contra el sistema de una persona jurídica, porque generalmente los trabajadores vamos envejeciendo, enfermamos y muriendo, y, por tanto, rara vez tenemos la posibilidad de hacer un cuadro comparativo de la realidad que se vivió en un trámite de pensión y, en consecuencia, nos da la sensación de que la única oportunidad que la sociedad ha tenido de hacer cuadros comparativos, de saber cuál es el comportamiento de las comisiones de Arica a Punta Arenas, ha sido la oportunidad que tuvo la fundación Valídame de documentar.

Es super importante fijar un piso, pues ya reconocimos que tenemos un problema, lo hemos hecho público y como sociedad debemos hacernos cargo, porque el problema existe; sin embargo, debe también existir la voluntad de solucionarlo por parte de quienes deben hacerlo.

Por eso era imposible que no revisáramos la primera sesión, que no fuésemos haciéndonos un detalle, minuto a minuto, de lo que se dijo en la comisión y de esos dichos deben hacerse cargo quienes los emitieron.

Tengo en mi mano un oficio, respecto del que vamos a entregar un dossier a la comisión investigadora. Incluso, tenemos una copia para que la vayan mirando. Se trata del oficio N° 3029, del 12 de febrero del 2018, que es de la Superintendencia de Pensiones al jefe de gabinete de la Subsecretaría de Previsión Social, que dice lo siguiente: "Se ha recepcionado ordinario citado en antecedentes, mediante el cual remitió una presentación de Fundación Valídame, en donde se exponen una serie de cuestionamientos relativos al proceso de calificación de invalidez y se reclama por varios casos de representados de esa fundación en los que no estarían conformes con la acción ejercida, frente a lo cual usted solicita un pronunciamiento a esta Superintendencia.

Al respecto, le informo que Fundación Valídame ha planteado en diversas oportunidades sus discrepancias con los criterios normativos y de esta Superintendencia, a raíz de procesos de calificación de invalidez de diferentes usuarios ante las Comisiones Médicas del D.L. N° 3.500, de 1980, debiéndose precisar que el señor Pizarro Cortés, en forma particular y posteriormente como representante de esa fundación, se le ha respondido en sucesivas reclamaciones desde el año 2009, primero, como usuario del sistema de calificación de invalidez, luego como representante de otros solicitantes o afiliados, de los cuales en la gran mayoría de estas últimas no tiene sustento."

¿Qué dijo la autoridad en esta comisión? Que no había denuncias posteriores al 2009. ¿Qué dice este oficio? Que sí había reclamaciones y, es más, fueron poco precisos, porque con la autoridad competente nos hemos reunidos por la ley del lobby en dos oportunidades, las cuales deben estar informadas públicamente. El documento que está en mi poder fue recepcionado el 5 de enero del 2007 por la Superintendencia de Pensiones.

Entonces, cuando existe el negacionismo, incluso de que los ciudadanos reclamamos, primero, hay que hacerse cargo de que los reclamos existen -me da la sensación- y, luego, vemos cómo solucionar esto.

Pero me parece que no es la mejor carta de presentación empezar a negar lo evidente, porque no son oficios nuestros.

Entrego el oficio a la comisión, para que si alguien lo quiera ver.

El diputado Gabriel Boric solicitó a la Superintendencia que informe si han existido reclamaciones, en el punto dos del oficio de respuesta remitido a la Cámara de Diputados, la respuesta es exactamente la misma: no hay reclamaciones. Se trata de la consulta N° 61 de la Cámara de Diputados a la Superintendencia de Pensiones.

Nuestro reclamo ha sido anulado, se invisibilizó a la gente afectada, a los muertos, a quienes se dijo que estaban sanos y, al mes siguiente, sufrieron un infarto y fallecieron, dejando en la ruina económica a sus familias, sin la cobertura que la ley claramente establece.

Tenemos un problema y es enorme. Creo que lo que ha venido sucediendo es causa muchas veces por la poca ilustración de los ciudadanos afectados o de lo difícil que es enfrentar una tragedia, como estar con cáncer en etapa cuatro y tener que recurrir a tribunales para ejercer el derecho a la cobertura de un seguro privado, y porque acceder a la justicia no es tan barato. Por eso no hay más demandas que las que existen. Porque las hay; de hecho, hay sentencias condenatorias, no porque el afiliado no calificaba en la norma técnica, que para mí es la parte romántica del proceso, sino, como estableció la Corte de Apelaciones de Temuco y fue ratificado por la Corte Suprema, no se otorgó la pensión de invalidez a un señor porque su expediente fue manipulado, porque se extrajo toda la documentación que acreditaba la condición del afectado, es decir, funcionarios que conocen la norma y sus responsabilidades penales y civiles, retiraron documentos para que no se acreditara la condición de enfermo del afectado.

Por lo tanto, no estoy hablando de la parte romántica de la norma técnica, sino de la práctica permanente para controlar la siniestralidad, donde también ratificado por la Corte Suprema en un fallo reciente contra la Superintendencia de Seguridad Social, concluye que no es dable que un ciudadano que acredita su condición de salud por impericia de la institucionalidad no tenga derecho al pago de sus licencias médicas ni a una pensión. Como dijo la subsecretaria de Previsión Social en una reunión por ley de Lobby en días pasado, estos son los "sin", es decir, que no tienen derecho ni a licencia médica ni a pensión de invalidez.

Cuando uno empieza a revisar la documentación se va dando cuenta de que esto no tiene nada que ver con que la persona no haya calificado.

Me voy a hacer cargo de algo que aquí presento la Superintendencia, cuando señala, por ejemplo, que para las patologías psiquiátricas una persona no configura impedimento.

El doctor Castro seguramente en algo coincidirá conmigo. Esos ciudadanos, que no configuran impedimento, no es porque no tengan tratamiento médico, sino porque como en el proceso permanente de parte de la autoridad competente por oscurecer la norma se incluyó, por ejemplo, que todas las patologías del GES, si no cumplían con protocolo GES, no configuraban impedimento.

Señor diputado, ¿usted me podría decir si en el Cefsam de La Pintana, por ejemplo, hay psiquiatra de manera permanente?

Cuando se hace la normativa, esos mismos comentarios quedaron establecidos en las actas. Que prácticamente daba lo mismo si un ciudadano no podía cumplir el protocolo no porque tenga responsabilidad, sino porque el sistema no le proveyó o porque alguien coordinó que la persona no tuviera el acceso.

Dicho eso, las isapres cada tres o cuatro meses le van cambiando de médico al paciente; al paciente también le modifican el tratamiento, y no por su voluntad. En este país no hay ningún ciudadano que le pueda decir al médico, respetando su profesión: "Señor, ¿usted me puede dar el tratamiento que yo quiero y mantener el que tengo para configurar el impedimento?" Eso es imposible.

No hay justificaciones en las actas para dejar a una persona fuera del derecho a una pensión de invalidez porque no tiene el tratamiento adecuado.

¿Cuándo un ciudadano de este país ha sido responsable por no tener el tratamiento adecuado?

Incluso, los tratamientos de última generación para los temas mentales no están en la canasta GES. Entonces, la gente que se atiende de manera particular indudablemente no tiene cómo configurar impedimento.

Dicho eso, con el oficio N° 3029 establecemos el piso para que se entienda de qué veníamos hablando los ciudadanos, y tiene que ver con esta "bajada del telón", pues no hay reclamos o no existen porque se nos invisibilizó.

Era muy importante que el ministro del Trabajo y Previsión Social hubiese estado en esta sesión. Él manifestó claramente que en esos segundos que dura su intervención que de acuerdo con la información que le proveyó la Superintendencia de Pensiones no había reclamaciones.

Resulta que en el mismo oficio va el detalle de las personas sobre las cuales se reclamó, entre las cuales hay fallecidos a los que se les rechazó su invalidez.

Y, por favor, no me acordaré de 2009 hacia atrás, porque don Miguel Ángel Tapia Montalván inicia su trámite para configurar la invalidez en 2016.

Según la normativa –me podrá corregir el superintendente si está presente-, corresponde que el presidente de la Comisión Médica envíe al ciudadano que no puede concurrir al domicilio el especialista por la enfermedad que se está convocando, previa solicitud.

El señor Tapia Montalván era un profesor que, debido a su cardiopatía, no podía ir al médico. Fue así que se pidió una visita domiciliaria. El presidente de la comisión de la ciudad de La Serena, que es cardiólogo, le envía un reumatólogo.

Por la gentileza y el esfuerzo que este señor hace en ponerse de pie y acompañarlo desde la puerta de su casa hasta el auto en el que vino el doctor, sugirió rechazar la invalidez porque en ese espacio de tiempo que caminó con él hacia el automóvil, según él, no tenía agitación en la respiración. O sea, aparte de ser reumatólogo, era vidente.

Posterior a eso, cuando estábamos preparando el segundo trámite, al señor Tapia le dio un infarto y falleció.

Avanzando en la presentación podrán ver algunas imágenes un tanto crudas. En la imagen podemos ver el caso de una mujer que vivía en Iquique, que es una excepción. Es el único caso que traigo fuera de fecha. Tengo la sensación, por la crudeza del caso, que es importante citarlo. Ella era viuda, su esposo había fallecido 10 años antes. En la condición que se muestra en la imagen ella iba a trabajar todos los días a una empresa de un gran contribuyente de este país, que tiene alrededor de 10.000 trabajadores.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Cuál empresa?

El señor PIZARRO.- No está mencionada acá, pero podemos traer la documentación.

Esa persona fue evaluada. En ese momento la cobertura era otorgada por Penta, Seguros de Vida S.A., filial de Cuprum. Le dieron invalidez total en la comisión regional, que es la estrategia usada generalmente, pero la comisión central se la redujo a invalidez parcial.

Como era viuda y no había quedado percibiendo pensión de su cónyuge, se vio obligada a trabajar. Más aún, ella lo informó así en su apelación.

Además, como era hipertensa le dio un derrame cerebral masivo y falleció al año.

Quién podría pensar, sin tomar la posición de nuestros queridos galenos, que una persona en esa condición estaba apta para trabajar.

Omitimos una fotografía de su cara porque en el rostro y el cráneo tenía más heridas que en todo el cuerpo. ¡De eso estamos hablando!

Entre paréntesis, quiero volver al informe del doctor. Don Miguel Ángel Tapia es el profesor que falleció de un infarto.

Cuando uno ve el informe del médico interconsultor domiciliario dice que no se observan lesiones.

Esas fotografías las tomé yo, porque para hacer un trabajo lo más serio posible, si el trabajador es periciado en el domicilio, vamos detrás haciendo el mismo recorrido que el profesional. Tratamos de emular la situación para ver si lo que vamos a encontrar en el expediente tiene relación con la realidad.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señor Presidente, en este caso las lesiones que estamos observando no están descritas en el texto de las enfermedades. No son contradictorias, pero son distintas. Las enfermedades adjudicadas no tienen nada que ver con las lesiones que estamos viendo; obedecen a otra patología distinta a las cuatro que aparecen abajo.

El señor PIZARRO.- Correcto, y el profesional tenía la obligación de identificar.

Ahora, nos llama poderosamente la atención cuando hace mención que no hay lesiones aparentes. Pero ahí las pueden ver en la lámina.

El superintendente dijo que un amputado era invalidez total. En la imagen se aprecia a un amputado al que le cayó un cable de alta tensión, fuera de horario laboral, obviamente; por lo tanto, fue un accidente común. De hecho, pasó por la comisión ergonómica para que se definiera si efectivamente había sido un accidente común y no se le declaró invalidez total, sino parcial.

Haciendo una oda a la ironía, enviamos un escrito a la Superintendencia de Pensiones diciendo que estábamos en disconformidad con tal medida, porque nos parecía aberrante la omisión de las quemaduras del afectado. Somos partidarios de la inclusión, pero nos pareció que en ese caso había faltado algo.

El superintendente ordenó que ese documento se tramitara como un recurso de revisión y, como consecuencia de ello, se restableció el imperio del derecho, ya que se le otorgó invalidez total. No obstante, eso fue

posible porque ese ciudadano estuvo representado, porque tuvo que plantearlo por escrito y porque los tiempos que se usaron no fueron los más adecuados para una persona que está en esta condición, porque ni siquiera estoy hablando del daño psiquiátrico que tiene el afectado. Es una persona joven, un trabajador de no más de 35 años que quedó en esa condición. A él le explotaron, le saltaron parte de los músculos del cuerpo. Entonces, es imposible que un médico no entienda cuáles son sus responsabilidades al omitir ese tipo de situaciones.

Cuando le planteamos a la superintendencia la necesidad de sancionar esas conductas, nos dijeron que no se impusieron sanciones, porque nadie las solicitó.

A esta altura los ciudadanos no nos conformamos solamente con que los derechos establecidos por ley puedan ser claramente usados, sino además con que se entienda que el trato que debemos recibir sea adecuado. Si existe un denominador común en las evaluaciones de invalidez, es el maltrato que reciben los usuarios, un maltrato verbal. Si usted va acompañado de su cónyuge, su cónyuge no puede entrar; si usted va a hablar, lo hacen callar; es una agresividad sistemática, y eso tiene una explicación.

Las imágenes que muestro en mi presentación son crudas, pero son referenciales.

Paola Veloz es una enfermera rural afectada por un cáncer de mamas y amputada de ambas. Como imagen referencial, aparece una, pero fue amputada de ambas. Ella me mostró una resolución en la que se indicaba que no le otorgaban la invalidez porque el cáncer no la había menoscabado. Ella tiene invalidez e identifiqué claramente que fue maltratada, ya que recibió violencia institucional. Se le dijo que era una huasita de piel sensible y que no era tolerante al dolor. Eso lo dijo el médico que la atendió.

Cuando se dice que la enfermedad no la había menoscabado, identifiqué inmediatamente violencia de género: resolución hecha por hombres, que en su vida van a ser amputados de sus mamas, con un trato absolutamente hostil hacia Paola Veloz, como mujer.

Entre paréntesis, a Paola Veloz le tengo buenas noticias, porque en la ratificación del pacto de derechos económicos, sociales y culturales que hizo el Estado de Chile ante la Organización de Naciones Unidas, existe un acápite específico en relación con el trato violento y discriminatorio, y sobre las responsabilidades de los funcionarios públicos. Cuando en 2016 se hizo una modificación a la ley, en nuestro código se le otorgó pena agravada a esa violencia sobre personas con discapacidad o con enfermedad. Nos da la sensación de que han abusado más allá de lo conveniente y los ciudadanos ya nos empezamos a atrever a recurrir a los tribunales de justicia. Esas conductas no son aceptables, y le estamos mandando un mensaje a la superintendencia para que instruya a los equipos médicos y a los peritos interconsultores, que son pagados por la asociación gremial de AFP. No aceptamos más maltrato, firme y claro: no vamos a seguir aceptando más maltrato hacia los ciudadanos evaluados.

En el caso de la imagen que está a la derecha, Krisna Tolentino -que no es ella; esa es una imagen referencial- tiene una enfermedad que se llama distonía cervical, que hace que el músculo del cuello comience a torcerse y a inclinar el cráneo hacia un lado en particular. Es una enfermedad que produce mucho sufrimiento y que es muy cara de atender en Chile. Las sesiones de bótox cuestan alrededor de 600.000 pesos.

En este caso, Krisna se afilió al sistema previsional, alcanzó a trabajar un tiempo corto. Viajó a Barcelona para cursar un doctorado en Psicología Social con una beca Conicyt, le fue muy bien y fue premiada con una beca AlBan por el gobierno comunitario de la Unión Europea. Estudió allá alrededor de seis años, más el año que utilizó como retorno para venir nuevamente a Chile a devolver el valor de la beca; alcanzó a trabajar tres años en investigación en una universidad privada y comenzó a afectarla esa enfermedad. Hizo su trámite de invalidez y, a la hora de hacer el aporte adicional de las compañías de seguros, se encontró con la sorpresa de que en el periodo en que ella estuvo estudiando fue calificada por la superintendencia como una trabajadora cesante.

Nosotros planteamos el caso porque nos pareció que algo no estaba bien, porque, a nuestro entender como fundación, la calificación jurídica de alguien que estudia no es de trabajador, sobre todo si en los contratos de las becas se establece la prohibición de ejercer. No obstante, la superintendencia ratificó lo dicho y calificó a una estudiante como trabajadora. Por lo tanto, luego de recibir una renta de 2.000.000 de pesos mensuales, quedó con una pensión de 300.000 pesos mensuales. El aporte de la compañía de seguros fue reducido, porque en los años en que ella estudió para contribuir al país, su renta promedio fue cero. Para nosotros, eso es una aberración jurídica más.

La imagen ubicada al centro de la lámina que estoy mostrando corresponde a una persona con leucemia, es un señor de Iquique que está pensionado, y creemos que está pensionado porque estuvo representado. Ese señor tiene una leucemia de células velludas, cuyo tratamiento se trae desde Suiza e involucra un gran operativo. Está pensionado por diabetes y artrosis de rodilla, porque la comisión que lo evaluó no acogió la patología principal con la que jurídicamente se debía calificar. Existe una credencial que emite el Servicio de Registro Civil e Identificación, porque cuando las personas son calificadas como inválidas se realiza un acto administrativo que tiene una importancia enorme, para que a las personas se les reconozca el impedimento que tienen.

Yo no soy médico y seguramente aquí no todos lo son, pero creo que el sentido común nos indica que entre una artrosis de rodilla y una leucemia, no me pierdo. Es más, él fue periciado a cuenta y a solicitud de la propia comisión por uno de los oncólogos más prestigiosos de este país, quien emitió un informe que no se tomó en cuenta, que se perdió y que encontré al momento de hacer lectura del expediente, porque saltó de la carpeta, no estaba ni

siquiera ingresado en el sistema. En ese momento, la coordinadora administrativa -en mi presencia- llamó por teléfono a la doctora Montenegro y le dijo que encontró el informe y que no entendía por qué no estaba ingresado al sistema ni había sido considerado. Es decir, cuando hacemos el énfasis en que es importante modificar la decisión o calificación jurídica que se hace de esto, simplemente, deciden no escucharnos y no se modifica.

Don Heriberto Aguilera es director de un colegio de la comuna de Combarbalá, tenía un sueldo cercano a los 2 millones de pesos y padece de una afección hepática. Por tanto, se le otorgó una pensión de invalidez parcial, pero se molestó con la fundación, porque el monto de la pensión no le sirve, tiene tantos problemas de salud que con 500.000 pesos no puede sobrevivir.

Entonces, solicité al superintendente que, por favor, lo dejara sin la pensión de invalidez para que pudiera seguir percibiendo como funcionario público su sueldo de director, pero respondió que no. Sin embargo, por la denominada Ley del Lobby, en la audiencia del 3 de octubre, hago presente esta situación al superintendente y presentamos una nueva calificación de invalidez, pero cuando me presenté a la audiencia este señor estaba con coma inducido en una clínica privada en la ciudad de La Serena.

Entonces, se inició un proceso que comenzó el 12 de octubre, con la solicitud en la AFP Cuprum, que culminó el 21 de noviembre, con un dictamen ejecutoriado de invalidez total. ¡Maravilloso! ¿Saben por qué? Porque se demostró que un proceso de invalidez no tiene que durar un año ni seis meses, sino que se puede hacer en 43 días, si no me equivoco.

Preferiría hacer el cierre de la presentación con las imágenes, por si hay preguntas que quieran hacer y para ser respetuoso con los tiempos.

El señor BARROS.- Señorita Presidenta, por su intermedio, respecto de lo que preguntó el doctor Castro, en orden de que la patología de don Miguel Ángel Tapia Montalbán, una insuficiencia cardiaca y arritmia completa, viene con fotos que probablemente representan lesiones dérmicas.

¿Nos podría aclarar eso para efectos del acta, por favor?

El señor PIZARRO.- Señorita Presidenta, en relación con ese caso, el paciente también fue afectado por un derrame cerebral, por lo que estuvo hospitalizado previamente.

Por lo tanto, el cuadro era más complejo que la arritmia cardiaca, ahí es donde la expertise médica cobra vital importancia y la honestidad de quien ejerce la medicina también, ya que era imposible no darse cuenta del estado de deterioro que ese señor tenía. Insisto, era imposible no darse cuenta.

El tema es que don Miguel Ángel Tapia tenía un historial bastante extenso de atenciones médicas en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) comunal, el primer lugar donde acuden los ciudadanos, posteriormente, en el Hospital de Ovalle, el hospital de base.

Por lo tanto, la responsabilidad médica no se puede eximir por el hecho de que la comisión tenía la obligación de solicitar las fichas clínicas -cosa que la fundación hace y generalmente las provee-, acá no hay como justificar lo injustificable. Me da la sensación de que es necesario hacer este examen crudo y asumir las responsabilidades, ya que no es dable a estas alturas que se siga invisibilizando a las víctimas, que son muchas. La responsabilidad del Estado es insoslayable en esta materia.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Me queda una duda, y es el mismo cuestionamiento con el que iniciaron la presentación. Respecto de las denuncias -es efectivo que el superintendente, y con esa información el ministro del Trabajo y Previsión Social- se señaló que no había ninguna desde 2009 a la fecha, lo cual no es así. Revisando cada una de las denuncias que presentaron con posterioridad a 2009, es decir, en 2014, 2015, etcétera, me parece preocupante que el superintendente haya manifestado eso, cuando no es real. Creo que esta situación amerita, al menos, que en la próxima sesión lo podamos conversar bien y que el superintendente nos aclare este hecho, porque me parece sumamente grave que se haya señalado eso cuando no es real. De hecho, ustedes mismos nos están acompañando todos estos casos.

Asimismo, solicito, si hay acuerdo de la comisión, información del superintendente respecto de cada una de estas denuncias. ¿En qué quedaron los procedimientos? ¿Qué sucedió con cada uno de ellos? ¿Cuáles son las razones para que no nos digan en qué momento se hicieron efectivas estas denuncias?

Después de su presentación, me surgieron más dudas y tengo más preguntas que hacer al superintendente. Por ejemplo, respecto de los tiempos de demora de los procedimientos, ¿cómo afecta eso también a quienes están solicitando esta pensión?

Para la próxima sesión está invitado el superintendente, por lo que me gustaría invitarlos nuevamente para que frente a él podamos aclarar estos sucesos.

Creo que sería muy positivo.

El señor PIZARRO.- Señorita Presidenta, quiero plantear una inquietud a la comisión.

En la reunión por ley del Lobby del 3 de octubre, le señalé dos casos al señor superintendente -espero que esté grabada la conversación-. El primero fue el caso de un señor que fue resuelto en la Corte Suprema -fuimos a la justicia con este caso-, donde queda de manifiesto -y lo hace el propio tribunal- que su expediente fue

manipulado. De hecho, nos enteramos a través del Poder Judicial que en la solicitud que se cursó en 2016 el médico asignado al caso, y el perito interconsultor gastroenterólogo, habían determinado que, según las normas, calificaba con 81 por ciento de invalidez. ¿Cómo una persona en esa situación, que no tiene estómago -no se lo sacaron por estética, sino por un cáncer gástrico-, que tiene insuficiencia renal patológica, artrosis de columna y artritis, no es inválida, y que de haber sido propuesto por el propio organismo con 81 por ciento de invalidez, termina sin pensión?

Posteriormente, presentamos una segunda solicitud y le dieron una pensión de invalidez parcial, también con los reparos nuestros, caso que estaba archidocumentado.

Por otro lado, tenemos un caso en la Región de Coquimbo, en donde una profesora padece de dos enfermedades terribles, pero que por haberlas desarrollado en su juventud, previamente a la fecha de su filiación al sistema, según la propia ley, no tiene derecho a pensión de invalidez. Sin embargo, sí tiene pensión de invalidez total, y me alegro que así sea, pero a ella se le aplica una discriminación que debiera eliminarse de la ley.

¿Cómo una persona que según la ley no califica, pero un cuerpo técnico colegiado determina baipasear la ley versus otra persona que, de acuerdo a la ley, sí tiene derecho, no tiene pensión?

Al respecto, le dije al superintendente que no se apurara en responder, porque me da la sensación de que eso ocurre porque los casos no son estudiados y porque -el caso de este señor está en la Corte Suprema bien documentado- el día que se sesionó para ver su caso durante una hora y media, se resolvieron 97 otros casos. Es decir, por tiempo, a él le correspondería que vieran su caso en 1 minuto 4 segundos.

Ahora, el señor superintendente dijo acá que según la gravedad del caso hay casos que ameritan más tiempo que otros. Por tanto, no nos cuadra la estructura del tiempo. Es más, nosotros obtuvimos los tiempos por Ley de Transparencia, por lo tanto, sabemos que sesionaron una hora y media, y sabemos que se resolvieron 97 casos que, de acuerdo a nuestro entender, no existe la palabra en ellos, y que es el fundamento que se le da a un acto administrativo.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Agradezco su presencia, y quedan cordialmente invitados para la próxima sesión, y así poder seguir revisando las denuncias que fueron efectuadas desde 2009 a la fecha, y que acá se dijo, desde la superintendencia, que no había sido así.

El señor LORENZINI (don Gino).- Señorita Presidenta, quiero agregar un antecedente. Respecto de este seguro de invalidez y sobrevivencia, en reunión por Ley de Lobby solicitamos por tercera vez al superintendente que transparentara cuánta gente se suicida en este sistema; y el superintendente -reitero-, por tercera vez, no quiso transparentar las cifras de suicidio.

Invito a la comisión a que no solo se analicen en profundidad los casos de invalidez, sino también los casos de suicidio, y que el superintendente entregue las cifras al país dada la importancia que tienen.

SESIÓN 4° CELEBRADA EN 17 DE DICIEMBRE DE 2018

Esta sesión contó con la participación del señor Superintendente de Pensiones, Osvaldo Macías, del señor Intendente de Fiscalización, Jorge Mastrangelo, y del jefe de la Unidad de Litigios, señor Marcelo Bustos.

Participó también el señor Juan Carlos Pizarro, Presidente Fundación Valídame y la señora Daniela Valderrama, asesora jurídica de la Fundación.

Señor superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías.

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señor Presidente, en primer término, quiero señalar que en el computador de la Comisión estamos dejando copia la información estadística que nos solicitó la Presidenta de esta Comisión, señorita Gael Yeomans, en la sesión anterior, en la que nos pidió el desglose de algunas estadísticas del proceso de invalidez y sobrevivencia separado mes a mes. Nosotros lo habíamos entregado en forma anual y con esto estamos dando cumplimiento a lo que nos solicitó la Presidenta, desglosado mes por mes; además, nos pidió una mayor apertura de las apelaciones que efectúan las compañías de seguros y los afiliados en el caso de dictámenes de invalidez. También esa mayor apertura la estamos incorporando y está quedando aquí esa información.

En segundo término, quiero señalar que nuestra presentación se divide en tres partes. La primera, fue presentada vía oficio a esta comisión investigadora. En ella queremos aclarar sobre la existencia o no existencia de

reclamos en el proceso de otorgamientos de pensiones de invalidez, dado que se ha producido una discrepancia de opiniones y queremos aclararla.

Posteriormente, tenemos las respuestas a las preguntas que los señores diputados nos efectuaron en la sesión del 26 de noviembre. Eran varias preguntas y aquí tenemos las respuestas a cada una de ellas.

Por último, tenemos un análisis de casos específicos presentados por Fundación Valídame, también en la sesión del 26 de noviembre. Dicho análisis lo va a presentar el señor Pedro Osorio, médico y jefe del Departamento de Comisiones Médicas y Ergonomía de la Superintendencia, quien nos parece que es un profesional médico capacitado para presentar un análisis de casos que son evidentemente médicos.

Entonces, pasamos al primer punto. Como señalé, en la sesión del 26 de noviembre, el representante de la Fundación Valídame sostuvo que la información entregada por la autoridad en cuanto a que “no habían denuncias posteriores al año 2009”, no se correspondía con la realidad, pues su organización cuenta con antecedentes de que “sí habían reclamaciones”.

El presidente de la Fundación indicó que tenía como prueba un oficio que la Superintendencia envió a la Subsecretaría de Previsión Social, el 12 de febrero de 2018, en el que le respondía un requerimiento previo de la Subsecretaría a instancias de la Fundación.

El presidente de la Fundación cita el segundo párrafo del oficio en cuestión, que es un oficio de la Superintendencia a la Subsecretaría, cuyo tener es el siguiente: “Al respecto, le informo que Fundación Valídame ha planteado en diversas oportunidades sus discrepancias con los criterios normativos y de esta Superintendencia, a raíz de procesos de calificación de invalidez de diferentes usuarios ante las comisiones médicas del decreto ley N°3.500 de 1980”. Se señala, también, que “se le ha respondido en sucesivas reclamaciones desde el año 2009”. Se agrega que “en la gran mayoría de estas últimas presentaciones no tienen sustento técnico y solo corresponde a una interpretación personal y subjetiva de la normativa, con la cual precisamente en esta presentación expresa no estar de acuerdo”.

Tras leer el texto, el presidente de la Fundación Valídame pregunta en su intervención en la CEI: ¿Qué dijo la autoridad en esta misma comisión? Que no había denuncias posteriores al año 2009. ¿Qué dice este oficio? Que sí había reclamaciones.

Nosotros queremos ser bastante claros acá y afirmar que lo que dice el presidente de Fundación Valídame es incorrecto, porque confunde la materia en cuestión, esto es, denuncias por control de siniestralidad posteriores al año 2009 con una serie de reclamaciones de afiliados sobre el proceso de calificación de invalidez. Lo que nosotros dijimos, en su momento, estaba referido exclusivamente al control por siniestralidad, a la obstaculización, al acceso de las pensiones por invalidez. Eso fue lo que dijimos, eso fue lo que gatilló el origen de esta comisión investigadora. Es más, en la primera sesión a la que vinimos, dimos cuenta precisamente de esa situación. Nosotros jamás afirmamos que no hubiera reclamaciones de los afiliados por otras materias; jamás fue esa nuestra afirmación. Por lo tanto, lo que dice el representante de la Fundación Valídame es distinto de lo que nosotros dijimos. Evidentemente, no tiene por qué coincidir si estamos hablando de cosas diferentes.

Para aclararlo, resumimos el tema. Desde 2009, que es la fecha señalada por la Fundación Valídame, la Superintendencia no ha recibido denuncias formales por obstaculización de acceso a la calificación de invalidez por parte de las AFP, con el objetivo de controlar la siniestralidad. Eso fue lo que señalábamos y lo reiteramos. Obviamente, con excepción de la denuncia que formuló Fundación Valídame, que se refiere a hechos ocurridos con anterioridad al 1 de julio de 2009, cuando operaba el antiguo contrato de seguros, que fue precisamente lo que dio origen a esta comisión.

Sí hemos recibido, desde el año 2009 a esta fecha, reclamos por disconformidad con el resultado del proceso de calificación de invalidez por distintas causas que no tienen relación con lo señalado anteriormente. La mayor parte de estos reclamos apuntan a personas disconformes con el resultado de la evaluación. Es decir, el porcentaje de invalidez que se le ha concedido. También se han recibido, aunque con menor frecuencia, reclamos de hechos puntuales, como atención de personal administrativo y, en casos excepcionales, trato recibido de los médicos.

En definitiva, por supuesto que hay reclamos, nosotros nunca hemos dicho lo contrario. Lo que hemos dicho es que no hay reclamos por obstáculos al acceso a pensión de invalidez, o sea, por control de siniestralidad. Eso fue lo que dijimos en su momento.

Recordemos, además, que cada año se presentan más de 50.000 solicitudes de invalidez. Entonces, siempre podrá haber algún caso particular; no tenemos una denuncia formal, pero podría haber alguna, pero de ninguna manera hay denuncias que señalen el uso de una estrategia de las administradoras de fondos de pensiones o de otra entidad para obstaculizar el acceso a las pensiones de invalidez. Eso ocurrió antes de 2009; cuestión que se investigó por la Superintendencia y se sancionó. Por lo tanto, desmentimos categóricamente que hubiera aquí algún ocultamiento por parte de la Superintendencia de esta información; no tenemos ninguna necesidad de aquello. Nosotros no estamos protegiendo a nadie, pero sí queremos dejar claro que esta contradicción se debe a que estamos hablando de cosas distintas.

También, el representante de la Fundación presenta otras situaciones. Señala que la Superintendencia responde a un requerimiento del diputado Gabriel Boric, generado a instancias de Fundación Valídame, en el cual pregunta, entre otras cosas, “si la activación del seguro de invalidez y sobrevivencia se debe realizar en las AFP; si conocen antecedentes de denuncias de denegación de acceso o control de la tasa de siniestralidad del SIS, con procedimientos ejecutados desde las AFP con ese fin”.

Eso pregunta el diputado y nosotros respondemos en un oficio que se remitió a la Cámara de Diputados, y que señalaba lo siguiente: “En cuanto al procedimiento que se debe seguir para activar el SIS, le comunico que esta superintendencia no ha recibido denuncias de afiliados o beneficiarios a quienes se les haya denegado su derecho a percibir los fondos correspondientes al seguro, asociados a los beneficios indicados en el artículo N° 54, del DL 3.500. Esto es pago de pensiones originadas en el dictamen, en el tema de aporte previsional, en definitiva, los beneficios que cubre el seguro.

Asimismo, este organismo fiscalizador no ha recibido denuncias de afiliados o beneficiarios de pensión de sobrevivencia, en relación con el control de tasa de siniestralidad del SIS, debido a procedimientos ejecutados por las AFP.”. De nuevo está enmarcado exclusivamente dentro del control de siniestralidad y dentro del pago de los beneficios que da el seguro. No hay otros reclamos preguntados por el diputado Boric, por ello no se pone eso.

Eso es parte de las respuestas. Las otras estaban referidas a los contratos vigentes al período 2014-2016, además, y al contexto de negación de acceso y control de siniestralidad. Ya dijimos que esas denuncias no existieron para los contratos vigentes que abarcaron el período consultado y cuando existieron, en el período 2008-2009, fueron investigadas y sancionadas por la superintendencia.

Entonces, de nuevo no vemos contradicción alguna entre lo que plantea Fundación Valídame y lo que nosotros o las autoridades dijeron en su momento, cuando se inició esta comisión. Son cosas distintas y no hay absolutamente ningún ocultamiento de nada por parte de la superintendencia y de ninguna autoridad de gobierno.

Esa es la primera parte de nuestra presentación. Luego, queremos pasar a responder las preguntas presentadas por los señores diputados en la sesión del 26 de noviembre.

En primer término, la diputada señorita Karol Cariola. Quiero señalar que estas preguntas las sacamos del video de la comisión. Surge la duda de cómo se garantiza la independencia de los médicos de las comisiones médicas en relación con las AFP y compañías de seguros. Pudieran terminar siendo juez y parte, porque el que pone la plata, pone la música. Aquí, nosotros nos atenemos a lo que señala la ley. La ley señala que las comisiones médicas, tanto las regionales como la central, deben estar integradas por tres médicos cirujanos. Estos 3 médicos son designados por el superintendente de Pensiones y son seleccionados mediante concurso público. El financiamiento de las comisiones médicas, en cuanto a la administración, corresponde a las AFP y al IPS, pero no así el gasto por la contratación de los médicos integrantes, que son financiados por el Estado y remunerados a través de la superintendencia. Entonces, la independencia de los profesionales médicos que integran las comisiones está dada principalmente porque su fuente de financiamiento de remuneraciones es estatal. No son pagados por las AFP ni por las compañías de seguros.

También, la superintendencia estableció numerosas normas de inhabilidades y prohibiciones, que están contenidas en el compendio de normas del sistema, y que expusimos en su momento ante esta comisión investigadora, para evitar conflictos de intereses. Esa es la primera pregunta.

La pregunta siguiente, de la diputada Cariola, es la siguiente. ¿Qué se ha hecho para regular e impedir la integración vertical de estas empresas, considerando, por ejemplo, que Provida pertenece a Metlife, que es una compañía de seguros, entre otras cosas? Claramente hay un conflicto de intereses que es necesario aclarar y cómo la superintendencia actúa en relación con eso.

De nuevo nuestra respuesta es la siguiente. La superintendencia se rige por un marco legal vigente, que en este caso no prohíbe que las compañías de seguros de vida, que sean relacionadas con alguna AFP, participen y se adjudiquen licitaciones de seguros. Hacemos hincapié en que ni en el contrato actual ni en el anterior existen compañías de seguros, adjudicatarias del contrato SIS, que tengan relación con alguna de las administradoras. Esa es la forma en que opera hoy.

Recalamos que la forma de operar del seguro actualmente es distinta a la que había antes de 2009, por lo tanto, si bien hay algún tipo de conflicto de intereses, está bastante mitigado, por la forma en que opera.

La tercera pregunta de la diputada Cariola dice relación con si la superintendencia ha dictado protocolos y cuáles son, para regular el correcto otorgamiento de las pensiones de invalidez por parte de las comisiones médicas. Continúa señalando que la Suseso sí emite protocolos para calificar las enfermedades profesionales. Entonces, nos pregunta si hemos hecho este mismo ejercicio y cuál sería.

Efectivamente el sistema contempla un protocolo, como pregunta la diputada, que en este caso está definido en las normas técnicas de evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados al nuevo sistema de pensiones. En estas normas se contemplan criterios generales y específicos para un amplio espectro de patologías crónicas que pueden generar invalidez. La última versión fue publicada en el Diario Oficial, de 2 de enero de 2016, y entró en vigencia el 1 de julio del mismo año.

También la superintendencia mantiene un programa permanente de fiscalización técnica de los dictámenes y resoluciones de estas comisiones médicas, que se basan en este manual, orientado a verificar la correcta aplicación de tales normas, sin interferir en la autonomía que tienen las comisiones, que está consagrada en la ley.

Asimismo nos consulta si existe algún protocolo para que las tablas de mortalidad no se apliquen de la misma forma que para los trabajadores que se pensionan por trabajo pesado, porque evidentemente hay un mayor desgaste físico, menor esperanza de vida del común de los pensionados, y si se ha fiscalizado particularmente esta situación.

Ella tiene razón. Efectivamente las pensiones de invalidez se determinan aplicando una tabla específica de mortalidad, que es distinta a la que se utiliza a quienes se van a pensionar por vejez, y tiene una expectativa de vida mucho menor que la que tiene una tabla de mortalidad para pensionados no inválidos. O sea, existe la diferenciación.

Después, el diputado Juan Luis Castro nos consulta quién es el actual decano de la facultad de medicina que está representado en la comisión técnica de invalidez; cuánto dura su período; cuál es el criterio que le pide el DL 3.500 para su nombramiento; quién es el representante de las compañías de seguros; cuánto dura y en qué condiciones está, y el mismo caso para quien es el representante de las AFP. Nos pregunta, además, cuál es la evaluación de ese modo de composición establecido por ley. Aquí, estoy haciendo una pregunta interpretativa, señala el diputado. Me consulta cuál es mi evaluación en 38 años de esta composición de la CTI.

Al respecto puedo decir que la nómina de integrantes de la CTI es la que está señalada en pantalla. Uno de los cupos corresponde al superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías. Por supuesto el superintendente se apoya en su división Comisiones Médicas para participar en esta comisión; además, está la presidenta de la comisión médica central, la señora Adriana Montenegro, actualmente; el representante del Consejo de Rectores del Cruch, decano de medicina de la Universidad de Valparaíso, doctor Antonio Orellana; el representante de las compañías aseguradoras, doctor Óscar Novoa, y un representante de las AFP que está por nombrar, puesto que el anterior representante renunció hace poco tiempo.

La ley no establece un período de duración en el cargo y tampoco requisitos específicos de selección por ninguna de las partes. No exige que sean médicos de profesión, sin embargo, como uno de los integrantes es el presidente de la Comisión Médica Central, que sí tiene que ser médico, finalmente termina siendo un cirujano médico el integrante. Tampoco señala que el decano de la facultad de medicina debe ser médico, pero es bastante obvio que así sea.

Por otra parte, es útil precisar que la CTI, y la Comisión Técnica de Invalidez, con la actual composición, fue creada por la ley N° 18.964, de 1990. A partir de esa fecha opera así.

Respondiendo a la pregunta sobre nuestra opinión respecto del funcionamiento de la CTI, vamos a dar una opinión desde el punto de vista práctico de la superintendencia. No somos los llamados a presentar cambios legislativos, pero dado que nos están pidiendo esto y el hecho de que queremos que esta comisión tenga éxito y un buen resultado, vamos a dar nuestra opinión. Creemos que el representante de las AFP debiera dejar su representación en la comisión puesto que su rol en la actualidad solo tiene que ver con financiamiento y administración de una parte de la infraestructura, en este caso las AFP, y del personal administrativo de las comisiones.

Por el lado de las compañías de seguro evidentemente hay un conflicto de intereses, puesto que son ellos quienes pagan los siniestros de invalidez, pero por otro lado, queremos hacer hincapié en que quienes mejor conocen el impacto de los cambios en el costo final del seguro son las compañías de seguros de vida. Por lo tanto, tienen un aporte importante que hacer a la comisión.

En concreto, nuestras sugerencias para mejorar el funcionamiento de la CTI son las siguientes.

- 1.- Suprimir la representación de las AFP en la comisión.
- 2.- Mantener la participación de las compañías de seguros, por sus conocimientos específicos sobre el tema, pero solo con derecho a voz y no a voto.
- 3.- Incorporar representantes del ámbito público del área de la salud, que hoy no están.
- 4.- Poner a disposición del público la Norma de Calificación de Invalidez para su opinión, con la debida anticipación antes de su emisión, de tal manera que cualquier persona pueda efectuar comentarios a esta norma cuando se modifica. Hoy eso no es posible.
- 5.- Creemos que es importante remunerar por la función a los integrantes que no sean del sector público. Por ejemplo, el decano de la Universidad de Valparaíso, que hoy está cumpliendo ese rol, no tiene ninguna remuneración, y cuando viaja a Santiago él debe costear su viaje. Creemos que eso no es correcto y sería buena que haya una remuneración para quienes no pertenecen al sector público.

El diputado Castro consulta sobre qué impresión tiene la autoridad respecto de que el 70 por ciento del financiamiento de las comisiones médicas esté pagado por las AFP, qué opinión tenemos de eso en 38 años, cómo podríamos asegurar la no incumbencia y respecto de que quien pone la plata pone la música.

En la década de los 80 el Estado financiaba todo a través de la Superintendencia de AFP. La situación era bastante precaria, el personal era contratado a honorarios y los locales en que se funcionaba eran otorgados en comodato por otros organismos públicos. Además, los exámenes médicos se los debían pagar los propios afiliados. Se caracterizaba por una escasez de recursos.

Creemos que con el financiamiento obtenido de las AFP y compañías de seguros se ha podido acceder a peritajes especializados, con mejor atención para las personas. Por lo tanto, creemos que se debe mantener eso dada la escasez de recursos fiscales.

Sin embargo, recalamos que el personal médico que califica deber ser financiado por el Estado, con el fin de que no haya conflictos de interés.

En todo caso, recomendamos algunos cambios. Creemos que las AFP deberían formar una filial especialmente dedicada a gestionar las comisiones médicas, de manera que dicha filial sea sometida a las mismas reglas que las AFP y la superintendencia tenga amplias facultades de fiscalización. Hoy las comisiones médicas operan a través de una fundación, pero las facultades de fiscalización son más limitadas.

Además, hoy existen algunos copagos de los afiliados por algunos exámenes. No son muchos, pero existen, por lo que recomendamos eliminarlos y que sean completamente pagados por las aseguradoras.

También se pregunta cuáles son los requisitos que el reglamento establece para la calificación que la ley dice deben tener al momento de integrar las comisiones de invalidez.

Nos remitimos a la ley. El artículo 20 del DS N° 57, de 1990, señala: "Cada Comisión estará integrada por tres médicos cirujanos designados por el Superintendente, los que serán seleccionados por concurso público.

Dichos médicos tendrán la calidad de contratados a honorarios por la Superintendencia y no serán funcionarios dependientes de ésta.

El superintendente de Pensiones designará a uno de los miembros de la comisión para que se desempeñe en calidad de presidente.

Uno de los otros miembros actuará como secretario médico de la comisión, será también designado como tal por el superintendente, y subrogará al presidente, en ausencia de éste".

Señorita Presidenta, me gustaría que el señor Jorge Mastrangelo, intendente de Fiscalización, conteste las preguntas que restan.

Señor Jorge Mastrangelo, intendente de Fiscalización

El señor MASTRANGELO.- Señorita Presidenta, el diputado Juan Luis Castro señaló: "Nosotros vamos a revisar la nómina de médicos, vamos a hacer un scanner de los médicos".

Él se refería a la nómina de los doctores que integran las comisiones médicas y los interconsultores. Se entiende en sentido figurado.

En lo que se refiere a las inhabilidades de los médicos que integran las comisiones, los informamos en las presentaciones anteriores. Los doctores que integran las comisiones médicas no pueden adquirir la calidad de médico interconsultor, no pueden ser médico observador de las compañías de seguros y no pueden ser o adquirir la calidad de médico contralor de isapres, que son las entidades más directamente vinculadas o generadoras de los conflictos de interés más importantes.

En el caso de los interconsultores, sí se va a encontrar relación económica entre ellos y las compañías de seguros y las AFP, porque son las mismas compañías de seguros las que financian los exámenes y las interconsultas de los afiliados cubiertos por el seguro, y las AFP en el caso de los afiliados no cubiertos por el seguro.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, me gustaría que se precise a cuánto asciende el monto anual del financiamiento de las AFP para estos dos grupos de afiliados.

El señor MASTRANGELO.- Señorita Presidenta, esta pregunta fue formulada por el diputado Nino Baltolu y en la presentación se observan los montos del financiamiento que aportan las AFP a las comisiones. Por un lado, en la parte superior del cuadro están los gastos de administración, que corresponde a 2.593 millones en 2016 y 3.035 millones en 2017.

También aporta el IPS, porque las personas que solicitan Pensión Básica Solidaria de Invalidez generan un costo que los financia el Estado, proporcionalmente a la cantidad de solicitudes que se presentan. En la parte inferior del cuadro se observan los montos anuales cancelados por prestaciones médicas, los afiliados no cubiertos, que son pagados por las AFP: 3.455 millones en 2016 y una cifra muy similar en 2017.

En el caso de las compañías de seguros, tenemos 4.639 millones en 2016 y 5.696 millones en 2017.

No reportamos 2018, porque no está cerrado desde la perspectiva contable.

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, hay compañías de seguro de accidentes del trabajo y me gustaría saber cómo operan ante un accidente, cómo se paga la pensión, porque muchas veces las AFP señalan que en ciertos casos no se trata de un accidente laboral, sino doméstico, que fue a jugar a la pelota, en fin.

El señor MASTRANGELO.- Señorita Presidenta, la invalidez puede ser por tres causas: temporal, la paga la isapre o Fonasa; accidentes laborales, la paga la mutual de seguridad, y permanentes y no originadas en accidentes laboral, la paga el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia.

Entonces, cuando la persona solicita la calificación de invalidez por el sistema de las AFP se separan los casos que son accidentes laborales y se derivan a la mutual para la calificación pertinente, que se hace con otra norma y genera otros beneficios.

El artículo 12 del decreto ley N° 3.500 establece la incompatibilidad entre los beneficios de uno y otro sistema. Y cuando hay dudas, en caso que la comisión médica determine que la invalidez ha sido generada por un accidente laboral, una comisión médica ampliada evalúa la pertinencia de una u otra cobertura.

La señorita CARIOLA (doña Karol).- Tengo varias dudas respecto de las preguntas que respondió el superintendente, y quiero volver a esa materia, a propósito de que se dice que no hay denuncias formales, lo cual es contradictorio con lo que hemos conocido, particularmente de la fundación Valídame, que nos ha dado, incluso, datos específicos, por ejemplo, sobre la denuncia realizada por Alejandra Vial, extrabajadora de la AFP Provida, en cuanto a cómo se utiliza el control de siniestralidad para establecer mecanismos que dificultan la entrega, con procedimientos completamente al margen de lo establecido legalmente para otorgar pensiones de invalidez.

El superintendente señaló que no existen denuncias formales. Pero a qué se refieren, porque hay una denuncia sobre lo que ha venido ocurriendo. Por eso, quiero formular un par de preguntas bien concretas.

Primero, a propósito de la denuncia de Alejandra Vial, ¿cuántas fiscalizaciones se han realizado a la AFP Provida, durante su periodo como superintendente, y cuáles han sido los resultados de esas fiscalizaciones? ¿En qué está el caso de Alejandra Vial? Qué ha pasado con la denuncia hecha en ese caso por la fundación Valídame.

También, quiero tener el dato concreto de cuántas son las solicitudes de pensión de invalidez que se han presentado este año, cuántas fueron aceptadas y cuántas fueron rechazadas.

Estos datos son importantes para saber qué estamos investigando, porque hasta ahora todo pareciera estar en orden.

Entonces, de dónde salen las denuncias; por qué se habla de este control de siniestralidad, que, supuestamente, no se está aplicando.

El señor MASTRANGELO.- Señorita Presidenta, todo el tiempo, antes y después del 2009, recibimos reclamaciones de los afiliados por falta de conformidad con el resultado de la calificación de invalidez.

Por ejemplo, si las personas enviaron cartas a la Superintendencia para preguntar por su pensión de invalidez, el departamento técnico de Invalidez analizó el expediente, revisó lo que hizo la comisión e informó a la persona que consultaba mediante un oficio. Recibimos muchas consultas de ese tipo.

Ahora bien, denuncias sobre acciones sistemáticas para impedir que la solicitud de calificación de invalidez llegara a la comisión, para que la persona fuera evaluada, solo tenemos la que se hizo en el 2009, que se investigó en la AFP Provida, se citó a declarar a los funcionarios, se formuló una sanción y la AFP fue castigada con una multa e instruida para corregir esa falencia, ese incumplimiento de la ley.

La señorita CARIOLA (doña Karol).- ¿Cuál fue la multa?

El señor MASTRANGELO.- La multa fue de 300 UF.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Cuánto es en dinero?

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- 8 millones, más o menos.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Bien simbólico.

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Si me permite complementar, también se investigaron dos casos más: AFP Capital y AFP Cuprum. Ambas, también fueron sancionadas.

Con posterioridad, señalamos que no hay denuncias formales por obstáculos a la solicitud de pensiones de invalidez de control de siniestralidad. Eso señalamos y mantenemos esa argumentación.

La última denuncia fue justamente de la fundación Valídame, que se refería a los mismos hechos que habían sido sancionados con anterioridad y que es lo que señaló la diputada Karol Cariola.

Pero, efectivamente, por otras cosas sí hay denuncias. Estamos hablando de cuestiones distintas. Nosotros decimos que no hay denuncias por control de siniestralidad, pero fundación Valídame señala que sí hay denuncias. Claro que hay denuncias, nunca hemos dicho lo contrario. En la primera sesión se señaló que siempre estábamos hablando en torno a este tema.

La sanción a Cuprum, en ese momento, fue de 3.600 UF, pero lamentablemente, por un problema procesal, fue anulada por la Corte, aunque estaba clara la sanción.

La sanción a Capital fue de 800 UF, y esa sí quedó firme. Se sancionó también en esa época.

El señor MASTRANGELO.- Lo más importante en ese momento, además de las sanciones, fue que la Superintendencia tuvo un rol decisivo en el cambio de la estructura del contrato del seguro de invalidez y sobrevivencia, eliminando de raíz a las AFP del proceso. Ahora lo único que hacen es tramitar una licitación bajo las normas que impartieron la Comisión para el Mercado Financiero y la Superintendencia. Y el dinero para financiar el seguro viene de los empleadores, pasa por las AFP y se va a las compañías de seguro. Las AFP no tienen ninguna injerencia en esto.

Entonces, es muy importante haber eliminado de raíz el conflicto de intereses, cuestión que estaba en el fondo de lo que se está discutiendo.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, solo para precisar.

Del total de reclamaciones o apelaciones de los fallos de invalidez, ¿cuál es el porcentaje que va en apelación al nivel central, a la última instancia, de aquellos que no obtienen invalidez?

El señor MASTRANGELO.- Esos datos están en los antecedentes de la primera presentación a la comisión. En todo caso, lo que señalamos en esa oportunidad fue que, de los reclamos que le corresponde resolver a la comisión médica central, en el 73 por ciento de los casos se mantiene, en el 9 por ciento se aumenta el menoscabo laboral y en el 18 por ciento se rebaja.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- De ese 18 por ciento, ¿qué reclamación existe?

El señor MASTRANGELO.- El recurso posterior a la resolución final de la comisión médica central, el recurso de reposición, lo comentará el señor Bustos.

El señor BUSTOS.- Aplican supletoriamente a este procedimiento los recursos que establece la ley N° 19.880 y que, en síntesis, son el recurso de reposición y el recurso extraordinario de revisión. Obviamente, se presentan ante la misma comisión médica central, ocasión en la que el reclamante o recurrente puede hacer presente todos los antecedentes que estime convenientes en defensa de su derecho o de su solicitud.

De cualquier modo, la ley no establece ningún límite de presentación de solicitudes de pensión si estas son rechazadas. Por lo tanto, si a una persona le rechazan la solicitud de pensión de invalidez por cualquier razón médica, puede volver a presentarla. En tanto no cumpla 65 años de edad o no se pensione por vejez, su derecho a presentar una solicitud de pensión de invalidez subsiste.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Hay un tiempo de espera entre una y otra solicitud?

El señor BUSTOS.- No, diputado.

El tiempo de espera iría en relación con la causal de rechazo. Por ejemplo, si hay algún tratamiento pendiente, lo recomendable sería que se culminara primero con ese tratamiento y luego presentarla, pero no hay legalmente ninguna prohibición ni tiempo de espera para una nueva solicitud.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señora Presidenta, por su intermedio, al señor Bustos, ¿en qué se diferencian jurídicamente los dos recursos que usted menciona?

El señor BUSTOS.- Señora Presidenta, por su intermedio, al diputado. El recurso de reposición es un recurso ordinario que se presenta ante la Comisión Médica Central y que consiste en revisar todo el procedimiento, es similar a la apelación; en cambio, el recurso extraordinario de revisión se interpone respecto de actos ya ejecutoriados, por eso es extraordinario o fuera de lo regular, y tiene causales específicas, por ejemplo, la falta de emplazamiento, es decir, que la resolución no fue debidamente notificada; o el error de hecho en la calificación de invalidez, que fue determinante en la resolución que adoptó la Comisión Médica Central.

Es decir, tiene causales muy específicas.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Entonces ¿es facultativo de la comisión acoger a trámite o no esos dos recursos? Me explico, no es un derecho adquirido del usuario hacer uso de ellos automáticamente, sino que depende de si son acogidos o no.

El señor BUSTOS.- El primero, el recurso de reposición, no tiene causales específicas, por lo que, la Comisión Médica Central debe necesariamente acogerlo a trámite. Otra cosa es lo que se resuelva en cuanto al fondo de lo que se alega.

En cambio, el recurso extraordinario de revisión es extraordinario y el plazo para interponerlo es de un año. Por lo tanto, como opera con causales específicas, si estas no concurren, evidentemente, no será acogido a trámite el recurso y, desde luego, el plazo de un año indica que en ese mismo término, el afiliado puede presentar una o dos solicitudes de pensión de invalidez, con lo que lograría que se realice una nueva revisión de sus enfermedades, y de manera más actualizada, porque la calificación de invalidez es, de alguna manera, una fotografía del momento en que el trabajador está sufriendo con su enfermedad.

La señorita CARIOLA (doña Karol).- Señora Presidenta, quiero tener claridad respecto de la aplicación del control de siniestralidad, porque una cosa es que haya denuncias o no, y eso quedó claro, porque se dice es que no hay denuncias formales en relación a este punto. Sin embargo, considerando que la labor de la superintendencia es mantener una fiscalización permanente, ¿en cuáles de las AFP se ha detectado el control de siniestralidad y qué sanciones se han aplicado?

Recién hablaron de la AFP Provida, lo que me parece importante, y mencionó un par más.

¿Cómo se llegó a esa detección y a partir de qué acciones? ¿Se detectaron esos casos a partir de la fiscalización general? ¿Qué medidas se tomaron respecto de eso?

Lo otro que no han respondido, es cuántas son las solicitudes de pensión de invalidez que se presentan, cuántas se aceptan y cuántas se rechazan.

Al menos para mí, es importante poder contar con ese dato ahora.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Hay dos puntos que señalar.

Uno, esa pregunta la formulé la sesión pasada y no veo respuesta en la presentación. Se presentaron ambas cifras juntas, la mantención y cuándo se aprobaban las apelaciones. Solicitamos que se presentaran ambas cifras, pero de manera separada.

Dos, me llama la atención la respuesta entregada a una de las preguntas del diputado Barros respecto de si son las AFP las que deben financiar el funcionamiento de esas comisiones. Me refiero en términos administrativos, y la respuesta fue que el financiamiento mixto permite que se preste un servicio de mejor calidad a los afiliados sin comprometer la independencia de las decisiones médicas.

¿En qué es posible basar la afirmación de que no se comprometen las decisiones médicas si hay financiamiento de la administración?

El viernes me enteré de la existencia de un software en el que se recopilan todos los expedientes de los usuarios y ese software es administrado por un mecanismo determinado por las mismas AFP, que fue asignado mediante una licitación. En consecuencia, las mismas AFP señalan el mecanismo de administración de este sistema on-line. Obviamente, esto provoca, a lo menos, una duda legítima, porque si son las mismas AFP las que están manejando los expedientes de los afiliados, de aquellos cotizantes, es posible que las decisiones estén comprometidas en cuanto a su independencia.

Pido al superintendente que responda de forma breve, porque necesitamos tiempo para escuchar, también, las respuestas de la fundación.

Tiene la palabra el diputado Marcos Ilabaca.

El señor ILABACA.- Señora Presidenta, en la misma línea de las preguntas ya formuladas, hay algo que no me quedó claro en la respuesta de la superintendencia acerca de la Comisión Técnica de Invalidez.

Reitero que sé que esto está determinado por ley, pero ¿cómo es posible entender que una Comisión Técnica de Invalidez, que al parece ustedes defienden, esté integrada por representantes de las compañías aseguradoras y de las administradoras de los fondos de pensiones? Además, de que nos da los resultados que ustedes no entregan. Es decir, la afirmación: a esta comisión no le corresponde ningún rol o función calificadora propiamente tal, ni resolutoria de reclamos en contra de los dictámenes regionales. Sin embargo, en la exposición anterior se señaló: que de los reclamos que le corresponde resolver a la Comisión Técnica Central, que es de la que estamos hablando, en 73 por ciento de los casos se mantiene lo dictaminado, en 9 por ciento se aumenta la declaración de menoscabo laboral y en 18 por ciento se rebaja, todo ello en función de la revisión íntegra de los antecedentes disponibles en el expediente.

Entonces, insisto, ¿de qué manera una Comisión Técnica de Invalidez compuesta con estas características puede dar fe, seguridad y plena certeza a las personas que sufren de algún tipo o grado de invalidez, de que serán atendidos sus reclamos? Además, los porcentajes entregados por la Superintendencia muestran que no existe la imparcialidad que deberían tener aquellas personas que hoy pueden necesitar ser beneficiarios de una pensión de invalidez.

Por lo tanto, insisto en conocer, también, la opinión seria de la superintendencia. ¿Cuál es la opinión? La opinión es la que manifiestan en la respuesta en orden a que funciona. Esperaría de la superintendencia que tuviera una opinión clara respecto de una composición que, a todas luces, es absolutamente irregular. Hoy, ningún tribunal del país está compuesto, como la Comisión Técnica de Invalidez, por dos de cinco representantes de aquellos a quienes deben fiscalizar.

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señora Presidenta, respecto de la parte estadística, o sea, la apertura que solicita la Presidenta, la entregamos y dejamos una grabación en el computador de la comisión con toda la información que usted solicitó. Por supuesto, si requiere más, la entregaremos sin problema.

Respecto de la pregunta formulada por la diputada Karol Cariola, ya mostramos esas estadísticas en la primera presentación que hicimos, por lo que, está toda la información a su disposición. Sin embargo, podemos señalar que se presentan más de 50.000 solicitudes de calificación de invalidez cada año y, de esas, el 50 por ciento es aprobado por las comisiones médicas y el otro 50 por ciento, es rechazado. El detalle por año ya fue entregado a la comisión investigadora y tampoco será un problema si se nos requiere entregar dicha información con más precisión.

Respecto de las sanciones, es efectivo que hubo tres sanciones. Una de ellas, la de Provida, se originó en una denuncia de empleados de esa administradora, algo que ocurrió hace diez años. Las otras fueron las de Cuprum y la de Capital. La primera fue por una denuncia interpuesta por un afiliado, lo que dio origen a una serie de fiscalizaciones de la superintendencia, en la que se comprobó que era efectivo que existía un grado de obstaculización de acceso a las pensiones, y la segunda fue por reclamos de afiliados y denuncias que motivaron que se realizaran nuevas fiscalizaciones de la superintendencia que derivaron a la aplicación de sanciones.

Cómo dijo el intendente, lo más importante es que a raíz de eso se adoptaron medidas inmediatas para cambiar completamente la operación del seguro de invalidez y sobrevivencia, y desapegar a las AFP de esa función. Entonces, hoy las AFP solo administran, pero no tienen relación alguna con el resultado de la siniestralidad, sus utilidades o pérdidas. De esa manera se cortó de raíz este tema.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Superintendente, sobre ese punto, para aclarar, ¿la Superintendencia no fiscaliza de oficio?

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señora Presidenta, siempre estamos fiscalizando todas las materias que afectan a las administradoras. Este es un sistema gigantesco con 10 millones de afiliados, más de un millón de pensionados y 210.000 millones de dólares de fondos en administración, por lo que utilizamos nuestros recursos en los puntos en que vemos que hay más riesgo. Siempre estamos fiscalizando que las normas se cumplan y lo que no hemos visto es una sistemática obstaculización del acceso a la calificación de invalidez para recibir la correspondiente pensión. Eso es lo que podemos señalar.

Respecto de lo que dijo el diputado, estamos de acuerdo con él y lo señalamos, respecto de que es necesario un cambio en la composición de la Comisión Técnica de Invalidez.

Creemos que el representante de la AFP debe salir de la comisión, porque no tiene razón de ser que esté allí, pues las AFP ya no tienen nada que ver con la calificación de invalidez, solo administran el sistema.

También señalamos que hay conflicto de interés del representante de las compañías de seguros, porque ellos pagan los siniestros, pero también dijimos que las compañías de seguros son las que mejor pueden dimensionar el impacto de un cambio en las normas y en el costo en seguro, que es importante.

Entonces, proponemos –nosotros no somos los llamados a legislar- que salga el representante de las AFP y quitarle el derecho a voto al representante de las compañías de seguros, dejarlo solo con derecho a voz, y que se integren, en reemplazo de ellos, representantes del ámbito público de la Salud. Es decir, que quede una comisión técnica integrada por el decano de la Facultad de Medicina, por el superintendente de Pensiones que corresponda, por la presidenta de la Comisión Médica Central y dos representantes del ámbito público en la Salud. Creemos que es importante hacer eso.

Respecto del rol de las AFP -sabemos que el Estado tiene recursos escasos-, indicábamos que cuando esto no era financiado por las AFP y las compañías de seguros, era muy precario el funcionamiento, y lo que queremos es que los afiliados tengan una buena atención.

Entonces, en la medida en que esté cautelado el conflicto de intereses, no vemos razones para cambiar el financiamiento de los costos administrativos -jamás de los honorarios médicos-, pero sí nos gustaría tener mayores facultades de fiscalización. Por eso proponemos que, manteniendo este financiamiento, las AFP constituyan una filial que sea la que administre todo el proceso de comisiones médicas y que la filial sea sometida a las mismas normas que se rigen las sociedades anónimas y las AFP, de tal manera que la Superintendencia pueda tener muchas más facultades para fiscalizar el funcionamiento de esa entidad. Eso proponemos y está expuesto en la presentación.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, quiero felicitar al supremo gobierno de que haya tomado la decisión de comunicarnos en esta comisión que va a disminuir definitivamente el rol de las AFP y de las compañías de seguros, eliminándolas de la injerencia que tienen al interior de la Comisión Técnica de Invalidez. Es una buena noticia y espero que se fije el plazo para enviar la enmienda legal para que ocurra definitivamente, porque el anuncio que ha hecho acá es muy importante, sacar a las dos instituciones que son juez y parte de una vez por todas, es algo que se debe valorar por todos. Por eso estoy muy contento y espero que precise cuándo se modificará en la ley correspondiente y que se haga lo antes posible.

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señora Presidenta, lo que queremos hacer es contribuir a que los resultados de la comisión ayuden a los afiliados. Eso deseamos y por eso hemos planteado esto.

Finalmente, será el gobierno el que, a través del ministerio y la Subsecretaría, señale específicamente los plazos.

Tenemos una última cosa que decir. Nosotros analizamos uno a uno los casos que presentaron la Fundación Validame y ya que nos acompaña el jefe del Departamento Médico, quisiera saber si disponemos de tiempo para comentar los análisis. Estamos disponibles para ello.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Perfecto. Tendría que ser en otra ocasión, ahora sería mejor si se envían por escrito, porque podemos evaluarlo y analizarlo en la próxima sesión.

Respecto del plazo, ¿nos podría decir algo?

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, lo que indiqué es que eso lo debo ver con el ministro y la subsecretaría, que son quienes deciden cuándo se pueden presentar cambios legislativos.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entiendo. La comisión lo va a preguntar también por oficio al ministerio, para que nos den una respuesta oficial.

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, creo que esa es una buena alternativa.

El señor JIMÉNEZ.- Señorita Presidenta, he escuchado atentamente la exposición y creo que lo que dijo el diputado Juan Luis Castro es fundamental para nosotros. Entendemos que debe llevarse adelante una conversación con otros ministerios, pero es fundamental que ocurra este cambio. Incluso, me atrevería a decir que ni siquiera deberían tener participación con voz, se deberían sacar definitivamente, porque no tienen nada que hacer allí.

Ahora, independiente de que esto se lleve a la práctica, deberíamos incorporar en el informe final una propuesta de la comisión, porque lo que menos se entiende en esto es que sean juez y parte.

La señorita CARIOLA (doña Karol).- Señorita Presidenta, a través de un oficio, quiero solicitar a la Superintendencia un listado de todos los funcionarios directivos de la Superintendencia que hayan trabajado en AFP o compañías de seguros y a la inversa. Funcionarios o directivos de la Superintendencia que se vayan a trabajar a las AFP o compañías de seguro. Me refiero a fiscales, jefes de unidad e intendentes. Me interesa tener ese dato a vista de la comisión. Sugiero que lo hagamos como comisión.

No le voy a pedir el listado ahora al superintendente, pero me gustaría que lo podamos tener a la vista en función del mejor resultado de la investigación.

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

El señor CELIS (don Andrés).- Señorita Presidenta, para tener mayor claridad, quiero preguntar si la Superintendencia envió formal y oficialmente, o si ingresó esta solicitud de modificación en cuanto a eliminar al representante de la AFP, con derecho a voz y voto, y al representante de la aseguradora con derecho a voz. Concuero con el diputado Jiménez respecto de que debería ser sin derecho a voz y voto. ¿Hay un ingreso formal y oficial al respecto, o no?

El señor MACÍAS (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, no, diputado. Lo estamos expresando por primera vez en la comisión.

Señor presidente de la Fundación Valídame, Juan Carlos Pizarro.

El señor PIZARRO.- Señorita Presidenta, quiero saludar a las personas que nos acompañan -se encuentran sentadas detrás nuestro-, pero sobre todo a un afectado que se encuentra presente.

El día 3 de octubre, tuvimos una reunión por ley de lobby con el superintendente de Pensiones, y como fundación solicitamos expresamente y sentenciamos que a raíz de nuestra investigación, la Comisión Técnica de Invalidez ya no podía existir de la forma cómo la conocemos.

Estamos bastante emocionados de que el Estado haya propuesto retirar a las compañías de seguros y a las AFP porque la sensación unánime es que no tienen nada que hacer ahí.

Nuevamente, me toca invertir el orden de la presentación que traemos porque nos tenemos que hacer cargo de algo.

-Se presenta un video.

El señor PIZARRO.- Fundación Valídame es una entidad jurídica y actúa bajo las normas estrictas de la formalidad. No puede, bajo ninguna fórmula, realizar denuncias por mecanismos informales. Generalmente, es a través de oficios y a todos los poderes del Estado. De hecho, hemos oficiado a todos los poderes del Estado de manera sistemática.

En un diario económico conocido el señor superintendente dice que no hay denuncias en relación al SIS, que es la materia que nos compete y que como fundación se denunció a la Fiscalía Nacional Económica.

Los requerimientos formales realizados por Fundación Valídame desde 2009, primero quien les habla como persona natural y desde 2013 como Fundación Valídame, de acuerdo con el movimiento computacional que tiene la propia Superintendencia de Pensiones, documentación que se adjunta en la carpeta a esta comisión, son 536 movimientos entre noviembre de 2009 y el 30 noviembre de 2012. Son 536 movimientos formales entre requerimientos, presentaciones y denuncias.

En la página web de la Superintendencia de Pensiones existe el registro de doce multas a beneficio fiscal ejecutoriadas, entre 17 de junio de 2010 y el 22 de mayo de 2017 en materia del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS). Son sanciones ejecutoriadas que están anexadas en la carpeta.

Me detengo en una en particular. Durante la semana se la hicimos llegar a la Presidenta de esta comisión. Me refiero a la resolución ejecutoriada N° 43, de 17 de junio de la Superintendencia de Pensiones. Es importante la resolución porque los abogados de la superintendencia son más claros para precisar lo que significa el control de la siniestralidad, que incluso lo que podría haber expresado la propia fundación.

El considerando N° 19, redactado por los abogados de la Superintendencia de Pensiones, señala que la investigación llevada a cabo en autos deja en evidencia que AFP Capital S.A. obstruyó la presentación de solicitudes de pensión de invalidez de sus afiliados, lo que en el caso de la agencia de la ciudad de Rancagua obedeció a una política o procedimiento que se había implementado en dicha agencia y cuyas consecuencias no es posible dimensionar desde el momento que no tiene registro del número de personas a las que se les aplicó ese procedimiento y que no han reclamado.

Desde el momento que hubo una política y procedimiento establecido en la agencia de la ciudad de Rancagua que condicionaba la presentación de las solicitudes de invalidez de sus afiliados a requisitos no contemplados en la legislación esa AFP obstruyó el ejercicio de derechos previsionales de estos de modo arbitrario e ilegal afectando gravemente su finalidad como empresa, cuyo giro empresarial tiene un carácter previsional.

A través de esta redacción me pregunto por qué la superintendencia no aplicó la normativa establecida cuyo efecto podría inclusive haber sido la caducidad de la personalidad jurídica de esta AFP, porque tiene las atribuciones legales.

En el considerando 21 se señala que el actuar de la AFP Capital S.A. en la ciudad de Rancagua es a tal extremo arbitrario e ilegal que resulta inverosímil pensar que ello hubiese obedecido, en forma exclusiva, al actuar de una funcionaria de esa administradora que por su cuenta y riesgo, y de modo frecuente, haya actuado de esta manera sin haber sido objeto de supervisión y control por parte de sus superiores inmediatos.

Del mismo modo, se ha acreditado que al menos en la agencia de la ciudad de Viña del Mar también se obstaculizó la presentación de solicitudes de pensión de invalidez, de lo cual es prueba el caso y que en la resolución está tarjado para proteger los datos de la persona que denunció.

¿Anterior a 2008 había control de siniestralidad? Sí, porque de eso da cuenta la denuncia en los correos electrónicos existentes en los propios archivos computacionales.

¿Había control de siniestralidad en otras AFP? Sí, se constató en AFP Capital, en la ciudad de Rancagua, como política permanente de empresa y en la ciudad de Viña del Mar.

Mi pregunta es por qué las sanciones o las multas ni siquiera se ajustan a lo establecido en la normativa.

Si alguien me pregunta diría que el organismo regulador tenía la facultad para sancionar con 15.000 UF a beneficio fiscal y no lo hicieron. A lo menos podría haber sido el 30 por ciento del valor defraudado, que es lo que establece la propia normativa en algunos casos. Por ejemplo, le extrajeron dinero de las cuentas a pensionados; extrajeron valores del SIS para personas que estaban pensionadas y que ya no estaban cubiertas, en un monto cercano a 700 millones de pesos, en una AFP, en un año calendario, de marzo de 2011 hasta marzo de 2012. Esta resolución también se adjunta en la carpeta.

El monto sustraído, para no decir defraudado, era alrededor de 700 millones de pesos y se les cursó una sanción de 400 UF, que no es representativo del 30 por ciento del valor que estaba comprometido, que es la facultad sancionatoria mínima que tenía la Superintendencia de Pensiones del momento.

¿Había conocimiento de parte de los funcionarios de la Superintendencia de Pensiones que había control de siniestralidad antes de la reforma y posterior a la reforma?

Estos documentos de la propia superintendencia, que son públicos y que están en su página web, dan cuenta de ello.

Cuando vemos la gravedad de estos documentos Fundación Valídame ha sido bastante suave al relatar lo que le venía ocurriendo a los ciudadanos que se iban enfermando o que se iban accidentando y que están afiliados al sistema de pensiones chileno.

¿Quiénes estaban enterados en la Superintendencia de Pensiones? Aquí está el listado. No quiero disminuir ningún cargo, pero al ver la cadena de distribución notamos que hasta la persona que controla el acceso, en la puerta, tenía conocimiento.

Me parece necesario hacer las precisiones públicas, porque Fundación Valídame no ha dicho nada de lo cual la Superintendencia de Pensiones, en sus respectivos tiempos, no haya tenido conocimiento. En mi fuero interno, como persona, al margen de la fundación, en verdad me siento muy afectado, porque con esta manera de actuar estamos concurriendo a la debacle de la institucionalidad. A mí me parece que la institucionalidad hay que cuidarla y que debe estar por sobre este tipo de comportamientos de las personas, porque de la institucionalidad dependen el resguardo de mis derechos y la protección de mis bienes. Pero cuando veo que la Comisión Investigadora, investida con facultades constitucionales, le pregunta a uno de sus fiscalizados, no puede recibir una mentira como respuesta, y en eso hay que ser claro. Me parece que la dignidad de esta honorable Comisión tiene comprometido el hecho de que no puede recibir una mentira como respuesta. De eso hemos sido objeto los ciudadanos permanentemente y cada vez que denunciamos. Se nos decía que todo estaba bien. Pero no es así. A mi espalda hay un señor que estaba cubierto por el seguro; sin embargo, lo dejaron sin cobertura. Le aprobaron la invalidez cuando él había dejado de ser titular en su empleo, porque su salud no se lo permitió. Pero aun así, como independiente, se dio el trabajo de pagar sus cotizaciones, y estando cubierto –como da cuenta el registro de la AFP Provida-, se quedó sin cobertura. Hoy recibe una pensión paupérrima, producto de que no se le entregó la cobertura.

La Superintendencia sancionó a una AFP porque había afectado a 255 personas que, estando cubiertas, las pasaba como no cubiertas.

Cuántas personas han sido afectadas con estos dictámenes transitorios, que lo único que logran es que, a los tres años, las personas estén más graves y más indefensas. Pero las dejan sin su pensión definitiva. En una sola AFP, en un período corto de tiempo, hubo 3.027 personas afectadas, porque no fueron notificadas de los procesos de reevaluación.

Yo creo que hoy concurrimos públicamente a entender la gravedad de la situación. Nosotros nos tenemos que hacer cargo de nuestros dichos. Hemos sido absolutamente serios. Incluso, al revisar el sitio web de la Superintendencia de Pensiones, nos hemos dado cuenta de que no necesitamos vulnerados nuestros, pues hay otros vulnerados que andaban solos por la vida, cientos de miles. De hecho, la propia Superintendencia dice que no se puede cuantificar el daño, porque no se conoce la cantidad de personas que fueron afectadas. Y como todas esas

personas pululan por ahí, yo espero que haya muchos abogados escuchando esta presentación, pues tengo la sensación de que de aquí va a salir material suficiente como para que los responsables sean denunciados y demandados.

En la reunión con la subsecretaria, por “ley de lobby”, fue enfática en señalar que los casos denunciados estaban prescritos. Bueno, ahora hablamos de casos que no están prescritos.

Nos da la sensación, como fundación, que cuando usted constata que alguien que tenía la responsabilidad de administrar recursos, se apropia de ellos, porque los sustrae -para decirlo en un lenguaje socialmente aceptable, en esta Comisión-, me parece que no es suficiente una “multita”: me parece que también concurre el deber de denuncia de autoridades de otras instituciones del Estado, impedidas de hacer su trabajo porque nunca les llegó la información, pues quien tenía que proveerla y haber denunciado, dejó de hacerlo.

Como fundación, nos parece muy importante citar al contralor general de la República, de manera que acceda a esta información y sancione administrativamente a quien corresponda. No obstante, si aquí hay hechos que revistan carácter de delito, se deberá hacer las denuncias donde corresponda.

A nosotros nos parece insuficiente que a quienes le sacan plata de su cuenta la devuelvan y, como premio, le cursen una “multita”. Nos parece que como ciudadanos nos debemos una institucionalidad sólida, que permita sancionar fuerte y claro. Por los hechos descritos en estas doce multas cursadas por la Superintendencia de Pensiones, entre 2010 y 2017, no me cabe ninguna duda de que correspondía la caducidad de las personas jurídicas que administran recursos de terceros.

Cuando uno revisa esta documentación, queda una sensación de sospecha, parafraseando a la Corte de Apelaciones de Temuco. En un fallo contrario a la Superintendencia de Pensiones, resulta altamente sospechoso que, habiendo un marco normativo claro, que indicaba lo que se debía hacer, no se haya aplicado, y que pudiendo cursar una multa de 15.000 UF a beneficio fiscal, se termine cursando una de 200 UF. Hay algo que no nos cuadra. Al menos nos resulta altamente sospechoso.

Si le parece, señorita Presidenta, una de nuestras asesoras jurídicas, doña Daniela Valderrama, expondrá brevemente acerca del marco normativo que a la Superintendencia de Pensiones le permitía realizar las sanciones correspondientes, incluso sin modificaciones normativas sofisticadas.

Señora Daniela Valderrama, asesora jurídica de Fundación Valídame.

La señora VALDERRAMA (doña Daniela).- Señorita Presidenta, muy brevemente voy a exponer sobre las facultades que le otorga el DFL 101 a la Superintendencia de Pensiones, en particular sobre su facultad de fiscalización y la dictación de normas, por cuanto el superintendente tiene facultades para determinar expresamente las normas del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS).

Por lo tanto, estaba facultado -y sigue estándolo-, por ejemplo, para haber impedido que a las licitaciones del seguro de invalidez se presentaran empresas relacionadas; para haber evitado que MetLife y Provida concurrieran a las licitaciones.

También es necesario hacer presente que quienes hacen el llamado a las licitaciones, de acuerdo a la normativa, son las propias AFP. Entonces, son las AFP las que llaman a licitación; son las AFP las que determinan quién se las adjudica, y además son las AFP -o eran- las propietarias de las compañías de seguros que prestan el servicio.

La facultad para haber limitado el ejercicio de este tipo de empresas la tenía el superintendente, y la sigue teniendo. Sin embargo, ha reconocido, ante esta honorable Comisión, que es perfectamente posible que a la siguiente licitación vuelvan a presentarse empresas relacionadas, porque la normativa no lo limita.

Bueno, la normativa puede ser limitada por el superintendente, porque tiene expresa facultad para hacerlo cuando él estime conveniente. Entonces, sería interesante preguntarle por qué estima que ahora es necesario limitarlo, y no en las seis licitaciones anteriores, considerando, además, que esta fundación sí le hizo presente, en reiteradas ocasiones, que había un conflicto de intereses.

Respecto de las facultades fiscalizadoras del superintendente, me voy a referir muy brevemente al principio de probidad administrativa, en el sentido de que es un ejercicio honesto y leal del cargo, y que el superintendente de Pensiones o la Superintendencia en general o cualquiera de sus funcionarios desestime o establezca que no existen ni denuncias ni sanciones, en circunstancias que está la prueba flagrante de que es contrario, es, al menos, cuestionable que el cargo se haya ejercido de manera leal y honesta. En tanto funcionario público, el superintendente de Pensiones y todas las personas que han asistido a esta honorable comisión tienen un deber de probidad sancionado por la norma.

Entre otras facultades de la Superintendencia establecida en el DFL N° 101 está instruir las investigaciones sumarias en las entidades fiscalizadas. Esto es, poder actuar de oficio o a petición de partes.

En varias ocasiones hemos hecho solicitudes de fiscalización al control de siniestralidad y, en algunas partes, incluso, nos han respondido con las disculpas de la AFP por no haber podido mantener el acceso. Además, hemos solicitado en caso de fiscalización expresa en las facultades técnicas que ellos tienen para revisar los dictámenes de invalidez y los procedimientos establecidos en el DL N° 3.500 y la Superintendencia nos ha señalado

que se ajustan a derecho; incluso, en el caso que hemos mencionado de don Miguel Ángel Tapia, el profesor al que la Superintendencia hizo mención cuando fue evaluado por un reumatólogo, en circunstancias que debió haber sido evaluado por un cardiólogo, porque esa era su patología, le hicimos la consulta a la Superintendencia preguntándole si ese procedimiento se ajustaba a derecho, y esta respondió que sí.

Además, respondió que no solo, a pesar de que había norma expresa que dice que el interconsultor, pagado por las compañías de seguro, debe pronunciarse solo respecto de su especialidad, la Superintendencia nos respondió que, además, podía pronunciarse respecto de su “experticia”.

Esta fundación preguntó nuevamente a la Superintendencia en qué parte de la norma existe la palabra “experticia”, y la Superintendencia respondió que no existe, pero que, aún así, entiende que está ajustado a derecho el procedimiento llevado a cabo.

Esta fundación cree que la Superintendencia ha abandonado sus deberes de fiscalización y de probidad. Creemos, además, que está sujeta al control de la Contraloría General de la República, independientemente de que el DL N° 3.500, su propia norma legal, y la ley N° 20.550 establezcan que solo es un control de cuentas.

La Contraloría y el Tribunal Constitucional han declarado en una serie de dictámenes que, efectivamente, atendido que son órganos del Estado, están sujetos al control de la Contraloría en cuanto a su actuar conforme a la legalidad.

Por lo tanto, como fundación estamos solicitando a esta honorable Comisión que la Contraloría se haga presente y nos diga si efectivamente, ante estos hechos, se puede entender que la Superintendencia ha actuado cumpliendo el deber y el mandato legal que tenían.

Además, tenemos una sugerencia legislativa, pues la Contraloría ha establecido, desde 2013 en adelante, en sucesivos dictámenes, los que se presentan en las carpetas, que la Superintendencia está sujeta a control. De hecho, en el último dictamen, de 2015, la Superintendencia alega que no debiese estar sujeta a control de la Contraloría, además de que intenta no entregar cierto tipo de información solicitada por la Cámara de Diputados también. Y la Contraloría establece que así es; que, siendo la Superintendencia un órgano estatal, está sujeta al control de probidad por parte de la Contraloría. El problema es que esta tensión es constante.

Por lo tanto, como fundación queremos sugerir a esta honorable Comisión la derogación tácita de los artículos que establecen que la Superintendencia no está sujeta al control de probidad, por lo que sería interesante que el contralor pudiese pronunciarse al respecto.

El señor PIZARRO.- Señora Presidenta, quiero agradecer a la señora Daniela Valderrama y a don Yamir Rivera, otro de nuestros asesores, quien expresamente estuvo estudiando para derogar el artículo 93, del decreto ley N° 3.500. Le doy un saludo a la distancia, pues hoy no pudo asistir con nosotros.

En relación con las 12 sanciones, como fundación fuimos focalizando cuáles son los aspectos que estas 12 sanciones intervienen en relación con el SIS, es decir, qué se vulneró aquí:

Por protocolo empresarial de control de siniestralidad, resolución N° 43. Eso es lo primero, que es la N° 1 que viene ahí.

Por denegación de cobertura, cuando había personas que estaban cubiertas y que eran pasadas como no cubiertas. La pregunta es si las fiscalizaciones son a períodos acotados de tiempo producto de denuncias de propios usuarios que ingresan al sistema web de la Superintendencia, la pregunta es cuántas personas más, por desconocimiento hoy, están sin cobertura habiéndola tenido. Esa es una cifra negra que es necesario llevarle luz y esclarecerla.

Por cobros de primas del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia -SIS- indebidos a personas que estaban pensionadas y que se les seguían extrayendo las primas, lo que coloquialmente alguien dijo por ahí “el robo hormiga”.

Por notificar solicitudes de reevaluación fuera de los plazos establecidos en la ley. De hecho, hay un momento, en una de las resoluciones respecto de Provida, en que la Superintendencia da cuenta de que ellos habían autorizado extemporáneamente -y manifestaban su preocupación- 635 reevaluaciones aproximadamente fuera de plazo; inclusive, con perjuicio fiscal, porque pudiese haber sido que una de estas personas, con pensiones financiadas por el Estado, se haya mejorado, hubiese ocurrido un milagro de la naturaleza y la persona haya recuperado su salud y se le continuo pagando pensión con cargo al patrimonio fiscal. De eso mismo da cuenta la resolución, por lo tanto, tenemos 4 aspectos de que estas 12 multas afectaron al Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, SIS.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Señor Pizarro, necesitamos que redondee su intervención, a fin de dejar tiempo para hacer las preguntas.

El señor PIZARRO.- Señora Presidenta, en realidad, el documento es bastante extenso, pero como se puso a disposición de esta Comisión, tendrán acceso a él.

De hecho, antes de comenzar la sesión tuvimos a bien entregar a la secretaria subrogante la carpeta de la investigación. Por lo tanto, está entregada y recepcionada; por ende, estamos disponibles para las preguntas que ustedes nos quieran formular.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Al menos, me parece preocupante lo que nos mencionó el superintendente. Pienso que es importante que esto lo aclararemos en la próxima sesión, cuando contemos con su presencia, pero dijo que después de 2008 existían otros dos casos -no lo dejó claro- sobre las AFP Capital y Cuprum, y el de Provida, que era de 2009, pero no me quedó claro si los dos primeros casos son antes o después de 2008. Reitero, él no lo aclaró.

Entiendo, también, que nuestros invitados nos están presentando más casos, en los que sí se denuncia o, al menos, queda constatación en la resolución del control de siniestralidad que estarían aplicando estas instituciones y, a pesar de ello, el superintendente nos volvió a mencionar que no había control de siniestralidad, al menos que se hubiesen enterado de ello después de 2008 hasta ahora.

En consecuencia, me parece que ese es un punto que esta Comisión tiene que resolver; tenemos que analizar las resoluciones para que, al menos, quede constancia de esto en quienes somos parte de la Comisión, en el sentido de que habría ocultamiento de información, lo cual me parece sumamente grave y esto lo tenemos que resolver nosotros, porque esta es una comisión investigadora que tiene facultades fiscalizadoras y, ante ello, no podemos hacer como que aquí no hubiese pasado nada y seguir viendo los puntos de esta Comisión. Creo que ello amerita que en la próxima sesión analicemos este punto en particular, de manera de resolver las medidas fiscalizadoras que vamos a emprender respecto de ese tema.

Aclarado aquello, me parecería procedente -si es que existe esa constancia por parte de los diputados y las diputadas- citar al contralor general para que también dé cuenta de las medidas que se pueden tomar, al menos en términos legislativos, respecto al proceder del superintendente de Pensiones en la materia.

Al menos en este caso, creo que amerita, sobre todo porque hay una acusación de falta de probidad y del ejercicio de esta autoridad en materia de fiscalización, que es su atribución.

Por otro lado, me parece superpreocupante lo que nos señala la asesora jurídica de la fundación respecto de las atribuciones que tiene el superintendente. O sea, si el superintendente estaba viendo que esto sucedía, que se aplicó el control de siniestralidad en el caso de 2009, podría haber emitido una normativa para limitar esto, sin embargo, no lo hizo.

Entonces, hay un tema que está pendiente respecto del ejercicio de las atribuciones del superintendente y que me parece necesario revisar a conciencia en la comisión.

Para eso esperaríamos que el resto de la comisión esté de acuerdo en que podamos revisarlo.

La señorita CARIOLA (doña Karol).- Señorita Presidenta, es preocupante lo que usted plantea, porque efectivamente insistimos al superintendente -no sé si los integrantes de la fundación estaban presentes en la audiencia anterior- en varias oportunidades para poder aclarar el punto.

Ahora se vuelve a transformar en una contradicción. Entonces, es la palabra de la fundación, con los datos que nos están presentando versus la palabra del superintendente, quien no es claro al establecer cuáles son finalmente las denuncias.

Él dice que no hay denuncias por control de siniestralidad; sin embargo, dice que hay otras denuncias por otras razones, pero en particular respecto de esto tenemos una mirada distinta en torno de cómo lo está informando la fundación Valídame.

He preguntado al superintendente de manera concreta sobre el caso de Alejandra Vial, la denuncia que se habría realizado, y él respondió que ellos estaban en conocimiento de la situación y que incluso se cursaron multas al respecto.

Entonces, como hay un antecedente concreto en su respuesta, le quiero preguntar a la fundación si tomaron conocimiento de la diligencia, si fueron informados directamente sobre las diligencias que se habrían realizado por parte de la superintendencia.

También pregunto a nuestros invitados cuáles son las AFP o compañías de seguro que, a su juicio, generan mayores dificultades en el otorgamiento de las pensiones de invalidez; o sea, cuáles son las que hoy están poniendo obstáculos para establecer este tipo de acciones, y por último, ¿en qué creen ustedes que radica en particular esta situación? O sea, ¿dónde está el nudo? ¿Cuál es el problema para que esto esté ocurriendo?

Claro, por un lado está el tema de que existen denuncias, y por otro, está la palabra del superintendente en cuestionamiento. Pero más allá de eso, aquí hay una situación que es más de fondo y que tiene que ver con que estas instituciones privadas abusan de atribuciones para, de alguna manera, dificultar el acceso a lo que es un derecho de aquellas personas que lo necesitan.

En ese sentido, ¿dónde se está produciendo ese problema? Porque al menos lo que dijo el superintendente fue prácticamente que la responsabilidad fundamental está en la ley y no en otros elementos que tienen que ver con el oportunismo, el aprovechamiento o el afán de lucro que hay detrás de estas instituciones privadas.

Por lo tanto, quiero preguntar desde la perspectiva de la fundación. Tengo mi propia perspectiva y no comparto en general los elementos que ha planteado el superintendente, pero creo que la fundación, ante la mirada de los casos específicos, debe tener ya un diagnóstico al respecto.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, solo para dejar planteado para las sesiones de enero, sugiero que sean invitados, de la Comisión Médica Central, para que ahora vayamos entrando en desmenuzar la situación, dos figuras que son importantes: la presidenta, doctora Adriana Montenegro, y el integrante que representa a todas las facultades de medicina del país, doctor Antonio Orellana. Pido que ambos sean convocados.

Separadamente, dado que siempre ha habido dificultades en el trámite de licencias versus invalidez, y en la práctica una misma persona está con licencia, le rechazan licencias, y a la vez está haciendo el trámite de invalidez, que se cite al doctor César Olivares, coordinador nacional de todas las compines de Chile.

El señor PIZARRO.- Señorita Presidenta, respondiendo a la pregunta de la diputada Karol Cariola, nos da la sensación de que le ha hecho mucho daño al sistema la puerta giratoria de profesionales de elite.

Voy a recordar a uno, el doctor Gabriel del Río Artigas, jefe nacional de la Unidad de Comisiones Médicas y Ergonómicas de la Superintendencia de Pensiones, quien sale de su cargo, y posteriormente pasa a ser parte del staff de la Asociación Gremial de Aseguradores de Chile A.G.

Personaje clave, por ejemplo, en la modificación o distorsión del Baremo de Invalidez de suma combinada. Mientras que en la ley N° 16.744, el Baremo de suma combinada se sigue usando sin restricciones, como era la costumbre, en el decreto ley N° 3.500 se distorsionó y se usa con restricciones.

Entonces, tenemos a una persona dividida en partes, porque, pudiendo tener tres enfermedades, por el hecho de que una de ellas no califica para sumar el resto, está enferma, pero no inválida. Ese es un método más de control de siniestralidad.

Ahora, uno de los nudos críticos, a nuestro entender como fundación, es el financiamiento de las comisiones médicas. Los funcionarios administrativos, que tienen contacto directo con los expedientes, de cuyo resultado final da cuenta la Ilustre Corte de Apelaciones de Temuco, donde se manipula un expediente para que la persona aparezca como sana estando enferma y así no otorgarle la invalidez, nos da cuenta de que terminó finalmente en eso, porque son muy eficientes los funcionarios.

De hecho, y lo digo en Cámara, una institución que maneja un presupuesto administrativo, o para financiar estructuras administrativas, de 4.000 millones anuales, y no tiene fotocopiadora, no tiene equipo para ver placas. Los médicos que participan ni siquiera pueden ver radiografías porque no tienen los equipos, no tienen el equipamiento básico.

Por ejemplo, si usted se atiende en la Clínica Alemana o en la Clínica Las Condes le van a entregar todos los exámenes en un software, y estos no los pueden ver, porque no tienen los elementos básicos. Una institución que cuenta con un presupuesto anual, en 2017, de más de 4.000 millones. A lo menos, uno podría pensar que hay un problema de administración de recursos.

Nudos críticos. Que los peritos que van a revisar todas las pericias médicas de los ciudadanos a evaluarse, a fin de cuentas son pagados por la Asociación Gremial de AFP. La pregunta es, a la hora de expresar lealtades, ¿con quién voy a ser leal, con un desconocido al que trato mal, porque permanentemente tratan mal a los usuarios, salvo algunas excepciones, o con mi empleador, que es el que me paga?

Presidenta, me da la sensación de que esta es una oportunidad histórica, en la que esta comisión tiene la posibilidad de hacer un cambio real y, de una vez por todas, tener la fortaleza de enfrentar esta integración vertical que se produce en la industria previsional.

Si bien en la medida en que nosotros fuimos denunciando, se produjo una verdadera lucha por hacer visible lo que todo el mundo ha querido hacer invisible, medios a los que nosotros les comunicamos entre paréntesis, por oficio públicamente, hoy no han dicho absolutamente nada sobre lo que está pasando en esta comisión. Por lo demás, gente muy reputada de las comunicaciones, y por eso nos llama poderosamente la atención este silencio brutal que existe hoy.

Ha sido tan intenso y sistemático nuestro trabajo en denunciar que hay integración vertical, conflicto de interés, malas prácticas, tráfico de influencia, que se fueron retirando de a poco. Pero si hoy pienso, sin querer hacer propaganda a nadie, en una AFP como Habitat, por ejemplo, si bien ya no existe la compañía de seguros Cámara para adjudicarse el seguro de invalidez, sí existe Confuturo.

Existe una compañía como Confuturo, por ejemplo.

Entonces, sería conveniente que la comisión oficiara al superintendente y le preguntara cuántos de los pensionados de AFP Habitat pasan directo a tomar sus modalidades de pensión en renta vitalicia con la compañía Confuturo.

¿Cuántos afiliados de AFP Provida, integrada verticalmente, pasan a ser pensionados por renta vitalicia en MetLife?

¿Cuántos afiliados de Capital pasaron directamente a tomar modalidades de renta vitalicia en SURA?

Ahora, explicándole al público que va a ver esta presentación, cuando la persona toma una renta vitalicia renuncia a la propiedad de sus recursos de manera irrevocable. Por lo tanto, esas personas muchas veces, con muy poco conocimiento, cambiaron su capital por una pensión.

Esa integración vertical a nosotros nos parece muy pernicioso.

La Superintendencia hace una presentación en un escenario como que todo estuviese bien, pero si todo está tan bien por qué le molesta que Fundación Valídame exista como fundación y nos mande un oficio inquisidor una vez que hacemos la denuncia en contra de AFP Provida en la Fiscalía Nacional Económica.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Disculpe, ¿a qué oficio se refiere?

El señor PIZARRO.- Es un oficio que está en la presentación, en el que se nos dice que recién se enteran de que existimos. O sea, estamos hablando de la Superintendencia de Pensiones y se enteran que existimos cuatro años después.

Dicen textualmente en el oficio, “nos enteramos por una página web”, en consecuencia de que en ese momento debíamos haber tenido a lo menos 400 requerimientos a la Superintendencia de Pensiones de manera formal; y nos habíamos reunido por ley de lobby.

Si alguien de aquí hace el ejercicio de ir a una comisión médica hoy se va a encontrar con un cartel que dice que no le pague a nadie porque sus trámites los puede hacer de manera individual, sin pagarle a nadie.

No sé cuántos ciudadanos de este país están en condiciones de ir a un juicio sin el conocimiento y la expertise que tiene un abogado.

En mi caso particular, a lo menos la Superintendencia de Pensiones me validó por una década para ser funcionario de una AFP. Por lo tanto, algún conocimiento debo tener, algo me debe validar como para representar a alguien o por lo menos tener el atrevimiento de enfrentar esta industria que ha tenido un comportamiento tan terrible con los ciudadanos.

Dicho sea de paso, nosotros estamos pidiendo, y como en pedir no hay engaño, dejar establecido por normativa expresa que el artículo 63 de la ley N° 19.880, es supletoria del decreto ley N° 3.500, y cuando hay procedimientos de fuerza mayor, cuando hay personas con enfermedades terminales, debe operar ese artículo. La Superintendencia nos dice que no.

De esa forma, hace algunos días logramos que la conviviente de un señor que estaba con un cáncer terminal -el caso también está en la carpeta- pudiese quedar cubierta antes de que esa persona falleciera.

¿Dónde operó el artículo 63? En el Registro Civil, porque él tenía fecha para casarse el 27 de este mes, y por una diligencia, que agradecemos a la funcionaria del Registro Civil de la localidad de Combarbalá, el matrimonio se realizó el día 4 y este señor falleció el día 7.

Nosotros creemos que por estar en juego la vida de las personas cuando hay una enfermedad de por medio el artículo 63, como procedimiento abreviado o expreso de un organismo del Estado debe operar.

Señorita Presidenta, queremos agradecer a esta honorable comisión que nos haya invitado.

La señora VALDERRAMA (doña Daniela).- Señorita Presidenta, no quiero dejar pasar una importante precisión atendida la sugerencia que hace el superintendente respecto de la modificación de la norma.

Quiero recordar que la propia orgánica del DFL N° 101, entre sus funciones señala asesorar al Ministerio del Trabajo y Previsión Social en materia de su competencia y proponer las reformas legales y reglamentarias que la técnica y experiencia les recomiende.

De nuevo, el superintendente establece ahora la necesidad de hacer modificaciones técnicas, una vez que esta honorable comisión está constituida, luego de haber tenido todas las facultades para haber hecho estas sugerencias que él mismo ha identificado en seis procesos de licitación previos o al menos desde el 2008 en adelante.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Agradecemos la participación de la Fundación Valídame.

Quiero señalar esta comisión tiene por objeto investigar ciertos hechos que fueron parte de la denuncia pública que hizo Fundación Valídame. Un tema tiene que ver con la tasa de siniestralidad, que me parece necesario revisar en la Comisión para saber qué sucedió finalmente. ¿Hay denuncias después de 2008? ¿No hay denuncias? El superintendente dice que no. Sin embargo, nos estamos enterando de que sí hay; que hay resoluciones donde se constata eso expresamente.

Además, hay otros puntos que se han ido develando. La misma superintendencia nos señala que no tiene capacidad de fiscalización.

Por lo tanto, pido a los diputados que revisemos cada uno de estos puntos para que avancemos en la investigación.

Acojo la solicitud que realiza el diputado Castro para que en la próxima sesión invitemos a Antonio Orellana y a Adriana Montenegro.

Debo señalarles que me reuní con Adriana Montenegro para conocer qué sucedía en la Comisión Médica Central y ella tiene bastantes antecedentes que agravan aún más la situación existente, así que me parece muy importante escucharla.

SESIÓN 5°, CELEBRADA EN 7 DE ENERO DE 2019.

Esta sesión contó con la participación de la presidenta coordinadora de la Comisión Médica Central, María Adriana Montenegro, y el representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, Antonio Orellana, y el señor Francisco del Río, asesor del Ministerio del Trabajo.

Señora Adriana Montenegro, médico presidenta coordinadora de la Comisión Médica Central.

La señora MONTENEGRO (doña Adriana).- Señorita Presidenta, concuro a esta comisión con el objeto de exponer qué hacemos en la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La comisión médica que me toca coordinar tiene tres salas, cada una de ellas con un presidente, un secretario médico y siete médicos integrantes asignados, quienes reciben los casos.

¿Qué pasa con los casos y cómo llegan a nosotros? Los casos son distribuidos de manera aleatoria en nuestras bandejas, hacemos un pre análisis de cada uno y vemos quién será el médico asignado más idóneo para revisar el expediente, prepararlo, ver todas las interconsultas que se han requerido y el por qué de la apelación, que puede ser hecha por el afiliado, por la compañía de seguros y, en el caso de la Pensión Básica Solidaria (PBS), por el mismo solicitante.

Se supone que cada médico integrante presentará en cada sesión alrededor de 10 casos, normalmente son dos integrantes los que realizan las presentaciones; por lo tanto, serán 20 casos que serán discutidos. El médico presenta una propuesta de acuerdo a lo que él ha revisado, pero si en la sesión nos quedan dudas como, por ejemplo, un peritaje sociolaboral en caso de que aparezca que Fonasa A o Fonasa B, revisamos de dónde salió ese antecedente.

Si nos encontramos con que existe un peritaje sociolaboral que no fue descrito en el informe, lo cual nos permite decir la situación real del afiliado, se discute y se debe crear una propuesta o bien solicitar nuevas interconsultas, nuevos peritajes sociolaborales o, en caso contrario, con los antecedentes disponibles, recomendar que sí se puede resolver el caso en la sesión.

Cuando no se han cumplido los plazos quirúrgicos, por ejemplo, de una artroplastia total de cadera, en donde el plazo requerido es de un año, hacemos una prórroga especial en caso que ya venga con su invalidez otorgada de la regional, por cuanto siempre la apelación va a ser de la compañía de seguros; esperamos el plazo prudencial dejándolo en prórroga por un periodo razonable, hasta que cumpla el periodo postcirugía. Luego, corresponde su evaluación, salvo casos que sean con gran secuela, en donde el mismo interconsultor va a decir que se haga lo que se haga el caso no va a prosperar y no se espera mayor recuperación. En ese minuto, lo configuramos.

Básicamente, es lo que puedo contar en cuanto a cómo recibimos la apelación y la asignamos a nuestros integrantes.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Desde la misma solicitud de inicio de esta comisión, averiguamos que hubo una comisión regional que sesionó por una hora y media en la región del Biobío, y revisó 97 solicitudes de apelación de pensiones de invalidez.

La señora MONTENEGRO (doña María).- Eso es insólito, porque nosotros sesionamos dos horas y más. Probablemente, hay casos que se pueden resolver con mayor facilidad, pero hay otros que generan amplias discusiones, por lo que superamos con creces los tiempos requeridos. Por lo tanto, me parece realmente imposible de entender.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Cuánto se demora en revisar un caso?

La señora MONTENEGRO (doña María).- Alrededor de 10 minutos. Hay algunos que pueden resolverse en 6, por los plazos quirúrgicos, pero si hay que otorgar una prórroga especial, ese caso queda en espera hasta cumplir el plazo. También hay otros casos que son complejíssimos y que tienen varias evaluaciones como, por ejemplo, cuando se necesita la opinión de un traumatólogo o de un neurocirujano.

Ahora bien, como desgraciadamente solo vemos papeles, pues somos revisores, muchas veces, para clarificar los antecedentes necesitamos nuevos peritajes, lo cual, obviamente, demora un poco más.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Disculpe que insista en el punto, pero es para clarificar las dudas que hemos conversado en la comisión.

Usted dijo que las apelaciones, en su mayoría, las hacían las compañías aseguradoras, no los afiliados. Respecto de eso, acá se preguntó si ellos tenían asesoría -en este caso, los futuros pensionados o quienes están recurriendo en su caso- o si tenían apoyo en este procedimiento. El superintendente nos dijo que sí, que todos tenían asesoría y un acompañamiento en los distintos casos, pero no sé cómo funciona en la práctica. ¿Nos podría explicar?

La señora MONTENEGRO (doña María).- Creo que es un intento bastante avanzado que todo afiliado cubierto tenga la asesoría del médico asesor del afiliado. Ello, porque el número no es importante en todo el país en relación al número de apelaciones. Personalmente, creo que debería ir, pero no creo que se esté produciendo en este minuto.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Hay casos dónde los pensionados no tienen asesoría?

La señora MONTENEGRO (doña María).- Sí, hay casos.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Cómo se designa la asesoría? ¿Hay algún organismo?

La señora MONTENEGRO (doña María).- En realidad, como ya viene de la metropolitana, en el comentario del médico integrante asignado al caso, en el encabezado se pone: "afiliado de x año se presenta por tal

caso, no tuvo asesoría del médico asesor." Incluso, muchas veces, la asesoría aparece en el recurso o bien en la apelación misma con un téngase presente del médico asesor que avala el reclamo del afiliado.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, no son todos los casos.

La señora MONTENEGRO (doña María).- No.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Y hay alguna manera o algún mecanismo? Hago la pregunta, porque si hay afiliados que no tienen asesoría -supongo que una compañía aseguradora siempre tiene asesoría-, se presenta una situación de desigualdad bastante patente y evidente.

La señora MONTENEGRO (doña María).- Se podría decir que sí, de allí que después de la reforma de 2008 se había planteado. No puede estar en igualdad de condiciones un afiliado respecto de las compañías que sí tienen un observador que asiste a los comités regionales, pero no así a la Comisión Médica Central. No tenemos presencia física de un observador de las compañías de seguros, pero eso sí pasa en las regionales.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Cada uno de los casos tiene un expediente donde hay - como usted decía- un téngase presente con la visión del médico asesor.

La señora MONTENEGRO (doña María).- Justamente. Ahí queda claro que sí hubo un médico asesor que estuvo en la fase inicial del trámite y que aparece respaldando al afiliado en la apelación.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Supongo que en esos expedientes hay un sistema informático que da cuenta de cada uno de esos informes.

La señora MONTENEGRO (doña María).- Claro que sí.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- En la sesión anterior, le comenté al resto de los diputados que nos habíamos juntado para ver el sistema informático, donde aparece el expediente de cada uno.

¿Quién administra los expedientes? Se lo pregunto para que el resto de los diputados y diputadas lo sepa, ¿es la institución o la misma Superintendencia? También nos dijo que era el mismo financiamiento de la AFP.

La señora MONTENEGRO (doña María).- Les puedo contar que el sistema de Apoyo a la Gestión de las Comisiones Médicas (SAGCOM) empezó -como todo sistema nuevo- con muchas dificultades, pues requirió de mucha paciencia de parte nuestra. Ello, porque hubo falencias al inicio que esperamos no se sigan produciendo, pero este sistema -somos entes muy lejano a esto- sería parte de la Superintendencia y de las AFP, ellos son quienes lo solicitaron, y sus representantes son los que asisten a reuniones semanales, hasta donde entiendo, en vías de mejorar el sistema.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Quiero entender mejor el hecho de que a algunos afiliados se les asignan asesores, y a otros no; entiendo que esto no lo hace el sistema.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- No, señorita Presidenta.

Nosotros vemos de ahí para adelante, y la única forma de enterarnos si tuvo asesor el afiliado es en el momento en que mi médico integrante establece sin asesoría de médico asesor, o que no consta entrevista por médico asesor.

Eso está todo claro en las actas.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, esto no sabemos quién lo financia.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- La verdad es que lo desconozco.

Pienso que debería ser la Superintendencia, pero creo que es un motivo de consulta.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Vamos a enviar un oficio al respecto.

Ofrezco la palabra respecto del funcionamiento de las comisiones médicas.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, por su intermedio, muchos de nosotros tenemos dudas o sospechas de hasta dónde las compañías de seguros, a través de doctores, miembros o asesores o con derecho a voz o con distintas representatividades dentro de la comisión médica central, influyen, tanto desde el punto de vista de su origen de financiamiento, de su remuneración, de esos médicos, como respecto del debate médico en la calificación de las personas que vienen con controversia, particularmente con fallo favorable de discapacidad desde el nivel de comisión médica regional, a la controversia final en la comisión médica que usted preside.

Digo eso, porque no es un fenómeno de ahora. Aún más, hace muchos años fui a la comisión Bravo a hacer una presentación, cuando se hicieron las audiencias, incluso me reuní con el entonces superintendente, el 2014, y le planteé estos mismos temas a propósito de las voces que nos llegaban respecto de este nivel de incumbencia.

Por lo tanto, quiero consultar con mucha sinceridad, cuáles son los niveles de influencia explícitos, tácitos u oblicuos, que en definitiva configuran la situación que hace que un determinado fallo de discapacidad que tiene el mérito, de pronto empieza a caerse y caerse hasta que cae, y que tiene que ver precisamente, a nuestro juicio y a estas alturas, con cierta constatación de un rol sobredimensionado de las compañías de seguro, que pueden tener toda la legitimidad de tener su punto de vista, pero que defienden el interés de su mandante, que no coincide con el interés del usuario. Quiero ser claro y sincero.

Entonces, sobre ese hecho de la historia de lo que ha sucedido, quisiera su opinión de fondo.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Señorita Presidenta, en realidad para nosotros es impensado eso.

Igual a mí me deja bastante perpleja, porque nosotros como somos contratados por la Superintendencia de Pensiones, todos sus integrantes, no me parecería posible que eso así fuera.

En todo caso, el caso lo prepara el médico asignado, para que entre a sesión, y en sesión es discutido ampliamente, y no necesariamente su propuesta es la aceptada, porque el sentido de la discusión es ese.

No tengo ni la sospecha ni me parece que así sea.

Quizá habría que investigar más en profundidad, pero hasta donde yo soy capaz de ver y visualizar, no me parece.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Quiero consultar respecto de los médicos asesores. ¿Dan abasto? Por lo menos, lo que sí sabemos y que ha quedado claro es que desde la fiscalización, la Superintendencia no da abasto. Entonces, sabemos que no todos los futuros pensionados y afiliados tienen asesoría.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Señorita Presidenta, yo lo puedo contar básicamente por las apelaciones.

Cuando se revisan los expedientes, se va al médico asesor del afiliado, cuya casilla aparece en blanco. Entonces, ahí, cada integrante está obligado a poner que no tuvo asesoría por médico asesor –valga la redundancia- o no consta entrevista con médico asesor, que es un poco quien va a orientar en el asunto al afiliado. Y ojo que esto es para afiliados cubiertos nada más.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Frente a eso sería interesante también oficiar a la Superintendencia para que nos dé cuenta de un listado público de quiénes y cuántos son los asesores médicos disponibles en el país.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Señorita Presidenta, no tengo la certeza del número exacto, pero fluctuaría en 50 a lo largo del país.

Quiero confirmarlo, pero esa es mi percepción, que me lleva a decir que es inviable que todos tengan asesoría.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Vamos a enviar el oficio a la Superintendencia.

Señor Antonio Orellana, representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile.

El señor ORELLANA.- Señorita Presidenta, quisiera aclarar una pequeña situación.

Pertenezco al departamento técnico de invalidez y ergonomía de la Superintendencia de Pensiones, que preside el superintendente de Pensiones, y los miembros titulares son cuatro.

Uno es la doctora presente, quien es la presidenta de la comisión médica central; hay un representante de las compañías aseguradoras; hay un representante de las administradoras de fondos de pensiones; además, por ley, el representante nombrado por el Consejo de Rectores del Cruch, que ha hecho mi nombramiento, que consta en una carta con fecha 14 de noviembre de 2017. Desde ese momento pertenezco como representante del Cruch y nunca he sido representante de Asofamich en esta instancia.

No sé si la comisión médica central tiene un representante de Asofamich.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Señorita Presidenta, el representante no existe en nuestra comisión, y solo es citado para la comisión técnica de invalidez, que revisa las normas formalmente cada cuatro años, y salvo que haya que hacer una modificación o alguna fe de erratas que quede en las normas, y que quede no clara, se presiona para que se corrija y no tenga doble lectura.

El señor ORELLANA.- Señorita Presidenta, para complementar esa información les puedo contar que he asistido a dos reuniones del departamento técnico; una el 18 de diciembre de 2017, y la segunda el 10 de enero de 2018.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Nunca más se convocó?

El señor ORELLANA.- No, no se ha convocado nuevamente.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Me gustaría que se pudiera explicar la metodología y cómo funciona.

El señor ORELLANA.- Señorita Presidenta, eso es lo que quiero hacer justamente.

En esa primera reunión, la del 18 de diciembre de 2017, que era la primera a la que asistí, hubo personas de la división de estudios que mostraron un análisis de los dos grupos de solicitudes, es decir, comparando dos períodos; uno, del primer semestre del 2016, que se mantenían con la norma del 2012, y otro grupo que correspondía al primer semestre del 2017, que se manejaban con la norma del 2016; con la reforma de la norma. Esto reunió 24 mil solicitudes.

La conclusión fue que hubo un aumento de los dictámenes de invalidez parcial -ese aumento fue de un 10 por ciento-, y una disminución de los dictámenes de invalidez total que correspondieron a un 5 por ciento. Ese fue el resultado del estudio.

Se compararon dos períodos: el período del primer semestre del 2016, y el primer semestre del 2017. Uno, bajo la norma del 2012, y el otro bajo la norma de 2016. Ésa fue la comparación de estadísticas.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Podría precisar la diferencia de las dos normas?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- En realidad, fue algo que se corrigió el 2017. Veíamos que impedimentos de 25 por ciento, que muchas veces producía bastante menoscabo en el afiliado, correspondía en rigor a hacer suma combinada entre ambos impedimentos, porque antes se requería que solo la clase 3 baja, según la tabla de órganos de los sentidos visual y auditivo, se consideraba sobre eso agregar otro impedimento que tuviera 25, y así los factores complementarios con los actuales se accedía a una invalidez parcial. Pero el hecho de que tuviera dos 25 nos empezó a hacer ruido, porque veíamos a personas que estaban en malas condiciones y que no podían reincorporarse a la actividad laboral.

En esa reunión extra se acordó aceptar la suma de los dos 25, y en este minuto también se reincorporaron factores específicos por trabajos específicos, que antes no existían.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Entendido lo primero, quisiera saber por qué bajaron las invalideces totales.

El señor ORELLANA.- Lo desconozco. No se dijo en ese momento cuál era la razón de la baja. Pero sí se trató lo que acaba de decir la doctora, y quedó claro que el puntaje se obtenía por el método de suma combinada. En algunos casos, es la suma aritmética; eran bien específicos. Se planteó en aquella oportunidad un problema importante que era la falta de acceso por largas listas de espera que existían y que no los resolvía el peritaje de socio-laboral.

En la segunda reunión ordinaria, que fue el 10 de enero de 2018, ahí se refirió a las propuestas de modificaciones de esas normas nuevas, de las normas del 2016, en la séptima edición, que eran normas de evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional. Estas entrarían en vigencia a contar del 1 de julio de 2018, una vez publicada en el Diario Oficial.

La mayoría de las modificaciones se aprobaron por unanimidad, y dos de ellas por mayoría. La publicación en el Diario Oficial fue el jueves 25 de enero de 2018.

Es cuanto puedo informar sobre mi participación en este departamento que no ha tenido nuevas citas. Por lo menos, no he sido citado.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Me llaman la atención dos reuniones en un año.

Entonces, quisiera entender cuál es el propósito de esta Comisión, quién tiene la facultad de convocarla, cuál es la remuneración que reciben los miembros de la Comisión y de dónde proviene la remuneración, si es que la hay.

El señor ORELLANA.- No hay remuneración.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Quisiera entender cuál es el carácter de esta Comisión y por qué tiene un nivel de funcionamiento tan escaso. A raíz de qué ocurre eso; cuáles son los propósitos y objetivos que tiene la Comisión para este efecto.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Yo podría dar respuesta a esto. Previamente a la convocatoria, que históricamente ha sido cada cuatro años para las modificaciones de las normas, se inicia un trabajo de alrededor de un año en que se solicita a las diferentes comisiones, a los diferentes integrantes, que hagan sus propuestas respecto de los capítulos que consideran que hay falencias o que se preste a una doble lectura, cosa de ser más específico.

Ahora la tendencia está bien clara, ir a puntos que no permitan dobles lecturas, que muchas veces hacían posible configurar impedimentos en clases y rangos diferentes. Porque había diferencias muy sutiles, quizás en los rangos de la clase.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Tengo otra consulta que tiene que ver con el sistema informático. Me parece muy preocupante que la AFP, un interesado, también intervenga en el financiamiento, en la gestión, en la administración.

En particular, quiero saber si se registra la hora de inicio y de término en el sistema informático de las Comisiones.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Desgraciadamente, esto fue solicitado hace poco, y el sistema registraba solo la hora de inicio y no la de término.

Por lo tanto, es algo que tiene que corregir el sistema.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Como no registra la hora de término, perfectamente podrían iniciar y supuestamente revisar 97 casos, terminar en media hora y nadie sabe eso.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Nadie sabe.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- El sistema informativo nos está señalando que queda registro de lo que sucede en las Comisiones, pero solo está registrando la hora de inicio y no la de término.

Uno de los temas que dio inicio a esta Comisión es que teníamos el registro de que en la Comisión Regional del Biobío sesionaron en una hora y media para revisar 97 casos, lo que es imposible.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Inviabile.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Uno evalúa eso y se da cuenta de que no se revisaron de buena manera y quedaron personas sin pensiones de invalidez producto de revisiones mal hechas por parte de las comisiones regionales.

Y ahora nos está diciendo la señora Adriana Montenegro que el sistema no registra la hora de término. O sea, solamente tenemos hora de inicio y no hay hora de término. Por lo tanto, de registro hay bien poco porque ni siquiera sabemos cuál fue el horario de funcionamiento de la Comisión. Eso es de suma preocupación porque no tenemos la forma de revisar y fiscalizar que se cumpla un horario entendible para la revisión de los casos. Estamos hablando de casos que están dejando a las personas sin pensiones.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Tengo que agregar que se trata de casos bastante complejos.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- En esa misma dirección, entendemos que los miembros de las comisiones regionales, y también de la central, son financiados, son pagados, tienen una remuneración.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Sí.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- En el caso de las regionales me gustaría saber cuál es el orden o los rangos de remuneración de los médicos.

Además, entender cuáles son los mecanismos de tuición, supervisión y control que ustedes ejercen desde el nivel central, como comisión médica, sobre las irregularidades, anomalías, denuncias y hechos en los cuales, al ser ustedes una suerte de tribunal de segunda instancia, perciben en la reclamación que hacen las personas que concurren a la segunda instancia cuando vienen decepcionados o defraudados de su fallo original.

En el fondo, quiero comprender qué están haciendo ustedes frente a los hechos aquí relatados, de una suerte de pasar y pasar casos, casi automatizadamente en algunos lugares, sin que nadie tenga la mirada que me imagino que debieran tener ustedes para decir, un momento, en cada una de las Compines regionales a lo largo del país.

Cuál es la supervisión de ustedes para verificar la corrección de los procesos; qué se hace frente a este hecho que parece a todas luces que transgrediría la dignidad del trato a personas que están buscando legítimamente su pensión de invalidez, pero que se someten a un procedimiento que puede ser arbitrario, discriminatorio, abreviado, inconsulto o carente de garantías por los espacios y tiempos para hacer bien las cosas.

Es como si yo le dijera -como somos médicos, podemos entender bien- que es superbueno que el doctor atienda cada cinco minutos, porque va sacando a la gente y la atiende rapidito. Bien, pero esa gente ¿cómo está atendida? ¿cómo es atendida esa gente que entra cada cinco minutos? Porque serían dos palabras, la receta y adiós.

Entonces, los números, que pueden arrojar eficiencia de casos resueltos, atentan contra los principios que se han mencionado.

Pues bien, quiero entender qué hacen ustedes frente a ese hecho.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Nuestra obligación es remitir cualquier irregularidad cometida en alguna comisión regional, informarla de inmediato a la Superintendencia de Pensiones y a nuestra autoridad, que es la doctora Hevia. Ella, a su vez, es la encargada de ir al lugar físico correspondiente a tomar conocimiento de lo que está ocurriendo.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Es la doctora Pilar Hevia?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- No, la doctora María Soledad Hevia.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Qué cargo tiene esa doctora?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Es presidente de la Comisión Técnica y Ergonómica. Después está el doctor Osorio. Los mails son copiados a ambos.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Entonces, ustedes remiten a ellos toda presunta irregularidad o sospecha. El quehacer ya deja de depender de ustedes. Es solo de ellos.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Así es.

Al igual que las comisiones regionales, si ven que algo no estuvo bien resuelto en nuestra comisión, no es que ellos se comuniquen con nosotros; igual tienen que dirigirse a la doctora Hevia y al doctor Osorio.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Entonces, Presidenta, solicito que sean citados esos dos profesionales médicos, para aclarar la pregunta que formulé.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Ellos son parte de la Comisión Técnica Ergonómica?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Sí, ellos tienen un cargo en la Comisión Técnica Ergonómica, o algo así. Ha cambiado varias veces, pero es algo así.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, los vamos a citar.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Sí. Es la jefatura nuestra, que es la que fiscaliza.

El señor JIMÉNEZ.- Perdón, Presidenta, ¿es el rol que desempeñan o tienen a cargo un departamento?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Ellos están a cargo de eso. Habitualmente lo desempeñan los dos.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Y ellos son miembros de la Comisión Médica?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- No, de la Superintendencia de Pensiones, y es nuestra jefatura directa, de todos los médicos de comisiones.

El señor ORELLANA.- Señorita Presidenta, el departamento técnico de Invalidez y Ergonomía, al que pertenezco, tiene como secretario al doctor Pedro Osorio, quien, a su vez, es el ministro de fe de esa comisión técnica. Él es quien, normalmente, reúne y entrega la información, y quien cita.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Esto, solo para la revisión de las normas y optimizarlas, cada cuatro años.

El señor ORELLANA.- Nada más.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Solamente para eso?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Solamente para eso.

El señor ORELLANA.- Esa comisión, a la que pertenezco, es solo para eso; no estudia los casos.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- A la que usted pertenece solamente se revisan normas.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Cada cuatro años. Salvo que haya errores o dificultades de comprensión de las normas y que requieren mayor aclaración.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para citar a los miembros de la Comisión Técnica Ergonómica? Acordado.

Me queda una duda respecto de los interconsultores, que también son parte en el funcionamiento de las comisiones médicas.

Dentro de los cuestionamientos que surgieron en la comisión, estaba el hecho de que bien podría ser un médico tratante, pero considerando la discapacidad y el área laboral en que se desempeña el paciente, que nos puede decir de la capacitación o expertise de los interconsultores, quienes le permitirían un mejor funcionamiento a la Comisión Médica. Cuál la relación con ella.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- La capacitación de los interconsultores es realizada por la doctora Hevia.

Muchas veces, también cito a los interconsultores nuevos, para contarles cómo funciona nuestra comisión: qué requisitos deben cumplir, qué deben hacer, qué deben cotejar, porque además deben cotejar el trabajo hecho por la comisión regional. Por ejemplo –inventó-, un traumatólogo tendrá que evaluar lo que dijo el traumatólogo regional, lo que dijo el fisiatra, y si hay discrepancias con el informe del médico asignado, que es algo que se puede dar. Entonces, debe tener mayor cuidado un interconsultor de la Comisión Médica Central que uno de la comisión regional, porque a él le derivan al afiliado en cuestión, para que lo evalúe desde el punto de vista traumatológico, con diagnóstico de raquiestenosis, por ejemplo, y se limita a eso.

En cambio, el interconsultor de la Comisión Médica Central tiene un trabajo mayor, porque debe cotejar todo. Por eso algunos se arrepienten de ser interconsultores en la Comisión Médica Central.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Cuántos interconsultores hay en la Comisión Médica?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- En el pool la mayoría son siquiátras, debido a los impedimentos más relevantes; pero también hay traumatólogos y neurocirujanos, por los impedimentos de columna, que dejan secuelas neurológicas.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Y dan abasto los interconsultores, para llevar todas esas causas?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Sí, y tenemos un gran número. Se trata, en lo posible, de hacer una distribución equitativa, aunque hay interconsultores que demoran mucho; la latencia se alarga demasiado. Finalmente, el informe no cumple con las características demandadas y requerimos de otros peritajes. Hay médicos que son excelentes clínicos, pero como evaluadores, es diferente.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Si se necesita otra evaluación, no hay otro mecanismo.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- No hay otro mecanismo. Requerimos otro que cumpla con todas las condiciones, que solemos ser los que tenemos más tiempo.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Me gustaría saber cuál es el rango de sueldo de los miembros de la Comisión Médica Central, de las regionales y de los interconsultores, y si tienen una parte variable de la remuneración asociada a metas.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- La Comisión Médica Central, no, porque hemos estado con muchos casos por presentar; reconocemos que nos hemos atrasado, pero los cupos no dan abasto. Y no hay posibilidad de ver más números.

Tengo integrantes, míos, que han venido a la Comisión Médica Regional Metropolitana, quienes me han dicho: Yo te veo más casos, pero me pagan más, como lo hacíamos en la “metro”. Hechas las consultas, no es posible.

Respecto de los interconsultores, si bien soy yo quien los entrevista en la parte final y les digo que presenten todos los papeles a la Superintendencia, es la AFP la que después pacta los honorarios con ellos. Ella es la que “corta el cheque” en cuanto a los honorarios.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Entonces, en el caso de los interconsultores, no en el caso de los médicos integrantes de las comisiones, la remuneración proviene del trato que hagan con las AFP, directamente.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Así es.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Estamos hablando de cuántos interconsultores en su nivel, en la Comisión Médica Central?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Es que hay muchos compartidos entre las comisiones Metropolitana y Central. Pero son alrededor de ochenta y tantos, noventa.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Y en el caso de las regiones, ¿es de igual forma el vínculo a nivel regional?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Sin tener la respuesta clara, me da la idea de que es el mismo, porque tengo interconsultores que me han ido a decir: doctora, lo siento en el alma, pero el trabajo suyo me demanda tres veces más de lo que me demanda un trabajo como médico de una comisión regional. Porque, tal como les comenté, yo recibo la solicitud, evacúo mi informe y sería. En cambio, con ustedes tengo que cotejar todo lo que dijeron antes, es decir, la discrepancia que pudo haber habido con otro médico interconsultor en cuanto al examen o con el mismo asignado. Entonces, marcar la diferencia les demanda mucho más tiempo.

El señor CASTRO.- Señora Presidenta, me imagino que esta lógica de la remuneración proveniente de la AFP ha sido permanentemente así en la historia, o sea, nunca se ha hecho mayor cuestión de ello.

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Ha sido histórico.

El señor CASTRO.- En ese sentido, al momento de ver las resoluciones médicas, ¿el nivel de diferencia, discrepancia o contradicción entre las opiniones de estos interconsultores, que están financiados por las AFP y que obviamente tienen...

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Todos son financiados por las AFP.

El señor CASTRO.- Perfecto, todos.

Respecto de las opiniones médicas de los miembros residentes de las comisiones centrales o regionales, ¿cómo se traduce eso, en el momento de la resolución del caso a caso, respecto de las discrepancias de opiniones? Me imagino que ustedes tendrán un juicio. Por ejemplo, si en esta mesa todos fuéramos médicos y, como comisión, estamos fallando, y sé que un señor viene con una opinión médica de un caso y que probablemente, en ese caso, él va a tender a la baja del otorgamiento de beneficios, porque va a encontrar razones médicas para decir: "Mire, por esto no, o por esto tampoco, en fin...". Y eso entra en el seno de una conversación que debe ser resuelta en forma médica. Por lo tanto, ¿usted cree, según su experiencia, que hay independencia en esos médicos, pagados por las AFP, para dar opiniones técnicas y médicas libremente cuando se trata de evaluar el mérito de cada caso?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- Pienso que sí, porque muchas veces en el informe de este interconsultor -estoy inventando- viene una invalidez parcial, pero con el informe del interconsultor que solicitamos, dice: "No, este caso es clase 4, rango alto, por tales y cuales razones.". Entonces, muchas veces, la compañía, que venía a reclamar una parcial por sobrevalorada, termina con una total.

El señor CASTRO.- O sea, a su juicio, ¿nunca ha habido mayor conflicto de interés?

La señora MONTENEGRO (doña María Adriana).- No.

Ahora, si nos quedan dudas, muchas veces requerimos otro peritaje para mayor claridad, o sea, para una resolución en justicia.

La señorita GEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Pero eso es en la Comisión Central en la que está la presidenta, porque en el caso de las comisiones regionales no sabemos cómo podrían funcionar en caso de existir conflicto de interés.

El señor CASTRO.- Señora Presidenta, sé que la doctora no puede responder algunas cosas; por eso, pido que se oficie al superintendente en cuanto a lo siguiente.

Me gustaría conocer la nómina de todos los interconsultores, a nivel regional y central, que cumplen dicha función para la Comisión Médica Central o para las comisiones médicas regionales: conocer sus especialidades, sus nombres, las AFP que los tienen contratados y los montos de sus remuneraciones. Ahora, desde el punto de vista médico, quiero conocer las estadísticas sobre opiniones y controversias en los casos que anualmente fallan en las comisiones regionales. En el fondo, ¿cuáles son los niveles de diferencias y discrepancias en los montos asignados para invalideces, en opinión de esos interconsultores y en opinión de las comisiones médicas central y regionales, a fin de tener claro el comportamiento que han tenido estos interconsultores?

La señorita GEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para acceder a la petición del diputado Castro? Acordado.

Solo para efectos de hacer un recuento de lo que llevamos y en qué vamos, pues nos quedan solo algunas sesiones, los invitados que quedarían serían los miembros de la Comisión Ergonómica Nacional, y al comienzo de esta comisión se dio cuenta de que los dichos del superintendente acá fueron, al menos, controvertidos por una resolución de 2010; por lo tanto, que es posterior a la fecha de lo que nos dice el superintendente, en que se reconoce que existe el control de siniestralidad. Por ello, al inicio de la sesión se acordó invitar al contralor general de la República, para que nos dé cuenta sobre el marco jurídico de responsabilidades que cabe frente a estos hechos

en el superintendente, puesto que este último nos señaló acá, y luego por oficio, que no existía el control de siniestralidad o que no existían denuncias al control de siniestralidad desde 2008 a la fecha, lo que se contradice con la misma resolución que emite el propio superintendente.

En resumen, para la próxima sesión tenemos invitado al contralor y a los miembros de la Comisión Ergonómica Nacional, para terminar de ver el funcionamiento de las comisiones médicas, que es algo que tenemos pendiente.

SESIÓN 6°, CELEBRADA EN 14 DE ENERO DE 2019.

Concurren como invitados la señora María Soledad Hevia, jefa de la División de Comisiones Médicas y Ergonómicas, de la Superintendencia de Pensiones; y don Manuel Bustos, abogado de la Superintendencia de Pensiones, Unidad Judicial y de Cumplimiento.

Doctora María Soledad Hevia, jefa de la División de las Comisiones Médicas y Ergonómicas de la Superintendencia de Pensiones.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Buenos días, soy médico y tengo a cargo la División Comisiones Médicas y Ergonómicas de la Superintendencia de Pensiones. Esta División tiene la misión de fiscalizar y supervigilar administrativamente las comisiones médicas encargadas de la calificación de invalidez a nivel nacional, tanto las comisiones regionales como la central.

Supongo que fui citada a esta Comisión investigadora para responder algunas preguntas. No tengo nada preparado.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Usted ha sido invitada porque su departamento está a cargo de la fiscalización de las comisiones médicas, tanto a nivel central como regional. La comisión tiene interés en revisar las irregularidades que se han producido en el otorgamiento de pensiones de invalidez.

Entonces, dentro del proceso de fiscalización que ustedes realizan, quiero saber cuáles son las irregularidades que usted ha visto a lo largo de su gestión, y también hacia atrás. Me refiero a la institución que realiza estas fiscalizaciones.

Ingresé a la página web para conocer las atribuciones que ustedes tienen y saber en qué consiste su labor de fiscalización, pero no aparecía información en concreto. Por lo tanto, sería bueno que nos diga qué es lo que hace en concreto para fiscalizar, quiénes conforman esa institución de fiscalización a las comisiones médicas y con cuánto personal cuenta para fiscalizar el funcionamiento de las comisiones.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- La División que dirijo tiene dos departamentos, el departamento técnico y el departamento de control de gestión. El departamento técnico se ocupa de la parte técnica médica de la evaluación que realizan las comisiones de invalidez, consta de cuatro analistas, y tres del área de la salud, que nos apoyan para hacer auditorías de expedientes. En el departamento de control de gestión tenemos cuatro analistas más. Ese departamento lleva, principalmente, la parte de gestión, los indicadores de gestión que nosotros manejamos. Además, fiscaliza la parte administrativa, el manejo administrativo de las comisiones.

Respecto de cómo fiscalizamos; en general, lo hacemos al menos una vez al año, desde el punto de vista administrativo, a cada una de las comisiones del país. La Comisión Médica Central tiene más fiscalizaciones, por lo menos, tres veces al año.

Desde el punto de vista técnico, se fiscaliza a todos los médicos de las comisiones. ¿Cómo se fiscaliza a todos los médicos que trabajan dentro de las comisiones? Se saca una muestra de los expedientes que ellos hayan tenido bajo su cargo y se analiza, en su completitud, cómo se hicieron todas las gestiones; si corresponde la aplicación de normas, si está bien hecho todo lo que se hizo, etcétera. La muestra que se saca se hace con un criterio de riesgo, de casos no apelados que tengan complejidad desde el punto de vista técnico; se revisan todos los casos que hayan tenido discrepancias mayores, entre la Comisión Médica regional y Central. O sea, cuando la comisión regional aprueba una invalidez total y en la comisión médica central se rechaza, o viceversa, la Comisión Médica Central otorga invalidez total.

Así es como se trabaja, se hacen auditorías de los expedientes, se revisan los informes de los interconsultores involucrados, se revisa el actuar de todos los médicos que trabajan dentro de las comisiones. A grandes rasgos, es el trabajo que hacemos; además de responder todas las consultas que llegan directamente a la Superintendencia sobre los trámites de los recurrentes.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿También se encargan de resolver las preguntas de quienes están postulando a las pensiones?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Sí, cuando las personas hacen consultas sobre sus procesos.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Bueno, a lo largo de lo que hemos revisado con la Superintendencia, cuyo órgano nos dijo que de las 16.000 solicitudes que ingresan, solo puede ver en el año 300 expedientes. Entonces, en este caso y viendo el personal que tienen en la fiscalización, ¿me podría decir cuál es la evaluación que se hace? ¿Dan abasto o no para poder fiscalizar?

La señora HEVIA, (doña María Soledad).- Señora Presidenta, es preciso aclarar un punto.

Los 300 expedientes que usted tiene como noción son los que se ven solo de la central. Esas son las discrepancias mayores, o sea, son alrededor de 340, 350 al año. En el fondo, ese es el orden de discrepancias que se presenta. Luego, están todos los expedientes que se evalúan en las regionales y ahí es una muestra entre 5 y 8 expedientes por cada médico, entonces, también es una muestra mayor, por lo tanto, no es esa solo la muestra que se hace.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, ¿más o menos de cuántos expedientes estamos hablando que se revisan?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Más de 1.000 anuales.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Pero son 16.000 las solicitudes. Eso, al menos, nos entregó como dato la Superintendencia.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Claro, pero uno trabaja con una muestra elegida, como dije, con criterio de riesgo. Por ejemplo, no se va a ir a evaluar un expediente a un médico de un paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, pues es evidente que el solicitante tiene el certificado que demuestra que está en hemodiálisis, por lo que la norma dice que es una invalidez total y no hay mucho más que hacer. En general, se evalúan casos complejos.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Me imagino cuando hay discrepancias es un tema y, otro, tiene que ver con las enfermedades, en el sentido de si son más graves o no. ¿Cómo se hace esa distinción?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Bueno, esa distinción la hacemos por sistema.

Nosotros tratamos de buscar por sistema los casos que tengan más de una patología, patologías complejas de dilucidar, y eso se saca como selección aleatoria de los expedientes que se evalúan de la persona.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿La selección la hace la Comisión Técnico Ergonómica?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- La División.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, haciendo la evaluación de los 1.000 casos que ustedes estarían fiscalizando, ¿se ha encontrado con algunas irregularidades? De ser así, ¿qué tipo de irregularidades? Me refiero a diferencias realmente perjudiciales para los pensionados. Estamos viendo casos acá en que la verdad es que deberían haber sido, por lo menos, evaluados de otra manera para acceder a una pensión de invalidez; son casos sumamente graves que nos han llegado a la comisión. Entonces, quería hacer esa consulta respecto de su criterio.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Bueno, también evaluamos las consultas que llegan y, además, cuando llega alguna consulta se evalúa el expediente. Cuando pesquisamos que hay una aplicación que no es la más adecuada de norma, en general, después de que lo haya hecho la Comisión Médica Central, pues esta, por ley, tiene que dirimir las discrepancias y corregir o revisar lo que hizo la Comisión Médica Regional en su instancia, nosotros podemos ver y hay casos que analizamos y hemos podido encontrar que ha habido algún problema, y los mandamos por oficio a revisión a la Comisión Médica Central. Esa es una de las atribuciones que tenemos, en el sentido de si pesquisamos una "falta" o que falta algo que no se analizó completamente podemos mandar a que se hagan revisiones de oficio.

Ahora, las comisiones son autónomas en lo técnico. Nosotros no le podemos decir que a este caballero le corresponde una invalidez parcial o total, sino que pedimos que se revise de nuevo. Esa es nuestra facultad legal, por lo que hasta ahí llegamos.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Perfecto. Entiendo que las atribuciones que tendrían sería solamente una recomendación en la fiscalización.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Una revisión de oficio como se denomina que consiste en que ellos tienen que volver a revisar el caso.

El señor BUSTOS, jefe de la Unidad Judicial y de Invalidez de la Superintendencia de Pensiones..- Señorita Presidenta, solamente para precisar que el rol de la Superintendencia respecto de las comisiones médicas es de fiscalización y supervigilancia, por lo que, en síntesis, la fiscalización se puede resumir como traer a juicio algo que se hizo. Por lo tanto, si algún afiliado reclama respecto de su procedimiento de calificación de invalidez la División a cargo de la doctora revisa el expediente mediante su departamento técnico y le representa a la Comisión Médica lo que estima conveniente respecto de lo que ve en el expediente, contrastado con la norma técnica de evaluación, y la Comisión Médica tiene la facultad de revisar de oficio y modificar su dictamen si efectivamente lo que le representa la Superintendencia está de acuerdo con la propia Comisión ve en la aplicación de la norma.

Reitero, es la Comisión Médica, de acuerdo con la ley, la que tiene que decidir y para eso goza de autonomía, precisamente, en el conocimiento y resolución de las solicitudes de invalidez que se le someten a su consideración. En el fondo, esa es la función exclusiva y excluyente de las comisiones médicas.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, estaríamos hablando de que se hace más bien una suerte de solicitud de revisión y una visión que tendría la Superintendencia. ¿Cuántos serían estos casos al año?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- En este momento no tengo las cifras, pero en general no son muchos.

No me atrevería a dar una cifra exacta en este minuto.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- La solicitud se hará mediante oficio, a fin de que nos pueda informar en forma más exacta al respecto.

Además, pido que se pueda informar en forma desagregada, es decir, de la Comisión Médica Central y el caso de las comisiones regionales, a fin de ver más o menos dónde están los temas, en el sentido de cuáles son los argumentos para revisar estas comisiones.

Asimismo, han llegado algunas consultas vía oficio por la Fundación Valídame, con el objeto de despejar algunas dudas que tienen que ver con una resolución. Hay determinadas clases -a lo mejor, nos podría explicar eso también- de enfermedades para otorgar ciertas pensiones, según entiendo. Por ejemplo, en el caso de la fibromialgia, que son las consultas que hace la fundación, quedó en una clase determinada -entiendo que a criterio de la Superintendencia- por solicitud, además, de una compañía aseguradora, y eso determina cuál es el grado de invalidez que puede tener ese pensionado.

Si nos puede explicar primero el tema de las clases cómo funciona para poder introducir luego las preguntas.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, las normas establecen para un impedimento ya configurado, en el sentido de que se completaron todos los tratamientos de paciente, que pasó los períodos de observación y no ha tenido la mejoría que la medicina debería darle, por lo que estamos en una etapa secular, es decir, ya no va a tener mejoría la persona. Ahí, ese impedimento queda configurado y, en ese momento, se le puede otorgar un porcentaje de menoscabo.

Como se otorga un porcentaje de menoscabo, de acuerdo con la norma, la norma define clases, o sea, de la clase 1 hasta la clase 5.

En la clase 1, las cosas son muy banales, es decir, el pensionado está con tratamiento ocasional, que le produce problemas en algunas circunstancias y que son fácilmente corregibles con algún medicamento o una intervención menor.

En la clase 2, hay una complicación un poco más importante en el compromiso de la persona, en el sentido que le molesta o le causa más interferencia con todas sus actividades de la vida diaria, y los medicamentos o el tratamiento tiene que ser permanente.

En la clase 3, hay una afección, en general, más compleja, los síntomas son más severos y que pueden, incluso, revertir, en forma parcial, con los medicamentos.

En la clase 4, la persona está con síntomas, dolores y molestias que no se revierten totalmente con los medicamentos y que lo alteran por mucho tiempo, o sea, por un tiempo prolongado dentro de su jornada.

En la clase 5, en general, la persona necesita ayuda de terceros, en el sentido de que ya se está con pérdida de autonomía -tanto la clase 4 como la 5 tienen pérdida de autonomía-, ya que la persona necesita de un tercero que le ayude para alguna de las funciones de la vida diaria.

La clase 5 determina si se necesita ayuda para lo esencial, o sea, para comer, vestirse, asearse, ir al baño, etcétera. Así se definen las clases. Cada clase tiene un porcentaje que varía, según un rango. Ahora, el rango de porcentaje que se determina dentro de la clase lo da la frecuencia con que se presentan los síntomas. En otras palabras, si los síntomas se manifiestan por algunos días de la semana o de forma más ocasional, es un rango bajo; si los síntomas se manifiestan al menos la mitad del día despierto, es un rango medio, y si es más de ese tiempo, es decir, todo el día e incluye la noche, es un rango alto.

Señorita Presidenta, todo esto lo he explicado en términos muy generales.

Respecto de la fibromialgia, tengo entendido que la norma está hasta la clase 3. Ahora, eso lo determina la Comisión Técnica de Invalidez cuando se analizan las normas técnicas. Las comisiones tienen que aplicar la norma técnica que está publicada en el Diario Oficial.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Señora Hevia, son cinco clases, y según el caso se dan las pensiones, dependiendo del rango que acaba de explicar.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, eso es por impedimento. Es muy raro que un impedimento solo genere una invalidez total. Podría suceder por un cáncer terminal, pero la mayoría de la invalidez se da por una conjunción de varios impedimentos que tienen un porcentaje que puede ser distinto, lo que después se suma combinadamente.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, la Comisión Técnica de Invalidez establece la tabla en donde estarían clasificadas las enfermedades en cada una de estas clases.

La señora HEVIA (doña Maria Soledad).- Claro. La Comisión Técnica de Invalidez está a cargo de redactar y de emitir las normas. Las normas tienen un capítulo introductorio donde se explica lo que acabo de señalar, que son las clases generales que sirven para todos.

Ahora, cada capítulo de la norma tiene un capítulo específico por grupo diagnóstico; por ejemplo, osteomioarticular o mental. En el fondo, específica para cada patología, la más prevalente, qué elementos debe tener la clase 1, la clase 2 o la clase 3 por impedimentos más frecuentes.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Le haré algunas consultas de la fundación sobre el síndrome fibromiálgico porque hay un tema sobre las calificaciones.

Primero, si la ausencia del menoscabo laboral en clase 4 y clase 5, para el síndrome fibromiálgico de las normas 2016, en su versión electrónica, es simple error manifiesto de redacción o una exclusión arbitraria.

Segundo, si es error de redacción o exclusión arbitraria cuántas personas serían las afectadas desde su aplicación, personas que estando enfermas fueron rechazadas por una normativa defectuosa, arbitraria e ilegal, si fuera el caso.

Tercero, a su juicio, ¿quiénes tomaron la decisión de excluir de las normas 2016 las dos clases antes citadas?

Me refiero a la clase 4 y clase 5 para el síndrome fibromiálgico.

Cuarto. ¿Algunos de los funcionarios con cargos directivos habrían realizado reparos al defecto normativo y bajo qué fórmulas lo habría planteado?

Finalmente, ¿quién o quiénes son los responsables de una normativa publicada con defectos discriminatorios, si los hubiere?

La señora HEVIA (doña Maria Soledad).- Señorita Presidenta, no soy reumatóloga, no tengo noción de casos de personas que queden tan dependientes por la fibromilagia pura. La característica de la enfermedad le debería dar hasta una clase 3. En la clase 4 estamos hablando de que pierden autonomía, a diferencia de la clase 5, que ya están postrados.

Insisto, no soy reumatóloga, no es algo que se vea en la fibromialgia. Esa es una de las razones.

Ahora, esto no es una omisión, sino una decisión que se tomó al analizar las normas. El análisis de las normas técnicas corresponde a la Comisión Técnica de Invalidez.

Cuando se hace un análisis y se revisan las normas -no participo en eso; participa el doctor Pedro Osorio- en general se sacan todos los antecedentes que hay de estudios de medicina, se consulta con especialistas y se ve si el caso aplica o no; si está bien o no. De esta forma se va perfeccionando la norma cada año.

El que no exista una clase 4 o una clase 5 es una determinación más bien técnica que se evaluó en la Comisión Técnica de Invalidez. No es una omisión.

Ahora, el porqué, las razones y todas las otras preguntas que acaba de señalar son de la Comisión Técnica de Invalidez. Podría revisar las actas y ver, pero ahora no podría responder más al respecto.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Señora Hevia, ¿quiénes forman parte de la Comisión Técnica de Invalidez?

La señora HEVIA (doña Maria Soledad).- Es presidida por el superintendente de Pensiones; el doctor Pedro Osorio es el secretario, quien a la vez es jefe del Departamento Técnico de mi división; la doctora Adriana Montenegro es la Presidenta de la Comisión Médica Central; hay un representante de las AFP y un representante de las compañías de seguro, y el doctor Orellana, que estuvo acá la semana pasado como representante del decano.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Doctora, ¿sabe usted si cambiar de clase la fibromialgia fue una solicitud de la compañía aseguradora?

La señora HEVIA (doña Maria Soledad).- Tengo entendido que la fibromialgia nunca ha tenido una clase mayor a la 3, pero tendría que revisarlo. Tampoco conozco el antecedente que usted señala. Habría que revisar las actas de la Comisión Técnica de Invalidez.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Solicito la anuencia de la comisión para solicitar la información mediante oficio a la Comisión Técnica de Invalidez. ¿Habría acuerdo? Acordado.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señora Presidenta, por su intermedio, saludo a la doctora Hevia y al doctor Bustos.

Tengo una serie de consultas, pero primero quiero conocer su opinión respecto de que la Comisión Técnica de Invalidez se haya reunido dos veces en más de un año. ¿Le parece normal?

También quiero saber si le parece razonable, entendiendo que por ley se fija el criterio de la composición de todos los miembros, que haya tres integrantes que poco tienen que ver con la materia a analizar, como es dictar normas sobre grados de invalidez por enfermedad.

Me refiero a los representantes de las AFP, de las compañías de seguros y de las universidades.

Lo menciono porque este es el organismo superior que establece criterios y normas que tienen una fijación por ley que viene de mucho antes.

Quiero conocer su opinión sobre este organismo que dicta normas, que se reúne con esa frecuencia durante los últimos dos años, y cuyas normas parecen estar en cuestión, pues en la actualidad muchas de esas normas son los criterios para determinar una invalidez.

Por otra parte, en la sesión anterior la doctora Montenegro nos dijo que ustedes están a cargo de la fiscalización de las regiones.

Entonces, quiero saber cuál es su criterio respecto de la opinión de los interconsultores en las comisiones médicas regionales en los casos controversiales. Lo consulto porque los interconsultores están pagados por las AFP.

Quiero saber cuántos son los interconsultores de regiones, porque en la sesión anterior se nos dijo que hay 81 para Santiago y para la Comisión Médica Central; sin embargo, se nos dijo que ustedes lo debían señalar porque estaban a cargo de la fiscalización. Específicamente, quiero saber cuál es el número, cómo están distribuidos los interconsultores por regiones, y cuánto se les paga.

Además, tengo entendido que en Santiago a un interconsultor se le paga entre 70.000 pesos y 100.000 pesos por caso. ¡Por caso! Y estamos hablando de un número no menor de casos, y al médico de Comisión Médica, de staff, se le paga una cifra que debe ser tres a cuatro veces menor que ese monto por caso.

Por lo tanto, quiero comprender cuál es la incidencia que tiene el interconsultor en regiones y en la Comisión Médica Central, y cómo se califica que el juicio que tiene el interconsultor, que es pagado por una AFP, entre en colisión con un criterio médico objetivo e imparcial al momento de calificar una enfermedad. Me gustaría saber su opinión sobre esa materia, en las regiones particularmente.

También quiero preguntarle respecto del oficio que nos llegó del superintendente, qué piensan ustedes de que haya siete jefes de departamento, de la superintendencia, que prestaban servicios a las compañías de seguros y a las AFP, según nos informa el propio superintendente de Pensiones en un oficio llegado hace muy poco a esta comisión, donde el jefe de la División de Finanzas, el de Riesgo Financiero, el fiscal, el jefe del Departamento de Proyectos, el jefe del Departamento de Convenios IPS, el de Análisis y Control Financiero, y el de Control de la institución, todos han sido gerentes o subgerentes o han tenido distintos cargos en las compañías de seguros y en las AFP.

Por último, ¿cómo se les paga a los médicos de las comisiones médicas regionales y de la Comisión Médica Central? Me refiero al origen del financiamiento, porque sé que ellos entregan una boleta de honorarios, todos los meses, y se les paga.

Cuál es el origen de esos financiamientos, de adonde procede, porque la información que poseo de algunos miembros del staff de comisiones médicas, es que ellos no saben exactamente si proviene en parte del Estado y en parte de las compañías de seguros, y en qué porcentaje vienen esas remuneraciones pagadas a honorarios.

Para terminar, doctora Hevia, quiero preguntarle si su cargo es de Alta Dirección Pública.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Sí.

El señor CASTRO.- Cuáles son las características y los tiempos en que se ha venido dando el proceso de selección y nominación de su cargo, que es muy importante dentro de la superintendencia.

Esas son las preguntas, Presidenta.

Señor Bustos, jefe de la Unidad Judicial y de Invalidez de la Superintendencia de Pensiones.

El señor BUSTOS.- Señorita Presidenta, respecto de la composición de la Comisión Técnica de Invalidez, solamente me puedo remitir a la opinión que ya entregó la superintendencia en esta misma comisión. Por lo tanto, la opinión de la superintendencia ya fue expresada. El superintendente dijo, después de una evaluación al funcionamiento de la Comisión Técnica, que parecía pertinente dejar sin efecto la participación de las administradoras, puesto que hoy no existe ninguna razón lógica para que participen en la Comisión Técnica de Invalidez.

Respecto de las compañías aseguradoras, señaló que tienen un conocimiento importante del costo del seguro, porque ese es su trabajo, pero que tampoco debieran seguir participando con derecho a voto y que podrían quedar solamente con derecho a voz.

Esa fue la opinión de la superintendencia y me remito a esa opinión.

¿Cuál era la otra pregunta, diputado?

El señor CASTRO.- ¿Cuál es el rol que tienen ustedes en la supervisión de las comisiones médicas regionales? ¿Cuál es el rol de los interconsultores? ¿Cuánto se les paga? ¿Cuál es la incidencia que tienen ellos en la toma de decisiones? Cómo se administran las controversias médicas entre las comisiones médicas regionales y los interconsultores, porque tienen distinto origen de pago.

El señor BUSTOS.- En primer término, hay que tener presente que la fuente de esta participación de los médicos interconsultores y del financiamiento que tienen los médicos interconsultores es la ley.

El artículo 11 establece que las comisiones médicas deben requerir exámenes e interconsultas para fundamentar sus dictámenes y que la administración y financiamiento de las comisiones médicas les corresponde a las AFP.

Por lo tanto, respecto del financiamiento, las administradoras pagan el equipamiento de las comisiones médicas, la infraestructura de las comisiones médicas, y también los exámenes de los médicos que participan con sus interconsultas y de las instituciones, también, como laboratorios y clínicas que efectúan los exámenes complementarios para cada especialidad. Eso está establecido en la ley y esta deriva al reglamento una mayor regulación de aquello.

En cuanto a los honorarios, la ley establece que el afiliado también concurre con el financiamiento de las interconsultas. A él se le aplica el arancel N° 1 de Fonasa, de acuerdo con la estratificación sobre la base de remuneraciones, un 0, un 10 o un 20.

Las administradoras de fondos de pensiones no son parte del proceso de calificación de invalidez, no tienen injerencia en el proceso de calificación de invalidez. Por ejemplo, no pueden reclamar en contra de un dictamen de invalidez. Las compañías de seguros sí son parte del procedimiento de calificación de invalidez. Entonces, cuando hablamos de partes, el procedimiento tiene dos partes: el afiliado y la compañía de seguros, en el caso de los afiliados que se encuentran cubiertos, obviamente. Si el afiliado no está cubierto, solamente califica la Comisión Médica, y a quien corresponde reclamar, si no está de acuerdo con lo resuelto, es al propio afiliado. En síntesis, ese es el funcionamiento de los médicos interconsultores.

Desde luego, como esta es una relación que establece la ley, evidentemente los interconsultores deben pactar sus honorarios con las administradoras de fondos de pensiones. Eso debe quedar escriturado; es un contrato de prestaciones de servicios entre las AFP y los médicos interconsultores.

Cabe señalar, y probablemente la doctora profundizará sobre ese punto, que los médicos interconsultores son apoyo de las comisiones médicas, y son los propios integrantes de las comisiones médicas quienes proponen a la superintendencia la incorporación de un determinado médico o institución para prestar servicios de interconsultas o de exámenes.

Es la superintendencia la que tiene reglamentados los requisitos; están establecidos en el compendio de normas de la superintendencia que está en el mismo sitio web. Se puede ver en detalle cómo es el procedimiento, de modo que la superintendencia determina si se incorpora o no, y como paso final, el médico informa a las AFP lo que cobra y puede o no haber ahí una discusión y un pacto de honorarios. Pero, en definitiva, quien decide si el médico interconsultor participa, se incorpora, se mantiene o deja de pertenecer al registro de interconsultores por cualquier razón, es la superintendencia, y en general la retroalimentación es de las comisiones médicas regionales y central.

Respecto de cómo se resuelven las controversias, eso está muy claro en el artículo 11, que establece un procedimiento que podemos definir de doble instancia, y ahí los dos procedimientos son muy distintos.

La primera instancia son las comisiones médicas regionales. La comisión médica regional tiene por función evaluar y calificar. Esa es la entrada del afiliado que solicita calificación de invalidez, y lo que hace la comisión ahí es evaluar al afiliado. Él es el titular del derecho y él es quien está enfermo y quien solicita la pensión de invalidez. La comisión médica lo examina a él, pide todos los exámenes que estime conveniente, y luego resuelve en sesión si procede o no otorgar derecho a pensión de invalidez, y si procede, en qué rango: parcial o total.

Si es un caso cubierto, las partes van a ser, como dije, el afiliado y las compañías de seguros, porque no es solo una, son varias las que se adjudicaron un contrato, y la instancia de resolución es la comisión médica central, que es otra comisión -funciona en Santiago; es una a nivel nacional-, en la cual no participa ningún médico, ni del afiliado ni de las compañías de seguros, solamente los médicos de la comisión que ha designado la superintendencia y contratados a honorarios por esta. De modo que ahí hay absoluta autonomía por parte de las comisiones médicas y de la central, en particular, para resolver, y su función expresa es esa: resolver las discrepancias y cuestionamientos que las partes hagan a través de los reclamos o de los recursos administrativos posteriores en torno a la calificación de invalidez que se hizo en la comisión médica regional.

El señor CASTRO.- Una precisión sobre lo mismo que usted está señalando.

Quiero saber si usted estima que un médico pagado por una de las partes en litigio, que es la parte contraria al usuario, tiene autonomía e independencia, como especialista, para opinar sobre ese caso, si tiene libertad suficiente, desde el punto de vista ético y médico, para opinar y ser incidente en el destino de esa pensión de invalidez que está en juego, al momento de dirimir un diagnóstico.

El señor BUSTOS.- Bueno, en ese punto, quienes debieran señalar si ven afectada o no su autonomía, son precisamente los médicos que integran las comisiones médicas, y entiendo que estuvo acá la presidenta de la Comisión Médica Central.

De cualquier modo, lo que sí le puedo decir es que el expediente de calificación de invalidez tiene coherencia. Todo lo que se hace en una calificación de invalidez queda en un expediente, que se inicia en la Comisión Médica Regional. En ese expediente están las opiniones de los médicos interconsultores de la Comisión Médica Regional; la de los propios médicos integrantes de las Comisiones Médicas; está el examen físico general, segmentado, detallado; están los exámenes de laboratorio, placas radiológicas y, luego, está el análisis del médico asignado a la Comisión Médica Regional. Todo eso se reduce en un dictamen, que pasa a la Comisión Médica Central si es que alguna de las partes reclama.

La Comisión Médica Central tiene un procedimiento bastante parecido y, en ese contexto, la Comisión Médica Central se puede dar cuenta perfectamente de si hay coherencia o no en todo lo que se viene haciendo.

Por lo tanto, me parece que las comisiones médicas tienen la suficiente autonomía para resolver de manera independiente y sobre la base de los exámenes. Recordemos que esta es una discusión médica; por lo tanto, debe generarse evidencia respecto del grado de incapacidad que tiene la persona. Pero, insisto, si los presidentes de las comisiones médicas o los integrantes se ven afectados porque una compañía de seguros sea la que financie los exámenes, entiendo que la presidenta de la Comisión Médica Central no señaló algo parecido, pero, en definitiva, serían ellos quienes deberían opinar sobre el particular. Pero, si me pregunta a mí, el expediente tiene suficientes elementos de juicio para que la Comisión Médica resuelva con suficiente autonomía.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Estamos hablando de situaciones médicas específicas. No soy médico, pero me imagino que quien revisa es un médico especialista en una determinada área y me imagino, también, que no todos los integrantes de la Comisión Médica tienen la especialidad en esa área; por lo tanto, el informe que venga a dar un médico contratado por quien es parte también del juicio, me refiero al juicio en el que se califica la procedencia de esta invalidez, me parece que tiene un argumento mucho más potente que el que puede dar un médico sin esa especialidad.

Se lo digo, porque es lo que hemos visto a lo largo de las sesiones de la Comisión, que el informe que venga dado por alguien contratado por quien es parte afecta el juicio que pueda hacer la Comisión Médica, afecta la imparcialidad.

El señor BUSTOS.- Una precisión final sobre ese punto. Las compañías de seguros financian los exámenes de los afiliados cubiertos, pero no administran las Comisiones Médicas.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- No, pero quienes contratan son las AFP, que están relacionadas con las compañías aseguradoras. De hecho, el superintendente nos planteó, en la primera sesión, la relación que tienen las compañías aseguradoras con la AFP, que tienen los mismos dueños.

El señor BUSTOS.- Sí, pero el superintendente dijo también, en esa misma sesión, que hoy no hay contratos de seguros de empresas relacionadas.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Claro, pero eso es hoy.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Puedo aclarar un punto. Los médicos interconsultores pactan honorarios, como bien dijo el abogado, con las AFP en su conjunto, pero ellos trabajan no exclusivamente para las compañías, sino que lo hacen para las compañías, para las AFP, para el IPS, para quienes les manden el caso.

Entonces, una de las cosas que siempre vemos cuando revisamos los informes de los interconsultores es que los criterios que usen sean similares, independientemente del caso que estén evaluando. Ellos citan a la persona y tienen que evaluarlo aplicando norma técnica, y la aplicación de la norma técnica es igual para cualquiera de los participantes de este sistema. Solo emiten la boleta al que le corresponda, según ley que les pague, pero ellos, en lo que uno ve, es evaluar el criterio. Si el criterio que están usando es adecuado y lo vemos aplicado a los diferentes tipos de solicitantes que tienen que evaluar.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, por su intermedio, quisiera conocer el número y la nómina de los interconsultores de cada una de las Comisiones Médicas Regionales.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Esas nóminas las enviamos hace tres sesiones.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿La de interconsultores?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Sí, todas. Son quinientos treinta y tantos consultores, las mandamos con la comisión en la cual están inscritos, y el hecho de que estén inscritos en una comisión no hace que no puedan evaluar a un solicitante de otra comisión.

Lo que dijo la doctora Montenegro en la sesión anterior es cierto. Hay algunos interconsultores que son de Santiago, pero si una comisión regional no tiene esa especialidad se puede evaluar con ese mismo interconsultor. Los interconsultores son un pool, que se usa para evaluar a todos los solicitantes a nivel nacional, y son más de 500.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Por su intermedio, Presidenta, ¿cuánto gana en promedio un médico de comisión médica regional? ¿Cuánto gana en promedio un médico interconsultor por caso?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Los médicos de las comisiones médicas regionales hacen boleta y les paga el Estado. Nosotros tenemos fondos fiscales para pagarles los honorarios a todos los médicos que trabajan en las comisiones.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Qué rango es?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- En las comisiones médicas regionales, el presidente está en un millón seiscientos mil pesos, aproximadamente; los secretarios están en un millón doscientos mil pesos y cerca de los novecientos mil pesos los integrantes.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Qué jornada horaria tienen?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Ellos tienen que ver entre 12 a 15 solicitantes, evaluarlos en la semana y asistir a la sesión semanal.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- ¿Y el interconsultor?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Los rangos de los interconsultores no los tengo con precisión, pero, en general, es alrededor de dos o tres veces lo que es un valor consulta.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- O sea, entre setenta y cien mil pesos por caso.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Diría que es un poco menos. El promedio debe estar en los setenta mil pesos.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Setenta mil pesos por caso, porque ellos no cumplen jornada.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- No, ellos no cumplen jornada. Están contratados bajo la modalidad de prestación de servicios. Ahora, hay que entender que los especialistas en el país son pocos, escasean, especialmente en regiones.

Los interconsultores son especialistas en diferentes especialidades: tienen que evaluar al solicitante; lo ven en la consulta, lo examinan, le hacen examen físico y le piden los exámenes complementarios que necesitan. Una vez que llegan esos exámenes complementarios, los analiza. Después tienen que emanar un informe preestablecido con nosotros, estudiando la norma técnica que le aplica, para hacer una aplicación de norma técnica y entregar ese informe a la comisión. Esas son las funciones, y por eso el costo. Hay regiones en las que no hay ninguna de esas especialidades o es el único especialista que hay, o son dos o tres, cuesta muchísimo encontrar interconsultores que quieran trabajar en el sistema, no es fácil. Ustedes lo deben saber, los especialistas en este país están distribuidos de manera concentrada, lo que es bastante desigual. Entonces, en algunas regiones es muy difícil, y la única forma es la oferta y la demanda, es cierto. O sea, podemos llegar a eso.

Pero nosotros estamos evaluando su informe en cuanto a que cumplan con la norma.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Entiendo que un interconsultor puede ver hasta seis o siete casos al día.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Sí, podría. Eso va a depender de las horas disponibles que tenga para esa función.

El señor CASTRO (don Juan Luis).- Pero podría tener un ingreso razonablemente de quinientos mil pesos por día; eventualmente, si tuviera seis o siete enfermos por día al monto que estamos hablando. ¡Puede ser!

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Puede ser, pero todos son de diferente origen, al ser pagados por AFP, compañía o IPS.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el diputado Tucapel Jiménez.

El señor JIMÉNEZ.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero saber cuáles son los requisitos para ser interconsultor.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Para la selección de los interconsultores, como bien dijo el abogado, el acercamiento, el tratar de que ese interconsultor trabaje en el sistema lo hace la Comisión Médica Regional, y es la Comisión Médica Regional la que nos manda, por oficio, los antecedentes de ese interconsultor que quiere trabajar en el sistema. Lo que se pide y se revisa son los antecedentes curriculares, que tenga la especialidad, que tenga todo en orden, desde el punto de vista técnico. Además, se le hace una declaración de conflicto de intereses o de inhabilidades, la que tiene que dejar firmada.

El señor BALTOLU.- Señora Presidenta, queda la sensación de que la persona que pide que se analice su caso para que le den una pensión definitiva -si se la dan-, quedara indefensa antes de que se la entreguen. Me da la sensación de que eso no ocurre así porque está la isapre que le paga el sueldo permanentemente. Aquí se produce un conflicto entre un ente de seguros, que es la isapre, y la aseguradora o la AFP que al final si la isapre, por decir una barbaridad, se saca de encima a esta persona a la que le está pagando todos los meses, indudablemente traspasa el problema, si lo tomamos en forma grave, a la otra. Entonces, no sé si eso ayuda o perjudica, porque ahí hay un conflicto entre dos organismos que están peleando. Aun así, me da la sensación de que el trabajador en sí no queda indefenso porque si está con licencia, alguien le está pagando el sueldo, en este caso la isapre o Fonasa. Digo eso para que la gente entienda en sus casas qué está sucediendo.

El señor BUSTOS.- Por su intermedio, señorita Presidenta, para atender la consulta debo señalar que lo importante es que el trabajador no quede en la indefensión, porque nuestro sistema de seguridad social contiene beneficios para las distintas contingencias a la cual está sujeto el individuo. Por lo tanto, el afiliado que está trabajando tiene derecho a licencia médica y hay normas del Ministerio de Salud, en términos de que cuando está con licencia médica, si se aprecia que la enfermedad puede ser indicativa de una pensión de invalidez y el trabajador inicia su procedimiento calificadorio, la institución de salud no puede ni debe suspender las licencias médicas hasta que el dictamen no quede ejecutoriado, que se pronuncie otorgando o rechazando la pensión de invalidez. Por tanto, está cubierto y lo mismo en el caso de los independientes formales que cotizan, en tanto tengan derecho a licencia médica y subsidio por incapacidad laboral, van a estar perfectamente cubiertos en esa contingencia. No les representa a ellos ninguna indefensión.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Tengo otra consulta respecto de los plazos, porque parte de las denuncias tiene que ver con la demora en la definición de que se otorga o no la pensión de invalidez. De hecho, hay casos en que las personas mueren antes de recibirla, y resolverse si van a tener su pensión de invalidez; incluso, se le entregan las pensiones de invalidez después de muerta.

¿Cómo se fiscaliza el tiempo de funcionamiento en que las comisiones médicas puedan resolver? ¿Hay un plazo o una determinación de tiempos que nos permita tener esa garantía para los afiliados?

El señor BUSTOS.- Sí, el reglamento establece que las comisiones médicas deben emitir su dictamen en un plazo de 60 días desde la comparecencia del afiliado, plazo que puede ser prorrogado por otros 60 días. Es un plazo que no tiene sanción, por lo tanto, de cualquier modo la comisión podría pronunciarse sin ningún inconveniente.

Desde luego el sistema contempla en los casos más complejos de enfermedades terminales, que suele ocurrir, y que probablemente sean esos los casos a los que usted se refiere, dependiendo del momento en que soliciten la pensión de invalidez. En el caso de enfermedades muy graves, eventualmente el deceso se puede producir durante el procedimiento, pero en general esos casos están configurados y las comisiones médicas suelen resolverlos con bastante rapidez. De hecho, el procedimiento contempla una visita médica domiciliaria, una visita del funcionario de la AFP a llenar los formularios, lo cual genera en la comisión médica el aviso de que es una persona que está postrada, que no puede concurrir a hacer su trámite, y la comisión médica le asigna un médico interconsultor domiciliario, que es otro tipo de interconsultores que apoyan la labor de las comisiones médicas, ya que la comisión médica no puede hacer visitas domiciliarias.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, hay un plazo definido para ese tipo de casos.

El señor BUSTOS.- Sí.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Cuánto es ese plazo?

El señor BUSTOS.- 60 días, pero es prorrogable por otros 60 días.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- No, pero ese es el de los generales. Me había dicho que en el caso de enfermedades terminales hay un plazo más reducido.

El señor BUSTOS.- La ley establece un plazo general, no uno específico. Es la instrucción de la superintendencia, en términos de que hay un protocolo por parte de la misma, dirigido a las comisiones médicas para que en lo posible, sin descuidar la correcta calificación de invalidez, actúen con premura ante casos que, de acuerdo a la certificación que hayan presentado, así lo ameriten. Ahora bien, hay algunos casos en que no se presentan con antecedentes médicos, sino que los llevan a la comisión médica. Entonces, si no hay conocimiento por parte de la comisión médica de la situación de salud de ese momento del trabajador, no va a poder funcionar el mecanismo domiciliario, pero sí está establecido y las administradoras lo aplican en la medida en que vaya un familiar en representación de la persona y diga: "Mire, aquí está mi pariente enfermo. Este es el certificado médico, no puede desplazarse", y todo se hace a través de terceros y con visita domiciliaria.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Hay alguna medida que pueda tomar la superintendencia para agilizar los plazos de este procedimiento en los casos terminales?

El señor BUSTOS.- Ese es uno de los aspectos que fiscaliza la división de la doctora.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra la doctora Hevia.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Nosotros, como superintendencia, mandamos instrucciones a todas las comisiones para actuar en casos de solicitantes que se presenten con una patología que tiene evidente riesgo vital. Pueden actuar muy bien, como dijo el abogado, si tenemos los antecedentes, porque si la solicitud llega sin ningún antecedente no van a poder tomar la decisión desde el primer momento. Cuando pasa eso, cuando los van a citar al médico, y los empiezan a llamar por teléfono, recién ahí la comisión se entera del estado de gravedad de la persona y se marcan como casos prioritarios. Nosotros los manejamos así. Un caso prioritario puede salir muy rápido. En general, si todas las cosas se dan bien con casos de suma urgencia, pueden salir dictámenes en 15 días, pero de todas maneras antes de los 30 días están todos dictaminados.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Antes de los 30 días?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- En general, en casos prioritarios.

El señor BALTOLU.- En el mismo caso, si una persona está a punto de fallecer, ¿qué sentido tiene dar una pensión definitiva si con la muerte del paciente se termina? Creo que tendría sentido si esa pensión es heredada. En el caso de una persona que está a punto de fallecer, ¿por qué no se apura el trámite para que reciba la pensión de gracia o la pensión de salud? Como dije, valdría la pena el trámite si esa pensión se hereda.

El señor BUSTOS.- Es interesante su pregunta, sin embargo, la solicitud de pensión de invalidez es un derecho del trabajador, es una decisión del trabajador, y en muchos casos de enfermedades graves pedirla o no pedirla y cuándo pedirla, es una decisión del grupo familiar.

Si la persona está cubierta con licencia médica, de pronto es más fácil -para efectos de tratamiento médico, ya que la licencia médica es un porcentaje directo de la remuneración-, y más conveniente. Eso es lo que interpretamos, mantenerse con subsidios por incapacidad laboral y retrasar la solicitud de pensión de invalidez.

De cualquier modo, para una persona que está en riesgo vital, el decreto ley N° 3.500 establece pensiones de sobrevivencia, de modo que de cualquier forma va a haber pensiones de sobrevivencia para su grupo familiar: viuda e hijos menores de 24 años, y si no hubiera beneficiario de pensión de sobrevivencia, por ejemplo que el trabajador hubiese sido viudo o que los hijos sean todos mayores de 24 años, los fondos de pensiones

acumulados en su cuenta individual constituyen herencia y, por lo tanto, esos herederos van a poder retirar en conjunto el capital acumulado en la cuenta individual.

El señor BALTOLU.- Eso es por la AFP, pero estamos hablando de la pensión por invalidez, de cuando la persona se enferma, no puede trabajar, recibe un emolumento, pero si esa persona se muere, en el caso en que está pidiendo antecedentes, ¿cuál es el tiempo de respuesta? Eso me suena a que solamente si esta pensión de invalidez se traspasara a los herederos, a la esposa, a los hijos, sería razonable que se otorgue.

El señor BUSTOS.- Lo que pasa es que si en el grupo familiar hay beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia, dicho beneficio se transforma en pensión de sobrevivencia. Las compañías de seguros aportan el capital necesario para pagar esas pensiones de sobrevivencia a los beneficiarios y, en definitiva,...

Lo que pasa es que la pensión de invalidez es para el trabajador. Si el trabajador fallece antes, lo que va a pagar la administradora es pensión de sobrevivencia, porque, en definitiva, tenemos beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia.

Si no hay beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia, lo que tenemos es herencia, porque los fondos acumulados en la cuenta individual vienen del difunto.

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, me hace sentido lo que acaba de decir usted en el caso de una persona que está enferma y fallece. Supongamos que el Estado le entrega la pensión por enfermedad, porque está incapacitada para trabajar, pero fallece.

En ese sentido, me gustaría saber si esa pensión es heredable, porque está claro que en la AFP esos fondos nadie los puede tocar y son heredables, pero, por la premura de dar una pensión de invalidez, ¿esa pensión es mejor que se queden los herederos o no?

El señor BUSTOS.- Señorita Presidenta, la pensión de invalidez es para el trabajador afiliado.

Lo que establece la ley es pensión de sobrevivencia para los beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

Lo que puede ocurrir, por ejemplo, es que el trabajador fallezca después del procedimiento y no alcance a cobrar las pensiones. En ese caso, retroactivamente se pagan las pensiones devengadas no pagadas como herencia a los herederos, sin perjuicio del derecho que tienen a pensión de sobrevivencia. Pero esa es una circunstancia que se da en relación con el momento en que fallece la persona.

En definitiva, el compromiso de las comisiones médicas, en tanto al derecho del trabajador a pedir pensión de invalidez, si se tiene conocimiento del estado de gravedad del trabajador, es dictaminar en el menor tiempo posible, en tanto los antecedentes así lo permitan.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, por eso es importante la fecha en que se emita la resolución, porque permite que esas pensiones sean devengadas por el afiliado.

Ahora bien, en ese transcurso que no tienen licencia médica, por una parte, y no cuenta con una pensión de invalidez, porque se trata de una persona que no puede trabajar, está en una situación de emergencia, ¿qué sucede con esa persona que debe esperar esos plazos? Claro, a lo mejor no está en una situación de enfermedad terminal, pero sí en una que no le permite trabajar, de invalidez total. Sin embargo, debe esperar que la comisión médica resuelva hasta en 120 días o más, porque entiendo que es discrecional. ¿Cómo se fiscaliza? ¿Hay sanciones de la superintendencia si los plazos no se cumplen?

El señor BUSTOS.- Señorita Presidenta, como dije, los plazos están establecidos en el reglamento.

Lo que hace la superintendencia es que esos plazos se cumplan. Pero, como se ha comentado en esta comisión en sesiones anteriores, sin descuidar la calificación de invalidez, que la calidad de la calificación de invalidez sea la adecuada, que se tome el tiempo para todos los antecedentes, exámenes médicos, exámenes de apoyo, para tener un expediente debidamente fundado.

En el caso de que no haya dictámenes de invalidez fundados en antecedentes médicos, los afiliados recurren a la corte, señalando que tienen un acto administrativo infundado.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Claro, no estoy diciendo eso, sino que los plazos se pueden extender. Por ejemplo –lo mismo que estábamos hablando-, son pocos los interconsultores en las regiones; prácticamente hay que esperar si es que tiene disponibilidad el interconsultor para ver su informe.

Hay plazos que se pueden extender demasiado. Por eso me gustaría saber si la superintendencia tiene herramientas para fiscalizar en términos de sanciones o establecer alguna forma que permita que los plazos establecidos en la ley se cumplan.

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, quiero aclarar que el promedio de duración de los dictámenes, de la evaluación en las comisiones médicas regionales, en 2018 fue de 64 días.

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

Pero en los casos en que se demora más, ¿cuáles son las herramientas de la superintendencia?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, nosotros fiscalizamos, pero en general tienen muchas causas, son casos complejos.

Ahora bien, un caso que se atrasa mucho puede ser porque tiene muchas patologías que evaluar, hay que hacer muchos exámenes, muchas interconsultas, porque el interconsultor de la zona no está disponible, hubo que

trasladarlo a otra región o a Santiago, y eso también depende de la disponibilidad del enfermo y de su acompañante para determinar cuándo puede viajar. Eso también atrasa los plazos.

Es multifactorial el hecho de por qué un caso se puede atrasar. Hay muchas cosas que hacen que se demore, como que citan al paciente al médico y no llega a la primera citación; lo vuelen a citar y llega a la segunda o, a veces, a la tercera. Entonces, todo va atrasando los procesos y las responsabilidades son muy difíciles de determinarlas en una sola persona.

Nosotros evaluamos, el departamento de Control de Gestión está a cargo de todos los casos atrasados, es decir, nosotros empezamos a analizarlo cuando ya han pasado los 90 días y los vemos.

Como dije, todos esos casos son muy complejos y las causas de por qué se atrasaron son multifactoriales, no hay un causante, una sola persona que esté involucrada. En general, son varios aspectos que hay que considerar.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- En particular, ¿qué herramientas tiene la superintendencia, por ejemplo, en el caso de que la comisión médica, por la alta demanda de expedientes, vea retrasado su trabajo? ¿Hay alguna manera de fiscalizar, por ejemplo, el horario de funcionamiento de las comisiones médicas? Nosotros preguntamos y al parecer no había registros, pero finalmente sí lo había de la hora de término de las comisiones médicas, del funcionamiento.

Entonces, me gustaría saber cómo funciona esa fiscalización por parte de la superintendencia. Si estamos frente a la tardanza de la definición de un caso, entiendo que lo prioritario sería que la comisión médica tuviera un funcionamiento rápido; es decir, que sesionen largas horas cuando hay que definir temas urgentes, como lo hacemos acá en el Congreso Nacional.

El señor BUSTOS.- Señorita Presidenta, en relación con las interconsultas, que es lo que podría generar alguna demora en las regiones, como dijo la doctora Hevia, los interconsultores son a nivel nacional, están en las regiones, pero no están obligados a trabajar solamente con esa comisión médica regional.

Por lo tanto, si en una región no existe la especialidad y es necesario evaluar para esa especialidad, el caso no se retrasa, porque, en definitiva, se lleva a la región más cercana que cuente con especialistas, y el financiamiento del traslado, la estadía, todo lo que signifique ese hecho, lo paga la administradora o la compañía de seguros, en el caso de que se trate de una apelación.

De modo que si hay especialistas en la zona y no hay interconsultores incorporados, la superintendencia, dentro de su fiscalización, pedirá a la comisión médica regional que reclute médicos especialistas para que lleven a cabo interconsultas y, así, en la medida en que se fiscaliza se toman las decisiones que correspondan, para que la comisión médica tenga un actuar adecuado.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Y respecto de las sesiones de la comisión médica?

La señora HEVIA (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, las comisiones médicas regionales tienen la obligación de sesionar una vez a la semana y una vez terminada la sesión, los asistentes deben firmar el acta.

Cuando vamos a terreno, fiscalizamos que las actas estén debidamente firmadas y que correspondan a los casos dictaminados.

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, se supone que el trabajador está en una isapre o en Fonasa. Ahora, ¿estas instituciones ayudan al trabajador a que obtenga una pensión de invalidez? ¿Están autorizadas por ley?

He sabido casos de personas en que las isapres dicen que deben pensionarse, porque no les pueden seguir pagando, ya que es un tema que se escapa de sus manos, pues llevan un año, un año y medio pagando el sueldo.

Entonces, para que el trabajador tenga las mejores condiciones, ¿la isapre está autorizada a prestarle ayuda para que logre su pensión y el seguro pague el sueldo y no la isapre y menos Fonasa?

El señor BUSTOS.- Señorita Presidenta, eso queda solamente en el campo de las opiniones de las instituciones de salud y de las recomendaciones que hagan al afiliado, pero ninguna de ellas puede obligar al afiliado a tramitar pensión de invalidez.

Como dije, la pensión de invalidez es un derecho del trabajador y él decide cuándo la solicita, lo que obviamente va de la mano de lo que señale su médico tratante en torno a los resultados del tratamiento de su enfermedad.

Por lo tanto, en ese contexto, insisto, hay una resolución del Ministerio de Salud que obliga a las entidades de salud a pagar las licencias médicas en tanto exista un trámite de invalidez pendiente.

Pero la decisión de pedir la pensión de invalidez es del trabajador. No lo pueden compeler a ellos.

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, precisamente estamos haciendo una investigación sobre actos que impiden la entrega de la pensión de invalidez, y por eso dije que si la isapre le está pagando su sueldo producto de su enfermedad, el trabajador debería estar tranquilo. Pero estamos exponiendo casos en que la pensión de invalidez se demora. No estoy en contra, al contrario, estoy de acuerdo con todo lo que usted plantea, pero quiero que el trabajador esté tranquilo.

Mientras la isapre o Fonasa estén pagando el sueldo del trabajador, este no se debe preocupar, pero la pregunta que hice es respecto de si hay presión del doctor respecto de si le ayuda o no.

El señor BUSTOS.- Tratándose de un problema médico lo importante es la opinión del médico tratante respecto de cómo ha llevado la enfermedad del trabajador.

En definitiva, respecto de los derechos de la seguridad social, cada institución tiene derechos y obligaciones, cada institución tiene un organismo fiscalizador, pero si el trabajador se siente presionado por la institución de salud tendrá que recurrir al organismo que corresponda, ya sea a la Superintendencia de Salud o a la Superintendencia de Seguridad Social, en el caso de licencias de la Compín, o cuando la Compín se pronuncie en calidad de segunda instancia de las licencias de las isapres.

Por lo tanto, lo relevante es que deben tener cobertura en ese sentido y el sistema debe funcionar.

El señor BALTOLU.- ¿Por qué se presiona tanto con la pensión de invalidez?

Por eso le digo que esta investigación es por efecto de las pensiones de invalidez. Entonces, por qué no le decimos al trabajador que se quede tranquilo porque su pago va a ser normal, va a llegar en seis meses más o en un año.

El tema es que si es evaluado por la isapre, la isapre tiene que seguir pagando, y Fonasa tiene que seguir pagando el sueldo. El trabajador debe saber sus derechos.

El señor BUSTOS.- Diputado, no sé a qué presión se refiere, pero los casos que se han planteado acá fueron remitidos a la Superintendencia, y los analizó. De hecho, algo alcanzó a exponer de cada caso en particular.

Es difícil hablar en términos generales respecto de por qué a una persona le rechazaron la pensión de invalidez, porque cada persona es una situación distinta e independiente que tiene muchos elementos complejos, de reserva, de resguardo, dependiendo del tipo de enfermedad, pero la discusión técnica entiendo que se dio y se presentó a la comisión lo que la Superintendencia verificó e investigó de cada caso que se incluyó en una determinada nómina.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Si entramos a conversar de la explicación que dio la Superintendencia, se señalaron bastantes casos y también hay preguntas que han sido resueltas vía oficios, pero debemos darle una vuelta al tema, o sea, evaluarlos para ver si realmente dan respuesta a algunos puntos de la investigación.

Por lo menos hasta ahora no está resuelto el tema de control de siniestralidad. También nos dejó bien claro el superintendente que no tienen capacidad de fiscalización con los fiscalizadores y los recursos que disponen.

Por ejemplo, estamos hablando de 1.000 casos que se resuelven cuando existen 16.000 solicitudes. Hemos escuchado a la Superintendencia, pero nos queda la tarea de revisar cada uno de esos puntos.

Respecto del plazo, ¿se incluye desde que empieza el trámite en la Comisión Médica Regional hasta la Comisión Médica Central o solo es el plazo de resolución de cada comisión médica?

La señora HEVIA, (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, ¿Cuál plazo?

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- El de los 60 días.

La señora HEVIA, doña María Soledad.- Ese plazo es para la Comisión Médica Regional.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Perfecto. Serían 60 días, y si solicita más, serían 120 días en la Comisión Médica Regional. Después estaríamos en la Comisión Médica Central con esos mismos plazos. Es decir, primero 60 días y luego 60 días más si es que se requiere.

El señor BUSTOS.- Señorita Presidenta, la Comisión Médica Central tiene un plazo de pronunciamiento de 10 días hábiles, pero desde que se recibe el reclamo, o desde que llegan los resultados de los exámenes, en el evento de que haya necesitado pedir nuevas evaluaciones o interconsultas. Pero en general está dentro del rango de 60 días el plazo total de la apelación.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Es decir, estaríamos hablando de los mismos plazos para cada comisión médica.

El señor BUSTOS.- Aproximadamente.

En relación con lo que usted mencionó del control de siniestralidad, entiendo que la comisión envió un oficio a la Superintendencia, que se está respondiendo, sobre la resolución N° 43. Al respecto, puedo decir que esta resolución también se incluyó en la primera presentación de la Superintendencia cuando abordó el tema de control de siniestralidad. Básicamente, señalar que si bien la resolución es del 17 de junio del 2010, los hechos por los cuales se investigó y los hechos por los cuales se sancionó son del segundo semestre del 2008 y del primer semestre del 2009. Por lo tanto, esta resolución es coherente con lo que dijo la Superintendencia y lo que señaló con los antecedentes que aportó, en términos de que después del 2009 la Superintendencia no tiene denuncias formales sobre control de siniestralidad.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Lo que dijo el superintendente es que desde el 2008 hasta la fecha no había denuncias, y la denuncia de la resolución N° 43 son efectuadas en 2009.

El señor BUSTOS.- Si, claro.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- De todas maneras, en la comisión vamos a recibir algunos casos. La idea es que las personas que fueron afectadas por la resolución, o más bien por no tener pensión

de invalidez al día de hoy, puedan ser escuchadas en la comisión para conocer cada una de esas situaciones, las que se darán a conocer a la Superintendencia con el objeto de conversar ese tema.

El tema de control de siniestralidad está pendiente en la comisión. Esperamos resolverlo. En otros hemos avanzado.

La Superintendencia emitió una resolución para que las administradoras de fondos de pensiones no pidieran más requisitos que los establecidos en la ley. Por lo tanto, ese punto está más o menos concluido.

Por lo tanto, queda pendiente el tema de las comisiones médicas, para hacer un recuento de lo que han sido estas sesiones, de las irregularidades en su funcionamiento o cuáles son los temas que nos interesaría que se puedan relevar para tener propuestas. O sea, hay un tema con el rol de las AFP, de las compañías aseguradoras que son juez y parte, que a los diputados integrantes de esta comisión nos tiene con harta preocupación y, por tanto, espero que también la tenga la Superintendencia.

SESIÓN 7°, CELEBRADA EN 21 DE ENERO DE 2019.

Concurren como invitados, la señora Alejandra Vidal, miembro de la fundación Valídame, y los señores Jaime Sagredo, vicepresidente, y Juan Ramón Gálvez, delegado, ambos de la Asociación Gremial de Asesores Previsionales.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Señorita Presidenta, bueno, he vivido las dos caras de la moneda, pero antes de empezar quiero hablar sobre esa imagen.

-Se expone imagen de la sesión anterior.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Señorita Presidenta, bueno, en relación con esa imagen, le puedo comentar dos cosas. Una, él dice que no se puede obligar a una institución que tramite una pensión de invalidez. En el caso de las isapres, la isapre sí puede, sin consultarle al afiliado, pedir una solicitud de pensión de invalidez. ¿Con qué fin? ¿Con el fin de pagar pensión? No. Con el fin de no pagar más licencias médicas. Ahí aparecía un dictamen de un afiliado llamado Gonzalo Rossi. Lo han operado tres veces. Tuvo un accidente, lo atropelló la locomoción pública, tiene lastimados sus huesos y nunca ha sanado. La isapre ya no le quiere pagar más licencias. Entonces, lo que ellos hacen es tramitar una pensión por isapre. No le consultan al afiliado, no le preguntan, la tramitan. El único objetivo es no pagar licencias médicas, es dejarlo sin ese subsidio.

En el caso de esa persona, la isapre cometió dolo porque el caballero está operado y para eso tiene que haber una configuración de su enfermedad. De acuerdo con las normas, por lo menos después de un año de estar operado, si no se recupera, la isapre podría solicitar la pensión de invalidez de isapre, con el objeto de no pagar más licencias médicas.

En este caso sucedió que a los 23 días, después de su última operación, la isapre presentó ante la AFP que corresponde y la comisión médica lo rechazó, pero como ya se había presentado un trámite, se lo rechazaron. Independientemente de eso, la isapre ya no le va a pagar más licencias médicas.

Ahora, si él presenta sus trámites a través de la AFP para que conduzca a una pensión de invalidez lo más probable es que se la rechacen porque no está configurada su enfermedad, porque no ha pasado el año de un tratamiento después de una operación.

Entonces, cuando el señor Manuel Bustos dice que nadie puede obligar, debo señalar que la isapre puede solicitarlo, de acuerdo con la normativa. Eso les quería aclarar.

Lo segundo que también quiero aclarar es que no pagan las licencias médicas.

Les digo esto porque trabajé 28 años en una AFP y yo veía el diario vivir de la gente a la que no le pagan sus licencias médicas.

Además, estuve en ese lado. A mí no me pagaron 36 licencias médicas, o sea, casi tres años, porque yo inicié un segundo trámite de pensión el 26 de febrero de 2016, y después que apelé y presenté todos los recursos habidos y por haber, se resolvió el 13 de abril de 2018, o sea, casi 25 meses después y no me pagaron licencia.

Apelé al Compin, al Seremi de Salud, escribí a la Contraloría, al organismo de transparencia. Hice un montón de cosas. ¡Qué no hice!

Me paseé por todos lados, y hay que considerar que al menos yo trabajé en el sistema, es decir, podría decir que me manejo un poco, pero no pasó nada.

Estuve tres años viviendo de la caridad de mi hermano, de mi familia. Cero pesos, con una hija en una universidad privada. ¡Horrible! Y con enfermedades catastróficas. O sea, una artritis reumatoide, fibromialgia y una neuropatía del nervio pudendo.

Fueron los tres años más tristes de mi vida, y aquí están las 36 licencias que nunca me pagaron. Ahora, se apelaron y la semana pasada me las cancelaron, pero me pagaron la mitad de lo que correspondía.

¿Qué pasó? Calcularon mal. Hicieron un mal cálculo. Eso suele ocurrir, siempre es así. No solo sucedió en mi caso. Yo he visto muchos casos en que la gente apela y una vez que se las pagan, están mal calculadas. ¿Por qué? No me lo explico. De las 36 licencias me pagaron las tres primeras con un monto, y corresponde que todas se paguen con el mismo valor, y me pagaron un poco más de la mitad en las otras licencias.

O sea, de nuevo tengo que hacer un trámite, ir a la Compin –lo presenté el viernes- y eso va a demorar 2 o 3 meses, o quizás más, en que ellos revisen la base de cálculo y me paguen la diferencia.

Señor Presidente, todo lo que les cuento lo sé porque estuve ahí. Trabajé 25 años, porque los otros tres estuve con licencia. Yo lo vi. No es algo que me hayan contado. Yo veía el sufrimiento de la gente que no tiene cómo vivir.

En mi caso, tenía las necesidades básicas cubiertas porque me fui a vivir con mi mamá, mi hermano me apoyó, mi exmarido estaba pagando la pensión. Así y todo tenía para mis cosas mínimas. En tres años no me compré ropa ni nada porque vivía con dinero que me prestaban y cubriendo solo mis necesidades básicas.

¿Pero qué pasa con la mayoría de la gente que no tiene red de apoyo, que es la mayoría?

Como les dije, yo lo viví. La gente iba, lloraba. La gente que vivía en Chiguayante se iba a pie a Concepción porque no tenía para pagar 320 o 500 pesos de pasaje.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Le podría contar a quienes nos ven por televisión y a los diputados en qué trabajaba usted específicamente?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Yo trabajé los 25 años como encargada de beneficios. La mayor parte del tiempo estuve encargada de pensiones o dentro del departamento de pensiones.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- De la AFP Provida.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Así es. No fue algo que me hubieran contado, porque yo lo viví. Y ahora viví la otra realidad.

Otra cosa que les quiero aclarar es que en noviembre de 2008 la superintendencia envió un oficio donde instruye la aplicación de un protocolo.

Siempre se dice que basta el carné de identidad, porque eso está puesto en todas partes, pero a nosotros como AFP nos llegó esta información donde nos instruyen. En una de las partes del protocolo dice lo siguiente. Hay un set de preguntas y la recomendación es la que sigue: Para ser evaluado, cuando lo citen a la comisión, le servirá de apoyo contar con exámenes previos o algún certificado de su médico tratante en relación con su diagnóstico o tratamiento.

Ellos dan eso como referencia, como recomendación, pero cuando llegó esto a la AFP nos dijeron que debíamos preguntar a los usuarios si tenían exámenes médicos. Si no los tenían, entonces debían ir al médico y una vez que tuvieran esos antecedentes les podíamos hacer el trámite de pensión. Eso era así.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿En qué fecha fue enviada esa recomendación?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Este oficio ordinario se envió el 20 de noviembre de 2008 y fue distribuido a todas las AFP para instruir aplicación de protocolo de atención y orientación de solicitudes de pensión de invalidez. Son varias preguntas: ¿Está con licencia? ¿No está con licencia? Y abajo venía una recomendación. Ahí estaban recomendando que si la persona no iba con antecedentes médicos, no le haríamos el trámite de pensión. Para mí claramente era...

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Está infringiendo la ley.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Otro punto del protocolo dice: ¿Está usted recibiendo subsidio por licencia médica por la misma causal que solicita la invalidez? La respuesta es "sí" o "no". Advertencia –dice-, para ambas respuestas debe tener presente que si la comisión médica rechaza la invalidez, pero en la evaluación le asigna algún grado o porcentaje de menoscabo, o disminución de la capacidad de trabajo a alguna patología, en adelante esa patología no podrá invocarse para futuras licencias médicas. Por ejemplo: Si usted se presentara por lumbago crónico y se le asigna un porcentaje de menoscabo por este, independientemente de cuál sea en adelante no podrá solicitar licencia médica por la misma patología.

Lo dice la superintendencia. Es una advertencia.

Nosotros, que trabajábamos en la AFP, teníamos que preguntar a la persona: ¿Está con licencia? Sí. ¿Le están pagando sus licencias? Sí. ¿De qué está enferma? Lumbago crónico. Ah, ya, pero si hace el trámite de pensión y le dan un 5 por ciento, usted no va a poder continuar con licencias médicas. Entonces, ¿no será mejor que siga con licencia médica? Eso teníamos que decir.

Esto es verdad. Yo hice un primer trámite de pensión en 2014. Me dieron por lumbago crónico un 14 por ciento.

Presenté mi segundo trámite por lumbociática crónica. Me pagaron las dos o tres primeras licencias médicas porque la isapre no se había dado cuenta del diagnóstico.

Yo tenía lumbociática crónica izquierda, pero me habían dado un porcentaje, no pensión, un porcentaje de discapacidad por 14 por ciento por lumbago crónico, y me dijeron que no porque la comisión médica me había evaluado y me había dado un porcentaje. Ese porcentaje no da para pensionarse. Debo tener un 50 por ciento. Ellos me habían dado un 14. Pero ahora yo tenía una lumbociática crónica, que no es lumbago, es diferente. Y ellos, por ese motivo, dicen: no se pagan más licencias. Y así me tuvieron tres años.

Ahora, en resumidas cuentas, yo nunca tuve lumbago crónico izquierdo; lo que tenía era una neuropatía del nervio pudiendo. Vi ocho especialistas en Concepción, y ninguno lo descubrió. Tuve que venir yo, en forma particular, a la Clínica Las Condes, para que me evaluaran, y aquí se descubrió lo que tenía. ¿Qué pasa con la gente que no puede venir?

Por ese motivo no me pagaron los tres años de licencia. Yo reclamé a la Compín, fui a hablar con su presidente, quien me dijo que el lumbago, todo lo que era columna, era una sola cosa. Por lo tanto, si yo tenía cualquier afección de la columna, tenía que ver con lumbago. Así que no me podían pagar la licencia, y así me tuvieron tres años.

También escuché, durante la sesión anterior, que esto de la siniestralidad fue hasta el 2008. Pero yo les puedo decir que no fue hasta 2008, porque tengo un correo del 5 de mayo de 2009, enviado por la coordinadora de sucursales de mi regional centro-sur, que dice: "Felicitaciones para todos quienes durante el mes de abril hicieron un tremendo esfuerzo para bajar los porcentajes de siniestralidad."

Es claro que trabajar unidos trae beneficios positivos para todo el equipo. Todavía nos faltan dos meses: mayo y junio. Si aplicamos todo lo que nos enseñaron en reunión, cada encargado de beneficios, si no nos olvidamos de hacer el filtro, cumpliremos y lograremos el objetivo.

Somos un gran equipo, mayo será mejor que abril."

Yo era encargada de beneficios, en ese tiempo, y cuando nos llegó esto con la siniestralidad, fui la primera que dije que no. O sea, yo le dije a mi jefe que no podíamos hacer eso. Es decir, si viene alguien, aquí, enfermo, yo no le puedo decir: "No. ¿Sabe qué? No, es que eso no se puede hacer".

Bien simple, me dijo: "Si no te gusta lo que estás haciendo, la puerta es bien ancha". Esa respuesta me dieron. Y yo no fui la única que no estaba de acuerdo, había muchos colegas, a lo largo de todo Chile -porque nos trajeron a Santiago a capacitarnos-, que no estaban de acuerdo. Pero era simple: "O estás de acuerdo o te vas".

Ese mail fue entregado a la Comisión. Lo tienen aquí. Es de felicitaciones, por haber cumplido en el mes. Es de nuestra coordinadora de la regional. Provida tiene tres o cuatro regionales a lo largo de Chile, y esta correspondía a mi regional, que estaba en el tercer piso donde trabajo en Concepción.

Tengo otro correo, también de esa fecha, pero es del gerente regional, que dice: "Felicitaciones para todos quienes durante el mes de abril hicieron un tremendo esfuerzo para bajar los porcentajes de siniestralidad."

Es claro que trabajar unidos trae beneficios positivos para todo el equipo. Todavía nos faltan dos meses. Si aplicamos todo lo que nos enseñaron en cada reunión, si no nos olvidamos de hacer el filtro, cumpliremos y lograremos el objetivo."

Es algo parecido a lo que decía la otra encargada y contiene una estadística que marcaban en rojo, cuando nos pasábamos. Este era un control que nos tenía locos. O sea, todas las semanas, el viernes, teníamos que mandar una estadística a la gerencia, que estaba en el tercer piso. De toda la regional tenían que enviarla a esta encargada y ella distribuirla a Santiago. Y de ahí empezaban a ver quién tenía o no tenía problemas, quién y por qué estaba en rojo. Es decir, uno no podía decirle a la gente que no: teníamos que inventar cosas, aun sabiendo que lo que estábamos haciendo no estaba bien, porque bastaba el carnet de identidad para que iniciaran el trámite. Pero aquí era un constante: "No, tienen que rechazar, tienen que rechazar". Y pobre que estuviéramos en rojo: nos íbamos de reto.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Hasta qué fecha trabajó en este ámbito en AFP Provida?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Trabajé hasta el 15 de enero de 2016, porque después estuve con licencia.

Luego, ya no eran los controles con estas estadísticas, pero sí estaba el informe médico. De la superintendencia nos llegó un oficio donde había un formulario tipo. Siempre dicen "sugerencias", pero no es así. O sea, a todas las personas que iban a pedir trámite de pensión debíamos entregarles ese formulario, al que debían agregar el informe médico. No bastaba con todos los papeles que llegaban, tenía que ser en ese. Y para qué, si bastaba con lo que traían.

Ahora, ¿qué pasaba con un afiliado que se atendía en el sistema público? ¿Cuándo le iban a dar hora nuevamente para que el doctor le llenara ese famoso papel, si los otros papeles que portaba decían lo mismo? Para mí, claramente, era para frenar la siniestralidad.

Después, empezamos a dar horas. Ahí tuve otro choque con mi jefe. ¿Por qué? A ver, yo vivo en Concepción, pero hay mucha gente que viene de lejos: gente que vive en el campo; gente que tiene que subir el

cerro para encontrar señal para su celular. Y ellos venían a hacer su trámite de pensión y uno les preguntaba: ¿Pero pidió hora? -No, es que no sabía.

Teníamos un folleto, que les entregábamos, donde decía que tenían que pedir hora. Nosotros no les podíamos pedir hora. Había un teléfono para que ellos llamaran. Pero no todos saben marcar y pedir hora.

¿Para qué se hacía eso? Según ellos, era para ordenar.

No creo mucho, porque yo, en ese tiempo, era la encargada de tramitar las pensiones de invalidez. Me tenían solo para eso. Entonces, en la mañana, empezaba a hacer, y, de repente, no tenía nada más que hacer. O sea, llegaba una persona y le preguntaba a mi jefe si le podía hacer el trámite de pensión de invalidez, pero me decía que no, aunque la persona viniera de lejos. Era un drama, y eso yo lo viví; nadie me lo puede contar.

Entonces, cuando aquí hablan de que no hubo control de siniestralidad después de 2008, yo puedo decir que es mentira, porque están los correos de 2009 y trabajé hasta el 15 de enero de 2016, y hasta ese minuto se seguía pidiendo hora.

Bueno, y tengo más correos. No recuerdo bien, pero en una de las sesiones que escuché, hablaban de que, en este caso Provida, no sé si envió un comunicado o no, y decía que ellos jamás habían hecho esto; como que cada agencia corrió con colores propios. Pero no es así. Tengo correos del gerente regional -en este caso de mi regional, que se reunía dos veces al mes-, con las minutas, donde los temas a tocar son los traspasos, la recaudación, el canje, los rechazos, la cobranza, el Pilar Solidario, la invalidez, etcétera. O sea, era un tema a nivel nacional, era importante el tema, tan importante como los traspasos. Y aquí lo estamos viendo, o sea, aquí hay estadísticas de los traspasos, de los rechazos, de la gente que se iba a otras AFP, y está el tema de la siniestralidad: cuánto llevábamos acumulado en el mes. Entonces, tampoco se puede decir que a una gerencia o que a un jefe se le ocurrió. No, si era un tema a nivel nacional.

Tengo la información, pero creo que ya fue entregada por la Fundación Valídame. En todo caso, aquí está todo.

Por ejemplo, tengo otro correo del gerente regional, Mauricio Figueroa, donde dice: "Reciban mis sinceras felicitaciones por el excelente trabajo realizado. Me refiero, específicamente, a la atención de solicitudes de invalidez, aplicación del protocolo y otros. Falta que llegue la estadística oficial para ver el resultado final.

Sin embargo, confío y sé del trabajo que han realizado cada uno de ustedes y con eso para mí es suficiente para decirles, nuevamente, que los felicito.

Ha sido un trabajo duro, difícil y, muchas veces, ingrato, al recibir reclamos de clientes o asesores -porque sí había reclamos, y muchos-, pero se sacó adelante con profesionalismo.

Ya estamos en julio y tenemos otros desafíos que cumplir, pero con este equipo lo sacaremos adelante sin derecho a duda."

Este es un correo del 1° de julio de 2009.

Entonces, creo que queda más que claro que se seguía controlando la siniestralidad.

Bueno, podría hablar de muchas cosas más, de muchas más estadísticas, pero con esto les quiero decir lo importante que era no tan solo para Provida, porque esto era en el sistema. Tengo colegas de otras AFP que me han dicho que era lo mismo. O sea, era una campaña de bajar la siniestralidad.

A la gente les decíamos: ¿está con licencia?

-Sí.

-Ah, pero ¿le están pagando sus licencias?

-Sí, me la están pagando

-¿Usted sabe que le pagan el ciento por ciento de su licencia?

-Sí.

-Pero si usted se pensiona, y si se la dan, le van a pagar el 70 por ciento, si es el total, o el 50 por ciento, si es parcial ¿No le conviene mejor seguir con licencia médica?

-Ah, sí, tiene razón.

En el fondo, era verdad, pero teníamos que recurrir a todas estas cosas para poder frenar esto, y aquí nos felicitan (muestra copia del correo), pero por los malos ratos, porque ¿a quién retaban? No iban a retar al gerente, no iban a retar a mi jefe, nos retaban a nosotros, porque no queríamos hacer los trámites. Las peleas con los asesores, y reclamos en la Superintendencia hay muchos.

También quería comentar algo que me sucedió. Hice tres veces el trámite; en la tercera oportunidad, me asesoró la fundación, hasta que resultó. De 34 por ciento, mágicamente me subieron a 80 por ciento y, posteriormente, me bajaron a 78 por ciento, después de que en la primera me daban 34 por ciento y en la segunda 34 por ciento.

En el segundo trámite me enviaron a Santiago a ver a un especialista, un neurocirujano, quien me dio 49 por ciento. Con ese 49 por ciento, más las otras patologías que padecía, daba sobre 70 por ciento, para una pensión total. Sabía que con el neurocirujano me había ido más o menos bien, pero ¡sorpresa!, cuando me llega la resolución, aparece con 34 por ciento.

Digo: pero qué raro, si este médico como que me dio a entender... ¿Qué hago? Entonces, pedí copia completa de mi expediente. Me llega copia del expediente y, cuando lo reviso, me doy cuenta de algo curioso, y es que no venía copia del informe del neurocirujano, no existía, en circunstancias que en el acta final siempre ponen los nombres de todos los médicos que a una la atendieron; sin embargo, del médico en cuestión no se decía nada. Por ese motivo solicité copia del expediente.

Concurrí a la Comisión Médica para informar de mi visita a un neurocirujano, en Santiago. Me dijeron: pero si te entregamos la carpeta y está todo ahí. Insistí en mi consulta con el neurocirujano para que revisaran, pero nada. Tanto fue lo que insistí, que revisaron el sistema y mágicamente apareció el informe del neurocirujano, en el que se señala que tengo una neuropatía; que tengo un quiste que me presiona una raíz del sacro entre la L5 y la S1 y que no es operable.

Pero, sorpresa, acompañando el informe venía una carta del médico, que dice: “evaluada el 18 de octubre del 2016. Viene acompañada de su hija. Paciente no trae exámenes de laboratorio ni radiológicos, solo fotocopias de informes antiguos de más de ocho meses. Paciente con importante compromiso tensional manifiesta que le duele todo, que está enferma desde hace, más o menos, un año y medio. Refiere estar en tratamiento por diversas patologías en que se destacan: neurosis depresiva y quistes sacros, que le ocasionarían descontrol esfínterario urinario. Examen neurológico vigil, orientada sin déficit focal objetable, marcha inestable sin lateropulsiones, contractura muscular generalizada, signo ciático a 45 grados de izquierda, hipoestesia y paresia dorsiflexión, pie mayor izquierda, de leve a moderada.

Dado los antecedentes clínicos neurológicos descritos, se solicita estudio con resonancia magnética de columna lumbosacra y estudio electromiográfico de las extremidades, las cuales no se me ha hecho llegar.

De examen físico se determina un menoscabo parcial de extremidades de 49 por ciento”.

El neurocirujano me evaluó el 18 de octubre y envió esta carta a la Comisión Médica el día 9 de noviembre. Sin embargo, el 9 de noviembre no le habían llegado los informes de la resonancia ni la electromiografía. Así y todo, el médico me había dado 49 por ciento, sin ver los exámenes.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidente).- Señora Vidal, ¿qué contestaron desde la Comisión Médica respecto de por qué el informe no estaba en la carpeta y por qué no lo habían considerado?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Me dijeron: ¡ah! aquí está el informe. Pero cuando pregunté por qué no estaba en la carpeta, no me dieron ninguna respuesta. Entonces, como tenía la instancia de presentar un recurso de revisión extraordinario, debido a que un tipo de examen había quedado fuera. Envié un oficio a la Superintendencia de Pensiones y la respuesta fue que las comisiones médicas son como independientes y que resuelven solas; entonces, si dijeron que era así, era así no más.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidente).- ¿Eso es la Comisión Médica Central?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Si, eso fue en la Comisión Médica Central. Pero hay más, a mi recurso de revisión extraordinario, la respuesta fue no ha lugar porque, según ellos, lo que estaba alegando no correspondía y la Superintendencia de Pensiones, en vez de apoyarme, se lava las manos porque dice que la Comisión Médica Central es autónoma.

Ahora, y aunque no tiene que ver con invalidez, les quiero decir que nosotros tenemos un contrato en la AFP como personal administrativo, pero nos hacen hacer traspasos, labor que no está en el contrato, y nos presionan, y nos presionan con que debemos salir a terreno, que debemos cumplir metas, que debemos hacer esto, que debemos hacer esto otro.

Eso situación pasa en todas las AFP, en circunstancias que no está contemplado de nuestro contrato; pero si uno no hace traspaso, ¡fácil! te desvinculan por cualquier motivo, como por necesidad de la empresa. Repito, uno tiene que cumplir con las metas.

Por ejemplo, la oficina puede estar llena de gente, pero si tengo un traspaso, no importa que los escritorios queden vacíos, porque hay que ir a hacer el traspaso. Es decir, ya no les basta con el equipo de venta que tienen, que son grandes, sino que uno deja de atender público, que es para lo que fuimos contratadas, para ir en busca de traspasos. Y, obviamente, no nos pagan los traspasos como se los pagan a los vendedores. Es un chiste.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidente).- Señora Vidal, ¿a qué se refiere con traspasos?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Señorita Presidenta, cuando hablo de traspaso me refiero a cambiar de una AFP a otra, es decir, traer gente de otra AFP.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidente).- Señora Vidal, muchas gracias por su exposición.

Quiero agradecer su presencia, porque considero que es importante, sobre todo para el bienestar y la salud de las personas que no tienen pensiones de invalidez, pero que tampoco tienen licencias médicas, tampoco les pagan las pensiones y que, por ende, están viviendo, en realidad, de la nada.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Exactamente, si queremos construir un Chile mejor, creo que debemos empezar por cambiar esto. Esto no se sabe, no sé si no lo conocían, pero a la gente no le pagan sus licencias, ¡no se las pagan!

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidente).- Así es. Por lo mismo, vamos a citar a la Compin, a petición del diputado Barros.

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor BARROS.- Señorita Presidenta, quiero agradecer la exposición de la señora Alejandra Vidal.

Me parecen muy valiosos los testimonios, pero intentemos, en aras de ir racionalizando el tiempo, porque todo lo expuesto, referido al tema de los mails, fue lo que dio origen a la comisión. En la solicitud de la comisión especial investigadora está la descripción de todos aquellos mails que dicen; sucursales; felicitaciones por todos quienes durante...

Entiendo, además, no sé si el Secretario nos podrá ilustrar, que esta situación dio origen a sanciones, de acuerdo con lo que informó la superintendencia sobre estas prácticas.

Por lo tanto, pido que se oficie para que nos informen cuáles fueron dichas sanciones y quede debidamente acreditado que este tema fue tratado y sancionado.

La idea es conocerlas, a fin de proponer, de alguna manera, endurecer las sanciones, en virtud de lo que se nos ha informado.

He dicho.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Para comprensión de quienes estamos en la comisión y de quienes nos están escuchando, el testimonio de Alejandra Vidal no solo tiene que ver con la existencia de estos mails, sino también con una práctica sostenida, llevada a cabo después de 2008, lo cual no se ha despejado en la comisión, porque el superintendente nos dijo que al menos ellos no tienen denuncias respecto de esa práctica y que no está llevándose a cabo desde el 2008. Por lo tanto, es una materia que nos interesa dilucidar.

Ese es el motivo por el cual estamos hablando del control de siniestralidad y Alejandra Vidal bien nos dio su testimonio.

Por tanto, debemos despejar el tema, porque, por un lado, Alejandra Vidal nos dio su testimonio y, por otro, tenemos más denuncias que nos ha hecho llegar la Fundación Validame, las cuales se presentaron después de 2008 y delatan que el control de siniestralidad se ha realizado y se ha denunciado a la superintendencia. Por consiguiente, si el superintendente nos dice que desde el 2008 a la fecha no se ha aplicado el control de siniestralidad o que ellos no han recibido denuncias formales al respecto, hay que ver qué está sucediendo.

Se aseveró y, de hecho, hay resoluciones sobre el particular; incluso, la superintendencia se ha pronunciado al respecto. Por tanto, la aseveración del superintendente no está dentro de la realidad.

Por eso, citamos al contralor general de la República y al superintendente para que nos dieran cuenta de qué es lo que sucedió con esas resoluciones; por qué nos dice que no hay control de siniestralidad y, en las resoluciones, se da cuenta de que sí hay control de siniestralidad desde el 2008 hasta la fecha.

¿Por qué nos dijo algo que no corresponde a la realidad?

Es un tema que debemos resolver como comisión. Por eso, insisto, citamos al señor contralor, diputado Ramón Barros.

Tiene la palabra el diputado Tucapel Jiménez.

El señor JIMÉNEZ.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero agradecer a la invitada por su testimonio.

Si bien es cierto teníamos todos los mails, siempre es importante conocer la situación de una fuente directa. Usted ha vivido las dos caras de la moneda: trabajó para el sistema y después le tocó estar al otro lado del escritorio. Por tanto, encuentro gravísimo lo que contó, porque no es lo mismo leer que escuchar el testimonio de una persona que ha vivido la situación, porque las consecuencias que hay detrás son increíbles.

Una empresa felicita a sus trabajadores por bajar la siniestralidad, pero las consecuencias para el afectado, para quienes en general son los más vulnerables, son increíbles.

Usted vivió todo esto, siendo que manejaba el sistema; o sea, más o menos lo conocía, porque trabajó en él durante 28 años. Imagínese para alguien que no tiene esa experiencia.

En algún momento de su intervención, le dije: "Lo que buscan, muchas veces, es cansar a la persona."

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Claro, la gente se aburre.

El señor JIMÉNEZ.- Hacer cartas de por medio, hay que ir a la Contraloría y al final la persona se cansa y deja la causa. Y esos cálculos que hacen mal, muchas veces los hacen con intencionalidad, para que la persona vuelva a reclamar.

Personalmente, encuentro que la situación es grave; incluso, podríamos estar ante una colusión, es decir, que las empresas se pongan de acuerdo para bajar esto y no pagar licencia ni pensiones.

Señora Vidal, insisto, encuentro sumamente importante y valiente que haya venido a la comisión y nos haya dado su testimonio. Se lo agradezco.

Muchas gracias.

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

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, por su intermedio, también quiero saludar y agradecer los testimonios, pero soy una persona realista, porque estoy en el mundo de verdad.

Cuando nuestra invitada le decía a las personas: "Mire, sabe qué, mejor siga con el certificado médico, con la licencia médica, porque si usted va a ganar el 40 por ciento, mejor gane el ciento por ciento."

Para mí es un tema lógico, por eso lo pregunté la semana pasada si la isapre obliga al trabajador a que se pensione, porque no puede seguir pagando la pensión del ciento por ciento del sueldo. Esa fue mi consulta.

Por lo tanto, no considero grave que alguien aconseje al afiliado seguir con la licencia.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Cuando la intención es buena, está bien, pero esto iba con algo detrás: con la intención de que no hicieran trámites de pensión; sin embargo, a lo descubierto no había problemas, los atendíamos.

El señor BALTOLU.- Por eso dije que, por la experiencia que uno ha tenido en la vida, una de las razones por las que la gente tiene problemas es precisamente porque el Compin, por ejemplo, rechaza la licencia y, efectivamente, se la van a pagar, pero el drama que sufre la gente uno, dos, tres, cuatro, cinco o seis meses, es decir, hasta que le llegue el dinero, a lo mejor toda la plata, es impagable.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Señor diputado, también hay que pensar que hay gente que ha pasado por algo similar a lo ocurrido en mi caso, en el que después de tres años apelé y me pagaron, ¿pero qué hubiese pasado si nuevamente me hubieran rechazado el trámite?

El señor BALTOLU.- A eso voy.

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Iría en el cuarto trámite y para los cuatro años. Eso es lo que pasa.

Les voy a contar un caso. Tuve a una señora que hizo quince trámites de pensión de invalidez y al quince se lo dieron, ¿por qué? Porque estaba descubierta.

El señor BALTOLU.- No importa, hay muchos casos. Por eso debemos enrielar esto, como dijo el diputado Ramón Barros.

Por ejemplo, si la persona va a pensionarse, de dónde sale el dinero para esa pensión de invalidez, ¿quién la paga?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Cuando está cotizando, financia con sus fondos y la diferencia la financia la compañía de seguros.

El señor BALTOLU.- ¿Dónde voy? De las pensiones que uno junta hasta al final de sus días de trabajo, va a salir la pensión permanente de uno. En cambio acá estamos hablando de una pensión porque se enfermó; por tanto, los recursos económicos están saliendo del fondo que juntó durante un tiempo. Por ejemplo, una persona trabajó 20 años y se lesionó. Imagino que a esa altura esa persona debe tener entre 45 y 50 años, por lo tanto, cuando llegue a la edad de pensionarse, es decir, basados en los años de trabajo, sus fondos van a ser mínimos.

Por eso es que no encontraba grave que a alguien le dijeran, a modo de consejo, que era mejor que siguiera presentando licencia médica, porque le van a pagar el ciento por ciento.

Ahora, la isapre, que está pagando la licencia médica, dice que no puede seguir pagando el sueldo, que esto sale de sus manos. Si una persona está lesionada, no puede trabajar, tiene que ir al seguro, según lo establece la ley. Como dijo el diputado Ramón Barros, a lo mejor, hay que modificar la normativa. Por eso preguntaría hoy, si a uno le pasara esto, qué haría, qué me pasaría.

Quizá, la comisión puede aprovechar esta circunstancia para mostrar el camino a la gente.

La persona va al doctor, este le entrega una licencia y, aunque sabemos que las licencias a veces son medias burdas, pensemos en una licencia de uno, dos o tres meses por una lesión verdadera y que esa persona debe pedir una pensión, ¿cómo es el camino?

Se supone que todo está normado por ley, pero, finalmente, las leyes no están funcionando, pese a que creemos que sí lo están. Por eso digo que el tema es de dónde salen los recursos. Por ejemplo, si hoy me pensiono a los 45 años con 70 o 75 por ciento de mi renta y pasados los 65 años voy a seguir con ese porcentaje de renta, me conviene pensionarme por invalidez ahora y seguir con mi sueldo para adelante, de lo contrario, cuando cumpla 65 años, mi pensión será un 20 por ciento de mi renta.

Hay un juego económico, no hay que hacerse los lesos. Si lamentablemente una persona tiene una enfermedad y la isapre le está pagando todos los meses, llega un momento determinado en el que la isapre le dirá: "Sabe que, esto ya no corresponde a un problema de salud, a que se enfermó, tuvo una peste cristal, lo que sea. Esto es un asunto permanente. Tiene que ir a otro lado; hay un seguro."

Por eso hice la pregunta y es razonable que usted, como profesional, deba decir a una persona que le conviene seguir con la licencia médica mientras se las paguen, porque va a tener mejor renta que lo que le pueda pagar: un 30 por ciento o 40 por ciento de pensión.

Tercera pregunta: ¿usted está pensionada?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Sí.

El señor BALTOLU.- ¿Pensionada por invalidez?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Sí, me dieron la pensión de invalidez.

El señor BALTOLU.- ¿Qué porcentaje?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- 78 por ciento.

El señor BALTOLU.- Quiero hacer una pregunta para que la gente aprenda.

Una persona que está con una licencia médica, que está con pensión de invalidez, ¿puede trabajar?

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Una persona que está pensionada por invalidez, sí puede trabajar. No es mi caso, porque no trabajo.

El señor BALTOLU.- Es para educar, porque la gente dice: "Tengo 70 por ciento, 75 por ciento, me falta 30 por ciento, pero puedo hacer algo más."

La señora VIDAL (doña Alejandra).- Porque tiene una capacidad residual de trabajo. No hay inconveniente; solo los empleados públicos que están pensionados por invalidez no pueden trabajar, pero los demás sí.

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

Muchas gracias.

A continuación, vamos a dar la palabra a la Asociación Gremial de Asesores Previsionales, con la presencia de su vicepresidente, señor Jaime Sagredo, y del señor Juan Ramón Gálvez.

Hago presente que la idea de la comisión de escuchar su exposición, es para saber si han visto más casos como el de Alejandra.

Además, ¿qué tipo de asesorías han tenido que realizar frente a quienes están en busca de la pensión de invalidez?

¿Se han visto esos problemas o irregularidades, también?

Tiene la palabra el señor Jaime Sagredo.

El señor SAGREDO.- Señorita Presidenta, la Asociación Gremial de Asesores Previsionales se reúne en esta agrupación, fundamentalmente para acceder a las autoridades. Desde hace tiempo que venimos haciendo hincapié en irregularidades como las que ustedes hoy revisan.

Exactamente hace seis años, el 21 de enero de 2013, expuse ante la denominada comisión Tuma, en el Senado, y en esa ocasión hablé precisamente sobre lo que ustedes revisan ahora, seis años después.

Las comisiones médicas y el sistema tienen sesgos que apuntan a no otorgar beneficios. De hecho, respecto de la forma de evaluación, hay un trabajo concordado entre las AFP y las compañías de seguros. Lo que nos contó Claudia, acá, sucede de forma reiterada.

En nuestra presentación mostramos algunos puntos de cómo opera el sistema y algunas propuestas que entregamos como una posible solución. Dejaremos el documento y nos pondremos a disposición para, de aquí en adelante, aportar los antecedentes que requieran. Creo que no caeremos en la casuística, a fin de abordar el tema de forma más general.

Consideramos que hay un conflicto de intereses que queda de manifiesto cuando el afiliado presenta la solicitud de calificación de invalidez. En la solicitud va un antecedente respecto de si el afiliado tiene o no cobertura de seguro. Creemos que es un dato irrelevante para la calificación cuando quien va a evaluar es un médico que tiene que decidir si la persona tiene capacidad residual laboral o no. Sin embargo, este antecedente que se le entrega tiene un carácter netamente económico, es decir, cuando el médico sabe que el afiliado tiene cobertura, sabe también que la compañía de seguros, que es la que de alguna manera financia al sistema de comisiones médicas, evalúa el resultado. En cambio, cuando el afiliado va sin cobertura, normalmente, recibe automáticamente su calificación de invalidez.

Por lo que entiendo, ustedes tienen un informe que les entregó la Superintendencia de Pensiones, el cual establece cuántas personas de las que presentan calificación de invalidez, aprueban, estando con cobertura o sin cobertura del seguro. Si revisan ese antecedente, se darán cuenta de que la mayor parte de las personas que aprueban la invalidez, son quienes no tienen cobertura. Por lo tanto, proponemos que esa información sea estrictamente prohibida en la solicitud de pensión. La comisión médica debe trabajar sobre antecedentes médicos, no financieros. Por ende, al ser este un conflicto de intereses, nosotros proponemos que se elimine de la solicitud de calificación de invalidez.

Respecto del financiamiento, las comisiones médicas son financiadas por las AFP y por las compañías de seguros que hacen el aporte de invalidez. Por lo tanto, se produce un conflicto de intereses en el sentido de que el médico que trabaja para la comisión médica, como contó Claudia, de alguna manera, tiene una medida de cuántas aprueba y cuántas rechaza. Lo más probable es que el médico que aprueba muchas pensiones de invalidez, empiece a recibir menos casos. No solo tenemos al médico de la comisión médica, sino que hay un grupo de médicos externos a la comisión, que son los que ejecutan los exámenes. Entonces, presento mi calificación, la comisión médica me recibe, toma mis antecedentes, pero me deriva de manera externa a otros doctores para ser revisado. Esos médicos también son evaluados respecto de cuánto aprueban y cuánto rechazan.

Por lo tanto, hay un absoluto conflicto de intereses, puesto que los médicos que revisan las evaluaciones saben que quienes financian el sistema son las compañías de seguros y las AFP.

Un punto que marqué mientras Claudia hacía su exposición, tiene relación con el problema gravísimo que enfrentan los afiliados. Creo que la solución de eso va más allá si revisamos el sistema previsional u otra cosa. Creo que en este país nos falta educación. Una de las cosas que se nos quitó hace años fue la educación cívica, la cual permitiría que los afiliados pudieran enfrentar con cierto tipo de conocimiento el sistema previsional.

Al igual que a Claudia, con 25 años de trabajo en el sistema, la mayor parte tiene complicaciones para enfrentar a la comisión. Pensemos en el común de los ciudadanos, que no tiene conocimiento alguno y que debe enfrentar a la comisión médica. Al momento en que yo o cualquiera de ustedes presenta una calificación de invalidez y va a la comisión médica a preguntar por el resultado de su trámite, en caso de que hubiese sido rechazado, me pasan un papel en blanco y un lápiz y me dicen que redacte una apelación, como si fuera muy sencillo. Los afiliados, como no saben qué significa eso, llenan el papel contando sus penas y desgracias por la falta de ingresos. Por lo tanto, se les vuelve a rechazar su solicitud de calificación, porque los antecedentes nuevos aportados no tienen relación con la evaluación, porque se apeló a un tema más emocional que técnico. Entonces, respecto de este punto, proponemos que toda presentación de calificación de invalidez a las AFP debiera ser informada para que la persona obtenga la asesoría de un asesor previsional. Nosotros tenemos la experticia suficiente para revisar expedientes y para redactar reclamos, apelaciones y revisiones extraordinarias, que son los elementos que le permiten al afiliado contrarrestar el rechazo a su calificación como tal.

Claudia encontró un grupo de personas con conocimiento, lo que le permitió obtener el beneficio. Sin embargo, ¿qué ocurre con los afiliados que no tienen acceso a la información, que reciben información errónea de parte de las AFP, y que no tienen los conocimientos para apelar como corresponde, basada en argumentos técnicos?

Otro punto es que cuando se rechaza el trámite de invalidez, puedo ir a la comisión médica y pedir antecedentes respecto de la forma en que fui evaluado, y los resultados de los exámenes que se me realizaron y, en base a esos antecedentes, presentar la apelación, reclamo y la revisión extraordinaria, que son las alternativas que me da la ley. Sin embargo, la comisión médica dice que no se puede tener acceso al expediente hasta que el dictamen quede ejecutoriado. O sea, cuando el rechazo es definitivo y no hay nada más que hacer, sino que esperar un tiempo y volver a presentar la solicitud. En ese momento, recién se tiene acceso a los expedientes.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Perdón, señor Sagredo.

Tiene la palabra el diputado Nino Baltolu.

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, no logro entender que si la persona tiene un certificado médico, razón por la que la isapre no lo puede obligar a trabajar, ¿por qué se habla de la AFP y no de la isapre o de Fonasa? Creo que el problema está ahí, en primer lugar, porque el otro es un enfermo terminal, pero en este caso existe una necesidad de salud.

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

El señor SAGREDO.- Señorita Presidenta, respondo al diputado Baltolu.

Como esta comisión está evaluando el tema de las comisiones médicas, me estoy refiriendo a ese concepto, pero puedo responder lo que usted me consulta.

Como bien expuso Claudia, las isapres tienen la siguiente facultad legal. Cuando uno de sus pacientes o un afiliado tiene una patología y una licencia médica que se extiende en el tiempo, a causa de una patología que no tiene posibilidades de recuperación, la ley las faculta para que la isapre pida la calificación de invalidez, ya que, de otra manera, estarían pagando permanentemente por la licencia médica, en circunstancias de que la persona ya tiene derecho a que se le califique y se le otorgue una pensión.

Frente a esa situación la ley consideró que la isapre puede presentar la calificación de invalidez, no así Fonasa, que no tiene opción de hacerlo.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Señor Sagredo, sobre lo mismo, el diputado Barros le hará una pregunta.

El señor BARROS.- Señorita Presidenta, me dirijo por su intermedio al señor Sagredo.

Frente al tema de educación previsional usted planteó que debe ser obligatorio que toda presentación frente a la comisión médica sea acompañada por un miembro de vuestro gremio.

En las conclusiones uno podría adelantar, particularmente en el tema médico, eliminar el hilo conductor que existe entre los médicos y las isapres, por ejemplo.

Aquí ocurriría lo mismo. Usted propone que en toda presentación sea obligatorio que un miembro de vuestra agrupación la patrocine y que los honorarios sean pagados por las entidades previsionales involucradas.

Considero que en ese caso también se produce un conflicto de interés, ya que los mismos que en teoría van a tener que pagar por una determinada situación deberán financiar al asesor, que usted plantea como una obligatoriedad.

Me parece que obligar en una presentación de estas características no es muy afortunado, por decirlo de alguna manera.

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

El señor SAGREDO.- Señorita Presidenta, respondo por su intermedio al diputado Barros.

Mi propuesta apunta básicamente a que cuando los afiliados van a la comisión médica y consultan por el resultado de su presentación -ustedes podrían ir a la comisión médica y comprobarlo-, si ha sido rechazada les pasan una hoja en blanco, un lápiz y una mesa chica, y les piden redactar ahí mismo una apelación. Por eso dije inicialmente que damos educación previsional, para que las personas sepan reaccionar frente a una situación de ese

tipo, o se permite que nosotros, que somos quienes conocemos el tema, de alguna manera tengamos injerencia en la tramitación.

El señor BARROS.- Pero una cosa es permitir y otra cosa es obligar por decreto, que es la propuesta que ustedes tienen.

Estoy plenamente de acuerdo con usted en que el tema de educación previsional es algo que escasea en nuestro país y es lamentable.

El señor SAGREDO.- Horrible.

En relación con lo que les comentaba, sobre la transparencia en los expedientes, insisto en que los afiliados, que son los interesados principales en la calificación, deben esperar a que su dictamen quede ejecutoriado para revisar los antecedentes y los resultados obtenidos por los médicos. Si deben presentar una apelación, quedan en absoluto desmedro en relación con la compañía de seguros, que es la que hace el aporte para complementar el capital necesario.

Por lo tanto, nuestra propuesta consiste en que el afiliado también tenga acceso a su expediente, a través de un sistema electrónico o de otro tipo, para equilibrar sus condiciones con las aseguradoras, de modo que no deba esperar el dictamen para saber en ese momento por qué lo rechazaron.

Me referiré también a algo que planteó Claudia en su presentación. Para ser evaluadas normalmente se exige que las patologías tengan como mínimo un año de evolución. Toda patología que tiene menos de un año no es evaluada, pero resulta que existen patologías de carácter catastrófico, Menciono, por ejemplo, el cáncer pulmonar.

Una persona a quien se le diagnostica esa patología no tiene ocho meses de expectativa de vida, no va a llegar, porque el cáncer pulmonar es una enfermedad catastrófica de muy rápida evolución. Por lo mismo, esa persona no alcanzará a cumplir el año que se exige. Por lo tanto, no podrá presentar una calificación de invalidez.

El señor BALTOLU.- Pero está ingresado.

El señor SAGREDO.- Sí, tiene sentido.

Cuando un paciente presenta calificación de invalidez, no se puede evaluar solamente su condición personal, porque detrás de ese afiliado existe un cónyuge y, normalmente, hijos.

Cuando pienso solo en la licencia, pienso en el periodo en que ese afiliado está vivo, ¿y qué pasa posteriormente con esa familia?

Si logro calificación de invalidez total para ese afiliado, con un grupo familiar constituido, el aporte recibido por estar vivo es mucho mayor a que si lo presento como calificación de sobrevivencia a futuro, cuando el afiliado ya falleció.

Mencionaré otra situación irregular que es de habitual ocurrencia. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y de organismos internacionales, como el Banco Mundial, las mujeres viudas tienen una expectativa de vida mayor que las casadas, pero resulta que en la calificación de invalidez y en la calificación de sobrevivencia la expectativa de vida establecida por la superintendencia es menor. Les mostraré más detalles sobre eso en uno de los cuadros siguientes de mi exposición.

Por lo tanto, pedimos que existan plazos diferenciados para las calificaciones. La comisión médica debería eliminar el requisito de un año como mínimo de evolución para calificar las patologías, ya que no todas son iguales.

El seguro de invalidez da cobertura a todas las personas que tengan cotizaciones en seis de los últimos doce meses, pero una persona normalmente es despedida por su empleador si cae en situación de desmedro físico.

Hay muchas personas que están cesantes y con graves enfermedades, algunas con licencia médica porque lograron que se las dieran antes de ser despedidas, y están amarradas a esa licencia para no ser finiquitadas, porque la ley no permite el despido de un trabajador con licencia.

Ahora, ¿qué ocurre con aquel que quedó sin trabajo? Esa persona seguramente tendrá más de seis meses sin cotizar y, por lo tanto, el seguro de invalidez y sobrevivencia no lo cubrirá.

Voy a caer en una casuística. Disculpe, señorita Presidenta. También Provida. En octubre pensionaron a una persona con 93 por ciento de ceguera y con casi tres años de cesantía, que antes de eso tenía muy buenas rentas. A nadie en la AFP se le ocurrió decirle: "Señor, cotice un tiempo, por lo menos como independiente, para que tenga derecho al seguro y para que su pensión sea acorde con lo que ganaba cuando estaba activo". Actualmente cobra 107.000 pesos mensuales como pensión.

De casuística le podría traer un millón.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el señor Juan Ramón Gálvez.

El señor GÁLVEZ.- Señorita Presidenta, si una persona está enferma, tiene derecho a licencia médica única y exclusivamente si su patología tiene carácter temporal y posibilidades de recuperación. La licencia médica será rechazada inmediatamente si en el transcurso del tratamiento esa patología demuestra ser irre recuperable.

En ese momento, el sistema de salud, ya sea de Fonasa o de isapres, notifica al afectado que no seguirá pagándole licencia por esa patología.

Si el médico diagnostica que la patología no es recuperable, el trabajador queda obligado a iniciar el trámite de pensión. Si no lo hace, la isapre queda facultada para iniciar la tramitación de una pensión de invalidez

administrativa, que no otorga al afectado el derecho de hacer uso del seguro de invalidez y sobrevivencia. Solamente faculta a la Isapre a no pagar más por una licencia médica.

Esa es la diferencia que se produce en contra del trabajador.

No sé si logré aclarar el concepto.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Siga con la presentación. Posteriormente haremos las preguntas.

El señor BALTOLU.- ¿Y no considera que el caso de una persona que lleva 14 o 24 meses con licencia, por una patología que se supone irrecuperable, debería estar estudiado, con su expediente y no tener ningún problema?

Por lo tanto, deberíamos preocuparnos más de cómo actúa Fonasa y de cómo actúa la Compín, que a veces corta las licencias arbitrariamente. Pero es indudable que si una persona va con una licencia catastrófica, debería tener todo su expediente completo. Nadie podría ponerle ningún impedimento.

Además, le recuerdo que hay patologías que se producen por daño laboral, es decir, dado el trabajo que desarrollan sufren desmedro en su salud. Entonces, en la Isapre les dicen que eso no es salud, que es seguridad laboral, que lo debe pagar su seguro laboral, el ISP o cualquier caja.

El señor GÁLVEZ.- La ley 16.744.

El señor BALTOLU.- Claro.

Pero para que la gente entienda la figura, primero está la salud, y si el trabajador se lesionó por alguna circunstancia, en 12 o 18 meses debería tener un expediente. Como dice usted, la Isapre debería saber que eso sale de una enfermedad común. Tampoco es, por ejemplo, como una persona que tuvo un embarazo. Terminado el embarazo, le pagan todos los meses, la licencia completa, y vuelve a trabajar. Por el contrario, acá hablamos de una enfermedad catastrófica. Entonces, qué hemos hecho mal; qué podemos cambiar. El primer tema que debemos atacar es el problema de las isapre y Fonasa.

El señor SAGREDO.- Señor Presidente, la fiscalización está bastante atrasada respecto de los requerimientos.

Por ejemplo, tengo una niña a quien el 26 de septiembre se le otorgó su pensión con un dictamen ejecutoriado. Hasta el día de hoy no puede recibir su pago, porque la Compín todavía no entrega el informe maestro de licencias. Sin embargo, la ley dice que el Compín tiene 15 días hábiles, desde el momento que recibió el dictamen ejecutoriado para emitir el maestro de licencias. Repito, el 26 de septiembre se le otorgó, y tengo el dictamen ejecutoriado. Pero hasta hoy ni la Superintendencia ha logrado que la Compín envíe el documento, porque no lo encuentran.

Respecto del seguro de invalidez y las personas que pueden postular y no tienen la cobertura del seguro, planteábamos dos opciones: una, que el Estado sea aval del pago de estas cotizaciones, dándole un principio de solidaridad al sistema, que es muy criticado por ser individualista. Lo único solidario que tenemos dentro del sistema es el seguro que pagamos todos y que cubre a aquellos que necesitan un aporte.

Otra propuesta es sobre los excedentes anuales. Pensemos que antiguamente, cuando el sistema partió, las compañías debían informar respecto del excedente que les quedaba del pago de siniestralidad. Con el tiempo se liberó y hoy el remanente es propiedad de las compañías. Había una parte que volvía como rentabilidad a los fondos de pensiones, pero se eliminó. Podríamos volver a revisar ese tema y hacer que parte de ese excedente cubra a todas las personas que no tienen la cobertura del seguro.

El cálculo de la pensión de invalidez considera el promedio de renta de los 10 últimos años. Cuando se pensionan por vejez o por vejez anticipada, se calcula el promedio de renta de los 10 últimos años, con un máximo de 16 meses a cero, para calcular el promedio de rentas. Eso, para sacar el requisito de retirar excedentes y ese tipo de cosas. Pero cuando la pensión es de invalidez o sobrevivencia, todos los ceros entran, porque baja el promedio de renta y, por ende, el aporte que la compañía debe hacer también baja ostensiblemente.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Disculpe, antes de que se cumpla el tiempo, ¿habría acuerdo para prorrogar por 10 minutos la sesión?

Acordado.

El señor SAGREDO.- Como mencioné, se produce una discriminación de género cuando a las mujeres se les considera una expectativa de vida menor, siendo que el Instituto Nacional de Estadísticas –ahí está el cuadro– señala que la expectativa de vida de los viudos o de las viudas es mayor que la de los casados. Sin embargo, cuando tramitan una pensión de sobrevivencia, se les considera con menor expectativa de vida, lo cual es un menoscabo.

¿Por qué no utilizan este hecho si es un valor real? Lo hacen exclusivamente porque el aporte es menor. Ahí hay un tema de juego numérico.

Y las tablas de esperanza de vida establecidas en la circular de la Superintendencia, permite a los viudos y viudas considerarles menos expectativas de vida que si están casados.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para solicitar la información actualizada?

Acordado.

El señor SAGREDO.- Ahora, respecto de las enfermedades profesionales, ley 16.744, le pido que autorice al señor Juan Ramón Gálvez para hacer uso de la palabra.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra, señor Gálvez.

El señor GÁLVEZ.- Señorita Presidenta, como consta en antecedentes, soy delegado general de la Asociación Gremial de Asesores Previsionales de Chile.

Me corresponde hablar sobre el seguro de enfermedades profesionales y de la concesión o denegación de las pensiones de invalidez dentro del decreto ley N° 3.500.

Aquí hay dos seguros: el seguro de enfermedades profesionales y accidentes laborales, cubierto por la ley N° 16.744, la cual mide pérdidas gananciales, y se activa, y se hace contradictorio con el decreto ley N° 3.500.

La ley dice que cuando hay pensión o una declaración de invalidez, por la ley N° 16.744 no se otorga o no puede considerarse la patología por la cual fue declarado inválido el trabajador en el decreto ley N° 3.500. Pero la ley especifica cuando tiene pensión de invalidez o pérdida ganancial, la cual va de 40 por ciento hasta un porcentaje inferior a 70 por ciento, pensión parcial; de 70 por ciento hacia arriba, pensión total, y el gran inválido, por la ley N° 16.744.

Pero cuando lo hace, dice que no se puede considerar esta declaración de invalidez -decreto ley N° 3.500-, cuando primero fue declarada la pensión de invalidez en la 16.744. Pero sucede que cuando se inicia el trámite de pensión, en el formulario le preguntan al trabajador, que está iniciando un trámite de pensión, si ha tenido alguna enfermedad profesional o si ha tenido algún accidente laboral. Entonces, si el trabajador dice que sí, inmediatamente esas patologías o enfermedades no deben ser consideradas en la pensión de invalidez. De manera que en lugar de darle una pensión que sea considerada en el decreto ley N° 3.500, por cuanto no tuvo derecho a pensión, sino solo una pérdida de ganancial, que va de 15 por ciento a menos de 39, inmediatamente le están denegando el derecho a considerar la patología que le permite la ley.

Había una resolución de la Suseso que permite que esa patología o enfermedad de origen laboral sea considerada en el decreto ley 3.500. Lo mismo, las comisiones médicas -si ustedes tienen los formularios- le piden al médico evaluador consultor externo que si ese trabajador tiene una enfermedad producto de su actividad laboral o por ocasión de su actividad laboral, que no le sea considerada en la declaración de invalidez. Eso es discriminatorio y contrario a lo que la misma ley le está diciendo. Pero las compañías de seguros, tanto las AFP como la superintendencia, saben que tienen una nómina grande de trabajadores que están declarados con patologías y accidentes laborales inferiores a 40 por ciento, pero que no están dando la posibilidad a ese trabajador a invocar esa patología en el decreto ley N° 3.500.

Por otra parte, también se produce una discriminación con ese trabajador que ha tenido una invalidez producto de la declaración de invalidez de la ley N° 16.144, pues paga el mismo costo del seguro de invalidez y sobrevivencia que todos los otros trabajadores, aun cuando a ese trabajador no le van a entregar su derecho a que obtenga una pensión de invalidez por el decreto ley N° 3.500. Y ese trabajador, declarado inválido, paga por la pensión. Si continúa trabajando, el empleador de ese trabajador continúa pagando el ciento por ciento del SIS y si el trabajador tiene el carácter de independiente, aunque pague el ciento por ciento del SIS, tampoco le van a dar derecho a la pensión o a las patologías que tiene para llevarlas al decreto ley N° 3.500.

Eso es contradictorio, porque no debemos olvidar cómo se originó el decreto ley N° 3.500. Si el trabajador está en el sistema antiguo, ambas patologías se suman para darle una pensión total, es decir, sumo la enfermedad profesional a la enfermedad común y le doy al trabajador una pensión total.

Por el contrario, si primero fue el decreto ley N° 3.500 por el cual el trabajador obtuvo la pensión de invalidez por enfermedad común, lo que la ley llama menoscabo laboral, sí puede el trabajador, posteriormente, invocar el derecho a pensión por las enfermedades profesionales, sumándolas para una reevaluación o sumándolas para una invalidez posterior.

Si un trabajador sufre de cáncer o de otras enfermedades mayores que la que tiene por enfermedad profesional, hemos preguntado si ese trabajador puede renunciar a la pensión de invalidez, sobre todo cuando es invalidez parcial. No olviden que la pensión de invalidez por invalidez parcial es equivalente al 35 por ciento de las últimas rentas imposables. Ni siquiera se acerca a la invalidez parcial del decreto ley N° 3.500 y menos se acerca a la pensión total del decreto ley N° 3.500. Esa pensión tiene el carácter irrevocable, según la ley N° 16.744.

Nosotros decimos que también ese trabajador, como la ley dice que la pensión obtenida por la ley N° 16.744 va a durar hasta los 60 años en la mujer y 65 años en los hombres, no puede renunciar y, automáticamente, sobre todo en el sector público, lo declaran con enfermedad incompatible con el sistema y lo despiden a brazos cruzados y no tuvo el derecho de hacer uso del SIS para los trabajadores del Estado. Lo mismo para los trabajadores particulares, porque la pensión les dura hasta los 60 años. La única excepción se produciría en las mujeres. Ustedes saben que la ley N° 20.255 hizo una modificación, de manera que la pensión por invalidez para las mujeres se pueda invocar después de los 60 años. Ahí podría hacerse uso en la sumatoria para obtener la pensión.

Nosotros estamos proponiendo que el trabajador, cuando se le ha presentado una enfermedad común, catastrófica o cualquiera de las otras mencionadas, pueda hacer uso del beneficio del SIS, que ha estado pagando

toda su vida, antes de los 65 años, si es hombre, o antes de los 60 años, si es mujer, para acceder a una pensión mayor. Esta es la situación.

La comisión podría pedir a la Suseso conocer cuántos trabajadores hoy están con pérdidas gananciales inferiores al 40 por ciento y que, sencillamente, el sistema les está tapiando la no concesión de los beneficios por la pensión de invalidez, porque las AFP, al presentar la solicitud, o las comisiones médicas, el médico evaluador, le dicen que la enfermedad es de origen laboral o con ocasión del trabajo y, por tanto, no se le va a considerar, y se van a llevar una sorpresa bastante significativa.

El señor GÁLVEZ.- El segundo tema es el concepto de la licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia. Antes, el seguro de invalidez y sobrevivencia lo incluía directamente la AFP que negociaba con las compañías de seguros para cubrir la invalidez y la sobrevivencia de sus trabajadores. La ley N° 20.255 dispuso que se llamara a propuesta pública.

¿Cuál es la gran diferencia? En el seguro anterior, cada compañía de seguro postulaba individualmente ante el seguro de invalidez y sobrevivencia. A partir de 2005, también postulan de forma individual y cada compañía de seguros se gana un tramo, y la sumatoria de esas compañías de seguros participa en la propuesta final del seguro de invalidez y sobrevivencia de todos los trabajadores afiliados a una AFP.

¿Qué ha estado sucediendo? Cuando el trabajador invoca una pensión de invalidez -ustedes ya tendrán y la persona les ha propuesto- ¿cómo salen los resultados, los dictámenes o las resoluciones? Dice: Compañía aseguradora: Asociación gremial de aseguradores de Chile. ¿Qué dice el Código de Comercio, qué dice el código de seguro? Que no solamente pueden llamarse compañías de seguro, en Chile, las compañías del primer y segundo grupo. Por arte de magia, ahora tenemos una compañía de seguro que se llama Asociación de aseguradores de Chile. ¿Qué hace esta Asociación? Le hace ver al trabajador, que está afiliado a una AFP, cuya compañía fue ganada a otra, que se encuentra con un monstruo, cuyas comisiones médicas actúan como Asociación de aseguradores de Chile y no como representante de la compañía AFP a la que pertenece o por el tramo por el cual él quedó.

Segunda cosa. Ahí también debiera aparecer la compañía de la AFP por la cual se adjudicó la propuesta. Esto hace que el trabajador se vea en desmedro frente a un gran grupo médico que tiene la Asociación de aseguradores de Chile. La Asociación de aseguradores de Chile tiene un grupo de médicos, de todas las compañías de seguros, para rechazar, objetar, de manera que no le sea otorgada al trabajador la causal invocada para el beneficio de la pensión.

Muchas veces hemos encontrado que este grupo apela por todo y hay gente que muere y no se le otorga, porque las compañías de seguro rechazaron esto.

Por otra parte, en las comisiones médicas regionales y en la Comisión Médica Central este mismo grupo actúa, de manera única y fortalecida, frente al trabajador, con médicos especialistas frente a un médico asesor, que es médico general. El trabajador siempre se encuentra en desmedro y, lamentablemente, esto está impidiendo la concesión, por el seguro que el trabajador está invocando, de su pensión.

Si analizan, las pensiones de invalidez, a partir de la ley N° 20.255, han disminuido significativamente.

El señor GÁLVEZ.- Queríamos hacer la presentación en relación con la concesión y delegación de las pensiones de invalidez. Esto es lo que está sucediendo en el sistema.

Por lo tanto, muchas veces el trabajador está tratando de pagar... Y esta es una de las causales que se debe tener presente, ya que, muchas veces, el trabajador independiente analiza y ve que las concesiones de los beneficios tienen efectos colaterales o efectos dominó y el trabajador ve el impedimento que se genera.

Como propuesta, quisiéramos que si el trabajador tiene un solo cuerpo, no puede ser una parte común y la otra profesional. El sistema antiguo suma patologías. Entonces, la pregunta es: ¿por qué hoy no se le pueden sumar patologías comunes al trabajador y sí se le pueden sumar patologías de origen laboral?

Cabe recordar que nuestro sistema está supervisado por la CIE-10, que es la Clasificación Internacional de Enfermedades; por lo tanto, la ley N° 16.744 y el decreto ley N° 3.500 miden de la misma forma, porque por convenio internacional estamos sujetos a esos baremos.

Por lo tanto, creo que es oportuno sumar ambas patologías en la declaración de invalidez de un trabajador.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- ¿Hay más preguntas para los invitados?

Me interesa saber si, dentro de las asesorías que han tenido que realizar, consideraron el tema del control de siniestralidad como parte del mal funcionamiento de las AFP. Contamos con la información que entregó Alejandra y con las resoluciones, pero no sé si ustedes han tenido noticias sobre ese punto.

Tiene la palabra el diputado Nino Baltolu.

El señor BALTOLU.- Señorita Presidenta, por su intermedio, cuando escucho hablar a nuestro invitado, me da la impresión de que todos los trabajadores estamos indefensos. ¿Hay algún organismo que defienda a los trabajadores? Usted es especialista. Habitualmente, ¿qué es lo que debiera hacer un trabajador?

Aprovechemos esta comisión para ordenar el tema, para determinar cuáles son las falencias y cómo seguimos hacia adelante, porque me da la sensación de que el trabajador está solo en esto, que ni siquiera tiene ayuda del médico.

El señor SAGREDO.- Como ciudadanos, y ustedes como diputados, debemos reconocer que el problema es la falta de educación, en general. Debiéramos partir por resolver cómo educamos a la población para ir subsanando estas situaciones. Insisto, creo que toda esta problemática se basa en la falta de educación cívica.

Por otro lado, también nos falta evaluar qué es lo que está pasando con las entidades que fiscalizan esas tramitaciones. Ahí hay una falta grave. No se está ejecutando, por eso ocurren situaciones como la que nos describía Claudia. Se trata de que ellos puedan medir y generar tablas. Si la siniestralidad se mantiene inalterable en el tiempo, algo acusa.

El señor BALTOLU.- Alguien está pagando por otro lado. No pago yo, pero paga otro.

El señor SAGREDO.- Correcto. Por eso, uno de los planteamientos apunta a que revisemos el tema de la siniestralidad, pero que también revisemos cuánto es realmente lo que les está quedando como remanente del capital a las compañías que tomaron este seguro -lo que recibieron versus lo que pagaron-. Quizá, nos encontremos con algo inmenso. Por algo están manejando el tema de esa manera. Habría que revisar y ustedes tienen más acceso a información que nosotros.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Podríamos oficiar a la Superintendencia que, si no me equivoco, es la institución que podría informarnos acerca de este remanente que se desconoce, y de la utilidad de la cifra.

El señor SAGREDO.- La Comisión para el Mercado Financiero (CMF) es la entidad que tiene relación con las compañías de seguros.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Se oficiará a la CMF para saber cuáles son las diferencias entre...

El señor SAGREDO.- Entre lo que gastaron y lo que recaudaron.

La señorita YEOMANS (doña Gael).- Entre lo que gastan en el pago de las pensiones de invalidez y la recaudación que obtienen por el pago de esa cotización.

El señor SAGREDO.- Por el seguro.

El señor GÁLVEZ.- Le puede preguntar por qué ha permitido que el nombre de la compañía de seguros sea Asociación Gremial de Aseguradores de Chile.

El señor SAGREDO.- Porque no es una compañía de seguros. La ley dice que debe ser una compañía de seguros de vida, con RUT.

La señorita YEOMANS, doña Gael (Presidenta).- Entonces, oficiemos también a la Superintendencia.

En los dictámenes aparece, pero no está determinado cuál es la compañía.

La señora VARGAS (doña Ana Luisa).- No aparece el nombre de la compañía, dice Asociación de Aseguradoras de Chile.

SESIÓN 8°, CELEBRADA EN 4 DE MARZO DE 2019.

Concurre como invitada la coordinadora nacional de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), doña María Soledad Van Wersch, junto a su abogado asesor, don Jaime González.

La señora **VAN WERSCH** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, primero, quiero aclarar que mi cargo no es el de presidenta de las Compin, pues cuyo cargo genera bastante confusión. Cada Compin, a lo largo del país, tiene su propio presidente, pero no existe un presidente de las Compin como tal, sino que existe el Departamento de Coordinación Nacional de las Compin, el que yo lidero. Por lo tanto, soy la coordinadora nacional de las Compin y no la presidenta de las Compin.

La idea de la presentación es aclarar justamente cuál es el rol de la Compin, dada la citación que he recibido.

Quiero referirme a la diferencia entre la Compin y mi Departamento de Coordinación, en el sentido de cómo se organiza la Compin, sus funciones, materias de su competencia y después terminaré con el objeto propio de la comisión, que es el proceso de evaluación y certificación de invalidez del decreto ley N° 3.500 relacionado con los cotizantes del sistema previsional de AFP, y explicaré cuáles son las competencias de las Compin en este procedimiento, realizado específicamente por las comisiones médicas regionales de la Superintendencia de Pensiones.

A grandes rasgos, eso es lo que englobará mi presentación de hoy.

¿Qué es la Compín? La siglas corresponden a Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y es un departamento técnico-administrativo que lo que hace es constatar, evaluar, declarar o certificar el estado de salud de las personas, su capacidad de trabajo y recuperabilidad de sus estados patológicos para que puedan acceder a beneficios estatutarios, laborales, asistenciales o previsionales para que las autoridades administrativas y los empleadores adopten las medidas que las leyes y los reglamentos establecen para tales situaciones.

En resumen, la Compín es un organismo encargado de evaluar el estado de salud de la población para que pueda acceder a los beneficios de protección social.

Quiero aclarar cuál es la diferencia entre la Compín y el Departamento de Coordinación Nacional de las Compín.

La Compín es una institución organizada regionalmente y que depende de las secretarías regionales ministeriales de salud, según la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, las que a su vez dependen de la Subsecretaría de Salud Pública del ministerio. Ellos tienen autonomía técnica sobre las materias de su competencia, según se establece en el reglamento orgánico del Ministerio de Salud.

Por otro lado está el Departamento de Coordinación Nacional de Compín, que lidera y que es un referente técnico a nivel central para las Compín, cuya función es asesorar, controlar y apoyar la gestión de las Compín, y también proveer información oportuna a la autoridad para la toma de decisiones, realizar los lineamientos estratégicos emanados de los objetivos de la subsecretaría, y dirigir todos los proyectos referidos a materias de la Compín, lo que implica coordinar las distintas comisiones del país con las distintas áreas del ministerio, y con algunas otras instituciones públicas o privadas para cumplir los objetivos propuestos.

Entonces, el Departamento de Coordinación Nacional no entrega un apoyo administrativo ni tampoco fiscaliza el funcionamiento de las Compín, lo cual es función de los seremis debido a su dependencia jerárquica. Sin embargo, sí es un referente técnico y ayudamos en distintas materias, por ejemplo, consultas legales que tengan las Compín, apoyo en problemas de acceso a la plataforma informática que usamos, hasta liderar los distintos proyectos para unificar procesos y modernizar la Compín.

¿Cómo se organiza territorialmente la Compín? Está organizada regionalmente, como comenté, y tienen presencia en las 16 regiones. Existe una Compín por región, que es la Compín regional, pero las regiones de mayor tamaño cuentan con subcomisiones, de acuerdo con las razones locales y demográficas, y por la necesidad de garantizar la accesibilidad a los usuarios. Es importante saber que estas subcomisiones tienen las mismas funciones y atribuciones de la Compín.

Por ejemplo, en Valparaíso hay tres subcomisiones, en la Región Metropolitana hay cinco, en la Región del Maule hay dos, en la Región del Biobío hay tres, en la Región de La Araucanía hay dos y en la Región de Los Lagos hay tres. En conjunto, tenemos 28 Compín o subcomisiones a lo largo del país.

Además de esas oficinas, existen las llamadas unidades de licencias médicas que apoyan a las Compín. Lo que hacen es realizar recepción y tramitación de licencias médicas, según lo establecido en el decreto N° 3 del Ministerio de Salud, que es el reglamento de autorización de licencias médicas. Estas oficinas dependen directamente de los servicios de salud, que es la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y se encuentran en hospitales y en oficinas de la seremi. Actualmente, existen 126 de estas oficinas y esto permite un mayor acceso a los trabajadores.

Ahora, ¿cómo se organiza cada Compín? Voy a referirme a una organización tipo, porque va a depender del tamaño de la Compín y de las necesidades locales. Básicamente, cada Compín o subcomisión es liderada por un presidente de Compín, quien puede ser médico o tener otra profesión, y quien es el responsable de la gestión técnica y administrativa de la comisión. Si se trata de una subcomisión, va a reportar al presidente de la Compín regional y si se trata de una Compín regional, va a reportar directamente al seremi de Salud, de quien depende y que es quien designa estos cargos.

Es rol del presidente de la Compín velar por el cumplimiento de los plazos vigentes para el desarrollo de las funciones de la comisión y el resguardo de la autonomía que posee.

Entonces, vemos como, además del presidente, hay un coordinador administrativo que es fundamental en la gestión de la Compín, y, como podemos ver, existe la unidad de contraloría médica, la unidad de subsidio y distintas secciones que realizan las diversas funciones de las Compín, como contaré más adelante.

También, destaca la presencia de dos comisiones médicas. Una es la comisión médica de incapacidad por morbilidad común y discapacidad, que sesiona por lo menos una vez a la semana y ve los casos de incapacidades permanentes o invalidez, casos de discapacidad y uno que otro caso de licencia en materia de patologías irrecuperables o algún recurso de reposición que haya que discutir.

Por otro lado, está la Comisión Médica, creada por la ley N° 16.744, que Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, la que también sesiona con respecto a casos propios de esta ley.

Estas dos comisiones están conformadas principalmente por personas de la propia Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compín).

Funciones que cumple la Compín.

Es la encargada de evaluar el estado de salud y recuperabilidad laboral de las personas. Aunque cumple diversas funciones, la mayoría está inserta en el contexto de protección social de salud, lo que requiere una evaluación del estado de salud de las personas, que justamente es lo que hace la Compín.

Se realizan 34 trámites, que dan un total de seis millones de trámites anuales. El 85 por ciento de estos trámites son licencias médicas, por lo que es más conocida la Compín.

Las otras funciones que realiza la Compín se pueden agrupar en cuatro ítems. Primero, evaluación y pronunciamiento de incapacidad laboral, que se subdivide en Transitorias, que son las licencias médicas, y Permanentes, que son las de invalidez. Luego, se pronuncia respecto de temas técnicos administrativos, certifica la discapacidad y, por último, vende los talonarios de licencias médicas en sus oficinas.

Bajo el ítem evaluación y pronunciamiento de incapacidad laboral transitoria se clasifica el gran volumen de los trámites realizados por la Compín, grupo que abarca todas las licencias médicas y lo asociado a ellas.

También existen otros dos trámites sobre los que la Compín debe pronunciarse con respecto a la incapacidad temporal del trabajador. El más conocido es la resolución de licencias médicas para beneficiarios de Fonasa. En este caso, la Compín se pronuncia respecto de una licencia en cuanto a su diagnóstico y días de reposo prescrito por el médico tratante, y autoriza o rechaza, reduce o amplía el plazo de reposo.

Luego, encontramos la resolución de los recursos de reposición de afiliados de Fonasa. Cuando los trabajadores no estén de acuerdo con el dictamen de la Compín, pueden apelar a la Compín para que se revise su caso, generalmente trayendo nuevos antecedentes a fin de que esta se pronuncie de mejor manera.

Otros dos trámites tienen relación con las isapres. El primero es la resolución de reclamo contra isapre por licencias modificadas.

Según lo establecido en el artículo 39 del decreto supremo N° 3, que Aprueba Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por las Compín e Instituciones de Salud Previsional, todo afiliado de isapre que no esté conforme con el dictamen de su isapre en una licencia médica, puede apelar a la Compín para que revise el caso.

En general, el afiliado de isapre trae la licencia, documentos y cualquier antecedente que crea necesario para que la Compín pueda pronunciarse.

El segundo es la resolución de las licencias médicas modificadas de isapre, que establece el artículo 3 de la ley N° 20.585, sobre Otorgamiento y Uso de Licencias Médicas, el cual dispone que cada vez que la isapre modifique una licencia, es decir, rechace o reduzca, debe enviarla a la Compín para que esta se pronuncie. La Compín debe ratificar o denegar lo pronunciado por la isapre.

Otros tipos de licencia en que la Compín se pronuncia son el permiso postnatal parental, que corresponde con la continuación de las licencias maternas postnatales, en cuyo caso la Compín debe revisar los antecedentes, verificar si cumple con los requisitos y pronunciarse al respecto para que la persona pueda acceder a los beneficios.

El pronunciamiento más reciente que hace la Compín es el pronunciamiento de licencias Sanna. Esta ley entró en vigencia en febrero de 2018, hace un año, y establece un seguro de acompañamiento para niños y niñas afectados por alguna enfermedad grave. Hoy están en vigencia el cáncer, el tratamiento paliativo por cáncer y el trasplante de órgano sólido y precursor hematopoyético.

Entonces, nuevamente la Compín revisa el caso para ver si cumple con los requisitos y se pronuncia con respecto a la licencia, a fin de que los papás de estos niños puedan acceder a los beneficios.

En relación con los últimos dos trámites, la Compín debe pronunciarse respecto de la incapacidad laboral temporal. Una es certificar dicha condición en los bomberos, cuando sufren lesiones o enfermedades contraídas en actos de servicio. Entonces, debe determinar la naturaleza de la enfermedad contraída y calificar la incapacidad. Evalúa el período agudo del bombero, siendo un similar a la licencia médica, puesto que la lesión está en evolución. La Compín emite un dictamen, lo que permitirá a la persona acceder a los beneficios que la normativa contempla.

Por otro lado, está la resolución de cambio de faena, que corresponde en caso de enfermedad común y de accidente del trabajo o enfermedad laboral.

En caso de enfermedad común, la Compín debe pronunciarse respecto de las condiciones laborales en las que se desempeña el trabajador que cursa una licencia actual o reciente, y debe determinar si las condiciones laborales son apropiadas para la pronta recuperación de su salud y el consecuente reintegro laboral.

Se trata de un trámite poco frecuente, que se dio históricamente en el ámbito de la educación, cuando los profesores solicitaban cambio de faena desde la sala de clases a inspectores, porque presentaban alguna patología a consecuencia de su lugar de trabajo. De igual forma, estos trámites son muy poco frecuentes en la Compín.

Lo mismo sucede en el segundo caso, pero relacionado con los accidentes laborales y enfermedades profesionales. En este caso, la Compín debe calificar el accidente o enfermedad como del trabajo, y si estima pertinente, instruir al empleador su traslado a otras faenas en donde no esté expuesto al agente causante de la respectiva enfermedad.

En cuanto a las incapacidades permanentes o invalidez, la Compín evalúa y se pronuncia respecto de ciertas incapacidades, como mencionaré a continuación. Estos trámites son de muy bajo volumen, de excepción, por lo que generan una carga laboral muy baja en relación con la carga total que tienen las Compín.

Se entiende por incapacidad permanente o invalidez al menoscabo permanente en la capacidad de trabajo de una persona a consecuencia de una enfermedad o accidente, o del debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales. Por esta razón, las personas afectadas podrían recibir ciertos beneficios del sistema de protección social.

Al ser la Compín la entidad que se pronuncia respecto del estado de salud de las personas, su capacidad de trabajo y su recuperabilidad laboral, es también la que debe pronunciarse sobre el grado de incapacidad de los beneficiarios, de acuerdo con la normativa existente y el tipo de régimen previsional al que esté acogida la persona.

La Compín se pronuncia sobre variados trámites asociados a invalidez, que se diferencian en el solicitante y en la institución que otorga los beneficios, según si tiene o no invalidez la persona y el grado correspondiente, pero el factor común es que la Compín solo evalúa, certifica y se pronuncia únicamente con respecto a la incapacidad permanente de la persona.

No obstante, si la persona puede acceder o no a ciertos beneficios o prestaciones del sistema de protección social es de competencia de la entidad que otorga los beneficios.

En resumen, la Compín determina la existencia y el grado de invalidez del beneficiario.

A grandes rasgos, en el caso de evaluaciones de incapacidades permanentes o invalidez el procedimiento de la Compín, en primera instancia, es estudiar los antecedentes en cuanto llega una solicitud. Entonces, se ve la necesidad de evaluar al beneficiario y citarlo formalmente, si se requiere o el procedimiento legal así lo establece; solicitar exámenes, informes o interconsultas al servicio de salud, si se cree necesario.

Luego, el médico contralor a cargo del caso propone el grado de incapacidad que corresponde aplicar a su juicio.

Dependiendo del tipo, se deriva a la comisión en que se discutirá; luego se presenta para discusión en alguna de las dos comisiones médicas, en donde se discute y se revisa el grado propuesto por el médico contralor encargado. Finalmente, se emite una resolución, y se notifica al interesado.

Entonces, podemos ver que la Compín tiene autonomía para determinar las herramientas y antecedentes complementarios o peritajes que necesita para pronunciarse con respecto a la incapacidad permanente del solicitante.

Aquí tengo un listado de varias de las incapacidades permanentes o invalidez que certifica la Compín.

Con respecto al objeto de esta comisión, aclaro que ninguna tiene que ver con las contempladas en el decreto ley N° 3.500, que se refiere a los cotizantes del sistema previsional de AFP y que, según el documento que recibí vía correo electrónico, corresponde al principal objeto de la investigación.

Como pueden ver, existen variados trámites que se realizan en los casos de invalidez, y con un volumen bastante menor, lo que no significa una mayor carga laboral para las Compín. Explicaré brevemente algunos de ellos.

Los tres primeros tienen que ver con los cotizantes del régimen previsional antiguo, que es administrado por el actual Instituto de Previsión Social (IPS), ex Instituto de Normalización Previsional (INP), que agrupa a las antiguas cajas de previsión.

Para tener una idea de la cantidad de cotizantes existente en la actualidad, busqué en las estadísticas de la Superintendencia de Pensiones. La última era de noviembre de 2018 y consignaba que los cotizantes del sistema previsional antiguo son aproximadamente 32.000, lo que corresponde a un 0,6 por ciento del total, al compararlos con los cotizantes del sistema de AFP, que son cerca de 5,7 millones, de acuerdo a esa misma estadística. Por eso, el volumen de esos trámites en las Compín es bastante menor.

La invalidez de esos cotizantes es evaluada por la Compín, a diferencia de lo que ocurre con los del sistema previsional de AFP, que son evaluados por las comisiones médicas regionales. En tales casos, los cotizantes llegan a través del Instituto de Previsión Social, para que la Compín los evalúe y establezca su grado de incapacidad.

En el caso de esos cotizantes, si fallecen y dejan un hijo o cónyuge con algún tipo de incapacidad, estos pueden acceder a las pensiones de orfandad y de viudez que contempla el sistema, casos en que debe pronunciarse la Compín.

También debe hacerlo sobre el grado de incapacidad de los beneficiarios en situaciones de asignación familiar incrementada al duplo y de invalidez por subsidio único familiar, pues podrían acceder al doble del beneficio si tuvieran algún tipo de incapacidad.

Otro trámite es la resolución de salud irrecuperable de funcionario público, que debe emitir la Compín cuando un jefe de servicio consulta si la salud de un funcionario es recuperable o no, luego de transcurridos más de seis meses con licencia médica.

Otros trámites se refieren a aquellos casos en que la Compín debe dictaminar si existe invalidez o no, o el grado de incapacidad, para que las personas puedan acceder a beneficios tales como extensión de cobertura del seguro de desgravamen del Serviu o condonación de deuda del crédito fiscal universitario.

Existen otros trámites cuyo factor común es que la Compín evalúa solo la existencia de invalidez o el grado de incapacidad, independientemente del solicitante y de la institución que otorga el beneficio. En esa situación

se enmarca la invalidez por seguro de vida de la antigua Canaempu, o Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, que consideraba una asignación para hijos con algún grado de incapacidad.

También pueden acceder a beneficios por invalidez los chilenos con algún grado de incapacidad que viven en el extranjero, en virtud de determinados convenios internacionales.

En los casos de incapacidad mental en menores de 18 años, la Compín debe dictaminar si existe o no tal condición, de modo que puedan acceder a un subsidio. Lo mismo ocurre con los dictámenes de invalidez considerados en la ley sobre exonerados políticos, quienes también pueden acceder a subsidios si tienen algún grado de invalidez.

Los siguientes tres trámites, en el grupo de incapacidades permanentes o invalidez, tienen que ver con secuelas en distintas condiciones: invalidez como consecuencia de accidentes laborales o de enfermedades profesionales, accidentes escolares e invalidez de bomberos por lesiones en actos de servicio. En tales casos, la Compín debe certificar la invalidez y verificar que esté asociada a secuelas, de modo que las personas puedan acceder a los distintos beneficios.

Para resumir, quiero aclarar nuevamente que nosotros nos pronunciamos respecto de los cotizantes del régimen antiguo, administrado por el IPS, y no respecto de los cotizantes de AFP, que son la gran mayoría. En estos últimos casos se pronuncian las comisiones médicas regionales de la Superintendencia de Pensiones.

El segundo gran grupo de funciones que realiza la Compín está constituido por los pronunciamientos técnicos administrativos, que también son de muy bajo volumen. Por ejemplo, la Compín debe visar el certificado del quinto mes de embarazo para asignación familiar. En esos casos, viene la persona con un certificado de la matrona o del ginecólogo y la Compín debe revisar los antecedentes y confirmar que efectivamente esté cursando el quinto mes de embarazo, de modo que esa persona pueda acceder a una asignación familiar.

La Compín también debe dictaminar si un funcionario público es imputable o no en un sumario administrativo. Además, la Compín emite los certificados médicos de ingreso a la administración pública. Antiguamente, las Compín eran las únicas entidades que lo hacían, pero actualmente también lo pueden hacer los servicios de salud y cualquier médico habilitado para ello.

También se certifica el estado de salud para acceder a los beneficios del seguro de accidente escolar. Me refiero a la primera etapa, no a las secuelas, sino al pronunciamiento sobre el estado de salud de los estudiantes para determinar si tienen acceso a las prestaciones que les ofrece el seguro.

El último trámite que deben ejecutar las Compín es la resolución en arbitrajes de incapacidad por secuelas de accidentes de tránsito derivados de la aplicación del SOAP (Seguro Obligatorio de Accidentes Personales). En tales casos, la Compín debe arbitrar ante discrepancias entre el médico tratante de la víctima del accidente y el médico del seguro, o cuando la víctima del accidente discrepa del grado de incapacidad determinado por los médicos.

La Compín certifica el grado de incapacidad que presenta una persona, lo que le permite optar a alguno de los siguientes beneficios: inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad y acceso a ayudas técnicas, acceso a beneficios arancelarios para importación de vehículos para discapacitados lisiados, acceso a apoyos técnicos y rehabilitación física de víctimas de violación de derechos humanos, y beneficios para deudores habitacionales del Serviu y de la ex ANAP.

Debido a la entrada en vigencia de la ley de inclusión laboral, en abril de 2018, la Compín constató un aumento notable en el número de solicitudes de certificación de discapacidad. Aumentó un 33 por ciento respecto de 2017, debido a que la ley entró en vigencia en abril de 2018 y la fiscalización comenzó el 1 de enero de 2019. Dicha ley contempla que toda empresa con más de 100 trabajadores debe tener un 1 por ciento de ellos con algún tipo de discapacidad. La fiscalización partió en 2019 con las empresas de mayor tamaño, de más de 200 trabajadores, y en 2020 seguirá con las de 100.

Ya que hemos estado hablando de invalidez, explicaré a grandes rasgos la diferencia entre discapacidad e invalidez; es una confusión bastante común y genera mucha frustración en las personas. En las Compín vemos muchas veces que la gente llega pidiendo trámites de invalidez, en circunstancias que nosotros lo realizamos como excepción, lo cual genera mucha frustración.

A grandes rasgos, la discapacidad se centra no solo en una condición de salud y en el diagnóstico de una persona, sino que también considera factores contextuales, sociales y ambientales, y cómo ellos alteran o no sus tareas habituales, como vestirse, comer, salir, etcétera.

Por su parte, la invalidez es un concepto más enfocado en lo biomédico, en el daño de la estructura y de la función corporal. Los beneficios a que acceden unos u otros también son distintos. Los que corresponden a las personas con discapacidad están asociados a mejorar su desempeño y funcionamiento. En cambio, los beneficios a que acceden las personas con invalidez son en general de tipo pecuniario.

Las etapas para obtener la credencial de discapacidad son tres. La primera es la calificación, que puede realizar una institución reconocida por el ministerio o la propia Compín. Lo que se hace en ese caso es evaluar y valorar el desempeño funcional de la persona, considerando su condición de salud y su interacción con las barreras del entorno.

A continuación se arma un expediente que tiene tres componentes. El primero es un informe biomédico funcional, que es llenado por un médico; el segundo es un informe social y de redes de apoyo, a cargo de un asistente social o terapeuta ocupacional; y, por último, un informe de desempeño o Ivadec (Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad). Con ese expediente, la persona va a certificarse a la Compín, entidad que dictamina en su comisión de morbilidad y discapacidad respecto de este expediente, va a emitir una resolución, que es la que acredita legalmente la discapacidad, y la va a enviar al Servicio de Registro Civil e Identificación, Servicio que va a realizar la inscripción de la persona en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND), el que va a emitir y enviar la credencial a la persona, credencial con la que la persona podrá acceder a los distintos beneficios.

Por último, entre las funciones de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) está la venta de talonarios de licencias médicas. En sus oficinas se van a proporcionar, previo al pago de su costo, los formularios de licencias médicas a las instituciones o profesionales facultados para su emisión, entendiéndose por tales a médicos, matronas y dentistas, además de registrar las ventas de los talonarios.

Ahora me voy a referir al objeto de la comisión. Al respecto, quiero aclarar las atribuciones que tiene la Compín en el proceso de evaluación y certificación de invalidez (decreto ley N° 3.500, asociado a los cotizantes de las AFP). Este procedimiento lo realizan las comisiones médicas regionales de la Superintendencia de Pensiones. Aquí, la Compín realiza un rol de derivación, porque, al evaluar la licencia médica de un trabajador, el contralor médico debe verificar si se encuentra ante a una patología irrecuperable o no. ¿Por qué? Porque lo esencial para la autorización de las licencias médicas es la posibilidad real y cierta de que el trabajador recupere la capacidad de trabajo y quede en condiciones de reincorporarse a la vida laboral. Entonces, el médico contralor revisa si el trabajador que está evaluando tiene una patología irrecuperable o no, lo que se da particularmente de dos formas:

Primero, que el médico tratante califique la enfermedad como irrecuperable. En la licencia médica hay un espacio en el que los médicos pueden poner si la enfermedad es recuperable o no, o en algún informe solicitado por la Compín para que el médico tratante, que es quien más conoce al paciente, se pronuncie respecto de la enfermedad.

Segundo, cuando se cumplen los plazos; es decir, cuando el reposo ya no está cumpliendo un rol terapéutico. Estos plazos están establecidos en el artículo 30 del Decreto N° 3, que es el Reglamento de Autorización de Licencias Médicas, y se refiere a que luego de 52 semanas de licencias continuas, que se pueden prolongar por 6 meses más, la Compín debe hacer un pronunciamiento de la recuperabilidad del trabajador.

Entonces, por cualquiera de esas dos razones, cuando en la evaluación de la licencia médica el contralor determina que esta frente a una patología irrecuperable, debe indicar al trabajador que inicie el trámite de invalidez en su respectiva AFP.

Ahora, mientras el trabajador está en el proceso de evaluación y calificación de la pensión de invalidez y puede documentar ante la Compín, con algún certificado, que inició el trámite o que está en el proceso de evaluación, las licencias médicas normalmente se autorizan. Por otro lado, si el trabajador no inicia el trámite, va a depender de cada Compín. Esto es debido a que lo esencial para la autorización de las licencias médicas es la posibilidad real y cierta de que el trabajador recupere la capacidad de trabajo y quede en condiciones de reincorporarse a la vida laboral, porque la licencia justamente se debe a que el reposo indicado debe cumplir un rol terapéutico en la patología del trabajador, y cuando este reposo ya no cumple ese rol es cuando se debe iniciar el trámite de invalidez.

Podemos ver un diagrama en el que se ilustra la función derivadora de la Compín en el trámite de la pensión de invalidez, donde la Compín, ante una patología irrecuperable, le indica al trabajador que inicie su trámite. El trabajador inicia el trámite en la AFP y le puede llevar a la Compín el certificado de inicio de trámite, para que la Comisión sepa que el trabajador está en ese proceso y autorice las licencias en el intertanto.

Luego, la comisión médica regional es la que evalúa y certifica la invalidez de la persona, y cuando ya se pronuncia respecto del grado de invalidez emite un dictamen, que se envía a la Compín y a la AFP.

Acá se observa cómo nosotros, en general, no tenemos mucha relación con las comisiones médicas regionales, más que el envío que ellos nos realizan de los dictámenes. Lo que sí hacemos es derivar los casos y que el trabajador vaya a la AFP a iniciar el trámite.

Esto es lo que quería exponer, con el fin de contar qué hacen las Compín, que sí realizamos evaluación y certificación de invalidez en pocas ocasiones, pero que no están relacionadas con el decreto ley N° 3.500, materia de investigación de esta comisión, toda vez que las Compín tenemos únicamente un rol de derivación de los casos.

Muchas gracias.

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

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, quiero realizar una pregunta de orden técnico. Nuestra invitada expresó que los talonarios de licencias se venden. Me gustaría conocer cuál es el número de personas habilitadas en Chile para comprar talonarios, así como también para emitir. También quiero saber cuál es el grado de fiscalización o quién o quiénes son los llamados a fiscalizar la emisión de licencias médicas. Lo otro que quiera saber es si hay establecido algún mecanismo en línea, globalizado, en orden a que si un emisor de licencia, en un día, por ejemplo, emite una cantidad de licencias más allá de lo que debe ser, quiero saber si existe algún *warning*

(advertencia) que salte del sistema para efectos de fiscalizar este tipo de licencias. Digo *warning* porque estoy esperanzado que en Chile vayamos entendiendo cada vez más los conceptos en inglés. Lo voy a decir en español. Quiero saber si salta algún tipo de elemento que nos permita poner sobre la mesa el hecho de que una persona sobreemplea las licencias y cuáles pueden ser los fines para aquello, porque me parece que parte importante de los problemas que hoy tenemos en el país -de hecho, hay personas que han sido sancionadas- es la cantidad de licencias falsas que se emiten y que van directamente en contra del erario nacional y, por ende, de algún tipo de política pública.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero preguntarle saludar a la coordinadora nacional de la Compín, a quien aprovecho de saludar, sobre tres materias de su contundente exposición.

Primero, que se refiera a la casuística que se maneja en la Compín acerca de aquellas personas que están, simultáneamente, en proceso de autorización de licencias médicas por las Compín y en trámite de pensión de invalidez. Se lo pregunto, porque ese es, precisamente, el drama humano que a muchos parlamentarios nos toca observar y vivir cotidianamente, de personas que están en los dos caminos simultáneamente, toda vez que, como no pueden trabajar, echaron a andar su mecanismo de pensión de invalidez, pero que, a la vez, como no pueden trabajar, están con licencia y, licencias que, muchas veces, son rechazadas en forma sistemática.

Entonces, del universo de casos, me gustaría que usted se refiriera al de ese grupo de personas, que son muy menoscabadas, que tienen licencia y, a su vez, pensión de invalidez en trámite.

Segundo, me gustaría que se refiera a las demoras en los pagos de las licencias médicas por parte de las Compín. Otro drama social -incluso fue caricaturizado en el Festival de Viña del Mar-, que refleja una realidad que todos los parlamentarios conocemos, que es que la gente se enferma. Cuando el trabajador independiente, el feriante, el colectivo, que se yo, se enferma, deja de recibir. Sin embargo, vive colgado y dependiente de que le paguen meses después su licencia, pago que, por razones diversas, nunca llega, lo que significa una burocracia enorme y un perjuicio al castigo de recibir remuneración precisamente por estar enfermo. Cuando una persona está enferma es más cara que cuando está sana, por los remedios, los doctores, etcétera.

Tercero, me gustaría que nos diera su opinión sobre el rol de los médicos. El diputado Barros ya lo ha insinuado, pero quiero ser más drástico aún, que nos diga y nos proporcione la lista de los médicos licenciosos, los que ustedes califican de licenciosos, es decir, que exceden todos los promedios y estándares de todas las especialidades en el otorgamiento de licencias médicas que son fraudulentas, que son un verdadero comercio paralelo y clandestino de vender licencias a personas no enfermas o, si es que están enfermas, no están en el grado de requerir reposo.

En segundo lugar, qué opina usted de que haya, no en el Compín, pero sí en las comisiones médicas, con las cuales usted tiene que relacionarse, un mecanismo de financiamiento de esos médicos, de comisiones médicas regionales o centrales, financiados por las compañías de seguros o por las AFP, como se ha ido demostrando y ratificando por la propia autoridad de la Superintendencia de Pensiones en esta comisión.

Finalmente, como máxima autoridad de las comisiones de medicina preventiva, ¿cree que hay imparcialidad de juicio cuando un profesional tiene que otorgar o denegar una autorización, cuando su mecanismo de financiamiento viene precisamente de una de las partes?

Me gustaría que se refiera en profundidad al tema, puesto que se trata de un punto crítico en el desarrollo de esta comisión.

He dicho.

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

El señor **ILABACA**.- Señorita Presidenta, agradezco la exposición desarrollada por la coordinadora nacional de las Compín.

Me sumo a las palabras de los diputados Barros y Juan Luis Castro; creo que es fundamental su planteamiento, a pesar de que no es materia de esta comisión, pero es un tema que al país le interesa.

Sin embargo, me interesa conocer el procedimiento y lo que sucede respecto de un tema que hemos visto permanentemente en la comisión, respecto de la cual la señora Van Wersch dijo algo relacionado con las licencias de Fonasa; en definitiva, se les informa a ustedes el tratamiento o el procedimiento de invalidez que está siguiendo el usuario. Por lo tanto, en este caso, ustedes acogen la licencia.

Por ello, me interesa saber cuál es el procedimiento que está llevando adelante la isapre respecto del tema y cómo ustedes tratan las diferentes apelaciones que los usuarios llevan adelante respecto del rechazo de licencias a personas que están haciendo el trámite en paralelo con la invalidez o la sobrevivencia.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señorita Presidenta, quiero sumarme a algunos de los elementos que se han planteado, como lo del diputado Juan Luis Castro, lo cual comparto, porque creo que hay varios puntos fundamentales de este problema.

El año antepasado y pasado enviamos varios oficios de fiscalización en relación con los recursos que tenía a disposición el Compín para pagar las licencias médicas. En ese sentido, es un tema que no está separado de la situación que estamos investigando; es más, hubo un par de reportajes en televisión respecto de la cantidad de personas que tenían que vivir las consecuencias de no tener el pago de sus licencias médicas así como del rechazo permanente de estas.

En esa oportunidad, detectamos un elemento, que de hecho nos llevó a presentar en la Comisión de Salud un proyecto de ley relacionado con ese punto, respecto del cual me gustaría que la directora se pudiera referir, y que tiene que ver con esto de que las isapres son juez y parte en el proceso de determinación.

Lo que quiero decir es que la Compín funciona para el sistema público, pero en el caso del sector privado, las isapres terminan siendo juez y parte.

Personalmente, me parece que no solo es una de las contradicciones del sistema, a propósito de que finalmente gran parte de las licencias que se rechazan tienen que ver precisamente con que estas instituciones son, lo reitero, juez y parte.

Al respecto, presentamos este proyecto para que las isapres no puedan rechazar las licencias médicas, sino más bien quede todo en un solo sistema unificado, y que el Compín se haga cargo de esta situación.

Me interesa tener conocimiento de esto porque debemos conocer los detalles respecto de los porcentajes, porque había una diferencia importante entre aquellas licencias rechazadas por las isapres versus aquellas que eran rechazadas por la Compín, más cuando aquellas que son rechazadas en el sistema público son bastantes. Sin embargo, aun así era porcentualmente muchísimo más, lo que da cuenta de la existencia de un acto de arbitrariedad que no es justificable ni aceptable, y que además es un antecedente para cualquier proceso de solicitud de una pensión permanente de invalidez.

He dicho.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Frente a las cifras de solicitudes de invalidez que tendrían las isapres, cuando estas solicitan la invalidez y al mismo tiempo rechazan las licencias médicas, me gustaría saber si tienen los datos estadísticos respecto de estos casos.

Reitero, las isapres solicitan el proceso de invalidez para que se pensione una persona que ha solicitado licencia médica, y que a la vez le rechaza la licencia en ese transcurso.

¿Tienen datos respecto de cuántos casos serían? Me gustaría saber el detalle de ello.

En segundo lugar, me sumo a la consulta del diputado Juan Luis Castro, en el sentido de conocer el porcentaje de rechazo de licencias médicas en esos casos.

Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señorita Presidenta, entiendo que lo que se consulta es conocer el cruce de datos, es decir, cuánto coincide el rechazo de licencias médicas respecto del rechazo de la pensión de invalidez.

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

Tiene la palabra la señora María Soledad Van Wersch, coordinadora nacional del Compín.

La señora **VAN WERSCH** (doña María Soledad).- En primer lugar, quiero responder al diputado Ramón Barros.

Respecto de la cantidad de personas que están habilitadas para emitir las licencias, esa es información que tiene la Superintendencia de Salud, que es la institución que habilita a los distintos médicos de acuerdo a sus requisitos.

Nosotros, al momento de vender los talonarios médicos, revisamos si es que están habilitados por la Superintendencia de Salud.

Por otra parte, los diputados Ramón Barros y Juan Luis Castro consultaron respecto de la fiscalización de los médicos que son grandes emisores. Esta es una preocupación importante para nosotros, porque precisamente queremos velar por el buen uso de las licencias. Al respecto, hay querellas que se están presentando contra algunos médicos que tienen algún comportamiento fuera de lo común respecto del resto. En ese sentido, tenemos los listados de quiénes son y cuántas licencias emiten.

Es un tema que nos preocupa, y lo estamos revisando porque no queremos que perjudiquen al resto de las personas que están haciendo un uso adecuado de sus licencias.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, ha pasado que hay médicos sancionados por la ley N° 20.585, aprobada en 2012, precisamente, para sancionar a estos médicos licenciosos, quienes, estando sancionados, van a retirar y comprar sus talonarios en las oficinas de los servicios de Salud.

Lo que estoy diciendo salió en los diarios, no es algo inventado; por lo tanto, quiero saber cuál es el nivel de compatibilidad informática que existe entre los 29 servicios de Salud y la diversidad de oficinas del Compín, que hace que haya personas impunes, sancionadas por una ley, pero a quienes el Estado les sigue vendiendo por otra puerta las mismas licencias médicas para que ellos las sigan utilizando fraudulentamente.

He dicho.

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

El señor **BARROS**.- Señorita Presidenta, en la misma línea del diputado Juan Luis Castro, creo que dentro de las conclusiones de esta Comisión, un elemento importante será la propuesta de endurecer las sanciones y, además, proponer que cuando se demuestre que una licencia fue emitida de manera fraudulenta, que sea el mismo médico quien tenga que pagar de su bolsillo esta licencia, y así ir poniendo cortapisas a esta emisión de licencias, que finalmente tiene tremendos costos para el erario nacional.

Por lo tanto, espero que nos puedan hacer llegar los listados de médicos o de facultativos que están habilitados para comprar y emitir, y que también podamos ir haciendo público -a quien corresponda, porque puede que no sea la Compín, pero queremos pedirlo como oficio- a todos aquellos que han sido pillados, por decirlo de alguna manera, quiénes son los doctores que hacen mal uso esta herramienta que causa tanto daño.

La señora **VAN WERSCH** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, respecto de la pregunta del diputado Juan Luis Castro sobre las demoras en el pago de licencias médicas, puedo decir que es un tema que ha sido preocupación muy importante. Últimamente se han estado haciendo cambios en las Compín para automatizar los procesos, de manera que sean más eficientes y disminuir los tiempos de tramitación de la Compín para que las personas reciban su subsidio en un tiempo más oportuno.

En relación con un grupo en particular de licencias, que se llama pago directo, que son las personas en que sus empleadores no están afiliados a cajas, ni son empleados públicos -los funcionarios públicos reciben su sueldo íntegro-, ese grupo de personas de pago directo ha bajado bastante los tiempos de tramitación de la Compín. Es cerca del 30 o 40 por ciento en el último año. La idea es seguir en esa línea y estamos trabajando para agilizar los trámites y responder a las personas en tiempos más adecuados.

Respecto del proceso de autorización de las licencias de la Compín y del proceso de trámite de invalidez, no cuento con un número como tal, pero sí se da lo que comentaba antes: una persona que está en la evaluación de su primer trámite de invalidez y lo documenta a la Compín, la práctica general es que la Compín autoriza, porque sabe que el trámite se puede demorar y la persona está realizándolo.

¿Cuál es el número? No cuento con él en este minuto.

La señora **VAN WERSCH** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, respecto de las preguntas de isapres en general, eso no es competencia de la Compín, pues el órgano fiscalizador de las isapres es la Superintendencia de Salud, así es que todos los datos o procedimientos que llevan a cabo no son de mi competencia para pronunciarme.

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

El señor **ILABACA**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero decir que sí tienen un cierto grado de competencia respecto de ese tema, por cuanto dice relación con la apelación que hacen los usuarios cuando rechazan sus licencias médica que está siendo tramitada a la vez con una pensión de invalidez, que fue la pregunta que hice. Entonces, ustedes allí sí tienen datos. Sería interesante conocer los datos que tienen respecto de la apelación y del reclamo de usuarios de licencias médicas rechazadas por la isapre que están llevando adelante su procedimiento de invalidez.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- O de las apelaciones de las isapres. O sea, que no sea solo la de los trabajadores, sino que también la de las isapres y por separado para hacer el cruce.

La señora **VAN WERSCH** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, en este caso, no manejo la información ahora, pero podría remitirla.

Respecto de las últimas dos preguntas, tanto de la diputada Karol Cariola como la suya, señorita Presidenta, que también tiene que ver con las isapres, aquí, de nuevo va más allá de las materias de mi competencia porque no tenemos facultades para fiscalizar, en esto que me comentaba en el sentido de que ellos son juez y parte, y creo que ahí tendrían que preguntar a la Superintendencia de Salud, que es la que fiscaliza finalmente a las isapres.

También lo que usted preguntaba tiene que ver con esta información que van a solicitar que enviemos respecto de lo que hablábamos antes.

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

El señor **CASTRO** (don Juan Luis).- Señorita Presidenta, quiero preguntar desde el punto de vista político -si me autoriza don Jaime González, asesor político del ministerio-, ¿qué piensa de la dependencia que tiene actualmente, no desde este gobierno, sino que desde hace varios gobiernos, las Compín de las seremis de salud en las regiones?

¿Por qué pregunto eso? Porque las Compín históricamente dependían de los servicios de salud en las regiones, que son bastante más robustos, que tienen más recursos, etcétera. Entiendo que por la vía de la autoridad sanitaria, cuando se hizo la reforma en tiempos del Presidente Lagos, se hizo todo este cambio el 2005, más o menos en adelante, y la dependencia sigue estando ahí, pero todas las quejas que aquí hemos dicho los parlamentarios obedecen a que las Compín se ven como los parientes pobres de las seremis de salud, porque

constituyen un enorme ejército de personal, de fiscalizadores, de controladores, de comisiones médicas y están dependiendo de una identidad que es bastante más reducida como son las seremis de salud de cada región.

Entonces, ¿cuál es la evaluación que se hace de su dependencia actual o los cambios o la autonomización que debieran tener, como se ha propuesto en más de alguna oportunidad, de las Compines respecto de la autoridad sanitaria?

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

La señora **VAN WERSCH** (doña María Soledad).- Señorita Presidenta, por su intermedio, voy a responder al diputado.

Es un tema en el que no tengo tanta opinión, porque es más de políticas públicas, de autoridad de ver cuál es la dependencia ideal de las Compin. Es algo que se podría evaluar, pero no tengo una opinión clara al respecto.

SESIÓN 9º, CELEBRADA EN 11 DE MARZO DE 2019.

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

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

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

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

¿Qué hace el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia?

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

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

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

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

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

Entonces, es un aporte adicional, que viene a completar el ahorro que la persona no alcanzó a desarrollar, porque se vio interrumpida su capacidad de trabajo.

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuál es la función del médico observador?

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

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

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

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

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

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

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

Lo importante es que la licitación es conjunta, de todas las administradoras de fondos de pensiones, y, por el otro lado, todas las compañías de seguros que quieren participan por una fracción del total del seguro y se hacen cargo de todos los pagos asociados a la fracción que se adjudican. Esa es la forma como opera.

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

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

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

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

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

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

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

Tiene la palabra el diputado Ramírez.

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

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

Tiene la palabra el diputado Sauerbaum.

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

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

Tiene la palabra el diputado Ilabaca.

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

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

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

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

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

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

Por otro lado, quiero conocer su opinión respecto de la poca capacidad fiscalizadora que tiene la Superintendencia. Finalmente, lo que sucede en las definiciones, sobre si se otorga o no la pensión de invalidez, o lo que sucedía también... En el caso concreto, sé que son las compañías aseguradoras; sin embargo, en el caso de Alejandra Vidal, que fue la persona por la que se inició esta comisión investigadora, tenía que ver con que las AFP presionaban a sus trabajadores, especialmente a Alejandra, para que no se entregaran pensiones de invalidez y se cumpliera una tasa permanente por parte de la AFP de otorgamiento de pensiones de invalidez.

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

Ante todo ese marco, quiero saber cómo esperan ustedes que sea el sistema, cómo podría existir alguna especie de cambio legislativo, pero también que exista algún compromiso, porque, al menos, las AFP –me encantaría que hubiesen estado presentes-, nos han dejado sumamente claro que los intereses no son las

pensiones de invalidez, si es que quieren mantener tasas y si es que insisten a sus trabajadores en que no las otorguen.

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

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

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

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

Entiendo que en Chile no contamos con avances suficientes en medicina del trabajo, en términos de especialización y de desvinculación de los demás actores en torno a este tema. Creo que por ahí van a ir parte importante de las conclusiones. El hecho de que se garantice, el hecho de que quienes participan en la calificación de cada uno de los casos –algunos han sido presentados acá, otros serán presentados en una sesión especial-, pero cómo ven ustedes la posibilidad de establecer un sistema de información, una legislación en torno a tener plena garantía, tanto ustedes, las AFP, como también los usuarios, de que dichas personas van a concurrir con su dictamen de manera absolutamente independiente al interés general y no a los intereses de cualquiera de las partes. También entiendo que parte de estos temas dicen relación con cómo algunos le pasan goles al sistema. Una cosa es que le pasen goles al sistema, pero no podemos permitir que las personas que han demostrado una determinada calificación le pasen goles a los usuarios; es decir, al revés.

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

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

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

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

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

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

Insisto en que no es que una compañía de seguros se adjudica el caso uno y la otra el caso dos, sino que es una fracción de cada uno de los casos. Entonces, veo muy difícil que los controladores –aunque quisieran- de una administradora de fondos de pensiones con una compañía de seguros vean una manera de inducir algún comportamiento. Me parece difícil porque hay otros actores: por un lado, participan todas las administradoras de fondos de pensiones y, por el otro, participan un grupo de compañías de seguros.

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

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

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

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

Por otra parte, me parece bien que solo tenga derecho a voz, porque quienes deben resolver son los integrantes de la comisión médica regional, todo esto al alero de algo que es muy importante, y aquí contesto la pregunta del diputado Ramírez, vamos en la sexta versión de las normas de calificación de invalidez.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mi pregunta es cuál debiera ser, según nuestros invitados, el estatus de registro público. Porque el común usuario probablemente no sabe cuál es el registro público o dónde buscarlo; cuál debiese ser el estatus respecto del acceso universal a esos registros que se dicen públicos, pero que les garantizo que el 99 por ciento de esta sala no tendría posibilidad de acceder, para efectos de verificar los integrantes de dicho registro público.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ahora, hay que tener en cuenta que cuando la persona inicia un trámite de este tipo, ella o algún familiar, siempre se deben acercar a la Comisión Médica Regional, y en esa instancia sí está la información disponible y comunican a las personas de esta posibilidad. Claro, es algo que el común de los ciudadanos no lo tiene presente, porque no le ha tocado vivir la experiencia, pero ante esa situación se deben acercar a la Comisión Médica Regional y le van a decir que tiene derecho a la asesoría de un médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quiero saber si eso está considerado en este gráfico.

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

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

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

Tiene la palabra el diputado Frank Sauerbaum.

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

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

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

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

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

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

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

El señor **SERGUEIRA**.- Señorita Presidenta, el trámite de la solicitud de pensión de invalidez es un trámite que se realiza en instituciones distintas de las compañías de seguros. Es decir, las compañías de seguros no tienen ninguna participación en la tramitación de la solicitud.

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

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

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

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

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

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

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

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

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

Por último, respecto de la consulta del diputado Sauerbaum, en el caso de los seguros no existe ningún cuestionario, ni podría existir, porque no hay ningún contacto con el afiliado hasta que se le paga el aporte adicional en la cuenta individual.

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo se realiza este procedimiento?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

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

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

También, hay que comentar que el número de solicitudes de invalidez se ha multiplicado por dos, en los últimos seis o siete años, y las comisiones médicas son las mismas. Por lo tanto, hay una carga importante de trabajo. Entonces, lo que ven nuestros médicos observadores -los médicos observadores de las compañías de seguros-, es que, en algunos casos, podría estarse resolviendo un caso que no está completamente configurado; en particular, tiene que ver con tratamientos pendientes, por estar en lista de espera o por una cirugía que se requiere, lo que permitiría a la persona volver a estar habilitada. Efectivamente, cuando se está ante este tipo de situaciones, los médicos de las compañías apelan. Pero insisto en que las razones por las cuales se apela siempre son las mismas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuál es su experiencia en este caso?

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

Nos señalaron que las comisiones médicas regionales tienen mucha carga de trabajo y que aquello afectaría su labor. Quiero saber si esa información se le ha hecho llegar a la Superintendencia de Pensiones. De otra forma, habría que buscar los mecanismos necesarios para reforzar las comisiones médicas, aunque, en este caso, debiera hacerse a través del Presupuesto de la Nación. Lamentablemente, al igual que la presidenta de la comisión, el superintendente también informó que los médicos contratados eran financiados, supuestamente, por la

superintendencia, lo cual no es cierto. De hecho, el mayor financiamiento para las comisiones médicas proviene de las AFP, incluso para el funcionamiento del software que utilizan.

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

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

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

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

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

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

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

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

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

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

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

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

Acordado.

Tiene la palabra el señor Francisco Serqueira.

El señor **SERQUEIRA**.- En cambio, cuando hablamos del sistema de pensiones del segundo pilar, que es muy importante para ubicarnos en el segundo pilar de nuestro sistema de pensiones, el tema es completamente distinto. No hablamos de una incapacidad profesional, sino de la pérdida de la capacidad de trabajo. Por ejemplo, en materia de salud siempre aparecen, sea en la ley de salud, en la ley Ricarte Soto, etcétera, los términos situación de salud, enfermedad o patología. En cambio, en materia de pensiones de invalidez no aparecen estas palabras, porque estas deben constituir impedimentos, y para requerir una prestación de seguridad social del segundo pilar por invalidez, se necesita que los impedimentos estén configurados. Todo eso se relaciona, a su vez, con un manual técnico, porque el impedimento configurado requiere de cinco elementos, uno de los cuales es la evolución, las medidas generales y terapias médicas accesibles, o que están a disposición o que están pendientes.

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

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

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

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

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

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

Tiene la palabra el señor Jorge Claude.

El señor **CLAUDE**.- Señorita Presidenta, respecto de su última pregunta, es bueno recordar que el seguro es uno solo y, por lo tanto, todos los afiliados están adscritos al seguro de invalidez y de sobrevivencia por turnos, o sea, por contrato. Ahora estamos en el sexto contrato. Ahí están todos, independientemente de la AFP en que estén, y pagan las compañías que se adjudicaron la fracción correspondiente. No existe una relación uno a uno entre compañías de seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones.

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

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

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

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

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

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

Sesión N° 10 de 1 de abril de 2019.

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

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

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

Invalidez (Compin); sin embargo, hoy viene con un rol desde el Colegio Médico, mirando con ojo crítico cómo funciona el sistema.

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

Lo que sí queda en evidencia es que estos sistemas, en general, tienen mucho más enfocadas sus energías en fiscalizar e identificar a aquellas personas que no cumplen con todas las condiciones o intentando reducir las tasas de siniestralidad, sin entender que aquí hay un rol que debería ser que estas entidades estuvieran intentando proteger y, efectivamente, otorgar los recursos a las personas, cuando caen en situación de incapacidad. Lamentablemente, eso se ve a lo largo de todo el sistema, en los distintos sistemas de financiamiento. El doctor nos va a mostrar algunas cifras al respecto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando atendemos desde el punto de vista de la seguridad social, nos tenemos que preocupar de cuánto llegamos en términos de cobertura. Como tenemos un sistema contributivo, tenemos que plantearnos si la evolución es más o menos estable en el tiempo, pues, por ejemplo, cerca del 25 por ciento en 2015 no está teniendo una cobertura previsional aparentemente y, ello, es más marcado en los grupos de 60 años y más, lo que en este caso se muestra en rojo y en círculos. O sea, antes de ser adulto mayor, el 36,5 por ciento tiene cobertura previsional. En otras palabras, cuando más necesitan la pensión de invalidez, menos tienen cobertura del derecho.

En tipos de empleos asalariados versus no asalariados, vemos la tendencia de que también es estable en el tiempo; sin embargo, esto va a cambiar, porque probablemente los trabajadores informales van a tener derecho,

que hasta ahora no estaba muy claro. Desde el año 2008 han ido ingresando con la reforma previsional, pero los independientes están en un limbo, con solo 23 por ciento de cobertura.

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

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

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

En la lámina se grafica lo que se expresa en distintos conglomerados de países, como la Unión Europea, México, Chile y la OCDE en general. Esto es partiendo de 2018 como ciento por ciento, y Chile aumenta drásticamente, lo cual no es por la crisis *subprime* que aumentan los pensionamientos, sino porque hubo una reforma.

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

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

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

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

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

Sin embargo, esto no necesariamente se aplica de esa forma en las isapres. Estas pueden, a espaldas del paciente, iniciar un trámite de invalidez, sin que el paciente tenga conocimiento. Y las comisiones de invalidez funcionan normalmente con esa solicitud de la isapre.

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

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

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

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

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

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

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

En cirugía, con el asesor de la Superintendencia de Pensiones le hemos preguntado si alguien lleva tres años esperando, y está en un lugar de la lista de espera que significa que va a estar otros tres años, si puede iniciar un trámite de invalidez como pensión transitoria, y la respuesta es sí, ¿pero qué pasa si inicia el trámite de invalidez? Lo declaran no configurado, porque no ha tenido el tratamiento, y no se ha aprobado la recuperabilidad laboral.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En todo caso, el doctor nos va mostrar las diferencias que existen en contra de esto. A pesar de que hay un espacio de vulnerabilidad en torno a los médicos en estas mismas comisiones, creemos que en las falencias del sistema este no es quizá el punto más medular, sino el aparataje completo y es una figura que está activamente, en donde tienen el principal protagonismo las propias aseguradoras y las propias AFP de estar permanentemente sometiendo a procesos de fiscalización, de investigación, en circunstancias de que los pacientes no tienen ninguna de esas alternativas para ir a defender sus casos aparte de estas comisiones. Y ahí, más grave que el conflicto de interés médico, el tema es que la contraparte de los pacientes es mucho más potente a la que ellos pueden optar, porque podrían también representar peritajes pedidos por sus propios defensores para poder objetivar.

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

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

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

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

Por eso, cuando vemos las barreras de ingreso, ya dije que cuando hablo de las barreras de ingreso me refiero a la invalidez por lo laboral, tenemos pacientes que no van a llegar a la invalidez laboral por causa laboral. Y tenemos las otras barreras que son, por ejemplo, por el desconocimiento de los derechos de las mujeres después de los 60 años, pero también tenemos, curiosamente, que las diferencias, cuando vemos los ingresos de aquellos pensionados por invalidez, vemos que se distribuyen en los tramos de deciles donde están las pensiones básicas solidarias de invalidez, es decir, el 11 o el 14 por ciento son de esos tramos, pero cuando llegamos a los tramos más altos de ingreso, representan un 3 por ciento de todas las pensiones de invalidez. ¿Por qué ocurre eso? ¿No será otra barrera el hecho de que tiene un ingreso que lo tendrá que desembolsar la AFP o el seguro de invalidez?

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

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

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

En cuanto al tema de la incapacidad laboral en la administración pública, en general, hemos tenido algunos casos puntuales, cosas muy específicas para las cuales existe un examen dentro de la ley de contrataciones públicas. Hasta la fecha no hemos tenido un registro, así es que si los diputados tienen antecedentes de funcionarios, pacientes, que hayan sido desvinculados por incapacidad laboral, sería importante saber esos casos,

en el entendido de que sí tenemos altas tasas de reposo y que, obviamente, lo vinculamos, por lo menos en el sector salud, a la sobrecarga del sistema, a los problemas que tiene el trabajo en nuestro país, más que los chilenos y chilenas seamos flojos, tesis que puede andar rondando en la percepción que tenemos en torno al trabajo.

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

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

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

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

En cuanto a enfermedades profesionales, si piden en el ISL que les documenten las licencias médicas laborales de personal de salud, se encontrarán nuevamente con una curiosidad científica: no existe el *burnout*, lo que, como dije, es una curiosidad científica, porque es sabido por toda la literatura científica que el personal que atiende cuidados de personas está sometido a condiciones de estrés y de padecimiento, *burnout*, que es síndrome de fatiga crónica o de desgaste profesional. Médicos en Estados Unidos, 50 por ciento, *burnout*. ¿Cuántos tenemos en Chile? Cero en el ISL.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al respecto, realizamos fiscalizaciones: en 2017, se llevaron a cabo 65 fiscalizaciones; en 2018, 78, y este año llevamos alrededor de 10 fiscalizaciones. Hemos impartido multas a las Isapres, que no son muchas, pero se

han cursado durante el 2017, el 2108 y también este año respecto de algunos incumplimientos sobre los cuales tenemos algunas áreas de influencia.

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

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

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

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

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

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

En Isapres estamos hablando de 3.800.000 personas y 17.000.000 en el sistema Fonasa. El 20 por ciento en un sistema y el 80 por ciento en el otro.

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

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

Sesión N° 11 de 8 de abril de 2019.

Esta sesión contó con la participación de:

- 1.- Señoras Aida Pinto y María Cristina Salas, asesoras previsionales de Antofagasta.
- 2.- Señor Matías Hernández, en representación de Paola Fernández.
- 3.- Las representantes de la agrupación Amigos de la Fibromialgia Chile señoras Milena Pozo, Lucy Alarcón y Elena Arancibia.
- 4.- Señora Krisna Tolentino, en representación de la Fundación Valídame, acompañada del abogado señor Juan Carlos Pizarro.
- 5.- Señora Paola González; el señor Hugo Quilodrán, representado por el abogado señor Juan Carlos Pizarro; las señoras Carolina Araya y Solange Ruminot, y los señores Pedro Arellano y Rodrigo Moreno, en representación de la Fundación Fibromialgia en Acción.

1.- Señoras Aida Pinto y María Cristina Salas, asesoras previsionales de Antofagasta.

La señora **PINTO** (doña Aída).- Señorita Presidenta, venimos de la ciudad de Antofagasta. Mi nombre es Aída Pinto Galdames, soy asesora previsional, tengo el código N° 124 de la Superintendencia de Pensiones y de la CMF (Comisión para el Mercado Financiero). Trabajo en asesorías previsionales desde aproximadamente 1990, junto a mi compañera de trabajo, María Cristina Salas, quien también es asesora previsional, código N° 183 de la Superintendencia de Pensiones. Nosotros traemos una mirada regional en relación con la concesión y denegación de pensiones de invalidez y sobrevivencia.

En primer lugar expondremos el caso del señor Jaime Arce Vergara, que ya fue ingresado a la comisión investigadora. Él padece mal de Parkinson, depresión mayor y anemia por causa desconocida.

A continuación reproduciré un video, ya que él no puede viajar.

(Invitada Aída Pinto reproduce video)

Don Jaime Arce tiene 64 años de edad, padece el mal de Parkinson -no tiene temblores externos; son por dentro de su cuerpo-, sufre una depresión y ya casi no duerme en las noches. Su médico, el neurólogo Axel Araya, le recomendó hacer la pensión por invalidez. Él tartamudea, se atraganta y su caminar es muy difícil. En las noches perfectamente se puede acostar a las 2 de la madrugada y a las 5 de la mañana ya está despierto. Se puede acostar a las 11 de la noche y a la 1 o 2 de la mañana vuelve a estar despierto.

Su problema más grande es que cualquier problema pequeño lo altera enormemente. Trabajaba en una oficina donde tenía que ver muchas cámaras. Era jefe de la Empresa Eléctrica de Antofagasta (Elecda) y tuvo que llegar a un acuerdo con su empleador, porque ya no era capaz de hacer todo lo que debía.

Finalmente, presentamos los antecedentes de don Jaime, pero la Comisión Médica Regional de Antofagasta solo le otorgó el 50 por ciento de invalidez. Presentamos el respectivo reclamo, pero nos siguieron otorgando el 50 por ciento. Incluso, después hicimos el recurso de reposición y nos siguieron otorgando el 50 por ciento.

En estos momentos, él está absolutamente desmoralizado y desmotivado con este porcentaje de incapacidad.

Trajimos un *pendrive* con los antecedentes, lo dejaremos con esta carpeta, porque vienen dos calificaciones más de invalidez, así como algunos alcances y algunas propuestas por tantos años de trabajo.

Señora Presidenta, solicito que autorice a mi colega, María Cristina Salas, para que continúe la presentación.

La señora **SALAS** (doña María Cristina).- Señora Presidenta, vamos a avanzar en lo concreto para que todos podamos quedar muy claros con otro caso, muy dramático, que es una muestra de lo que ocurre a muchos de nuestros compatriotas que pertenecen al sistema público y que no tienen acceso a otros medios de atención de salud.

En este es un señor de 60 años que trabajó como carpintero. Comenzó en 2003 con algunas molestias, que en 2015 fue regular. Lo trasladaron a una atención más especializada a Antofagasta -él vive en Calama- y está permanentemente con dolor corporal, diarrea frecuente, dificultades de desplazamiento en las piernas, porque se hinchan y se ponen rojizas, las manos también. Presenta un estado de ánimo decaído y no puede dormir. Sin embargo, no todos los exámenes eran conducentes a un diagnóstico claro.

En 2017 logran detectar que estaba haciendo una trombosis en sus piernas. Luego de dos años de tratamiento detectaron que padece de insuficiencia venosa profunda en ambas extremidades. Por eso tenía tanto problema para el desplazamiento, su marcha era inestable, caminaba como un robot y el dolor era permanente día y noche. Estaba con corticoide y medicamentos paliativos.

Quiero hacer una breve reseña respecto de qué es la trombosis venosa profunda. Es un coágulo que corre a través del conducto sanguíneo, como cuando en algo que debe fluir hay un tapón; es tremendamente doloroso. Por ejemplo, si a una llave le pusiéramos un tapón, probablemente explotaría la cañería. Esta enfermedad puede llevar a la muerte a las personas.

También en 2015 le diagnosticaron hipertensión arterial; tenía lecturas sobre 150-90, que en las normas de calificación está en clase II. Sin embargo, esto no fue considerado por la comisión médica.

Además, el 2015 le diagnosticaron fibrosis retroperitoneal. Se trata de un tejido, una masa extraña, que se pone atrás del estómago, crece, es dura, provoca presión y dolor. Por eso las diarreas, su inestabilidad y su sistema físico en general decaído. También taponea los conductos urinarios. Por consiguiente, aparte de todo su dolor, produce una impotencia definitiva.

Él pasó semanas seguidas viajando a Antofagasta, le hacían controles y muchos exámenes, pero nunca le hicieron exámenes importantes.

Respecto de la fibrosis retroperitoneal, había dolor abdominal fuerte. Todos sus síntomas indicaban que había una patología de base fuerte. Sin embargo, nunca se hizo un tratamiento completo.}

Ahora bien, existen terapias en que deben hacer cirugía en estos casos y es bastante efectivo, pero al pertenecer al sistema público las personas están a la expectativa de si se produce la orden de cirugía.

En ese tiempo detectaron que podía haber una patología autoinmune, pero nunca le hicieron los exámenes en el sistema público.

La IgG4, como todos los tipos reumatológicos, son dolores musculares tremendamente fuertes y también hay inflamación en las articulaciones, lo que impide que la persona tenga un desempeño normal en su vida diaria. Hasta para tomar un vaso de agua el dolor es fuerte; la pérdida de fuerza es evidente.

Respecto de la reumatóloga Karla Villegas, quiero hacer un alcance. Ella es bastante particular, considera que todo el mundo exagera; esa es la opinión de mucha gente de Antofagasta. Sin embargo, en este caso, mencionó que era imposible que esta persona pudiera trabajar; vio los informes adecuados para eso.

Entonces, con estos antecedentes, con un hombre que venía arrastrándose a la oficina, iniciamos el trámite de pensión en 2017, pero el resultado fue incapacidad de 34 por ciento.

Cabe hacer el alcance que suelen recurrir las comisiones médicas a dar una clasificación clase II, que es lo máximo, el rango de 34 por ciento. Bastaba con que le hubieran dado un 35 por ciento para que pasara a clase III

y hubiera suma combinada, y eso le habría otorgado la invalidez parcial al menos. Las comisiones médicas recurren mucho a eso, aun cuando las patologías clasifiquen en clase III.

Curiosamente, al pedir el acta de resolución, la Comisión Médica Central, en una de sus partes -va adjunta en el informe que vamos a entregar a la comisión- declara que el dolor no interfiere en la actividad de la vida diaria. Son arbitrarias estas opiniones que muchas veces encontramos en las actas de resolución.

El año pasado volvimos a presentar los antecedentes, con las mismas patologías, trombosis venosa profunda, hipertensión arterial -las lecturas altas estaban-, fibrosis retroperitoneal. Desde el 2015 que sufre este hombre. Detectaron un infarto antiguo al miocardio, y tiene una declaración, hace más de un año, de trastorno neurológico severo. Sin embargo, la comisión médica no realizó Holter de presión ni electromiografía.

Además, a este hombre, después de todo este tiempo, le detectaron que tenía un linfoma no Hodgkin.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Estamos hablando de la comisión médica central?

La señora **SALAS** (doña María Cristina).- Sí, porque se han pasado todos los recursos y apelaciones. Traté de llegar a las conclusiones finales.

Y el dictamen que recibimos esta vez corresponde a un dictamen no configurado BOT, porque se basaron en el linfoma no Hodgkin, que recién terminaba ahora en marzo sus quimioterapias. Pero nosotros nos estábamos refiriendo a las otras patologías.

Es evidente que recién está terminando el linfoma no Hodgkin. Viene a ser como el caramelo del postre, tan grande y grave que tenía este señor, pero nos rechazaron.

No hicieron ningún examen, y ha sido una seguidilla de injusticias con este pobre hombre.

La situación triste de este hombre es que él vivía en Calama y tenía una pareja. Cuando en 2013 ya no pudo continuar trabajando, desde esa fecha empezó con una crisis socioeconómica, y su pareja, de ese momento, lo echó a la calle.

Recurrimos a familiares, quienes lo acogieron y hoy está en Villa Alemana. Él depende de otras personas totalmente. Pero fue rechazado y dicen que no está configurado.

¿Cuánto tiempo debe pasar para que se configure? Estamos con los tratamientos desde el 2015: estamos en el 2019.

Este es el caso que quiero que se revise.

La señora **PINTO** (doña Aída).- Señorita Presidenta, tenemos solo esas dos presentaciones, porque no tenemos audio en el computador.

La señora **PINTO** (doña Aída).- Vamos a continuar con el caso de don Jaime.

Él tiene deterioro cognitivo, depresión y ansiedad, trastorno del sueño desincronizado, dificultades en el habla, dolores de origen desconocido, bradicinesia, rigidez, inestabilidad postural y disminución de las expresiones faciales. A pesar de lo anterior, a don Jaime solo le otorgaron el 50 por ciento de invalidez.

Como les decía, también traemos alcances, apreciaciones y propuestas que se las vamos a entregar en *pendrive* y en una carpeta.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Vamos a iniciar una ronda de preguntas.

Me gustaría saber, a su juicio, cuáles son las principales críticas que usted podría hacer a todo este funcionamiento e irregularidades.

La señora **SALAS** (doña María Cristina).- Señorita Presidenta, lo más grave acá es que no podemos entender que una comisión médica de Antofagasta evalúe y diga que hay una invalidez total, que el médico asesor esté de acuerdo, que luego llegue a la comisión médica central y el caso quede rechazado. Conforme con el acta, hay tres médicos especialistas que dicen: "sí, clase 3, clase 4", y, finalmente, la presidenta de la comisión viene y dice que no, que no está configurado o que no cumple con todas las condiciones que dice la norma. Cuando uno va a la norma, realmente hay una contradicción grave.

Lo otro es que muchas veces no hacen los exámenes que requiere la persona para el tratamiento, o lo derivan. Como conversaba con el abogado, evalúan una patología, para no evaluar la más grave, la que es invalidante.

Después, de partida, las personas desconocen todo el sistema. Para tener acceso a los expedientes, el proceso es muy largo y la evaluación tiene que haber terminado. El médico de las compañías de seguros en todo momento tiene acceso al expediente, y ellos pueden sacar copia y analizar dónde se hicieron los exámenes. Pero a nosotros, si nos presentan el expediente, nos dan 45 minutos; no podemos sacar copia ni podemos sacar foto, y está presente una persona de la comisión médica.

La señora **PINTO** (doña Aída).- Además, Presidenta, hay falta de preparación del personal de la comisión médica para tratar con el afiliado enfermo, ya que requiere una atención adecuada, con un diálogo comprensible y preparado.

A veces, nuestros afiliados llegan y nos dicen que han sido tratados en forma denigrante. Les dicen que pueden trabajar como guardia, de conserje, y resulta que es ingeniero electrónico. Entonces, uno de mis clientes le dijo: Y usted, que es médico ¿iría a trabajar de conserje?

Entonces, ese, es un trato denigrante. Discriminación, tanto a quienes son asesorados por un asesor previsional como a quienes no son asesorados. A los que no son asesorados, muchas veces los tratan muy mal, y les dicen: "Usted vaya a hablar con su asesor ¿Para qué viene a hablar acá?"

Eso es lo que está sucediendo.

La señora **SALAS** (doña María Cristina).- Señorita Presidenta, es lo que estábamos hablando recién: hay una asimetría, la compañía de seguros siempre tiene acceso. La ley contempla que la persona pueda llevar a su médico. Pero, en la realidad, ¿quién podría pagar a un médico que deje de ganar todo lo que gana en una mañana, o en una tarde, para ir a representar a un afiliado? O sea, no hay recursos.

Cuando tengo un cliente con recursos, yo le digo: "Mire, ¿sabe qué? Para no tener dudas, hágase tal y cual examen. Hay personas que pueden hacer eso. Pero cuando se trata de una persona que se atiende en el sistema público, para quien han pasado tres años y no la ven, o lleva cuatro años en espera para una operación, no le pueden pedir que esté configurada la patología, porque no tiene cómo llegar a la configuración, terminando todos los tratamientos asequibles en el sistema. Entonces, es una tremenda injusticia, y además no puede trabajar.

Entonces, tenemos familias destruidas por esta situación. Es muy grave.

La señora **PINTO** (doña Aída).- Señorita Presidenta, otra de las cosas graves es que en las comisiones médicas regionales, cuando el afiliado va solo, no se le informa qué puede hacer para estar cubierto por el SIS, porque no está asesorado. Entonces, llegan, se invalidan, y las pensiones son míseras, porque el promedio de capital es de 30 o 40 millones, más la tasa de interés baja, más la tabla de expectativa de vida, que se supone que en julio de 2020 debería modificarse. Es decir, las pensiones son míseras, si las comparamos cuando las tasas de interés en los años 90 eran del 7.6 o del 7.4 por ciento.

La señora **SALAS** (doña María Cristina).- En este punto, señorita Presidenta, me gustaría hacer un alcance que grafica la situación.

Estoy viendo a una señora que apareció después de haber ido a hacer su trámite de vejez en la AFP, donde no la orientaron.

Al sacar el promedio de renta, su pensión en la AFP va a ser de la pensión mínima, es decir, líquido 128.000 pesos. Pero como ella está trabajando y está cubierta por el seguro, si le dieran una invalidez, su pensión sería de 490.000 pesos.

Resulta que ella se dializa, es sorda -grita en todos lados- y además tiene diabetes e hipertensión arterial. O sea, la AFP evita que las personas hagan trámites. Personalmente he escuchado cuando les dicen: "No, a usted le conviene más hacer una vejez". La AFP es el primer obstáculo para las personas enfermas.

La señora **PINTO** (doña Aída).- Señorita Presidenta, otra cosa importante también es que a los afiliados casi nunca les llega la documentación a tiempo, básicamente por el sistema de correo.

Van a la comisión médica y le dice que no. Llamamos a Santiago y dicen que está todo en línea. Se vuelve a ir a la comisión médica y se lo niegan. Elevamos una carta solicitando el acta de la sesión y, perfectamente, se pueden demorar treinta o más días, sabiendo que todo está en línea. ¿Por qué se lo niegan? Debería existir un sistema más accesible para el afiliado, porque está en desventaja. A veces, no alcanzamos a hacer los recursos de reposición, porque esos tienen fechas. Acá están los plazos. A veces, no podemos cumplir con los plazos, que son rígidos e inamovibles para los afiliados.

La señora **SALAS**.- En definitiva, los afiliados son los que financian el sistema. Por eso se propone que se use la web para llegar a la información. También estamos proponiendo ahí un mandato que nos permita acceder a toda la información, para que una persona enferma no tenga que ir dos, tres o cuatro veces. Que sea un mandato como los modelos que se usan en la Superintendencia para los trámites de pensiones y que este modelo se pueda visar. Y esto lo digo, porque cada comisión médica tiene una visión distinta. Hay comisiones médicas que dan acceso a la información de palabra, sin entregar documentos y otras dicen que tiene que llamar el afiliado. A veces, el pobre afiliado apenas está y no tiene ganas de hablar, tiene depresión y quiere estar a oscuras o dormir todo el día, o está hospitalizado o simplemente ni siquiera tiene habla.

La señora **FIGUEROA**.- Esto también va dentro de la propuesta del mandato.

Por último, algunas reflexiones finales sobre salud. La OMS define que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Entonces, el hombre saludable sería aquel que tuviera aseguradas, además del cuidado de su vida -para que la misma transcurra libre de enfermedades o afecciones mediante medidas preventivas y/o curativas, oportunamente administradas- su alimentación, su ropa, su techo, su educación, su trabajo, su descanso y su recreación.

El señor **SILBER**.- Solicito incorporar el tema del mandato en las conclusiones, pues me parece relevante consignarlo así para el objetivo de esta comisión.

El señor **BALTOLU**.- Señora Presidenta, quiero preguntarle a nuestra invitada, en su calidad de asesora previsional, qué porcentaje, de las pensiones de invalidez que se presentan, es aceptado y qué porcentaje es rechazado.

Nuestra invitada nos hablaba de un ingeniero que estaba enfermo y que no podía cumplir su función como ingeniero y que el sistema le decía que hiciera otra cosa. Mi pregunta es cómo se determina la incapacidad de una

persona para trabajar o para cumplir una función, porque hoy día ya no es trabajar sino cumplir una función ¿Cómo lo ve el sistema? ¿Cómo sería el ideal? ¿Cómo se está comportando el sistema?

La señora **FIGUEROA**.- Creo que los médicos tienen arte y parte. ¿Qué va a suceder ahí? Si su médico tratante le dice que no puede trabajar por tal condición, y usted presenta esa calificación y es rechazada, lo único que le queda es presentarse a una segunda invalidez y a una tercera invalidez. No hay otra opción; así funciona el sistema.

El señor **BALTOLU**.- Si no cumple como profesional, ¿puede trabajar en otra cosa?

La señora **FIGUEROA**.- El médico lo ve así. Técnicamente, no está descrito en la ley, pero moralmente él lo ve así y le dice que vaya a trabajar en otra cosa.

El señor **BALTOLU**.- Por ejemplo, si lo graficáramos en un profesional del fútbol, que se lesiona en la cancha y que no puede jugar más porque se rompió los ligamentos, la rodilla, etcétera. ¿Qué pasa en ese caso? ¿Tendría una pensión de invalidez por ser jugador?

La señora **FIGUEROA**.- Su profesión es futbolista y si está cotizando...

EL señor **BALTOLU**.- Por eso ponía ese ejemplo. Se trata de un profesional, de un hombre joven, que se fractura gravemente y que ya no puede jugar más a la pelota.

La señora **SALAS**.- Señor diputado, la norma no contempla que si alguien tiene un oficio o una profesión no pueda dejar de hacerlo porque, a lo mejor, puede hacer otras cosas.

La señora **SALAS**.- Eso es más viable para la gente que tiene estudios o una carrera. Si alguien es carpintero y sus manos ya no funcionan, no va a poder funcionar en ninguna parte. Hay criterios que deberían utilizarse y que van más allá de si están o no escritos en la norma. Si la persona tiene un diagnóstico, y después de tres o cuatro años no ha conseguido la sanación por el sistema público o en el sistema... Porque hay enfermedades desconocidas, hay criterios y hay cosas que tienen que ir más allá y llegar a un consenso, más que decir que no está en tal o cual página, porque aun así los médicos no se rigen con tal o cual página. A veces, en la apelación, les digo que en la página 24, etcétera, mi cliente cumple, cumple, cumple. Pero aun así, hay un poder en los médicos que va más allá... Más que nada en la comisión médica central, y por eso las discrepancias que hay con lo otro.

Sí, es cierto que hay personas que se pueden reinsertar. A lo mejor, ese futbolista puede ser un asesor y va a poder seguir trabajando. Eso es lo que hay que evaluar. Pero hay personas que, desde el punto de vista físico, apenas respiran, apenas comen y apenas existen, y no se necesita ser médico para darse cuenta que no hay nada que hacer.

El señor **SAUERBAUM**.- Señorita Presidenta, el tema del mandato me parece bien valioso. A la pasada, la invitada mencionó que se hacía un análisis de la situación del enfermo para tomar algunas decisiones. En la comisión recibimos testimonios de algunos casos que demoraban años en tener un diagnóstico inicial. En la práctica, qué pasa con esa persona que tiene que esperar dos años para que la atiendan y le entreguen un documento que acredita que tiene algún tipo de enfermedad.

La señora **SALAS**.- Ahí tenemos un problema que es social, un problema que es del sistema de salud. Tenemos listas de espera que son eternas, y si la persona no tiene siete u ocho millones de pesos, que es lo que cuesta una operación, no podrá nunca acceder a ella. A lo mejor, después de la operación podría quedar superbien. Pero ¿qué pasa si no puede acceder a esa operación? Esa persona empeora, no solo en lo físico, sino también en lo emocional, porque la familia se disgrega, hay tensiones y la persona termina con una depresión, con problemas de agresividad y violencia. Todo esto, como el caso del joven que les conté y que lo expulsaron de su casa. ¡Esto es supergrave!

También es grave que las comisiones médicas no tengan coordinación entre ellas. Es el caso de clientes nuestros que vienen a Santiago por una interconsulta, a quienes, al momento de ser atendidos, el médico les pide el expediente, en circunstancias que el envío debiera ser interno. El paciente le dice que no trae nada, y la comisión de Antofagasta, en caso que el paciente fuera de esa región, tampoco envió nada. Entonces, eso es una burla para el paciente. Incluso, hay un costo para todo el sistema, porque tienen que trasladarlo, tienen que pagarle la alimentación, amén del esfuerzo que tiene que hacer el paciente, que no siempre tiene las capacidades.

Respecto de los porcentajes, están todos en la estadística de la Superintendencia. Se pueden encontrar las cantidades presentadas y las cantidades que no fueron conducentes a invalidez.

La señorita **YEOMANS** (doña Gael).- También nos han enviado oficios sobre la materia.

2.- Señor Matías Hernández, en representación de Paola Fernández.

El señor **HERNÁNDEZ**.- Agradezco la invitación formulada por la honorable diputada y presidenta de la Comisión Especial Investigadora, señorita Gael Yeomans. Del mismo modo, aprovecho de saludar a las diputadas y a los diputados presentes, y de presentar las excusas pertinentes de parte de mi representada, quien no pudo asistir a esta sesión, pues al igual que muchos de los invitados presentes, tiene serios problemas para movilizarse, pues padece de artrosis severa de cadera derecha en clase 3, rango alto, lo que impide realizar actividades de la vida cotidiana, entre ellas caminar más de tres cuadras. Tampoco puede trasladarse en vehículos, debido que no

puede mantener su cuerpo en una posición rígida mientras viaja, por lo que me ha pedido comparecer a esta sesión, en su representación, para exponer su caso.

La señora Paola Fernández Baeza es médico veterinario de profesión, tiene cincuenta años de edad y, actualmente, vive con su hija y con sus padres, ancianos mayores de ochenta años de edad, de quienes depende económicamente. Ella se atiende en el sistema de salud privado, dado que allí recibe mejores prestaciones en cuanto a tratamientos paliativos para la artrosis de cadera severa que padece.

Se desempeñó como médico veterinario, profesional altamente calificada, licenciada en la Universidad de Concepción. Cabe hacer presente que fue la primera mujer en trabajar para La Armada, en las zonas navales de Concepción y de Talcahuano, abriendo, de ese modo, un campo importante para la medicina veterinaria. Además, fue directora de la facultad de medicina veterinaria de la Universidad Santo Tomás, sede Concepción, y empresaria de la clínica y farmacia veterinaria Fervet en la misma ciudad.

La señora Fernández tenía una actividad económica pujante, una buena situación en ese sentido; sin embargo, a los cuarenta y cinco años de edad se vio obligada a retirarse de sus actividades, debido a su enfermedad y a los dolores que ha debido soportar. Como muchos chilenos, se ha visto expuesta a una situación de enfermedad, sin poder escapar siquiera del costo económico asociado. Ha invertido y se ha sometido a distintos tipos de exámenes médicos, tales como imagenología, radiología, densitometría ósea, además de algunos tratamientos paliativos, que no han sido efectivos. Se ha atendido con más de diez médicos, por lo tanto, conoce perfectamente la determinación científica de sus problemas: artrosis severa de cadera derecha, lumbago crónico, artrosis de rodilla, raquialgia y un trastorno severo depresivo, con ideaciones suicidas, a causa de ver truncada su vida personal y profesional. Además, se le ha indicado someterse a una cirugía de endoprótesis de cadera, solución quirúrgica prescrita para su diagnóstico médico, a lo que se suman dos problemas adicionales. El primero es que tiene una contraindicación operatoria, dado que la osteoporosis que padece, en la columna vertebral y en los cuellos femorales, conllevan un alto riesgo de fractura, tanto operatoria como postoperatoria, lo que podría traer aparejada, como consecuencia directa, una paraplejía.

Lamentablemente, su enfermedad no tiene cobertura AUGE o GES. La solución N° 12 para la artrosis severa de cadera, que corresponde a una cirugía de endoprótesis de cadera, por ley, solo está indicada para beneficiarios mayores de sesenta y cinco años. La señora Fernández, al momento de padecer los dolores tenía cuarenta y cinco años, y actualmente tiene cincuenta. Por lo tanto, tendría que esperar quince años para acceder a esa solución. La enfermedad tampoco está cubierta por la ley Ricarte Soto, que crea el fondo nacional para enfermedades catastróficas. La única solución que le queda es salirse del sistema de salud privado y abandonar los tratamientos paliativos del dolor, cuya prestación es mejor en Concepción, y someterse a una lista de espera en el servicio público y esperar indefinidamente a que le asignen un turno para dicha cirugía.

En 2017, solicitó por primera vez la declaración de invalidez; sin embargo, dicho procedimiento no terminó bien. Primero, porque la Comisión Médica Regional de Concepción nunca le brindó asesoría e información en entrevista, nunca le señalaron qué documentos tenía que acompañar para acreditar su situación médica y socioeconómica. Por otro lado, la Comisión Médica Regional de Concepción no ordenó la realización de exámenes médicos para verificar su patología. El médico interconsultor, doctor Juan Besser Mahuzier, de Concepción, le recomendó un tratamiento bastante vejatorio y no la dejó exponer su problema de artrosis severa de cadera derecha; sin embargo, en un total contrasentido, en su informe estableció su artrosis como impedimento configurado. Además, tuvo un problema con el médico asesor de la Comisión, quien le negó la opinión positiva o favorable para dar por configurado su impedimento. De esa forma, fue rechazada su primera solicitud, y se determinó que poseía un 14 por ciento de invalidez respecto de todos los impedimentos detallados.

A pesar de haber apelado, mi representada pagó el noviciado, tal como lo ha hecho la mayor parte de las personas en esta situación, debido a la desinformación grave y flagrante de parte de las comisiones. Los médicos tratantes, con buena voluntad, solicitan la declaración de invalidez, pero sus pacientes no tienen resultados en el trámite.

Lamentablemente, el sistema tiene un problema de sobreregulación excesiva de la normativa de procedimiento administrativo y de calificación de invalidez por enfermedad común no profesional, largo nombre para un procedimiento administrativo. Eso provoca que ni los médicos ni los funcionarios de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) ni los afiliados tengan conocimiento cabal respecto de qué actos o hitos relevantes comprende el procedimiento administrativo. Todas esas cavilaciones no eliminaron ni la artrosis severa de cadera derecha de la señora Fernández ni la necesidad de someterse a una cirugía de endoprótesis de cadera.

Mi representada presentó una segunda solicitud, respecto de la cual hubo un cambio radical de parte de la Comisión Médica Regional de Concepción, que se ajusta plenamente a derecho. Primero, fue entrevistada por el presidente de la Comisión Médica Regional de Concepción, el doctor Octavio Enríquez Lorca, quien además de ofrecerle disculpas por la primera situación que experimentó, le señaló claramente qué documentos tenía que acompañar para acreditar su situación médica y socioeconómica. Se entrevistó con un médico asesor, que era exactamente la misma persona que había dado una opinión negativa de su caso frente a la Comisión Médica Regional de Concepción; esta vez, mágicamente, cambió su posición y dio una opinión favorable, previa instrucción

del presidente de la Comisión Médica Regional de Concepción. Se instruyó, además, la realización de exámenes médicos de rigor, acordes con los que recomienda la especialidad que trata este tipo de enfermedades, tales como imagenología, radiología y densitometría ósea, entre otros.

Se le efectuó una evaluación de interconsulta con el médico siquiátra que correspondía y con un médico traumatólogo, quien, por supuesto, dio por establecido el impedimento. Se declaró, en primera instancia, que tenía 72 por ciento de invalidez, por parte de la Comisión Médica antes señalada. Hasta ahí, todo bien. El proceso fue, efectivamente, regular, de acuerdo a las normas de procedimiento administrativo descritas. Sin embargo, la irregularidad partió cuando comenzaron a entrometerse las compañías de seguros, que tienen la facultad procesal para impugnar resoluciones de las comisiones médicas regionales y también de la Comisión Médica Central.

La apelación de la compañía de seguros consta en un escrito de una carilla, el que solo tiene por fundamento que no se encuentran configurados sus impedimentos o son sobrevalorados. Como fundamentos de apelación se señalan motivos socioeconómicos, como el hecho de que mi representada recibe pensión de alimentos por su hija y otras cuestiones totalmente banales, pues no guardan relación con el problema médico. No señala prueba alguna; por lo tanto, no cumple con el requisito de coherencia, certeza, ciencia, objetividad, demostrabilidad y, por supuesto, una opinión médica fundada, que requeriría revocar o modificar una resolución administrativa.

Por otro lado, la Comisión Médica Regional de Concepción cometió la primera irregularidad, cuando sin esperar a que vencieren o precluyeren los plazos para apelar al dictamen, por parte de mi representada, elevó los antecedentes a la Comisión Médica Central, cuestión grave, que infringe el principio de contradictoriedad, establecido en la ley N° 19.880, además del principio de impugnabilidad. Junto con ello, a mi representada no se le respetó el plazo para formular observaciones respecto del reclamo que presenta la compañía de seguros, siendo notificada el día 8 de junio, por carta certificada. La notificación solo se puede entender practicada con tres días de posterioridad a la fecha en que es recibida en la oficina de correos respectiva.

¿Qué ocurrió? Presentó reclamación a fecha 11 de junio y a 13 de junio, dos días de diferencia de haber presentado su reclamo, la Comisión Médica Central no haya nada mejor que revocar el dictamen de la Comisión Médica Regional de Concepción y declarar que no procede otorgar invalidez por cuanto los impedimentos no configuran la incapacidad del 50 por ciento como único fundamento. Esto es un atentado grave en contra del deber de motivación que asiste a los órganos de la Administración central del Estado, dado que las resoluciones de las comisiones Médica Central y Regional son actos administrativos terminales que ponen término a un procedimiento; son actos administrativos que revocan una resolución anterior y son actos administrativos que resuelven recursos administrativos. Por lo tanto, hay cuatro dimensiones sobre las cuales existe un deber especial de motivación para la dictación de la resolución de la Comisión Médica Central. Además, contra esa resolución mi representada tuvo que pelear contra una verdadera ilegalidad y ridiculez por parte de la Comisión. Ella padece impedimento del sistema osteomioarticular, sistema óseo, muscular y psiquiátrico y, sin embargo, el criterio de exclusión utilizado para denegar su pensión fueron problemas del sistema visual, del sistema ocular, el cual tiene impedimentos que señalan que frente a la existencia de tratamientos pendientes la Comisión Médica Central o la Regional puede rechazar, en este caso, la invalidez a la espera de que se cumplan dichos tratamientos, cuestión que no está prescrita para enfermedades del sistema osteomioarticular. Por supuesto mi representada formuló una reposición que tiene un tenor de alrededor de 50 hojas en que se denuncian varias irregularidades; entre ellas, el incumplimiento de requisitos formales por parte de la Comisión Médica Central, la que no firma sus actas, no son autorizadas por el secretario de la Comisión Médica Central ni del presidente, las que, además, no tienen la indicación de los médicos que concurren a firmar y a pronunciarse sobre el dictamen de invalidez y, por otro lado, no contienen motivación alguna.

A pesar de que mi representada interpuso este recurso de reposición, este fue rechazado y se decidió presentar un recurso de protección; primero, porque la Comisión Médica Central no ofrece garantías de imparcialidad que permitan seguir tramitando ante ella, a pesar de que se podía continuar interponiendo recursos administrativos; se interpone un recurso ante un tribunal superior jerárquico, que es la Corte de Apelaciones respectiva, el cual tiene algunas particularidades en su tramitación.

El primero, es que la Superintendencia de Pensiones en su oficio de informe al recurso de protección declara que las comisiones médicas son órganos pertenecientes a la Administración Central del Estado, carecen de personalidad jurídica y patrimonio propio, cuestión grave, porque suponen que deben someterse a la ley N° 18.575, de Bases Generales de la Administración Central del Estado, a la ley N° 19.880, que establece la ley de Bases de procedimientos que debe regirse la Administración Central del Estado en este caso y, además, a garantías fundamentales, artículo 6° y 7° de la Constitución Política de la República, y que no son respetadas por la Comisión.

Por otro lado, otra de las particularidades que ocurrió al tramitar el recurso radica en que la Corte de Apelaciones exigió varias veces a las comisiones Médicas responder respecto de irregularidades del procedimiento y estas no obedecían a la Corte de Apelaciones. Incluso, en más de tres oportunidades se les requirió información en la causa N° 10.505, de 2018, y ellas no contestaron.

Otra particularidad que sucedió en la tramitación se refiere al hecho de que la Corte de Apelaciones muy extrañamente solicitó e hizo parte a las compañías de seguro en este recurso, debiendo aplazarse en más de tres

meses el procedimiento para escuchar a cada una de las compañías de seguro qué opinaban respecto de la ilegalidad cometida por un órgano del servicio público.

A pesar de que el recurso fue rechazado en primera instancia, la señora Paola Fernández Baeza pudo obtener un hito importante: la Corte Suprema, en sentencia de fecha 21 de marzo de 2019, declara por primera vez en la historia de la Reforma del Sistema de Pensiones que crea la Superintendencia de Pensiones y a las Comisiones Médicas del Sistema de Pensiones, ilegal y arbitrario el obrar de la Comisión Médica en el contexto del procedimiento de calificación de invalidez de la señora Paola Fernández Baeza, cuestión que es importante, porque dentro de todo abre la posibilidad de que todos los acá presentes tengan, por lo menos, un precedente que les permita señalar que sí existe ilegalidad y arbitrariedad por parte de las comisiones Médica Central y Regional; que el señor superintendente se ha convertido, además, en el principal defensor corporativo de las comisiones Médica Central y Regional y en este punto, además, él ha perseverado en desconocer una facultad procesal inherente que le permite representar a las comisiones Médica Central y Regional y que fue el motivo por el cual se rechazó el recurso de protección en la Corte de Apelaciones de Concepción, y leo la norma que consiste en la instrucción general del 27 de junio, de 2013, N° 86, norma de Carácter General que modifica los títulos I y V, del libro III, del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.

En la página N° 57 de la norma señala acciones judiciales, y dice: “Los Presidentes de las Comisiones Médicas Regionales y Central que sean notificados de la interposición de una demanda o recurso de protección ante los Tribunales de Justicia, respecto de un dictamen o resolución de invalidez, deberán comunicarlo de inmediato a esta Superintendencia a través del correo electrónico, adjuntando copia de la presentación recibida, y posteriormente deberán remitir por oficio el original de la presentación, junto a la totalidad de los expedientes de calificación de invalidez en poder de la Comisión y documentación original que contengan.

En estos casos, esta Superintendencia asumirá la representación del Presidente de la Comisión Médica ante los tribunales correspondientes.”.

Existen 360 casos de recursos de protección tramitados ante las cortes de Apelaciones del país, han sido rechazados 340; solo 2 acogidos a nivel de sede de cortes de Apelaciones; 51 casos que han sido conocidos a diciembre de 2018 por la Corte Suprema. En más de la mitad de estos casos de judicialización el señor superintendente de Pensiones junto con defender en forma salamera o muy dulcemente a las comisiones Médicas niega la facultad de representarlas, lo que constituye una inobservancia grave de la norma jurídica que él mismo ha dictado, pues esta se encuentra firmada por el superintendente subrogante de Pensiones, señor Alejandro Charme Chávez, además, está publicada en el Diario Oficial y está presente en la norma de Transparencia de la Superintendencia de Pensiones.

La señora **YEOMANS**, doña Gael (Presidente).- ¿Nos podría señalar el nombre y número de la norma?

El señor **HERNÁNDEZ**.- Señorita Presidenta, es la norma de Carácter General N° 86, que modifica los títulos I y V, del libro III, del Compendio de Normas del Sistema de Pensiones. De hecho, voy a dejar una copia a disposición de esta Comisión, pues a mí no me sirve mucho.

Finalmente, con eso concluyo la presentación de la señora Paola Fernández Baeza.

Ella ha librado una batalla sola, ha obtenido una sentencia que retrotrae el procedimiento administrativo que declara nulas e invalidas las resoluciones de las Comisión Médica Central que le denegaron su invalidez y ahora requiere visibilidad de su problema y que el señor superintendente de Pensiones deje de ser relacionador público de las comisiones Médicas Central y Regional y pase a ser fiscalizador, pues a él le corresponde la fiscalización del cumplimiento y de las normas de procedimientos referidas a la tramitación de la pensión de invalidez. Por lo tanto, necesita ayuda para ratificar el dictamen que le ha revivido en el procedimiento y que le ha señalado que tiene derecho al 72 por ciento de su pensión de invalidez.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, quiero felicitar al señor Matías Hernández por la presentación, pues aclara muchas dudas y, a lo mejor, el sistema es el que está fallando.

El señor **HERNÁNDEZ**.- Señorita Presidenta, de hecho, antes de comenzar con mi presentación, he representado que, a consecuencia de este caso, me encuentro efectuando un estudio que se denomina Procedimiento Administrativo de Calificación de Invalidez por Enfermedades Comunes no Profesionales, que tiene por objeto estudiar, desde una perspectiva de derecho administrativo, procesal y constitucional, este proceso. En el fondo, simplificarlo a la vista de colegas que puedan entender cuáles son los hitos principales y las principales vulneraciones de garantías fundamentales. Ello, porque dentro de este procedimiento se les preguntó a ellas cuáles eran los principales problemas que existían, y la respuesta fue el derecho de acceso al expediente.

La norma citada señala que los afiliados solo tienen derecho a acceso al expediente en el evento de que se encuentre firme y ejecutoriada la resolución que pone término al procedimiento administrativo, es decir, que no proceda recurso alguno en contra de dichas resoluciones, cuestión que es inconstitucional. De hecho, es de tal gravedad que durante el procedimiento vigente nadie puede obtener una copia del expediente. Esto significa que todo afiliado obra literalmente casi en un secreto sumario.

El señor **BALTOLU**.- Señor Hernández, ¿esta persona está con licencia?

El señor **HERNÁNDEZ**.- Señora Presidenta, ella tiene invalidez total. No se encuentra con licencia, sino que retirada de su trabajo.

El señor **BALTOLU**.- Señor Hernández, lo pregunto porque aquí se produjeron conversaciones en las que las culpas iban de un lado para otro; sin embargo, ya quedó claro que solo la persona puede pedir su pensión por invalidez.

Me gustaría saber si ella solicitó la pensión por invalidez. Entiendo que ella dejó de trabajar porque estaba enferma y que la isapre debe financiar su sueldo. O sea, en este caso la isapre debe estar aliada con el trabajador porque si ya lleva cuatro años o cinco años con licencia, claramente se producirá una pugna entre los servicios porque se puede aludir que no se puede seguir pagando el sueldo si la persona evidentemente se encuentra con una discapacidad total.

El señor **HERNÁNDEZ**.- Señora Presidenta, la señora Paola Fernández Baeza tiene declaración de discapacidad, conforme a la ley que declara la discapacidad.

Por lo tanto, ella se encuentra impedida de efectuar cualquier clase de trabajo. Ahora, en el caso de la situación de invalidez, entiendo que ella directamente tuvo que dejar de trabajar sin poder percibir invalidez, dado que las patologías que padecía, a pesar de haberlas tramitado ante la Compín, declaraban la necesidad de regular la invalidez inmediatamente. Esa era la situación de la señora Fernández.

La señora **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Señor Hernández, vamos a tener que dejar hasta aquí su presentación, pues aún falta que intervengan otros invitados.

De todas formas, antes de que se retire quiero que aclare lo referido al recurso de protección, dado que la corte señala que la Comisión Médica debe hacerse cargo de estos exámenes pendientes y de derivar al servicio de salud, por lo que no está bien que la Comisión Médica resuelva y determine los exámenes que se deben hacer, porque luego pasan los años y la persona finalmente no puede acceder a la pensión de invalidez. O sea, queda con un procedimiento pendiente.

El señor **HERNÁNDEZ**.- Señora Presidenta, la sentencia de la Corte Suprema, con fecha 21 de marzo, sorprendentemente declara la ilegalidad del obrar de la Comisión Médica Central. Además, establece la obligación de la Comisión Médica Central de cumplir con el principio de coordinación de los servicios públicos, que consiste en informar al servicio público respectivo la situación de la señora Paola Fernández Baeza, a fin de que este servicio emita un informe de viabilidad; es decir, si procede o no el otorgar la prestación, en este acaso, por cirugía por artrosis severa en la cadera derecha. Ahora, si no procede, se debe remitir a la Comisión Médica Central.

En este caso, la sentencia queda en el punto donde debe pronunciarse la Comisión Médica Central respecto de las impugnaciones presentadas por las partes interesadas.

Por lo tanto, según entiendo, es solo cumplir un prerrequisito exigido por la misma Comisión. Ahora, por supuesto que eso añade un trámite burocrático que no estaba contemplado, y que junto con la señora Paola Fernández Baeza hemos discutido sobre qué procedimiento debiese ser aplicado, porque en definitiva es una situación que escapa a la misma norma del compendio de normas del sistema de pensión de invalidez.

En este caso, entiendo que debiese aplicarse la ley N° 16.880, a fin de establecer plazos máximos de tramitación por parte del servicio de salud. Ello, porque tiene que emitir un informe, no otorgar la prestación.

3.- Representantes de la agrupación Amigos de la Fibromialgia Chile señoras Milena Pozo, Lucy Alarcón y Elena Arancibia.

La señora **ALARCÓN** (doña Lucy).- Señora Presidenta, voy hablar sobre mi caso y, a la vez, como representante de mi agrupación.

Soy Lucy Alarcón y me desempeño como jefa de cajas de Paris Costanera Center desde hace siete años. Padezco mi patología desde hace muchos años, pero recién en 2016 me diagnosticaron la fibromialgia, luego de pasar por muchos dolores; pensaba que eran pasajeros y que se podían aliviar solo con Paracetamol.

Con el tiempo esta enfermedad me trajo muchas consecuencias en mi trabajo, tanto así que llegó un día en el que ni siquiera podía subir una escala. También afectó la parte mental a través de la pérdida de memoria. Trabajaba con más de cien cajeros y caí en una depresión muy fuerte, en la cual todavía me encuentro, aunque he tratado de salir adelante. Comencé con la depresión hace un año.

Estoy con licencia hace un año y dos meses, y desde junio tengo diecisiete licencias rechazadas, por motivos injustificados. Ante ello me cuestiono qué criterios están usando para pagar las licencias médicas, porque en mi caso tengo diecisiete licencias rechazadas, considerando que ni siquiera puedo moverme.

Yo no me visto sola, me ayudan; no me baño sola. Me puedo meter al baño con ayuda de una "banquita" porque tengo tina, pero no puedo levantar mucho los brazos; no me puedo lavar el pelo sola.

Ahora estoy tramitando la pensión de invalidez, y hasta el momento no tengo problemas, no he sido rechazada, pero la estoy tramitando y posiblemente me llamen. Estoy con tantas licencias rechazadas que, a lo mejor, no me las van a aceptar, porque no me las quieren pagar. Sin embargo, el Compín me da un carné con un 65 por ciento de discapacidad. Entonces, no sé. Y eso no solo está pasando conmigo, está pasando con mucha gente de mi agrupación.

Nosotros tenemos, solamente en Santiago, como mil personas, con la enfermedad, ya bastante graves, dentro de las cuales hay más de 400, tramitando la pensión de invalidez, que han tenido problemas de rechazo.

Entonces, ¿por qué no reconocen nuestra patología? Pedí que me enviaran al correo de la agrupación el nombre de las personas que tienen licencias rechazadas, y son muchas, más de mil, y con patologías asociadas mucho más graves, porque a nosotros cada vez nos van apareciendo más patologías. Por ejemplo, una fascitis plantar, problemas lumbares, problema maxilofacial, de bruxismo, problemas de memoria, porque nosotros olvidamos todo, nos quedamos en blanco, de repente, nos perdemos en la calle.

Entonces, en mi caso, había pensado renunciar a mi trabajo, para buscar algo que se acomodara a mi condición. Pero, ¿qué pasa? Sufro de fatiga crónica, me desmayo. Entonces, ¿dónde voy a trabajar, soportando dos o tres horas, sin saber si me voy a desmayar? Eso no lo sufro tan solo yo, somos muchas personas. ¿Entiende?

Entonces, en estos momentos me pidieron hacerme una resonancia total, porque el reumatólogo me encontró una rigidez muy alta. Entonces, me pidió una resonancia en todo el cuerpo para saber qué estaba pasando. Con todos mis seguros, el examen me sale 80.000 pesos. No los tengo, no tengo licencias pagadas, y en medicamentos gastamos alrededor de 50.000 pesos. No los tengo. Voy al consultorio y por ahí vendo algunas cositas, para juntar de repente. Y yo tenía un sueldo alto: 900 lucas, y ahora no tengo para un remedio.

Entonces, eso me frustra, porque no me puedo mover para buscar un trabajo y, a la vez, no me pagan las licencias. Y ahora, con lo de la pensión, no sé qué voy a hacer. Y eso no solo me pasa a mí, sino a muchas. Cinco veces tramitando la pensión de invalidez. O sea, ¡qué hacemos! Entonces, ojalá nos escuchen a todas.

La señora **POZO** (doña Milena).- Señorita Presidenta, voy a resumir un poco mi historia.

Partí hace aproximadamente diez años con esta enfermedad, desconocida por completo. No sabía lo que me pasaba, caí persistentemente en períodos de dolores intensos. No sabía qué era. También en estados de sueño profundo. Puedo decir que voy a descansar diez minutos y duermo tres, cuatro o cinco horas, y me es imposible levantarme. Llegamos a extremos, en los estados de sueño, que caemos casi sin conciencia; también tenemos estados de crisis. He estado dos semanas con crisis durante las cuales no me puedo levantar, no me puedo mover. Parezco abuela de 80 y tengo 47 años. Me afectan las rodillas, la espalda. Partí con un dolor que no sabía qué me pasaba. Sentía que tenía los brazos desgarrados. El dolor era intensísimo y no sabía qué me pasaba.

Finalmente, en 2016 recién me diagnosticaron esta enfermedad, a través del consultorio Padre Manuel Villaseca, de Puente Alto. Caí al área de Salud Mental con una doctora, que es la que hoy me ayuda, la señora Marta Jarufe, de quien estoy muy agradecida, porque ella me ha brindado mucho apoyo en este tema.

Gracias a ella me presentaron a la Comisión Médica del Cesfam para ser derivada a psiquiatría, porque esto también derivó en una depresión muy severa, y luego de mucha insistencia, logramos que el Cesfam me tomara como caso. Hoy estoy con psiquiatra, con psicólogo y también fui evaluada por la Comisión Médica. Lo señalo antes de que lo olvide, porque olvido las cosas.

Cuando el reumatólogo me revisó, me hizo hacer un par de movimientos y claramente no me podía mover, porque iba en un estado de estrés. Estas situaciones de confrontaciones o de estrés a nosotros nos ponen muy mal; entonces, enfrentarnos a situaciones en las que no sabemos a lo que vamos, claramente nos provocan más estrés, más contractura y más dolor.

Entonces, cuando me vio este reumatólogo, me dijo que sobre todo tengo depresión. Y en mi interior, pensé: ¿cómo no voy a tener depresión? Tuve un precáncer, fui violada a los 16 años, a los 24 me obligaron a hacerme un aborto, a los 37 me dio un precáncer al útero, estuve 7 años esperando esta operación en el hospital Sótero del Río, que me realizaron recién hace un mes, y hoy me entregan el examen de una biopsia para ver si tengo cáncer. O sea, díganme ¿cómo puedo o mi cuerpo puede aguantar tanto?

Fui una ejecutiva exitosa en el ámbito del área de seguros, compañías de seguros, en muchas de las cuales trabajé. Hoy trabajo en un *callcenter* -perdón, desde hace un año y medio estoy con licencia médica- como ejecutiva de ventas de seguros por teléfono, pero mi cuerpo definitivamente no da.

Hoy, como les menciono, desde hace un año y medio estoy con licencia médica, porque definitivamente no me siento capacitada para volver a enfrentarme al ámbito laboral, al estrés que implica el área de ventas. Además, mi psiquiatra fue quien me mencionó, y así lo dice el certificado, que no estoy capacitada para trabajar, porque mi cuerpo y mi cabeza tampoco dan.

Entonces, a raíz de eso, él me recomendó que comenzara la tramitación de la pensión de invalidez, la cual fue rechazada. También me pasó lo mismo que a mi compañera. Tuve quince licencias rechazadas, casi perdí mi casa, tengo niños que mantener, soy sola con mis niños.

Entonces, claramente, es un todo, y a nosotros nos afecta mucho más, por lo que expliqué del tema psicológico, del cuerpo, que no nos funciona, definitivamente no nos funciona, y es imposible para nosotras desplazarnos de un lugar a otro. Hasta levantarnos en la mañana es una ceremonia. Nosotros no nos podemos levantar como cualquier ser humano, porque nos duelen los pies y tenemos que hacer todo un procedimiento para poder levantarnos, y una vez que nos levantamos, debemos ir acomodando nuestro cuerpo a medida que va avanzando el día.

Entonces, ¿cómo me reintegro a trabajar, si hay veces en que no sé cómo voy a amanecer mañana? Sé cómo estoy hoy, pero no sé cómo voy a amanecer mañana, y es el caso de todas las que padecemos esta dolencia, y de todos, porque hoy también se suman hombres. Antiguamente, era una enfermedad que estaba catalogada para el género femenino, pero hoy también se están sumando casos de varones.

He leído mucho respecto del tema. Hay países como España en que esto ya lleva mucho avance, ya está legalizado, pero me pregunto por qué el resto de los países no sigue avanzando en este tema.

Hoy la fibromialgia es una enfermedad presente, existe como tal y es invalidante.

No sé si mi compañera quiere agregar algo más.

La señora **ARANCIBIA** (doña Elena).- Voy a ser bien breve en lo que voy a decir, porque mis compañeras ya explicaron qué es la fibromialgia.

Como ellas dijeron, estoy en el quinto proceso de mi trámite. Para mí, es denigrante y humillante, pues la última vez –ahora, en la quinta- me tocó una doctora en la Comisión de Miraflores y ella me preguntó qué es la fibromialgia, cuando ella tiene años de estudio.

Soy una persona que tiene cuarto medio, soy auxiliar de servicio de un jardín infantil, y no me parece que tenga que explicarle a ella qué es la fibromialgia.

Me hizo sacar la ropa, me revisó las piernas y me dijo, textualmente. “¡Oye, tenís buenas piernas! Las tenís musculosas y no tenís celulitis”.

Y yo dije: “¿Qué tiene que ver esto con el trámite que vengo a hacer?”.

O sea, es la quinta vez, y se supone que ellos debieran tener todos mis informes. Me trato en forma particular con un traumatólogo y un reumatólogo. Ellos me dan unos informes, aparte de los de la AFP, y escriben en el computador bien claramente lo que tengo. Y siempre me pregunto: “Bueno, ¿ellos leen lo que yo mando?”, porque cada vez me preguntan lo mismo.

Me mandaron al siquiatra, y cuando le estaba explicando qué era la fibromialgia, él me dijo: “No, tú tienes apnea del sueño; tú roncai. Anda, mejórate de eso y se te van a quitar todos los dolores”.

Entonces, digo: Ahí tienen contratados profesionales. Para mí, honestamente, no lo son, porque no pueden tratar a una persona de esa manera. La Compin me ha rechazado, desde el año pasado, todas mis licencias, en circunstancias que fue la misma Compin la que me mandó a hacer el trámite de invalidez. Me las rechazan, supuestamente, por falta de información médica, en circunstancias que les llevé los informes de los dos médicos y el certificado que acredita que estoy en trámite de invalidez. Ahora, tengo que volver a la Compin porque me volvió a llegar un rechazo de licencia. Yo fui y le dije: Señorita, yo les he traído los informes, ¿por qué me siguen pidiendo cosas, porque si es por la fibromialgia no puedo traer exámenes, pues no hay exámenes que la detecten? ¿Qué quiere que le traiga? Si ya vienen los exámenes de un reumatólogo y de un traumatólogo, ¿qué más quiere que haga? Para mí, salir es traumático, aparte de los gastos económicos, pero la parte emocional... Cuando salgo de la Comisión Médica llevo a mi casa deshecha. Esto es una falta de respeto hacia nosotros. La enfermedad la llevo yo, yo sé lo que tengo.

Yo trabajo haciendo aseo en un jardín. Imagínese, se me caen las cosas; la memoria, cero, hace poquito se me perdió el celular, pregúntenme cómo, no tengo idea. Me mandaron a hacerme exámenes a las piernas, porque no tengo sensibilidad, y los costos tienen que salir de mi bolsillo. Mi reumatólogo me mandó con un documento para mi consultorio, porque me encontró depresión, síndrome depresivo, diagnóstico al cual me negaba, pero llegué a un tope en el que no me puedo negar. Entonces, tengo que ir a un consultorio para que me vea un psicólogo.

En la Comisión a uno le dicen inmediatamente, ¡ah, no! Por fibromialgia no te van a tomar en cuenta, porque tienes que tener un año de siquiatria, un año con fisioterapeuta, un año de psicólogo. ¿Y de dónde saco plata?

La señora **ALARCÓN** (doña Lucy).- A parte de que es una enfermedad mentirosa, como le llamamos nosotras, porque nosotras nos vemos bien. Si usted no me ve con el bastón, usted piensa que estoy bien, pero me cuesta pararme en la mañana, yo no me puedo levantar, hay días que no me levanto. Hay días que vivimos con el tramadol, duloxetina, pregabalina, quetiapina, que son para dormir, nosotras tomamos más de veintidós medicamentos al día.

La señora **ARANCIBIA** (doña Elena).- Y las crisis, cuando me dan, honestamente, lo único que hago es tomarme la pastilla más fuerte para dormir y así no soportar los dolores de las crisis, porque son terribles.

La señora **ALARCÓN** (doña Lucy).- Normalmente, hacemos eso.

La señora **ARANCIBIA** (doña Elena).- ¡Los dolores son terribles!

Entonces, quiero saber por qué la Compin, en circunstancias que la misma Comisión me mandó hacer el trámite, me está poniendo trabas. Me rechazan las licencias, sabiendo que estoy en trámite de invalidez; me piden documentación que uno les ha llevado más de mil veces. Encuentro que esto es una burla.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Presidenta, la verdad es que conozco bien de cerca esta situación y, por eso, les quiero agradecer nuevamente por estar aquí presentes. Ya nos conocíamos, no solo con la agrupación de nuestras invitadas, sino que también con otras agrupaciones, como es Abracitos de Algodón y otras organizaciones de personas que viven con fibromialgia.

Ya lo dije al comienzo, el problema de fondo es que tenemos médicos y médicas que ni siquiera quieren reconocer a esta enfermedad. Y ahí está el último relato, que pareciera ser una burla que una médica diga: Bueno, tienes buenas piernas y por eso pareciera ser que no te duelen.

Esta es una enfermedad de dolor; sin embargo, hay médicos que piensan que es una enfermedad psicológica y, por eso, la tratan solo con sertralina, que es un remedio con el cual se trata la depresión, como lo han planteado algunos. Entonces, es un tema bien delicado.

Acá estamos investigando por qué las pensiones de invalidez no son pagadas como corresponden; queremos saber por qué, muchas personas que tienen esta dificultad, son rechazadas de manera habitual y cómo las comisiones médicas juegan un rol perverso en este proceso. Pero acá, incluso, se da un paso previo a eso, cual es que hay patologías, en este caso, una enfermedad que no está reconocida como enfermedad invalidante, y es un elemento que nosotros hemos tratado y así la Cámara de Diputados, en algún minuto, aprobó de manera unánime, si mal no recuerdo, un proyecto de resolución para que la fibromialgia fuese reconocida como una enfermedad invalidante; eso fue en 2016.

Tal como ustedes lo han dicho, este no es un debate que estamos dando solo en Chile, sino que es un debate a nivel internacional. Hay países en el mundo en los que esto ya está completamente avanzado, en España y otros esta enfermedad está reconocida como tal; sin embargo, en Chile hay cientos de mujeres... Cuando ustedes dicen "nosotras" yo lo tomo, porque, efectivamente, es un "nosotras", puesto que en su mayoría son mujeres las que viven esta enfermedad y, lamentablemente, tienen que vivir las consecuencias de perder sus trabajos por el no reconocimiento de esta enfermedad, por el no reconocimiento de sus licencias médicas, por no poder justificar sus descansos y, en definitiva, perder sus trabajos.

Presidenta, esta es una situación que se ha vuelto insostenible.

Por ello, llamamos al Ministerio de Salud a tomar medidas al respecto, porque el tema trasciende a lo posterior que estamos investigando, que no solo es el rechazo, sino que, además, a una cuestión previa que tiene que ver con el reconocimiento de una patología que es invalidante.

Así que yo volvería a una ofensiva y haría llegar lo que en algún minuto, como Cámara de Diputados, solicitamos a través en aquel proyecto de resolución. Creo que al oficio que iría dirigido al Ministerio de Salud y al Colegio Médico deberíamos adjuntarle ese proyecto de resolución, que aporta muchos antecedentes de por qué esta patología debe ser reconocida como una patología invalidante; incluso se aportan los estudios científicos que se han desarrollado sobre la materia. También oficiaría, en los mismos términos, a las facultades de Medicina de las universidades más importantes de nuestro país para que también se pronuncien al respecto, toda vez que se hace insostenible que tengamos médicos que sí la reconocen y que tengamos otros que no quieren reconocerla, lo que redundaría en que se genere una acción discrecional: personas que sí tienen reconocimiento de su invalidez y otras que no tienen dicho reconocimiento. O sea, esa discrecionalidad no se puede seguir dando, porque quienes están siendo afectadas son las personas que hoy pierden su trabajo producto de esta situación.

Por lo tanto, Presidenta, propongo enviar los oficios en cuestión.

Quiero aprovechar esta instancia para expresar mi más absoluta solidaridad y compromiso con las personas que hoy viven con fibromialgia, que principalmente son mujeres y, por supuesto, expresar mi solidaridad a las mujeres que hoy nos acompañan y a todas las mujeres que están organizadas a nivel nacional para dar esta dura lucha. Mi reconocimiento, sobre todo porque sé que estar hoy aquí ha sido demasiado difícil.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Quiero agregar que en las normas técnicas de invalidez la fibromialgia solo califica para categoría 2 o 3 como máximo. Nunca para invalidez total, nunca para la 4 o la 5. El 10 por ciento, por ejemplo, como en el caso de nuestra invitada, y dicha propuesta, para que no saliera de esa categoría, en la comisión técnica, que es donde se fijan las normas, fue realizada por el representante de la compañía aseguradora. De ahí lo grave, que su representación jugando, por sus intereses, está privando la posibilidad de que ustedes tengan una pensión total.

Por ello, concuerdo con la propuesta de la diputada Cariola, toda vez que es necesario que exista un pronunciamiento de parte del Ministerio de Salud sobre la categorización que tiene la fibromialgia como enfermedad para la pensión de invalidez. No puede ser que se mantengan en esas dos categorías y que, por solicitud de la compañía aseguradora, no puedan tener pensión total.

¿Habría acuerdo para acceder a la solicitud de oficio planteada por la diputada Karol Cariola, de manera de tener un pronunciamiento de parte del Ministerio de Salud sobre la categorización que tiene la fibromialgia?

Acordado.

La señora **ALARCÓN** (doña Lucy).- Presidenta, queremos que las licencias nos sean pagadas, porque no estamos inventando.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Eso será tema de las conclusiones de esta Comisión.

El señor **BALTOLU**.- Presidenta, una persona que trabaja en el Estado, en un hospital, y tienen el mismo problema que ustedes, es decir, que no pueden llegar, que piden licencia, el Estado aplica una cláusula por incompatibilidad y tienen que irse de la pega. El Estado castiga a las personas que se enferman y llevan más tiempo

con licencia, no sé si son 180 días que no llegan a trabajar, y aunque estén con licencia, si no cumplen, se van despedidas. Se los comento para que lo tengan como antecedente.

4.- Señora Krisna Tolentino, en representación de la Fundación Valídame, acompañada del abogado señor Juan Carlos Pizarro.

La señora **TOLENTINO** (doña Krisna).- Buenas tardes a los diputados y diputadas y a todos los presentes que están haciendo un ejercicio cívico para que se valoren los derechos vulnerados en lo que a pensiones de invalidez se refiere.

Mi nombre es Krisna Tolentino, de profesión psicóloga. Soy psicoterapeuta sistémica para niños, niñas y adolescentes, máster en investigación y psicología social, y doctora en psicología social.

Durante 7 años estuve realizando estudios en el extranjero para especializarme como capital humano avanzado, de cara a contribuir al desarrollo científico y tecnológico de nuestro país. Lamentablemente, en el transcurso de estos 7 años de estudio y el proceso que Conicyt ha llamado reinsertión del capital humano avanzado a Chile, caí con una enfermedad muy grave. Esa enfermedad me generó muchas dificultades para desarrollarme en el campo laboral y, como se ha comentado en otras comisiones, no es menester ni deseo de ninguna persona que está enferma pensionarse porque hay un ejercicio, un quiebre psicológico importante en términos afectivos, que deviene de tener que aceptar que está siendo, de alguna manera, excluido de los espacios laborales.

Cuando regresé a Chile y se me diagnosticó esta enfermedad, como era de esperar, la Isapre no cubría ninguno de sus ítems, lo que me obligó a correr con todos los gastos médicos de manera personal, con todo lo que ello implicaba, por ejemplo, tratamientos en Canadá y Estados Unidos. Finalmente, luego de un largo deambular, por presión de la Isapre, que constantemente me citaba a peritajes para que mi enfermedad transitara al espacio de las pensiones de invalidez, tuve que solicitarla.

Extrañamente, a diferencia de todas las personas que aquí han expuesto sus casos, mi invalidez se me dio inmediatamente con un 70 por ciento en los dos tercios, cosa bastante poco frecuente si uno mira el global de las situaciones que aquí se han descrito. Esa situación llama poderosamente la atención cuando se me invalida y se me asigna el monto de la pensión de invalidez, la cual, como dice la presentación, fue totalmente restringida, a propósito de una interpretación antojadiza de los años de estudio en el extranjero y el proceso de reinsertión a Chile, como un castigo de lagunas previsionales.

Voy a centrarme ahora en la presentación para acotar al máximo la descripción que quiero hacer y así dar paso al resto de la gente.

La Superintendencia de Pensiones sostiene que quienes cotizan son aquellos trabajadores que reciben alguna clase de renta, y quienes están exentos de cotizaciones son precisamente los trabajadores cuya renta anual es inferior al ingreso mínimo mensual vigente a diciembre del año al que corresponden las rentas.

Este texto, que es extendido por la Superintendencia de Pensiones, plantea tres elementos centrales. Se requiere renta, existen las exenciones en el concepto de obligatoriedad de pago de cotizaciones, y exenta a los trabajadores, no estudiantes, cuya renta es inferior al ingreso mínimo mensual vigente.

Está claro que un estudiante no tiene calidad de trabajador, por cuanto no recibe un salario en el extranjero, sino más bien una beca que tiene una serie de restricciones para realizar actividades laborales.

Al respecto, quiero insistir en que beca no es renta y Conicyt –y otra beca que tuve el fantástico privilegio de disfrutar de la Unión Europea- no permite ni destina ítems a pensiones. Los convenios de ambas becas dejan estrictamente explicitada la incompatibilidad de la beca con actividades laborales. No se puede trabajar mientras se desenvuelve y desarrolla una beca.

En tercer lugar, las becas no destinan recursos a ítems previsionales, los estudiantes no tienen contrato laboral y de hecho la ley N° 19.287 exenta de pago a todos aquellos deudores que no perciben renta, una práctica que comúnmente se realiza a todos los estudiantes en el extranjero que declaran el no ingreso de renta para detener y suspender el pago de todos aquellos que estudiamos con el Fondo de Crédito Universitario o Fondo Solidario.

Para los períodos 2006 y 2017 existen alrededor de 8.048 personas que estarían eventualmente en mi situación, que son capital humano avanzado chileno.

Quiero continuar diciéndoles que en un intento, en compañía de Fundación Valídame, a la que agradezco por su apoyo, se elevó un oficio para el superintendente de Pensiones, en donde se solicita que se manifieste ante el castigo que se hace de los años de estudio en el extranjero, donde se reduce considerablemente el cálculo a solo dos años de trabajo o un poco más, puedo estar equivocada, pero es una cifra que habría que precisar más tarde.

Es importante plantear que en la petición que se hace al Ministerio de Educación y a las becas Conicyt, y a Conicyt en general, para elevar argumentos que protejan el derecho a la seguridad de los estudiantes y las estudiantes becarias de capital humano avanzado Conicyt, ambos organismos declaran conjuntamente que el numeral 18, del artículo 17, de la Ley sobre Impuesto a la Renta, contenida en el artículo 1°, del Decreto Ley N° 824, de 1974, del Ministerio de Hacienda, junto al marco del decreto supremo N° 664, del Ministerio de Educación 2008, que establece normas sobre el otorgamiento de becas, y el decreto supremo N° 335, del Ministerio de Educación, de 2010, afirman que las becas no constituyen renta.

En esa misma línea, ante una pregunta realizada al Servicio de Impuestos Internos ellos ratificaron, incluso en página abierta en internet, que las becas no son rentas. Posteriormente, la forma de demostrar que no existen asignaciones extra ni salarios en el proceso de estudios en el extranjero, a propósito del ejercicio que hicieron las redes chilenas junto a los diputados que ahí se señalan, el año pasado se consiguió que se permitiese por primera vez en las Becas Chile que se recibiesen aportes provenientes de entidades extranjeras, lo que nos confirma la imposibilidad de recibir aportes desde el extranjero.

El superintendente, en su respuesta, sostuvo: El cálculo de Ingreso Base de la señora Tolentino Toro se ajusta a las disposiciones legales vigentes. Aun, contando con toda esta información, finalmente el superintendente falló a favor de las industrias y de las compañías.

En esta lámina aparece la cifra de becarios que se verían en esta situación. Dichos becarios ya se organizaron a nivel nacional, de cara a que muchos se están preguntando qué ocurriría si en sus procesos de retorno comienzan a tener enfermedades invalidantes.

Podemos concluir que existen trayectorias vulnerabilizantes en todo ejercicio, y esto es importante porque es necesario que empecemos a entender toda esta discusión transversal que se ha dado desde el primer día de la constitución de esta comisión, cómo se está generando un mecanismo activo de violencia hacia los afiliados y las afiliadas.

En primer lugar, en mi personal trayectoria –y quiero sintetizarla en estos puntos–, durante el proceso de evaluación siempre existió el miedo a la negación de la invalidez, que finalmente se me otorgó. Hay todo un proceso de temor, como han planteado otras personas, de que esa invalidez no se entregue, debido a la cantidad de mecanismos y prácticas de siniestralidad que atraviesan todo el proceso.

En segundo lugar, el continuo rechazo de las licencias médicas. Eso es una práctica totalmente transversal. En mi caso, como era esperable, por esta victimización y revictimización del sistema, fui diagnosticada con una depresión mayor, lo que me obligó a pedir licencias. Luego de la invalidez, todas esas licencias fueron rechazadas y he tenido que gestionar una tras otra, a través de diferentes requerimientos a la superintendencia correspondiente.

Posteriormente se me desvinculó laboralmente, una vez que la institución en la que trabajaba se enteró que yo tenía una situación de invalidez.

Simplemente quería mostrar cómo es esta experiencia y no tanto centrarla en mí, sino dar a conocer que es una experiencia colectiva, no solo a mí me está ocurriendo, sino a todas las mujeres que están aquí, como en algunos de los casos que se han presentado.

Entonces, estaba el ejercicio de la desvinculación laboral, un sistema de salud que no cubre los gastos médicos y esto que tiene un efecto en la salud mental, en la organización y trastornos de toda clase, de tipo afectivo. La superintendencia no protege ni vía administrativa ni presencial. Junto a Fundación Valídame nos apersonamos, vía Ley del Lobby, en la superintendencia, solicitando que, por favor, el superintendente asumiera el rol que a nivel de Estado se le estaba demandando, que es la protección de los derechos de las ciudadanas.

Ocurrió que no hay una resolución específica sobre eso. Esto sucedió el 28 de enero. A mí, particularmente, no me quedó otra que dejar de trabajar, porque mi pensión estaba cubriendo, con suerte, el 15 por ciento del costo del tratamiento médico y mi capacidad residual no me estaba permitiendo desarrollar ningún desempeño laboral. He tenido que buscar formas de trabajo a propósito de que ya no puedo percibir más subsidios por esta enfermedad y tengo que volver a trabajar tres meses para conseguir alguna clase de subsidio.

Para finalizar, quiero dejar estipulado, a propósito de la presentación del abogado, que creo que nos entrega un montón de elementos, que lo que se está generando aquí es una proceso de violencia institucional con características de violencia de Estado, porque, de alguna manera, las prácticas de siniestralidad que hemos revisado, como desinformación, obstaculización, manipulación de plazos, entre otras, son permanentes y sistemáticas, no son aisladas; no puede tener más posibilidad el hecho de hacer una traducción antojadiza de la violencia como actos o errores administrativos, aquí se trata de una práctica que se ha podido decantar, a propósito de la experiencia de estas comisiones.

La violencia está presente en la gestión del sistema, hay un ejercicio de revictimización, no voy a ahondar en eso, aquí las señoras que han presentado el caso de fibromialgia han sido tremendamente explícitas en eso.

Hago un llamado a ustedes, como diputadas y como diputados, que se puede expresar que la violencia institucional no tiene que ver solamente con el ejercicio físico y visible, sino, también, y está definido así internacionalmente, con aspectos invisibles y encubiertos.

Por lo tanto, violencia es el silenciamiento y el conformismo por parte de los sujetos, profesionales y autoridades, que habitan la institución y que son responsables de las instituciones. Esto está en la cita de prestigiosos investigadores en violencia institucional.

Según De la Iglesia y Di Iorio, transitar tales espacios institucionales provocan efectos.

Según Izaguirre, citado en Faraone, Valero y Bianchi, las situaciones de poder que banalizan su impunidad y naturalizan su desigualdad, son también formas de violencia institucional.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos hace una clara definición de lo que es violencia institucional, como ahí se plantea.

Finalmente, quiero decir que estos no son errores administrativos, existe una lógica en organizar prácticas de siniestralidad, el mecanismo es permanente y sostenido y el sistema no está ofreciendo garantías de derecho ni garantías fundamentales. Las prácticas de violencia institucional inconstitucionales son, además, sancionadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

El señor **PIZARRO**.- Señorita Presidenta, quiero refrendar lo que ha dicho la señora Krisna Tolentino, en cuanto a los números que se han vertido en esta propia comisión.

Entendemos que la Organización Mundial de la Salud establece que 1.000 millones de personas en el mundo van a padecer invalidez. Es decir, estamos hablando de alrededor del 15 por ciento de la población. De eso, la OCDE, donde está inserto Chile, concede pensiones de invalidez a ese grupo del 15 por ciento, más menos, al 5,1 por ciento.

Bueno, entonces, ¿cuánto está concediendo el sistema de pensiones chileno respecto pensiones de invalidez a los ciudadanos que la requieren? El 0,8 por ciento. Como es el 0,8 por ciento, no habría nadie aquí de los honorables parlamentarios que participan de esta comisión que pudiese decir que esto no constituye, a lo menos, algo sospechoso. Es decir, de los datos que nos da la prensa, en 2009 se constituyó una compañía de seguros al alero de una AFP, la compañía de seguros Vida Cámara. Su capital inicial fue de 20.000.000 de dólares. Al ejercicio de 2011 ya contabilizaba 100.000.000 de dólares en ganancias. Así, cuántas de esas personas que solicitaron pensiones de invalidez se vieron privadas porque hay una estructura montada para controlar siniestralidad y que no solamente afecta en la medida en que se deniega la pensión de invalidez, que no es el caso de mi representada, la señora Tolentino. A ella se le concede, pero se utiliza un mecanismo para minimizar su renta y que los aportes de las compañías de seguro sean lo menos posible, porque en eso está comprometida esta cifra voluminosa de utilidades, impensadas para cualquier emprendimiento en Chile. De hecho, se habla de un ROE, rentabilidad sobre patrimonio, en el artículo del periodista del diario electrónico El Mostrador, de un 97 por ciento.

Es escandaloso, porque no solamente se manipula el acceso en el rechazo. El 14 de enero oficié a esta comisión, en cuanto a cómo se devela el mecanismo de cómo se llegó a que la fibromialgia, de una manera extraña, sospechosa, evaluándose la invalidez en Chile por clase, y que va de la 1 a la 5, y que es lo que se usa en el mundo, por lo demás, para esa enfermedad en particular se haya eliminado las clases 4 y 5 y se haya dejado solamente de la 1 a la 3, donde van a ser evaluados, pero nunca van a ser invalidados, porque el porcentaje que se otorga no lo permite. Pero quedó establecido en la norma.

Entonces, una de las propuestas que hacemos como fundación es eliminar la facultad que tiene la Superintendencia de Pensiones de elaborar la norma y que, de una vez por todas, se asuma que ya no resultó, que después de todos estos años definitivamente concurrimos a presenciar que no resulta y que esa facultad se le otorgue a quien es el depositario natural en este país de la actividad sanitaria, que es el Ministerio de Salud. En este caso, unificar invalidez con discapacidad, que corren por carriles distintos, con leyes distintas, unificarla en una y sintetizar el decreto supremo N° 47 con la facultad que tiene la superintendencia en el decreto ley N° 3.500.

5.- Señora Paola González; el señor Hugo Quilodrán, representado por el abogado señor Juan Carlos Pizarro; las señoras Carolina Araya y Solange Ruminot, y los señores Pedro Arellano y Rodrigo Moreno, en representación de la Fundación Fibromialgia en Acción.

La señora **GONZÁLEZ** (doña Paola).- Buenas tardes, señorita Presidenta. Mi nombre es Paola González. Soy de profesión matrona. Antes de dar mi testimonio, quiero partir por el final, por la reflexión.

Matin Luther King dijo alguna vez:

“La cobardía hace la pregunta: ¿es seguro?

La conveniencia hace la pregunta: ¿es político?

La vanidad hace la pregunta: ¿es popular?

Pero la conciencia hace la pregunta: ¿es correcto?

Y llega el momento en que uno debe tomar una posición que no es segura, ni política, ni popular, pero uno debe tomarla porque es la correcta”.

Eso es lo que espero que salga como solución de esta comisión.

Como dije, soy de profesión matrona. No tengo antecedentes mórbidos, salvo una obesidad, que tampoco era una gran obesidad cuando tuve mi accidente.

El 6 de diciembre del 2016 me cambié de trabajo para mejorar mi renta, pero el 10 de febrero del 2017 sufrí un accidente que me provocó una luxación de la rodilla, una fractura y una luxación del pie izquierdo.

Fui operada, y en el transcurso de la recuperación la rodilla izquierda comenzó con luxaciones recidivantes, es decir, la rodilla se salía a cada rato, en cualquier instancia, lo cual se fue haciendo cada vez más recurrente.

Fui examinada, y tras varios exámenes de imágenes se decidió operar la rodilla para estabilizarla, pero la cirugía, a los pocos meses, fracasó.

El doctor que me atendió me explicó que el porcentaje de fracaso era mínimo, pero que en mi caso íbamos camino a quedar con secuelas tras los siguientes procedimientos.

En ese tiempo, pertenecía a una isapre que me envió dos veces a un peritaje con un traumatólogo. Soy de la comuna de Curicó, me enviaron a Talca. Este traumatólogo, al igual que mi médico tratante, informó mi estado de discapacidad y fue el contralor de la isapre quien me habló de la pensión de invalidez.

Así fue que contacté a la fundación Valídame, declarándome ignorante en estos procesos, con la que empezamos los trámites por primera vez; sin embargo, mi rodilla se agravó y tuve que ser operada de urgencia el 12 de diciembre del 2017.

En paralelo, en noviembre del 2017, la directora del Cesfam La Pincoya, en Huechuraba, que era mi lugar de trabajo, me llamó para preguntar por mis antecedentes de salud, ya que el contrato vencía el 31 de diciembre del 2017.

La fundación Valídame envió los antecedentes que indicaban que había iniciado el trámite de pensión por invalidez y aun así fui desvinculada por el departamento de Salud de Huechuraba.

Hicimos las consultas respectivas a la Contraloría General de la República y cuatro meses después recibimos una respuesta en relación con un caso que no era el mío.

En abril del 2018 consultamos nuevamente y hasta la fecha no hay respuesta.

A los seis días de mi nueva operación de rodilla fui citada a la comisión de Talca y ahí comenzó el infierno hasta hoy.

La primera irregularidad fue darme cuenta que la AFP, Habitat en aquel tiempo, no había adjuntado los antecedentes médicos que la fundación aportó. Los llevé igual.

La primera entrevista fue realizada por el doctor Roberto Sepúlveda, secretario de la comisión, pero con especialidad de traumatología, quien al principio, en un tono duro, sin mirar a la cara, comenzó a preguntar antecedentes, y cuando le dije que era matrona el trato cambió 180 grados y fue mucho más amable.

Evaluó mis exámenes y se dio cuenta de que el médico tratante era doctor José Luarte, de la Clínica Dávila. Me dijo: "Luarte es la máxima eminencia en rodilla, y si él dice que no te recuperarás, es porque lamentablemente no sucederá. Quédate tranquila, porque para ti esto va a ser un mero trámite".

En mi entrevista con la médica asesora, ella no quiso ver mis exámenes y solo se basó en preguntas. Le conté que ya estaba cesante, porque para entonces era enero del 2018, pero confiaba en lo que me había dicho el doctor Sepúlveda. Ella me dijo: "Acá él es secretario de la comisión, fuera de acá es traumatólogo.". Luego, me dijo que en el hospital regional de Talca estaban necesitando matronas, que enviara un currículum. Debo decir que entonces yo caminaba apoyada con una órtesis que se llama burrito. La miré y le dije: "¿Usted realmente cree que en estas condiciones yo soy capaz de trabajar y movilizarme rápido frente a una urgencia obstétrica? ¿Usted se atendería conmigo?".

Algunas semanas después fui evaluada por el médico interconsultor, el traumatólogo doctor Zuleta, quien no me hizo ninguna pregunta relacionada con mi capacidad laboral, sino solo me preguntó si podía bañarme, cocinar, si me relacionaba con la gente y de qué forma había llegado de Curicó a Talca.

Me pidió radiografías y lo invité a revisar los exámenes, porque a esa altura mis principales problemas estaban en los tejidos blandos y, por lo tanto, la radiografía no mostraría el daño real, pero él me dijo: "El médico especialista aquí soy yo y sé lo que hago". Obviamente, las radiografías no mostraron nada.

De todas formas, hice llegar una copia de mis exámenes para que fueran guardados en la ficha de la comisión, pero en marzo del 2018 fui notificada de la denegación de mi pensión de invalidez, entre otros motivos, porque la reciente cirugía debía tener un tiempo de evaluación para valorar la recuperabilidad.

Me quedé sin trabajo, caminando con los mismos bastones que usted ven ahora, sin cobertura de salud, prácticamente muerta en vida.

A solicitud de la fundación Valídame pedí la copia del expediente y el acta del caso clínico, y mi sorpresa fue mayor. El presidente de la comisión, el doctor Valdivieso, me trató peyorativamente, tratándome de tonta por no comprender que la jubilación estaba rechazada y punto.

Igual lo conseguí, lo revisé y me tomé el atrevimiento de colocar en rojo las observaciones basadas en mis conocimientos en gestión de salud, y encontré lo que les mostraré a continuación.

En la lámina los diagnósticos clínicos referidos por la comisión están en negro y las observaciones en rojo.

En negro se señala: luxofractura de lisfranc pie izquierdo y disfunción patelofemoral y luxación recidivante de rótula izquierda. Faltó mencionar displasia troclear tipo C bilateral, artrosis tricompartmental severa, subluxación de rodilla bilateral.

En ese momento, los tratamientos farmacológicos consistían en un Celebra al día –es un analgésico importante-; un paracetamol en caso de emergencia; un Gelicart –es colágeno- al día; Glucine, que también sirve como tratamiento reparatorio de la artrosis severa. En rojo está la sertralina, una al día. Yo nunca he tomado sertralina y nunca declaré haber tomado sertralina.

No se mencionan las dosis de cada medicamento. Como dije, llama la atención que se mencionara la sertralina como de uso habitual, porque esa información es falsa.

Todos los medicamentos anteriores están indicados para el tratamiento paliativo de la artrosis severa, pero también llama la atención que el médico no pusiera las dosis correspondientes, porque no es lo mismo tomar paracetamol de 500 miligramos, que es un antipirético, es decir, es para la fiebre, que un gramo de paracetamol, que es un analgésico.

Respecto de los procedimientos quirúrgicos, la comisión declara que en febrero del 2017 fui operada del pie y que tuve una reconstrucción de ligamento en la rodilla el 23 de octubre del 2017.

Respecto de la primera cirugía, cabe mencionar que no fue necesaria por la fractura, porque esta podría haber sanado con reposo, sino que fue necesaria para estabilizar el pie y operar la rodilla, para posteriormente reparar el daño de la rodilla.

Respecto de la rodilla, no tuve una operación, sino varias. La primera fue el 15 de julio, que no fue mencionada por la comisión, además, la fecha 23 de octubre está errónea, porque la siguiente cirugía fue el 11 de diciembre. No sé de dónde sacaron esa fecha, porque he revisado obsesivamente todos mis antecedentes clínicos y en ninguna parte aparece esa fecha.

Curse de licencia médica, la comisión dice que no, pero eso es mentira, ya que cursé con licencia médica aún siendo desvinculada hasta mayo de 2018.

El diagnóstico fue sin dolor y con dolor en la rodilla derecha, a pesar de que las múltiples operaciones fueron en la rodilla izquierda. Hay incongruencias en las fechas de procedimientos y el doctor menciona que iniciaré rehabilitación en enero, pero faltó el prefijo "re-" porque no es lo mismo iniciar rehabilitación después de todo ese daño, que reiniciarla después de un año de cirugías y procedimientos.

Así, también, fui objeto de un montón de vulneraciones, como por ejemplo decir que vivo acompañada de mi mamá, lo cual es mentira, ya que vivo sola con mi hija; que me relaciono sin problemas con la sociedad, lo que es mentira, porque ni siquiera soy capaz de ir a las reuniones de apoderados; que mi problema era que no toleraba el peso, a pesar de que en aquella época mi índice de masa corporal era de 32, por lo que mi problema no era de obesidad mórbida, sino que se me salía la rótula a pesar de todas las operaciones.

Lo siguiente es importante, ya que la comisión, específicamente el interconsultor, dijo que tengo una marcha lenta y claudicante. La marcha claudicante es una característica de pacientes con lesiones músculo-nerviosas, totalmente invalidante, ya que provoca mucho dolor, inestabilidad, lo que obliga a detenerse hasta lograr nuevamente la estabilidad. Por lo tanto, la posibilidad de que consiga un trabajo es muy compleja.

Del examen físico rescato el genu valgo bilateral, que describe el médico interconsultor como intenso y bilateral, lo que es ciento por ciento invalidante.

En cuanto a las codificaciones CIE-10 con las que la comisión configuró mis lesiones, no coincide ninguno de los códigos CIE-10 con todo lo que tengo, más lo descrito por el médico interconsultor. De todas formas, está incorporado en una presentación que les traje en una carpeta. Ustedes se darán cuenta de que ellos pusieron códigos que son de alta recuperación y que faltaron a la verdad respecto de los códigos y de más de 11 patologías que están descritas tanto por la evaluación médica como por los exámenes que llevé y que el médico se negó a presentar.

Mi nivel de mejoría es cero. Ya no tomo Celebra una vez al día, sino cada 12 horas. Tomo Cronus, que es paracetamol con tramadol, cada 8 horas, y clordiazepóxido, fluoxetina y clonazepam para estar volada, porque eso es lo que mejor me ha ayudado a mantener el dolor y a manejar la ansiedad y el trastorno depresivo que esta situación me ha generado. Debo decir, con pena y vergüenza, que llegué a un punto de mi vida en que lloraba los viernes, porque no sabía que iba a comer mi hija los sábados y los domingos. Por último, estoy tomando hidroclorotiazida, porque tanto medicamento me ha producido daño renal.

No solo puedo decir que hubo una evidente omisión de antecedentes con siniestras intenciones, sino también una clara negligencia médica que ha ido en desmedro de mi salud, una negligencia omisiva por no ser diligente en el *lex artis* y una acción comisiva por no pedir los exámenes que correspondían para determinar el diagnóstico real.

Actualmente, mi condición es precaria. Tengo un trabajo por el cual percibo el sueldo mínimo, estoy con licencia, las cuales tampoco me han pagado. Además, me atiendo en el sector público, por lo que no tengo un acceso oportuno a salud y hoy solo soy alguien más en lista de espera. Tuve que cambiarme de AFP, porque Habitat me denegó mi segunda solicitud de pensión, poniendo mil trabas que la fundación puede corroborar. Hace tres semanas presentamos una solicitud con carácter de urgencia, pero hasta la fecha, la comisión de Talca no me ha llamado ni visitado, y me temo que buscarán cualquier resquicio, como que deba esperar la evaluación por especialista, a pesar de que por el AUGE, el derecho de prótesis de rodilla parte a los 70 años, pero yo tengo 41.

Tal como dijo una señora en un reportaje de Chilevisión, también creo que el sistema me va a matar antes que la enfermedad. La Contraloría, la comisión de Salud, el sistema completo que está supuestamente hecho para nosotros, pero que está manejado e influenciado solo por algunos poderosos que se llenan el bolsillo con dinero manchado con mi sangre y con la de miles de personas más.

En mi caso, ni la Contraloría ni el sistema de pensiones fueron creados para solucionarme la vida a mí o a otros usuarios, sino para deshacerse de nosotros, resignados como en la antigua Grecia, en donde la gente defectuosa era asesinada.

Hablamos de las realidades de otros países, que por cierto pueden ser muy terribles, pero hace años que el Estado de Chile no se hace cargo de los derechos fundamentales de los chilenos, en general, y de los discapacitados, en particular. Sin ir más lejos, en 2018 fallecieron más de 9.000 personas que estaban en lista de espera. No puedo dejar de preguntarme cuántos de ellos habrán intentado jubilar por invalidez, sin obtener resultados positivos ni justicia social. Puedo decir, desde mi propia y nefasta experiencia, que en Chile hay genocidio, y sin duda hay un pequeño, pero poderoso grupo de genocidas encargado de favorecer el deterioro de la salud y la muerte de miles de nosotros que por derecho esperamos que, por fin, esto se regularice, se fiscalice, se castigue y se haga justicia y se nos otorguen los derechos que corresponden.

El señor **QUILOBrán**.- Pido la presencia de Juan Carlos Pizarro.

El señor **PIZARRO**.- Señora Presidenta, Hugo Quilobrán me cedió la posibilidad de representarlo.

Soy enfático al señalar que en el caso de él, al igual que en el caso de Krisna Tolentino, se le concedió la invalidez, pero bajo sospechosas características, situación que ya fue señalada al superintendente el día 28 de enero del año en curso, en reunión por la ley del *lobby*.

Él ha realizado tres procesos de invalidez bajo idéntico estado de salud. Durante el tercer trámite él estaba hospitalizado; sin embargo, con posterioridad a dos rechazos, se le otorga la invalidez total, pero ya carente de la cobertura del seguro de invalidez. ¿Cómo es posible? Tratándose de la misma persona, bajo el mismo estado de salud y con tres procesos de invalidez a cuesta. Curiosamente, se lo otorgan el día en que la superintendencia y la comisión médica entienden que había perdido la cobertura. Pagando sus cotizaciones como independiente, estando hospitalizado, decide pagar esa cotización diez días después, generándose una pugna bien interesante, porque entendemos que dentro del mismo sistema de pensiones convive un sistema para personas con derechos y otro para personas sin derechos. Las personas con derechos, que son aquellos que tienen contratos, tienen la posibilidad de pagar sus cotizaciones diez días posteriores al mes cerrado; en cambio, el independiente tiene que pagar el mes anterior.

Por lo tanto, es sospechosa la forma cómo lo declaran inválido y son sospechosas las formas antojadizas de interpretar la norma por parte de quien tiene la posibilidad de hacerla, de interpretarla y de sancionarla, porque la ciudadanía no nos podemos comprar un oficio que diga: "La norma dice tal cosa".

Cuando la norma es perjudicial para la mayoría, la institucionalidad competente tiene la posibilidad de hacer la norma adecuada, y no estoy diciendo una norma abusiva para la industria, sino para todos. Es así como a él lo dejan fuera.

Al superintendente de Pensiones le hemos pedido más de una vez que haga las interpretaciones correctas, porque este caso sí lo amerita, porque es sospechosa la forma cómo fue dejado fuera de la cobertura, en circunstancias que él estaba cubierto.

No es aceptable la forma cómo este sistema se ha venido conduciendo, no es aceptable porque funciona desde la lógica... Quiero recordar algo que dijo el diputado Baltolu: cómo se podría reinsertar una persona que pierde un grado de independencia por un problema de salud. Esa debe ser la última de las preocupaciones, porque aquí -en vocablo socialmente aceptable- alguien se avivó, y por una cosa simple.

En el caso de la cobertura del seguro de invalidez concurrimos ante contratos entre privados y, cumplidas las condiciones de tales contratos, no veo por qué la parte beneficiaria se debe quedar con la posición ventajosa que tiene una de las partes, que corresponde a las aseguradoras.

El control de siniestralidad en su conjunto, que abarca una serie de instituciones que colaboran para llegar a los números finales, es una operación altamente sospechosa.

Si cualquier persona en posición de contratar un seguro privado decide asegurarme, quien contrata sería el contratante y yo sería el beneficiario, es decir, el asegurado. Mi pregunta es, si el seguro de invalidez y sobrevivencia se conduce bajo esa lógica, ¿por qué el dinero debe llegar a la cuenta privada de un tercero, que no es el contratante ni el beneficiario? Ese tercero es el administrador, en este caso las administradoras de fondos de pensiones, que no dan cuenta de cuánto dinero llegó ni salió.

¿Qué ha pasado con los casos de enajenados mentales que tenían pensiones transitorias por tres años, en que las compañías de seguros habían pagado las primas a una cuenta privada de las administradoras de fondos de pensiones, y de mala forma les adelantaron la reevaluación y les cesaron las pensiones? ¿Devuelven ese dinero o es parte integral del control de siniestralidad? Es la pregunta que le hemos hecho al superintendente de Pensiones de manera formal, por escrito, porque las denuncias acreditadas formalmente en esta comisión investigadora, para que lo escuche el señor ministro del Trabajo y Previsión Social, se las han hecho a todas las instituciones competentes en materia de pensiones. Hay registro de ello, por lo menos documental, ingresado a esta comisión entre los años 2012 y 2019, sagradamente, pasando por todos los órganos del Estado, es decir, Presidencia de la República, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social, Superintendencia de Pensiones y Superintendencia de Valores y Seguros, actualmente Comisión para el Mercado Financiero. También a

organismos extranjeros, como la Unión Europea, porque había empresas extranjeras violentando derechos constitucionales de seguridad social de ciudadanos chilenos; al delegado de Derechos Humanos en la Unión Europea en 2017.

De modo que ¿quién no estaba notificado? Todos lo estaban, todas las personas que han hablado acá son víctimas de una operación gigante que se llama control de siniestralidad, absolutamente acreditada, reconocida como un hecho público y notorio, porque un canal de televisión registró con sus propias cámaras cómo una AFP, el 22 de marzo de 2019, le negaba a una persona el acceso a la pensión de invalidez, violentando todo lo que el superintendente había informado a esta comisión que ya no se iba a hacer más.

Por esa razón hemos ingresado un oficio a la superintendencia, del cual tiene copia esta comisión, solicitando la revocación de la personalidad jurídica de esa AFP, porque concurren todas las disposiciones legales para que eso ocurra.

Como ciudadanos afectados, perjudicados, vamos a ser espectadores de si el Estado de derecho es capaz de funcionar para los poderosos.

El señor **MORENO**.- Señorita Presidenta, soy fundador y actual director ejecutivo de Fundación Fibromialgia en Acción. Voy a omitir la introducción que tenía preparada, porque todo lo que se ha expuesto acá muestra bastante bien lo que pasamos, es decir, una pelea de alguien pequeño, de un David con un tremendo Goliat, en donde muchas veces hay desconocimiento.

Quiero agradecer la invitación y exponer nuestros casos, que tienen que ver mucho con lo que hemos escuchado a nuestras amigas y amigos de la fibromialgia.

Le cederé la palabra a la protesorera de la fundación, Carolina Araya, quien contará su experiencia sobre el tema de las pensiones.

Después cederé la palabra a Pedro, quien viene de Rancagua.

La señora **ARAYA** (doña Carolina).- Señorita Presidenta, me llamo Carolina Araya, tengo 36 años, de profesión chef y relacionadora pública, y mamá de dos niños.

Padezco fibromialgia, diagnosticada desde 2014. Probablemente venga desde un poquito antes, como producto de un accidente de tránsito, ya que hemos dilucidado que la fibromialgia se puede detonar por traumas severos, tanto físicos como psicológicos.

En 2014 partió mi odisea. Por suerte, hasta el día de hoy pertenezco a una entidad privada, a Isapre Cruz Blanca, la cual, irónicamente, me ha prestado todos los servicios y me ha cubierto todo. Creo que es poco común entre los denominadores que he escuchado acá.

Fue la misma isapre la que, a través de su contralor médico, me instó a hacer mi trámite de invalidez parcial. En ese momento estaba en AFP Capital.

Hice todos los trámites, me citaron a través del Compín (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez) a la comisión médica y me pidieron mi carpeta médica, que comprenderán que es un poco alta. El trámite demoró tres meses y medio, y después de ese tiempo me declararon con un 8 por ciento de invalidez.

Como antecedente, hago presente que tengo una endoprótesis total de cadera derecha como producto de una artrosis severa, con tres cirugías previas en la cadera, que también me cubrió la isapre, misteriosamente, pero eso tampoco fue considerado como antecedente en la solicitud de pensión. Se me indicó que la fibromialgia no era una enfermedad, sino una condición, por lo cual no podía jubilarme por fibromialgia.

Apelé y pasaron cuatro o cinco meses más. Hice todo sola, sin asesoría de algún asesor previsional, hasta que en un momento una persona del Compín Norte, quienes terminaron siendo mis amigos, me dijo: "No te desgastes, porque acá no conseguirás nada. Los pacientes con fibromialgia o con tu condición, para nosotros son solo papeles". Esa fue la triste respuesta.

Estoy nuevamente tomando medicamentos, ya que la fibromialgia es una enfermedad que va avanzando. Al igual como pueden atestiguar los demás invitados, es una enfermedad que genera un menoscabo tanto psicológico como laboral. Hoy dependo del aceite de marihuana para los dolores. Tengo dos hijos, así es que no puedo darme el lujo de no poder pararme. No sé de dónde, pero tengo que sacar fuerzas para pararme y seguir trabajando.

Soy gerente comercial de una empresa. Comprenderán lo que significa andar en la calle todo el día y recorrer Santiago entero manejando, a veces con dolor, e ir a un médico y que te diga: "Pero si la fibromialgia no es una enfermedad, es una tontera psicológica".

Hemos escuchado varias cosas, varios testimonios, incluso el de una matrona –personas que tienen un conocimiento más acabado en la materia- y todos llegamos a la misma conclusión: da lo mismo si estas o no enferma, se trata de "la ruleta de la suerte, y del que tiene más ganas de pelear".

No es justo, pago mensualmente mi AFP y me siento protegida por mi Isapre; no puedo desconocer lo que me ha ayudado y no tengo nada que decir al respecto. Sin embargo, la AFP no ha hecho nada y, como dijo alguien acá, ¿por qué debo depender de un tercero si la plata es mía?

Así vamos y seguimos en la batalla, volví a presentar mi solicitud de pensión el lunes; veremos qué me depara el destino.

Muchas gracias.

El señor **ARELLANO**.- Señorita Presidenta, soy Pedro Arellano Reyes, vengo de Rancagua, pensionado por fibromialgia; aunque ustedes no lo crean, me pensioné.

Cuando me diagnosticaron fibromialgia, comencé a buscar en Google de qué se trataba la enfermedad y descubrí que mayormente afectaba a las mujeres -lamento mucho eso, somos pocos los hombres afectados.

Trabajé 31 años en Codelco y durante los últimos, 2006, 2007 y 2008, dependía de mis compañeros para ejecutar los trabajos propios de la minería. Soy mantenedor mecánico hidráulico, por tanto, realizaba mucha fuerza física, razón por la cual dependía de mis compañeros para realizar mi labor.

Mi pensión la realicé a través de un asesor previsional, al igual que mi amiga que está presente, pertenezco a la Fusat de Rancagua, a la que agradezco toda la atención que me ha brindado como Isapre. No se debe a que seamos trabajadores de Codelco, dado que es una Isapre abierta.

Al respecto, tramité tres veces la pensión de invalidez; me asignaron 10, 12 y 10 por ciento de invalidez, la cuarta vez que lo hice me asignaron el 57 por ciento de invalidez. Es decir, una pensión parcial que debía reevaluar al tercer año.

Por ello, tuve que buscar otro asesor y conversamos mucho el tema de las pensiones, adelantamos la reevaluación de la pensión -antes del período- y a los 18 meses ya estaba nuevamente con la comisión médica. La comisión me envió a Santiago a un reumatólogo en la calle El Salvador -no recuerdo su nombre, pero me vio las cuatro veces, por tanto, tenía idea de cómo era mi enfermedad-, quien estaba acompañado de un psiquiatra, a pesar de que no debería estar presente, sino más bien un psicólogo. Finalmente, en la reevaluación, me dieron 70 por ciento de invalidez.

Vengo a dar mi testimonio, en base a lo que dijo el abogado que me antecedió en el uso de la palabra. Cuando la aseguradora rechaza la pensión de invalidez -en este caso del 70 por ciento-, hay que juntar más papeles, más información. Afortunadamente, tenía una situación económica buena y podía pagar médicos particulares, pero cuando me envió la carta el seguro condicionándome los remedios que debía tomar, fui de inmediato a ver un médico particular, quien me preguntó: ¿quién te mandó esa carta? ¿Fue un médico? Le dije no, fue la aseguradora, y él me respondió: "ese caballero no es médico, lo que dice acá no vale, tu condición es otra, no con estos remedios."

Entonces, hicimos una reposición que dura alrededor de cinco días para adjuntar los datos médicos, los de la visitadora social, los del tiempo que estuve en Codelco, etcétera, a fin de argumentar mi situación. Con esa reposición me dieron el 70 por ciento de pensión de invalidez, afortunadamente; por tanto, no apelamos, se ejecutó y en diciembre de 2009 estaba pensionado por esta enfermedad, fibromialgia crónica.

Lamento la mala suerte que han tenido las personas que están presentes; sé que es complejo el tema. Lo que se dijo es cierto, la burocracia, las instancias de la aseguradora y de la comisión médica, son muy gatillantes.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Usted dijo que tiene la pensión definitiva, pero ¿es total o parcial?

El señor **ARELLANO**.- Es total, está ejecutoriada. Cuando está ejecutoriada es total, no hay vuelta atrás de la aseguradora, salvo que tenga indicios, pero difícilmente se puede apelar.

El señor **PIZZARO**.- Señorita Presidenta, quiero hacer un aporte al respecto. Lo que pasó en el caso del señor Orellana fue que coincidieron en la norma técnica la opinión del reumatólogo con la del psiquiatra, que es la exigencia que pusieron como anclaje en la normativa. Si ambas opiniones son coincidentes, es la única vez que podrían otorgar invalidez total. Cosa que, en este caso, ocurrió.

Ese anclaje también está solicitado en la norma nueva.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, quiero preguntar al invitado cuántos años tiene.

El señor **ARELLANO**.- 64 años.

El señor **BALTOLU**.- Cuando se tiene una pensión por invalidez, ¿tiene algún defecto cumplir 65 años? Es decir, queda con una pensión por su AFP o sigue con el mismo sistema.

El señor **ARELLANO**.- No, sigo con la pensión.

El señor **BALTOLU**.- En adelante, la pensión por invalidez es lo que usted ya tiene.

El señor **ARELLANO**.- Sí, porque no puedo optar a otro tipo de pensión. La pensión que señala usted hasta los 65 años es por enfermedades profesionales, de ahí debe volver atrás con el otro tema.

El señor **BALTOLU**.- Como este programa se graba y hay gente escuchando, sirve el ejemplo para entender la situación.

El señor **ARELLANO**.- Está la ley N° 16.744, pensión de invalidez por enfermedad profesional, y enfermedades producto del trabajo que están afectas a esa misma ley. También está la denominada ley de discapacidad, que es diferente, pues la persona no recibe una pensión, sino una facilidad para las personas con capacidades diferentes, y el decreto ley N° 3.500 en la pensión de invalidez.

El señor **BALTOLU**.- Qué curioso. ¿Dónde se van los fondos que usted tiene en la AFP? ¿Qué ocurre con ese dinero?

El señor **ARELLANO**.- Se va a la aseguradora.

El señor **BALTOLU**.- Ellos lo cobran.

El señor **ARELLANO**.- Cuando se tramita la pensión de invalidez, la aseguradora amortiza el resto que le falta a uno en ese momento, no así en el caso de vejez. En el fondo, ellos hacen el aporte; después se hace el cálculo para hacer la pensión vitalicia o como quiera llamarla.

El señor **MORENO**.- Señorita Presidenta, solamente para ir cerrando un poco.

Nos saltamos el caso de Soledad, que tiene una historia de vida súper compleja, y quien tampoco tiene la pensión.

Sin embargo, queremos exponer el caso donde sí se obtuvo, con el que damos cuenta todo lo que hay que hacer para poder llegar y para que vean que existe la excepción de la regla, porque la regla no es tener la pensión de invalidez.

Al respecto, quiero dejar establecido que todo lo que se tiene que luchar, todo lo que se tiene que pelear, nuestra amiga tiene problemas con su casa, ya no tiene cómo vivir ni cómo acceder a esa pensión, tampoco puede trabajar, y lo que hace es comprar cosas en la feria para poder venderlas en otros lados.

Entonces, la idea es saber cómo poder reinventarnos, a partir de lo que se hacía con profesión o sin profesión.

Espero que la comisión tenga un resultado y conclusiones que deben ser votadas, por lo que les digo a los diputados y a las diputadas que estos son los testimonios de lo que realmente se vive, porque una cosa es el tecnicismo versus todo lo que realmente vive el enfermo.

Respecto de un enfermo, con las patologías que hemos contado acá, miren lo que tenemos que llegar a hacer para poder lograr una pensión de invalidez básica.

La señora **RUMINOT** (doña Solange).- Señorita Presidenta, en estos momentos, las personas que padecen fibromialgia en este país han sido totalmente vulneradas en sus derechos; social, familiar y monetariamente.

Aquí, hay compañeras que conozco que se han quitado la vida por tener fibromialgia. Mi compañera Claudia Pérez se quitó la vida porque estaba pasando por una situación parecida a la mía. Sufría violencia en su casa, a causa de no tener dinero y no haber podido trabajar nunca más en su vida. Personalmente, desde el 2008 que no trabajo, cuando lo hacía en atención comercial de Chilectra. Me echaron con licencia, me hostigaron, y mi enfermedad se agravó cada día más.

Entonces, he hecho dos veces apelación a mi pensión, la cual ha sido denegada por completo, estando a la rastra y con bastón, pidiendo mi pensión, y los médicos me han dado la espalda y se han reído de mí, y me han dicho que no tengo acceso a mi pensión porque no tiene nuevos antecedentes médicos.

¡De dónde saco yo para tener nuevos antecedentes médicos, si apenas tengo para comer y apenas para sobrevivir, y porque mi familia me dio la espalda; estoy totalmente atada de manos!

¡Qué quieren, que venga otra Claudia Pérez más en la lista!

Es por eso que estoy acá en este momento dando la cara por todas mis compañeras que están siendo vulneradas en sus derechos, y están siendo violentadas, porque aquí hay una cosa más allá del dinero; es un trasfondo más profundo y que corresponde a la calidad de vida de las personas.

¡Estamos siendo totalmente vulneradas en nuestros derechos!

¡Es terrible la situación que estamos viviendo!

Lo estoy pidiendo de todo corazón. ¡Por favor! Que alguien se ponga la mano en el corazón y que nos ayude, en verdad, por favor, para sacar a relucir todo este tema, que nos tiene atadas de manos, porque estamos viviendo en una verdadera tela de araña, y no sé hasta dónde más vamos a llegar con esto.

¡Esto no es vida, es la muerte!

El señor **MORENO**.- Señorita Presidenta, para terminar quiero plantear algo relacionado con una moción por parte de la diputada Karol Cariola. Hoy existe una mesa de trabajo con el Ministerio de Salud, que se logró a partir de un proyecto de acuerdo de agosto de 2016. La idea es que hoy existe, y estamos precisamente trabajando con las fundaciones para ir avanzando paso a paso.

Ha sido lento, especialmente el tema de la fibromialgia, por lo que nos estamos poniendo a disposición ahora, en esta mesa, para que lo que sea necesario de lo que vaya a salir de ese acuerdo que se llegó acá, podamos trabajar en conjunto.

Justamente, testimonios como el que cuenta Solange son testimonios de vida, por lo que no queremos esperar que sigan otros casos como lo que pasó con Claudia, con quien lamentablemente se desbordó el vaso, cuando precisamente le rechazaron la pensión.

Muchas gracias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- En nombre de la comisión, agradezco a cada uno de los expositores.

Sé que para muchos no fue fácil, porque muchos cargan con una enfermedad y viajaron de igual manera. La verdad es que agradezco su testimonio y que hayan hecho el esfuerzo de venir.

Ahora nosotros tenemos la tarea de avanzar en esta comisión investigadora, tal como lo debe hacer el resto de las autoridades.

Creo que el espíritu de los diputados y de las diputadas que han sido parte de esta comisión es tener propuestas que permitan evitar estas situaciones, porque no queremos más casos como los planteados, que después de un largo período de tiempo, todavía no tienen su pensión de invalidez, y encontrando tara tras tara, y puerta tras puerta cerrada, situación que no queremos volver a vivir.

Queremos avanzar en la materia y pronto vamos a tener las conclusiones para abordar desde esa óptica las soluciones.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, quiero referirme al tema de la Compín. Todas las reuniones se habló de la Compín, y aquí no ha comparecido, y parece que es la piedra de tope, por lo que me gustaría que pudiéramos tomar el acuerdo para invitarlos y que vengan a exponer cuál es la realidad y qué es lo que hay que hacer para cumplir y para obtener una buena pensión.

Me parece que esa sería la primera figura que debemos hacer nosotros como parlamentarios para plantear en las conclusiones.

Aquí no hay claridad. Ellos no la tienen. Imagínense todo lo que han trabajado, con abogados, con asesorías y no se tiene claridad de cómo se mueve esto.

Por lo tanto, falta la palabra de la Compín que al parecer es lo que une todo esto y está en el centro de todo este problema.

Que se invite nuevamente a la autoridad de la Compín, que asistan y expliquen qué es lo que hay que hacer y cuáles son los requisitos para una pensión, y por qué las personas no logran tener una pensión y cuáles son los impedimentos existentes y, finalmente, por qué la Compín tiene la facultad para denegar, principalmente, una licencia. No puedo entender que si yo estoy enfermo, me tengo que ir a la calle y perder mi trabajo, más aun cuando estoy con licencia.

El señor **VELÁSQUEZ**, don Patricio (Secretario).- Señorita Presidenta, la comisión convocó a la Compín, y el 4 de marzo vino la señora María Soledad van Wersch, quien explicó cuáles eran las funciones de la Compín en relación con el tema de las pensiones de invalidez.

El señor **PIZARRO**.- Señorita Presidenta, si bien ella asistió, lo que no explicó es que la mayoría de las licencias se rechaza de espaldas al decreto N° 3, que es el que rige el funcionamiento de las licencias médicas. Es decir, que nunca informaron a los ciudadanos que la autoridad competente tenía 7 días para pronunciarse sobre la licencia médica, y que cuando no ocupan ese plazo se entiende el silencio administrativo positivo, es decir, que esa licencia estaría pagada.

Ahora, cómo se las arregla la Compín para violentar esa parte de la ley, diciéndole en la ventanilla al ciudadano, oiga, tome, aquí tiene un formulario, apele, porque así, el ciudadano, sin saberlo lo que está haciendo es abrirle el plazo administrativo a la Compín para que se demore lo que quiera.

Al respecto, nosotros hicimos un ejercicio súper simple, y le preguntamos por Ley de Transparencia sobre una licencia médica de un usuario. ¿Cuándo entró la licencia? El 1. ¿Cuándo se pronunció usted? El 20. No, no puede; porque la ley se lo prohíbe. Páguela, dijimos. Por lo tanto, le pedimos al seremi que diera curso al pago, él ordenó el pago e inmediatamente se pagaron todas las licencias detenidas.

Por lo tanto, aquí hay una estructura diseñada –y es una estructura gigante- para lo siguiente. En la medida en que se deja de pagar una licencia médica a un trabajador enfermo, se ejerce una fuerza para que vuelva a trabajar, y no en condiciones de sanidad, porque no recibió las prestaciones sanitarias para recuperar su salud.

Entonces, esta es una operación especial, no es que sea un hecho aislado que en una compañía de seguros tengan un médico interventor dentro de las comisiones. ¿Qué hacen ahí? Es a ellos a quienes hay que sacarlos, porque esos médicos observadores, si es que quieren estar, deberían estar en igual condición que un ciudadano, por ejemplo, desde afuera, y ser notificados que un ciudadano fue declarado inválido, y –reitero- desde afuera, como estamos nosotros, apelar en la misma igualdad de condiciones, y no en la posición privilegiada que tienen hoy los médicos observadores de las compañías de seguros.

La señora **PINTO** (doña Aída).- Señorita Presidenta, lo único que quisiera manifestarles es que los asesores previsionales, las compañías de seguros y las AFP, los tres somos participantes del decreto ley N° 3.500.

Entonces, ojalá que para modificaciones de leyes y comisiones investigadoras nosotros también pudiéramos estar dentro de esas comisiones, o dentro de las comisiones para ver las modificaciones a las leyes, porque estamos al mismo nivel que las compañías de seguros y las AFP.

De hecho, tenemos una serie de requisitos para ser asesores previsionales. Cada cinco años tenemos que rendir un examen. Si no lo aprobamos, no podemos seguir siendo asesores previsionales. Además, no podemos estar en Dicom ni en la Sindicatura de Quiebras. También tenemos que pagar dos pólizas.

En septiembre se viene un gran problema porque nadie quiere vendernos las pólizas de seguros. Ya se lo planteamos a la jefa de la Subsecretaría de Prevención Social en la audiencia que tuvimos con ella.

El año pasado las pólizas nos subieron más de 3 por ciento. No es menor el dinero que tenemos que pagar por la póliza de garantía, que es contra las compañías de seguros, y la póliza de responsabilidad civil, que es para todos los ciudadanos.

Sesión N° 12 de 10 de abril de 2019.

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

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

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

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

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

Además, el texto legal muestra que las AFP y el Instituto de Previsión Social concurrirán al financiamiento de estas comisiones en la proporción que les corresponda, de acuerdo al porcentaje que represente el número total de interesados que presentaron solicitudes de pensión de invalidez en cada una de ellas y el citado instituto en el año calendario anterior a aquel que se está financiando.

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

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

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

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

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

Señora Presidenta, cada uno puede tener su opinión, pero nosotros hacemos lo que la norma exige.

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

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

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

La misión de la Fundación es entregar apoyo administrativo y operacional para la gestión de las comisiones médicas dependiente de la Superintendencia de Pensiones, como ya lo dije. La FACM es un equipo de apoyo administrativo compuesto, aproximadamente, por 190 funcionarios a lo largo de las 21 comisiones médicas regionales, la Comisión Médica Central y la Oficina de administración ejecutiva.

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

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

En la situación actual tenemos tres posibles escenarios:

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

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

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

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

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

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

Hasta antes del 2008, la situación era distinta, porque no existía el seguro de invalidez y sobrevivencia con la asociación de aseguradores. En consecuencia, eran las AFP las que debían proveer los recursos que faltaban para cumplir con la ley.

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

¿Quiénes participan de ese proceso y de quién depende?

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

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

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

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

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

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

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

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

Finalmente, están los interconsultores externos, que están compuestos por médicos especialistas, laboratorios y asistentes sociales. Este grupo de personas existe porque una comisión médica está integrada por tres médicos de la Superintendencia de Pensiones. En general, médicos no son especialistas; si lo son, el caso que les

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

Respecto de los interconsultores externos, el reclutamiento y la selección de ellos lo realiza exclusivamente la Superintendencia de Pensiones; no lo hace ni las AFP ni el Instituto de Previsión Social (IPS) ni la Asociación de Aseguradores; es decir, ni asistentes sociales ni médicos ni laboratorios. Todo pasa a través de la Superintendencia de Pensiones, y es esta la que oficia a la Fundación para pedirnos que contratemos a tal médico en tal región de Chile, en tales condiciones; es la Fundación la que establece el contrato de servicio con ese médico, asistente social o laboratorio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para aclarar un punto que es confuso, usaré como apoyo una lámina de la presentación. La Comisión Médica de Viña del Mar tiene tres comités médicos de comisión médica. Parece complejo, porque se usa la misma palabra, tanto para los comités como para los edificios, lo que se presta para confusión, porque las personas entienden que tienen tres comisiones médicas. Hay tres comités, la Superintendencia determina, en base a la población de cada una de las regiones a las que sirven estas comisiones médicas, cuál será el número de comités médicos que tienen que funcionar. En las comisiones de Santiago, por ejemplo, en la metropolitana centro o en la metropolitana sur, funcionan siete comités médicos en cada una.

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

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

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

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

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

Me encantaría pensar que eso se debe a que las pensiones básicas solidarias se necesitan menos, porque tenemos menos personas en esas condiciones que necesitan hacerlo a través del IPS, pero no creo que sea eso. La respuesta no la tengo, pero probablemente sea un buen punto a mirar por la comisión respecto de qué pasa con el IPS y por qué disminuyen esas solicitudes cuando por el lado de las AFP solo crecen.

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

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

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

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

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

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

Cuando llega una persona y pide invalidez por un problema que tiene solución, por ejemplo, que se puede operar, es muy importante determinar si ella realmente tiene acceso o no a esa cirugía. Por lo tanto, es la asistente social -el perito que hace el peritaje sociolaboral- la que tiene que determinar, entre otras cosas, qué demora o qué espera hay en el lugar donde vive esta persona para acceder a esa cirugía en el Sistema Público de Salud. Si la respuesta es que tiene que esperar 2 o 3 años probablemente se va a considerar que no tiene acceso a esa cirugía. Por eso el rol que cumplen los asistentes sociales es tremendamente importante, pues tienen que determinar estas sutilezas que no se ven claramente. No es decir que simplemente la cirugía existe y se puede hacer. Sobre todo, con nuestro sistema actual de salud es sí, pero cuándo, porque la persona tiene que seguir financiando su vida.

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

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

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

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

Las normas técnicas de la Comisión Técnica de Invalidez.

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

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

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

Ahora, nunca he participado tampoco, porque no se ha reunido la comisión desde que estoy a cargo de esto. Pero efectivamente la discusión de la Comisión Técnica de Invalidez, en nuestra opinión, debería ser netamente técnica, compuesta por especialistas médicos y además en este tema como en tantos otros no hay que inventar la rueda. La mayoría de estos criterios están definidos internacionalmente, pues la gente se enferma más o menos de lo mismo en todas partes. Por lo tanto, quería sacar de la mesa el tema de la Comisión Técnica de Invalidez, porque la verdad es que compartimos la opinión que se ha vertido acá de que, al menos, las AFP no deberíamos estar ahí.

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

¿Cómo funcionan los tiempos de estos procesos?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Señorita Presidenta, es cuanto quería comentarles.

Estoy abierto a escuchar sus preguntas.

Muchas gracias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Voy a hacerme cargo de lo que usted decía, el oficio al que usted se refería, me imagino que llegó a la Asociación Gremial, por lo tanto, yo nunca lo he visto. Pero quiero hacer algunos comentarios, porque de esto sí sé. El rechazo de mandatos no lo hacen las comisiones médicas, sino que lo hace la Superintendencia, porque hay una

norma que dice cómo se mandata y a qué se mandata. Por lo tanto, personalmente di instrucción a todas las comisiones médicas que si hay un mandato, de la organización que sea, no solo de Valídame, sino que de cualquiera, que no cumpla con las normas de la Superintendencia ni siquiera hay que rechazarlo, hay que pedirle la opinión a la Superintendencia.

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

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

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

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

En cuanto a que hay gente que atiende mejor, que atiende peor, que pide mejor las cosas, que las pide peor, que pone más o menos problemas, es cierto. Pero recuerden que esta es una organización humana, compuesta por 170 funcionarios a lo largo de todo Chile, a los cuales se le hace capacitación para que todos respondan relativamente igual; sin embargo, estos funcionarios también trabajan codo a codo con los médicos de la Superintendencia y muchas veces los médicos de la Superintendencia pesan más que nosotros, porque viven el día a día con ellos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esto es lo mismo; esto es un espejo de cómo funciona el sistema médico en Chile. Desgraciadamente este sistema enfrenta escases de médicos especialistas en regiones de manera muy fuerte -por eso debemos

mandar a tantos solicitantes a otras ciudades para hacerse exámenes o consultas médicas-, pero además tenemos que invitar y, de alguna manera, seducir a los médicos para que trabajen en este sistema.

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

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

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

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

Cuando la administración de las comisiones médicas estaban en la asociación gremial, la asociación gremial tenía tantos puntos que revisar de tantas otras cosas que a las comisiones médicas se asignaba un tiempo insuficiente.

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

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

Sesión N° 13 de 15 de abril de 2019.

Concurren como invitados el superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías, quien es acompañado por el intendente de Fiscalización, señor Jorge Mastrangelo, y el jefe de Derecho Judicial, señor Manuel Bustos; y el presidente de la Fundación Valídame, señor Juan Carlos Pizarro.

El señor **MACÍAS** (Superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, como dijo el Secretario, tenemos dos oficios pendientes que nos llegaron recientemente, que pueden ser relevantes para las conclusiones de la Comisión.

Hoy despachamos uno, que debe estar en proceso, y nos gustaría dar a conocer la respuesta. El otro oficio, que nos llegó el jueves, lo tenemos algo procesado, y también nos gustaría mostrarlo, más allá de que va a llegar formalmente nuestro oficio.

El señor **MASTRANGELO**.- Tenemos la respuesta al oficio N° 25 de la Comisión, que se remitió a la Superintendencia a propósito de una presentación que realizó el Colegio Médico en la sesión antecedente, que tenía que ver con lo que llamaron una anomalía en la composición de los pensionados por invalidez mayores de 60 años y menores de 60 años.

En el oficio está explicado al detalle lo que hicimos. El oficio pedía dos cosas. Primero, que ratificáramos las cifras; segundo, que diéramos una interpretación para los guarismos que se estaban mostrando.

Respecto de lo primero, los datos son correctos. Tal como lo dijo el representante del Colegio Médico, los datos fueron tomados de la base de datos de la Superintendencia del período primer trimestre del año 18, y eran correctos. Aquí están reproducidos los datos.

En este gráfico tenemos representados el número de pensiones de invalidez definitivo por edad, sexo y AFP, para el primer trimestre del año 18. Ahí se puede ver la distribución, las barras de color rojo, que están en la parte superior, corresponde a los hombres; las azules, de la parte inferior, corresponde a las mujeres, y en cada bloque hay una AFP y hay dos barras, una que representa a los más jóvenes y otra a los más mayores.

Como se puede ver, en todos los casos la incidencia de las mujeres en el segundo tramo de edad, de 60 a 65 años, es muy baja porque las mujeres alcanzan la edad de jubilación por vejez a los 60 años. Entonces, es una cantidad pequeña las que siguen trabajando.

La principal explicación para esto tiene que ver con este último párrafo, que explica el detalle. Dice que por otra parte, en el tramo de 60 a 65 años, un 75 por ciento de los afiliados son hombres y un 25 por ciento son mujeres, consistente con lo que mencionaba antes, porque la edad de jubilación de las mujeres son 60 años.

Esa disminución en el percentil se debe a que una vez cumplidos los 60 años pueden acceder a la pensión de vejez.

La excepción a esta distribución está en las dos AFP que ganaron licitación durante los últimos tiempos, que fueron Plan Vital y Modelo, que registran un 57 por ciento de hombres y un 43 por ciento de mujeres. Tiene una proporción de mujeres mucho mayor, lo cual incide luego en la tasa de invalidación. Estas dos AFP tenían un porcentaje de pensionadas mujeres de edad mayor mucho más grande que las otras AFP.

Con todo, no podemos dejar de señalar que los porcentajes pueden generar un poco de confusión, porque si ustedes se fijan son números muy pequeños los que se invalidan a estas edades, porque es muy poca la cantidad de mujeres que sigue trabajando, y es por eso variaciones pequeñas en los números. Ahí lo pueden ver en Plan Vital y en Modelo, que son las dos AFP que estuvieron licitadas; variaciones pequeñas. El número de casos daba lugar a grandes variaciones en el porcentaje. Eso por el lado del primer oficio.

En el segundo oficio se nos consultó sobre los tiempos promedio de respuesta en los trámites de calificación de invalidez.

Aquí tenemos distintas etapas del trámite. La solicitud de calificación, el tiempo que va desde la solicitud en la AFP o en la Capri hasta que ingresa la AFP; el tiempo que va desde que se recibe en la comisión hasta que el afiliado se presenta a la evaluación con el médico asignado; después, el tiempo que transcurre entre esa primera comparecencia y el dictamen de la comisión médica y el tiempo que se requiere para la apelación.

Aquí tenemos los afiliados que están cubiertos por el seguro, los que no están cubiertos por el seguro, y este acrónimo, que significa pensión básica solidaria de invalidez (PBSI)

Entonces, lo primero de izquierda a derecha en la tabla son los días que se demora para llegar desde la AFP hasta la comisión, que son siete días. No hay diferencias entre afiliados cubiertos y no cubiertos. Los PBSI se demoran 44 días. Creo que a este tema se refirió la fundación de comisiones médicas en la sesión precedente.

Esto se debe a que previo a solicitar la calificación el Instituto de Previsión Social tiene que hacer la focalización socioeconómica. Entonces, necesita realizar ciertos procesos de validación del derecho a solicitar el beneficio.

Desde fines de marzo estamos trabajando con el Instituto de Previsión Social para modificar la forma en que se realiza el proceso. Apuntamos a que debe realizarse a intervalos regulares de tiempo, ojalá día a día, de manera que el flujo de solicitudes vaya ingresando conforme las personas lo van presentando, y en el extremo, que se realice una cantidad de procesos mayor que la que se realiza ahora. En este momento se hace 1 por mes; aspiramos a que se hagan por lo menos 4 por mes, o bien día por día. Eso lo estamos trabajando con el instituto y tenemos que apoyarnos en el Ministerio de Desarrollo Social, que es el que genera la información de los ingresos familiares, para realizar la focalización. Eso es lo primero.

Como se puede ver, estaba comentando el año 2017, que está arriba. El año 2018, que está abajo, tiene una mejora de un día en los plazos de los afiliados de AFP y un aumento de un día en el caso de los PBSI. Esto siempre es como promedio. Uno puede encontrar casos que se resuelven más rápido y otros que se resuelven en más tiempo.

Luego, desde que el expediente ingresa a la comisión hasta que la persona es recibida por el médico asignado, se demoró 21 días en 2017, y llegó a 25 en 2018. Esto tiene que ver con el incremento sostenido que han tenido las solicitudes de calificación durante los últimos años, que tiende a aumentar los tiempos de respuesta, porque lo único que se ha podido hacer durante ese tiempo es abrir una nueva comisión médica en Castro, porque los afiliados de esa ciudad tenían que viajar a Puerto Montt para calificarse. Entonces, lo que se requiere para que podamos mejorar esto, es contar con más capacidad para evaluar, esto es, más doctores y más costos.

Luego, el tiempo que se ocupa para el dictamen, para la solicitud de las interconsultas, la devolución de las interconsultas y el análisis del caso en la comisión, se puede observar que es del orden de los 44 días, y se ha mantenido estable. En este caso, para los PBSI los plazos son más cortos, porque hay algunos que son más sencillos de evaluar, ya que se trata de personas que tienen una discapacidad mental. Aproximadamente un tercio de las personas son menores de edad, discapacitados mentales, que ingresan a obtener la PBSI porque cumplen la mayoría de edad. Entonces, como son casos más sencillos, se resuelven más rápido.

Por último, tenemos los tiempos de apelación, que han mejorado bastante durante el último período, entre 2017 y 2018, sin que eso signifique que las cosas están bien. Siempre tenemos que mejorar para resolver esto más rápido, pero se ve una mejora bastante significativa de 62 a 49 días en los cubiertos, de 48 a 34 en los no cubiertos, y de 44 a 29 en los PBSI. Las personas del PBSI son las únicas que apelan cuando el dictamen es desfavorable porque el Instituto de Previsión Social no apela en estos casos.

Este oficio nos llegó la semana pasada -no recuerdo si el miércoles o el jueves- y esta es la respuesta que estamos preparando para formalizarla a la Comisión.

El señor **MACÍAS** (Superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, tenemos una presentación breve, que resume algunas reflexiones que hemos tenido al interior de la superintendencia y que apuntan a mejoras que sería bueno introducir al funcionamiento de las comisiones médicas. Evidentemente, es una propuesta debatible, como tantas cosas, pero es nuestra posición.

En primer término, en lo que corresponde a la supervisión, tenemos la facultad de supervisar a los médicos, a las comisiones que efectúan la calificación y, por otra parte, la ley obliga a las administradoras de fondos de pensiones a proveer de toda la infraestructura necesaria para que funcione el sistema de calificación de invalidez.

En la primera parte, tenemos las facultades suficientes para fiscalizar a los médicos, pero en lo que respecta a toda la infraestructura que deben proveer las AFP, es decir, los locales de funcionamiento y todo el aparataje que rodea eso, hoy funciona a través de una fundación de comisiones médicas que fue constituida por las AFP para efectuar esta labor. Es una fundación y como tal nosotros no tenemos facultades de regulación y de fiscalización sobre ella. Nosotros fiscalizamos, pero no tenemos todas las facultades que nos gustaría poseer, como la que tenemos, por ejemplo, con las administradoras de fondos de pensiones o con la administradora de fondos de cesantía, y ese es un aspecto débil del funcionamiento de este sistema.

Emitimos instrucciones a la fundación, pero siempre estamos hablando con una entidad que no es fiscalizada por nosotros. Las entidades fiscalizadas son las AFP, pero es muy ineficiente hacer el proceso por las AFP y luego caer sobre la fundación. Eso conspira contra la rapidez y la oportunidad de los procesos, porque sabemos que acá hay personas que están solicitando pensiones de invalidez, por lo tanto, hay que hacer esto lo más expedito posible.

Al respecto, nuestra propuesta es transformar la fundación u obligar a las administradoras de fondos de pensiones a constituir una empresa de apoyo al giro, una sociedad de giro exclusivo, cuyo objeto sea administrar todo el proceso de comisiones médicas y que esté constituida de tal forma que tengamos exactamente las mismas facultades que tenemos sobre las administradoras de fondos de pensiones y que la Comisión para el Mercado Financiero tiene sobre las sociedades anónimas. Eso nos permite aplicar una carga regulatoria de supervisión mucho más potente y sancionar a la fundación, cuestión que hoy no podemos hacer.

Entonces, nos daría bastante más fuerza tener una capacidad de fiscalización fundada sobre las sociedades anónimas de giro exclusivo. Esa es nuestra primera propuesta y pensamos que es bastante importante.

En la actualidad, esa comisión ya tiene casi 200 funcionarios, entonces requiere ser fiscalizada con otros estándares. Esto partió de una forma mucho más pequeña, pero en la medida en que fue creciendo el número de personas a invalidar, la estructura no resistió. Hablamos de una cantidad de calificaciones de invalidez cercana a las 60.000 por año. Entonces, es hora de cambiar la estructura.

Un segundo punto tiene que ver con el médico asesor del afiliado. También hemos visto que se puede mejorar el funcionamiento de esta figura, que se incorporó en 2008, con el objetivo de ser un contrapeso al médico observador de las compañías de seguros, para los afiliados cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia.

Hay una serie de aspectos que rigidizan el actuar del médico asesor, que nosotros creemos debe ser eliminado. Por ejemplo, se señala que es el afiliado quien debe presentar los antecedentes médicos que fundamenten su solicitud ante este médico asesor y él es el que determina si la solicitud de invalidez está debidamente fundada y, por lo tanto, si continúa o no. Si es así, el afiliado tiene derecho a asesoría sin costo durante el resto del proceso. Sin embargo, hemos visto que los afiliados continúan igual con el proceso de evaluación, aunque el médico asesor no lo recomiende. Por lo tanto, estamos eliminando esta restricción y lo que queremos es que el médico asesor acompañe al afiliado durante todo el proceso, independientemente de que haya recomendado o no la pertinencia de la evaluación de invalidez.

También hay algunas restricciones para la entrevista que el médico asesor debe hacer al afiliado. Señala que debe ser al principio, y lo que nosotros proponemos es que sea más flexible y que el médico asesor pueda prestar ayuda al afiliado en cualquier momento del proceso, siempre que sea antes de que presente el caso en sesión. Como dije, la idea es hacerlo mucho más flexible, porque muchas veces esto entraba la posibilidad de que el médico asesor ayude al afiliado.

También proponemos que el médico asesor pueda tener la representación del afiliado en ciertos casos. Hoy no es así; hoy, el afiliado se representa a sí mismo –por así decirlo– y es él el que debe hacer las apelaciones. Muchas veces esto no ocurre, por distintas razones, por lo que pensamos que podría ser beneficioso para las personas que el médico asesor pueda apelar, siempre que esa apelación vaya en beneficio del afiliado. La idea es que cuando se rechace una pensión de invalidez, que el médico asesor, sin esperar que el afiliado llegue a la comisión, apele directamente. Están tipificados los casos; creemos que eso ayudaría a que el afiliado tuviera una mejor defensa de parte del médico asesor, es decir, la idea es potenciar el rol del médico asesor.

Después, hay algunas cosas que han ido surgiendo, que nos parece que están erróneas. Lamentablemente, está casi todo en la ley, por lo que muchas cosas no se pueden cambiar por norma. Por ejemplo, la copia de los expedientes, que es un caso recurrente: los afiliados no tienen acceso a las copias de los expedientes, sino que deben concurrir presencialmente a la comisión para que les muestren los expedientes; además, tampoco se los pueden llevar. Lo que proponemos es que se modifique la ley de manera que el afiliado pueda acceder en forma expedita a la información de calificación.

Hay otros aspectos que nos preocupan, que tienen relación con lo que manifestó el intendente y que es que las comisiones se forman con múltiplos de tres. Es evidente que en algunas partes se está generando más demanda, pero para crear una comisión hay que contratar tres médicos más, lo que lleva aparejada una serie de

otros gastos, como infraestructura, personal administrativo. Lo que no se justifica es que todas las comisiones deban aumentarse en múltiplos de tres. Entonces, proponemos que quede libre eso y que puedan funcionar comisiones con cuatro o con cinco afiliados, de tal manera de hacer más fácil la conformación de comisiones médicas adicionales en aquellas regiones que así lo requieran. Como se dijo, la última comisión que se instaló fue en Castro, hace dos años, porque la gente de la isla de Chiloé tenía que viajar a Puerto Montt para calificar la invalidez. Además, en Chiloé hay múltiples islas pequeñas, por lo que era muy difícil para la gente llegar a Puerto Montt para calificar la invalidez. Eso se estudió, se presentó a la Dirección de Presupuestos y el Congreso Nacional lo aprobó por unanimidad. Esa comisión, según me informaron, fue fiscalizada el jueves o el viernes, y está funcionando bastante bien; ha sido de gran ayuda para la gente de esa región. Entonces, queremos flexibilizar la constitución de comisiones médicas.

Otro punto que es bien importante y que se ha debatido mucho en esta comisión, tiene que ver con la composición de la Comisión Técnica de Invalidez. Nosotros hemos estado pensando este tema en la institución y tenemos algunas ideas que queremos presentar para debatirlas.

Primero, creemos que esta comisión debe ser absolutamente profesionalizada. Hoy, no todas las personas que la integran son médicos y creemos que todos debieran serlo, salvo el superintendente, que se asesora por los médicos de la institución, pero el resto de los integrantes debería ser médicos.

Además, a nuestro parecer, deberían agregarse al menos dos médicos más: uno, designado por el Ministerio de Salud, que tenga conocimiento en redes asistenciales, con el fin de apoyar todo lo relacionado con la evaluación de la configuración de los impedimentos, y otro médico designado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que tenga conocimiento de enfermedades de origen común, que son las que constituyen las principales causas de licencias médicas, y conocimiento de enfermedades o patologías de origen laboral. Estos profesionales deberían ser nombrados por los ministerios respectivos.

Ambas situaciones están estrechamente relacionadas con el quehacer de la comisión y pensamos que profesionales de la salud, con esos conocimientos, enriquecerían, sin duda alguna, la composición de la comisión.

Luego, observamos que el hecho de que sea un decano de una facultad de medicina el que integre la comisión muchas veces complica su nombramiento, pues no hay tantos decanos disponibles para hacer este trabajo. Proponemos que los decanos designen una persona, sea decano o no, a un profesional especializado para hacer más fácil su nombramiento.

Como ya señalé, sugerimos que todos los integrantes sean médicos cirujanos. Además, proponemos los miembros del consejo que no sean del sector público que sean remunerados. Me refiero al médico designado por el decano y al presidente de la Comisión Médica Central, que la integra por derecho propio. Esto, porque deben dedicarle tiempo y es difícil exigir rendimiento si no tienen remuneración. Por ejemplo, el actual decano designado es de la Universidad Católica de Valparaíso y, para sesionar, debe viajar a Santiago y, como no tiene dieta ni viático, tiene que financiarse hasta los pasajes y la estadía, lo cual no tiene sentido, toda vez que efectúa una labor muy importante y, por tanto, debiera ser remunerado.

Ahora, las dietas que se proponen son similares a las que hay en otras entidades consideradas en el sistema de pensiones y tienen algunas limitaciones, para no exceder mucho el gasto, pero creemos que es importante hacerlo.

Por otra parte, proponemos que esta comisión pueda requerir estudios y trabajos de investigación relacionados con su quehacer, para lo cual sería necesario un ítem presupuestario. Por ejemplo, sería muy interesante saber cómo están nuestras normas de técnicas de invalidez en relación con lo que ocurre en otros países, que tiene más experiencia en esto; sería muy útil contar con un comparado. Se pueden encargar estudios a facultades de medicina sobre si el actual marco normativo es adecuado o no, o para resolver dudas específicas respecto de si una determinada enfermedad está bien considerada o no. Sería bueno tener una opinión externa especializada, para lo que se requiere presupuesto.

Para más transparencia, proponemos que las propuestas de cambio de norma técnica, antes de que entren en vigencia, sean puestas a disposición del público para eventuales comentarios, de manera de nutrir las de la opinión pública.

Creemos que esas materias van a ayudar a fortalecer y mejorar el funcionamiento de las comisiones médicas, que es lo que hemos estado debatiendo. Por supuesto, todo esto es opinable, pero es nuestra posición, desde este lado de la cancha, respecto de cómo podemos ayudar a las comisiones médicas.

El señor **PIZARRO**.- Señorita Presidenta, buenas tardes.

He escuchado con atención la propuesta de la Superintendencia de Pensiones y quiero hacer un alcance respecto del oficio N° 25.

Seguramente al Colegio Médico se le presentaba la duda por lo bajo de la cifra en el caso de AFP Provida, tomando en consideración que es la AFP con el mayor número de afiliados.

Dicho eso, hay una preocupación particular de parte de nuestra fundación, porque es una AFP que concentra un número importante de profesores y profesoras que están a la espera del bono por incentivo al retiro. Cumplen 60 años, no se retiran, siguen ejerciendo, pierden la cobertura del seguro, porque lo primero que propone la AFP es que la persona deje de cotizar para que aumente su renta en un 10 por ciento, pero no se les explica, bajo

ninguna circunstancia, que están perdiendo la cobertura del seguro y que es un período de riesgo entre los 60 y 65 años. Porque podrían estar *ad eternum* cinco años esperando el pago del bono por incentivo al retiro y en esa condición hay muchos chilenos de Arica a Punta Arenas.

Tenemos preocupación en ese aspecto y me da la sensación de que era el punto que estaba fijando el Colegio Médico, no está su Presidenta para preguntarle, pero no sería malo hacer la consulta en el sentido de qué es lo que generó, en lo particular, las dudas para hacer la pregunta.

En cuanto a la propuesta de la Superintendencia de Pensiones para las comisiones médicas, para no perder lo que va quedando en la retina, nuestra propuesta, que está dentro de las 24 propuestas que realizamos por oficio a la comisión antes de que terminara el plazo, es justamente producto de lo que ha ocurrido en la historia previsional a fin de retirar la facultad a la Superintendencia de normar los aspectos técnicos para calificar la invalidez.

Es posible que pudiéramos dar un salto y, como Estado, avanzar en una política pública en donde se homologue la discapacidad con la invalidez, que es lo que están haciendo los países modernos del mundo. Creemos que un depositario natural de las políticas sanitarias de este país es el Ministerio de Salud y, en ese contexto, si a través del Ministerio de Salud -decreto N°47-, se norma para ver la discapacidad, porque no se podría normar la invalidez y homologarla, para que una norma que vaya en un solo carril revise discapacidad e invalidez, en donde pueda tener participación la Superintendencia, obviamente, como un organismo fiscalizador.

Por lo tanto, nos parece que la función de la Superintendencia de Pensiones debe ser fortalecida, en el sentido de que debe tener capacidad fiscalizadora y sancionatoria más fuerte de la que hoy tiene, sin duda. Pero si ya ha quedado demostrado de que se fue acomodando la normativa de manera sistemática para beneficio de unos pocos y en perjuicio de unos tantos, nos da la sensación de que podría, eventualmente, esta comisión elaborar una buena propuesta, porque esto requiere cambio de ley.

En su momento, como fundación, antes de que existiese la Comisión Especial Investigadora, intentamos reunirnos con el ministro del Trabajo y Previsión Social; de hecho, solicitamos una audiencia a través de la ley del *lobby*. Esa audiencia fue rechazada, a pesar de que explicamos responsablemente de qué se trataba la materia, pero recibí un llamado telefónico informal del gabinete del ministro el 28 de octubre, si no me equivoco. Respondí con un correo electrónico el 29 de octubre -el correo está en la carpeta de la comisión- porque, justamente, le hice presente la sensación de preocupación que tenía la fundación y sus trabajadores representados, por el hecho de que la institución competente se restara de participar o de conocer aspectos más centrales de la denuncia que, posteriormente, realizaríamos en la Fiscalía Nacional Económica.

Dicho eso, ¿por qué se entrelaza con esto? No hay que perder el foco que esta Comisión Especial Investigadora nace producto de una denuncia por control de siniestralidad. De hecho, esta fundación mantiene criterios discrepantes con la Superintendencia de Pensiones en cuanto al tipo de sanciones. Incluso, se nos dijo que el tema había sido revisado -así lo reafirmó el ministro- de 2008 hacia atrás y que hubo sanciones, efectivamente las hay. De hecho, como fundación dimos cuenta de esas sanciones, pero son agencias sancionadas de manera puntual.

En consecuencia, el material de los correos electrónicos da cuenta de que era una práctica en todas las sucursales extendidas desde Arica a Punta Arenas y, al menos, en esa cadena de correos electrónicos hubo una capacitación impartida por la misma AFP Provida S.A., donde se llevaba un control estadístico del control de siniestralidad desde el año 2006, 2007, 2008 y 2009.

Al respecto, están las planillas Excel que registran el comportamiento de cada una de las agencias, los porcentajes de siniestralidad; incluso, los que se iban pasando estaban en color rojo.

En ese contexto, creemos que el superintendente del momento o la superintendente del momento, sanciona algunas denuncias particulares puntuales, pero el comportamiento de la empresa como tal no ha sido sancionado. Por tanto, la propuesta que hacemos al superintendente, en el oficio que le remitimos para ingresar, posteriormente, este otro oficio a la Contraloría, es que entendemos que el ejercicio correcto de los cargos públicos demanda que, primero, se investigue, se sancione y que si los plazos prescribieron, prescribirlos. Pero no puedo dar por cerrada una gestión cuando no se enfrentó el tema de fondo; aquí era un comportamiento sistemático, organizado. Nos preocupa que de esas sanciones tampoco se haya hecho las denuncias pertinentes a otros organismos que podrían, eventualmente, haber tenido algo que decir o participar, producto de que hay hechos que tenemos dudas si revisten connotación de ilícitos y que podrían tener alguna sanción penal.

Dicho eso, discrepamos con el criterio sancionatorio por una cosa simple: las multas que se cursan cuando las AFP infringen la norma son a beneficio fiscal; entonces, al haber sancionado solo a cinco sucursales y no a todas -porque todas tenían la misma práctica-, significa que el Estado de Chile no recibió los recursos que tendrían que haber producido aquellas sanciones y, por ende, esos recursos no se enteraron en la Tesorería General de la República. Por lo tanto, creemos que en este punto en particular, tenemos una diferencia sustancial con la Superintendencia de Pensiones.

¿Se puede prescribir? Sí, pero no se puede dejar de reconocer la gravedad de lo que aquí se está tratando. Es así que concurrimos de un hecho que es cierto y notorio, en donde una AFP en particular -Cuprum para ser preciso- no permitió que uno de nuestros representados hiciera su trámite de invalidez en la sucursal de calle

Agustinas, en Santiago, lo que fue registrado por un canal de televisión; de hecho, fue transmitido por CNN en horario central.

En el reportaje, queda de manifiesto que la funcionaria dinamitó los cimientos de la instrucción del ente regulador que había sido enviado a todos los gerentes generales de las AFP el 22 de noviembre de 2018. Posteriormente, la Superintendencia de Pensiones había ingresado ese mismo oficio a esta comisión el 26 de noviembre. Incluso, no se podía solicitar documentación médica, pero la funcionaria la solicita igual; no se podía entorpecer o entorpecer el trámite.

Se trata de un reportaje de cinco minutos, pero la grabación es de cuarenta; concluye con una parte que, para mi gusto, es central y que no sale en el reportaje, me refiero cuando la funcionaria le dice: “usted no puede hacer el trámite.”

Incluso, el trabajador -queda de manifiesto en la grabación- se había dado el trabajo de cambiar el domicilio vía web y fijarlo en Santiago, en calle San Isidro, pero la funcionaria le cambia el domicilio de manera deliberada. Lo que para cualquier ciudadano podría ser una muy buena gestión de parte de la funcionaria, para quienes estábamos mirando con el ojo de la normativa, se estaba infringiendo todo lo que había dispuesto la Superintendencia de Pensiones para el mejor funcionamiento del sistema. Estamos hablando del mes de marzo de 2019.

Si económicamente la Compañía de Seguros del Grupo Penta fue vendida a unos propietarios y su AFP también. Entonces, la pregunta es por qué sigue habiendo control de siniestralidad y la respuesta podría radicar en que, al concurrir las AFP a financiar a las comisiones médicas en proporción al número de afiliados que solicitan invalidez, hay un motivo fundamental para impedir que ese ciudadano realice el trámite.

Ahora, entendemos que la materia la debe abordar la institucionalidad, es decir, los organismos competentes en esta área.

¿Cuál es la razón que motiva a una funcionaria a controlar siniestralidad? Desde el punto de vista de lo que le han instruido, ella hizo un muy buen trabajo. De hecho –diría-, malvadamente bien hecho, porque incluso tomó una providencia. Me refiero a que toma el teléfono y pide instrucciones, y habla con quien contesta y le dice: “Mire, aquí, tenemos un señor que quiere hacer un trámite de invalidez, pero no trae ningún documento.”

El proceso fue larguísimo, porque cuando el ciudadano entra a una AFP y digita su RUT en el tótem, debe registrar a qué tipo de trámite va. Por lo tanto, cuando se sienta, la funcionaria le dijo que “este sería su tercer trámite.”, o sea, ella ya sabía. Posteriormente, la funcionaria le pregunta si era por vejez y él respondió que no, que era invalidez.

Si los intereses de la compañía de seguros y de la AFP están separados, ¿por qué? ¿Cuál es la razón de fondo? Podría ser que existan subpactos que no conocemos, como opinión pública; o sea, desde el punto de vista de control de siniestralidad, podrían ser todas las anteriores.

Entonces, como podrían ser todas las anteriores, quiero acceder a nuestra presentación para fijar puntos.

Algo que no conoce esta comisión es que los ciudadanos podemos escoger si hacer trámite de invalidez en nuestra AFP de afiliación o en un órgano del Estado, como el Instituto de Previsión Social (IPS), calificado y competente.

Nosotros cursamos dos trámites para afiliados de Cuprum en el IPS. De hecho, el trámite es el siguiente: voy, dejo mi mandato y el abogado de la dirección regional del IPS verifica que se ajuste al anexo N° 9 del compendio de norma, lo revisa y da el visto bueno y, posteriormente, usted puede pasar a las plataformas a iniciar el proceso de invalidez.

Nosotros iniciamos dos trámites solo para la AFP Cuprum en el IPS, los que hasta hoy están detenidos por esa AFP, porque habiendo aprobado los mandatos el abogado del Instituto de Previsión Social, el abogado de la AFP consideró que yo no estaba legalmente facultado para hacer el trámite en representación de la fundación; pero les quiero contar que soy el fundador, que además ejerzo la labor de presidente y, de hecho, nos acompaña el vicepresidente, quien está presente en la sesión.

Es de esos momentos cuando usted dice: “Esta gente se está inventando la rueda cuadrada.”, porque, en el fondo, lo único que querían y quieren es detener el procedimiento, pese a que se trataba de un procedimiento que ya había sido cursado. Es decir, no estábamos hablando de una solicitud que había que realizar, sino esa solicitud ya estaba realizada.

Bueno, se comunicaron con nosotros el viernes, este viernes, nuestros usuarios desesperados, porque estaban siendo acosados por esta AFP para firmar de nuevo la solicitud de invalidez. Les dije que yo me atengo a lo que me instruya el señor superintendente. Como fundación, no voy a autorizar. Ellos, como ciudadanos libres y soberanos, pueden decidir suscribir una nueva solicitud, pero esa no es nuestra postura, como fundación.

El procedimiento fue denunciado y está en proceso investigativo por lo que tengo entendido, dado que esta mañana comparecí en la superintendencia y no me entregaron una copia de un oficio relacionado, porque dicen que está en proceso de investigación.

Por eso mi pregunta es por qué en un proceso de investigación la industria quiere interrumpir la investigación por la puerta lateral. Es decir, se dice: “Usted me suscribe la solicitud y se acaba la falta.”

Por lo tanto, la postura de la fundación es que, primero, necesitamos el pronunciamiento del señor superintendente, para ver cómo esto continúa, pues la cobertura del seguro fue interrumpida por la AFP de manera arbitraria, en verdad, bastante antojadiza.

Al principio de la presentación, hay un documento.

Fuimos emplazados públicamente por el representante de la Fundación de Administración de Comisiones Médicas, en su participación del miércoles. Él dijo que escuchaba muy atentamente las exposiciones que se realizaban en la comisión y, por lo tanto, le quiero mandar un saludo cordial, porque nosotros también las escuchamos todas.

Dicho lo anterior, él hace un punto que no vamos a reproducir por un tema de tiempo, pero dijo que cuando una funcionaria pide documentos médicos podría tener dos lecturas: que está entorpeciendo el trámite o que sí quiere ayudar al trabajador.

¿Alguien de los presentes, sobre todo de los señores parlamentarios, alguna vez ha ido a una consulta traumatológica? Yo soy habitué, lo hago con frecuencia. Lo primero que pregunta el traumatólogo es si uno trae exámenes para correlacionar para informar las placas. Eso es lo primero, porque hay que ver si hay evolución de fractura, si hay huesos dañados, si hay lo que sea. Piden correlacionar.

Si me quiero hacer un juicio y quiero ser bondadoso y generoso en esto. Pido que se pueda ampliar la imagen para leer el punto dos de la recomendación que hacen las comisiones médicas, en una carta sellada, a los médicos interconsultores. Voy a dejar la presentación en poder de la comisión, entonces les puedo decir que dice que "no reciban exámenes, que no reciban placas". ¿Entiendo que eso es contrario a lo que se dijo en la sesión del miércoles?

Se instruye, mediante un sobre sellado, a los médicos no recibir exámenes, porque se plantea que lo que se quiere es una opinión veraz. Yo digo que la opinión es bastante menos veraz si usted no correlaciona el estado de salud de una persona, y eso se lo puede preguntar a cualquier persona ligada al mundo de la medicina en cualquier parte del mundo.

En el caso en cuestión, la funcionaria de la AFP nunca quiso ayudar al trabajador, porque el único objetivo que se fijó, desde que el trabajador entró, era detener el proceso de invalidez.

Esa carta que ustedes pueden apreciar, que se le envía a todos los trabajadores evaluados cubiertos, deja claramente establecidas las intenciones de una industria depredadora de los derechos de los trabajadores. Como está redactada esa carta no se tiene la intención de saber el verdadero estado de salud de la persona, sino más bien de hacer un informe sin tener todos los elementos de juicio para llegar a un juicio acabado del estado de salud de la persona.

El documento que está ahí corresponde a uno de nuestros representados, que está presente en esta Sala. Se trata de una persona de 38 años que ha sido operada cuatro veces de las caderas y dos veces de las rodillas, por los mejores especialistas de este país. Y el médico de la comisión recibió esa instrucción.

Entonces, por qué se viene a decir aquí que si se coopera con los exámenes es mejor, porque es posible que en ese contexto pudiesen tener un mejor juicio acabado para resolver y beneficiar al trabajador.

No quiero ofender a nadie, pero ese documento habla por sí solo.

Señores integrantes de la Comisión, hay un tremendo problema porque deben pronunciarse sobre el control de siniestralidad. Al respecto, el Congreso Nacional estaba enterado en 2016, porque yo fui quien ingresó el oficio por la Oficina de Partes.

Bajo esas características o circunstancias es un poco complicado decir que el control de siniestralidad no existe, que es el punto por el cual esta honorable comisión se deberá pronunciar.

Es más, voy a dejar un documento fuera, pero se lo podríamos hacer llegar. Ese documento data de 2006 y también fue ingresado al Congreso Nacional.

Ahora bien, en cuanto a las denuncias de control de siniestralidad esta Fundación recorrió toda la vía administrativa. De hecho, nuestra Fundación hizo llegar un volumen de alrededor de 2.500 páginas a la Comisión Investigadora por denegación de pensiones de invalidez, en las cuales constan oficios ingresados a toda la institucionalidad, desde la Presidencia de la República, en distintos periodos; Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en distintas administraciones; Subsecretaría de Previsión, Superintendencia de Pensiones y Superintendencia de Valores y Seguros.

Más aún, tenemos un oficio ingresado mediante el cual el señor Osvaldo Macías nos responde, como intendente de Seguros, a través de la SVS, por control de siniestralidad, y ni hablar de la cantidad de oficios ingresados a la Superintendencia de Pensiones, que van recorriendo toda la institucionalidad más algunos organismos extranjeros.

Hemos sostenido de manera sistemática que al controlar la siniestralidad y no reconocer los siniestros que eventual y efectivamente se producen existe una vulneración de derechos constitucionales, vulneración del derecho a seguridad social y violación a los derechos humanos. Así se lo hicimos presente al Instituto de Derechos Humanos en distintas épocas.

Hubiese sido conveniente que la comisión estuviera constituida en pleno, porque lo que se debe resolver acá es lo que ya está acreditado en correos electrónicos y que sobrepasa con creces el período que se pretende fijar como límite, el 2008.

Entonces, lo que mucha gente está esperando es un cambio de verdad en el sistema y no estos cambios que eventualmente podrían ser cosméticos, porque tuvieron que pasar alrededor de cuatro décadas para que los chilenos nos pudiésemos dar cuenta del comportamiento poco responsable –eso le dije en algún momento a un integrante de esta industria- con su propio giro.

De hecho, estamos tan convencidos de que el control de siniestralidad es bastante más contundente de lo que pareciera.

Sería bueno que se mostraran las tablas que trajo la propia industria, porque la fundación de administración de comisiones médicas es un híbrido raro para salir del ojo de la Superintendencia. Si revisamos las tablas que ellos trajeron, y que tan generosamente nos aportan porque son públicas, vemos que la línea azul, que corresponde a las solicitudes de calificación de invalidez, van subiendo conforme van bajando las del IPS, respecto de lo cual uno podría decir que cuadran las cifras porque el IPS va disminuyendo su número de afiliados cada vez que alguien se pensiona, y no van entrando nuevos, por lo tanto, es un desarrollo natural. Pero si los números de solicitudes de invalidez y el valor de las primas van al alza, es decir, el costo del seguro, por qué las pensiones de invalidez total cubiertas por el seguro van a la baja.

Eso es raro, extraño, porque si el número de solicitudes aumenta y el filtro es selectivo, podría hacer que también aumente el costo de la prima, pero año tras año sigue disminuyendo, y yendo a la baja, el número de pensiones de invalidez cubiertas y efectivamente pagadas.

Entonces, me muestran ese gráfico, y a ojo de mal ferretero diría que hay dos grupos esquilmados. Por una parte, los trabajadores, que reciben menos cobertura, porque el número de trabajadores a los cuales se paga es inferior que los años pasados, y por otra los empleadores, que deben pagar una prima mayor.

Lo normal sería que si sube la prima también aumenten las coberturas. Pero curiosamente sube el valor de la prima y bajan las coberturas.

Entonces, a mi juicio, hay dos grupos muy definidos y respecto de lo cual a lo menos uno podría pensar, bajo ese mismo gráfico, que están siendo esquilmados. Por lo mismo, insisto, y así se lo planteé en reunión por ley del *lobby* al propio superintendente, que está sentado a mi lado, se requiere una institucionalidad fuerte, se requiere menos presencia de industria y más supervigilancia sobre la industria por los influjos que tiene.

Para hablar de cambio al sistema de pensiones hay que pensar que debe liderarla quien naturalmente ostenta el cargo en la institucionalidad. Sin duda alguna, estudiaremos la propuesta que trae. De hecho, antes de comenzar, me acerqué y le anuncié al señor superintendente que le solicitaremos una nueva reunión por ley del *lobby*, pero siguen siendo insuficientes para enfrentar el tema que convocó a esta comisión, que es el control de siniestralidad.

Existiendo los correos electrónicos que salieron de los propios computadores, de la propia industria, que dan cuenta anualmente del control, se conjugaron todos los elementos necesarios para que los ciudadanos con propiedad y responsabilidad podamos solicitarle al señor superintendente las sanciones que corresponden y, créanme, para algunas no son multas, sino la caducidad de la personalidad jurídica porque concurren todos los elementos y porque, además, son faltas en condición de reiterado.

Por lo tanto, cursamos esa solicitud e ingresamos el oficio el lunes pasado al señor superintendente. Creemos que la ciudadanía, que seguramente verá la transmisión de la sesión, se preguntará cuál será el destino final de esa solicitud.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, queremos responder con la máxima precisión las consultas de los señores diputados, para que las conclusiones sean completamente fundadas. En vista de ello, solicito su autorización para que se incorporen el secretario técnico de la Comisión de Invalidez y jefe de nuestro Departamento Médico, señor Pedro Osorio, y el abogado a cargo de estos temas, señor Manuel Bustos, quienes podrán responder algunas de las preguntas formuladas. No quiero incurrir en alguna imprecisión en las respuestas. Por eso es importante que participen.

Nosotros, como superintendencia, investigamos y respondemos todas las denuncias o reclamos que recibimos, esa es nuestra política. Respondemos al año más de 100.000 consultas de los afiliados, por distintos tipos de materias.

Me referiré, en particular, a las sanciones cursadas a tres administradoras desde 2008 en adelante, por casos surgidos antes del 1 de julio de 2009, que es cuando se hace el cambio en la forma de financiamiento de seguros de invalidez y sobrevivencia. Eso está completamente acreditado en las resoluciones respectivas.

La denuncia que hicieron después la señora Vidal y la Fundación Valídame no estaba disponible cuando la superintendencia, en esa época, cursó las sanciones correspondientes.

En esa oportunidad se hizo una investigación a raíz de algunos reclamos de afiliados, los que se investigaron, se auditaron y se sancionó a tres administradoras, pero no tuvimos esa cadena de correos que

mencionó el señor Juan Carlos Pizarro, sino que tuvimos información mucho más parcial. No fue posible establecer que esa era una práctica a nivel nacional, sino solo de algunas agencias específicas.

Las multas que se pagaron están enteradas en la Tesorería General de la República. Todas las multas que se pagan están enteradas en ese organismo. Se pagan a la Superintendencia y esta las envía a la Tesorería. En eso no hay duda.

Señor Presidente, solicito que autorice a nuestro abogado, el señor Manuel Bustos, para que explique con mayor precisión cómo fue la investigación de esa época y por qué se llegó a sancionar a las AFP por algunas irregularidades en las agencias, prácticas que estaban ocurriendo a nivel nacional.

También que nos comente, hasta donde sea posible, la situación de los correos electrónicos; toda la cadena de antecedentes, luego de la denuncia de la señora Vidal y de la Fundación Valídame que volvimos a investigar.

Nos gustaría que el abogado comente sobre ese punto.

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, efectivamente, en 2008 se llevó a cabo regularmente la Fiscalización a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) por distintas vías: reclamos de los afiliados y visitas inspectivas a las agencias de las administradoras, que es donde se produce el trato con el afiliado y el trámite de pensión de invalidez; por tanto, es el lugar donde van los fiscalizadores a ejercer su función.

En esa oportunidad, efectivamente, se verificaron obstáculos a la presentación de la solicitud de pensión de invalidez, se fiscalizó, se abrieron expedientes investigativos y se sancionó.

La forma de fiscalización fue con lo que pudimos obtener.

Señorita Presidenta, hablamos de obstáculos a las personas cuando van a presentar su solicitud de calificación de invalidez. A la época, y con posterioridad, la Superintendencia no tuvo antecedentes como los publicados -son coetáneos a 2008 esos correos electrónicos-, no hubo denuncias de funcionarios de la administradora presentando, por ejemplo, correos y reclamando a la Superintendencia que estaban siendo sujetos de algún apremio en términos de controlar la siniestralidad o de controlar la presentación de solicitudes de calificación.

Entiendo que nos estamos circunscribiendo a la fiscalización y al control de siniestralidad del período 2008-2009. Si usted me pregunta sobre cómo se actuó en esa oportunidad, está a la vista y están las multas. Se trabajó sobre la base de la fiscalización que la Superintendencia hizo en terreno y de los reclamos que se recibieron, pero si en esa oportunidad se recibieron correos como los que se publicaron, en términos de que determinada administradora presionaba a sus trabajadores para control de siniestralidad como una política, no los hubo, al menos, no llegaron a la Superintendencia. Es decir, no hubo reclamos en ese sentido.

Es importante precisar y ratificar que solo el afiliado puede requerir pensión de invalidez.

Lo que ocurre con las Isapres -parece que genera algún grado de confusión- es que la antigua ley de Isapres, N° 18.933, establece a estas instituciones la facultad de solicitar la declaración de invalidez, si es un afiliado del nuevo sistema o del sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) a las AFP; si es un afiliado del Instituto de Previsión Social (IPS), a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), que son quienes finalmente evalúan las pensiones de invalidez de esos afiliados; por último, pedir la declaración de invalidez en casos calificados como dice la ley, pero no señala qué debe entenderse por caso calificado. En general, cuando las Isapres estiman que una patología pasa a ser irrecuperable, solicitan la calificación del trabajador, pero la calificación que pide la Isapre no va directamente de la Isapre a la Comisión Médica, sino que necesariamente debe ir de la Isapre a la AFP, y por norma de la Superintendencia de Pensiones, lo primero que debe hacer la AFP es notificar al afiliado que la Isapre está pidiendo su calificación de invalidez.

Necesariamente, como lo obliga la ley, la comisión médica debe iniciar el procedimiento de calificación de invalidez del afiliado y emitir un dictamen que produce efecto solo para la Isapre, no produce efectos de pensión de invalidez, porque el afiliado debe decidir si se agrega a este trámite de calificación con su solicitud de pensión -de modo que la comisión médica emita dictámenes para ambas solicitudes- o si sigue solo con el trámite de calificación de invalidez, que muchos afiliados hacen cuando entienden que la petición de la Isapre no tiene asidero y que quieren un período más amplio de su tratamiento médico o porque tienen una certificación de su tratante que indica que el procedimiento debiera ser más largo y mantenerse con licencia médica.

Preciso de nuevo: en el gráfico que se mostró aparece la sigla PBSI, Pensión Básica Solidaria de Invalidez; no hablamos de que las comisiones médicas califiquen también a los afiliados del IPS para pensión de invalidez del IPS; no es así, se trata de pensiones básicas solidarias, es decir, de personas que están incorporadas al sistema previsional vía pilar solidario, ley N° 20.255, que no tienen adscripción alguna a ningún régimen, no pertenecen a ningún régimen previsional.

Entonces, si cumplen las condiciones socioeconómicas y de invalidez, pueden acceder a la Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI). Ahora, en términos del número de pensionados por PBSI, tiende a mantenerse y a bajar, porque -como dijo hace un rato el señor superintendente- en este tipo de pensiones no hablamos de pensiones contributivas, sino de no contributivas, de personas que no tienen recursos ni pertenecen a un régimen previsional. En general, son personas con discapacidad, la mayoría con enfermedades congénitas, razón por la cual

el procedimiento de calificación es bastante más rápido, porque no requiere mayor objetivización en términos de pedir exámenes u otros antecedentes médicos. Es más o menos equivalente con la tasa de personas con discapacidad que existe en el país.

Señorita Presidenta, la ley utiliza el término que en casos calificados las isapres podrán requerir la calificación.

No se menciona cuáles son esos casos calificados y desde luego que la calificación queda a las instituciones de salud previsual, porque de ellas es la norma y está establecida en la Ley de Isapres.

El señor **MACÍAS** (Superintendente de Pensiones).- Señorita Presidenta, quiero complementar lo que dijo Manuel, porque la pregunta suya fue precisa respecto de si había más denuncias de control de siniestralidad.

Aquí, no hemos dicho que no existe control de siniestralidad, sino que nosotros dijimos que no ha habido denuncias de control de siniestralidad después del cambio de ley, que empezó a regir el 1º de julio de 2009, donde las denuncias de control de siniestralidad están desde el 30 de junio del 2009 hacia atrás. Eso fue lo que nosotros dijimos.

Cabe la posibilidad siempre que haya control de siniestralidad, y eso nosotros no lo hemos descartado, y permanentemente estamos fiscalizando esa situación.

Ahora hemos recibido denuncias de control de siniestralidad de parte de la Fundación Valídame contra la administradora Cuprum. Claro ahora la hemos recibido, pero esto es nuevo y nosotros estamos investigando al respecto.

Además, estamos ejerciendo acciones de fiscalización sobre las administradoras. En este punto lo estamos reforzando, no solamente sobre AFP Cuprum, sino también sobre otras administradoras.

También me gustaría señalar que en este período ha habido dos fallos de organismos competentes, que nos gustaría que quede en acta. Uno es de la Corte Suprema, por un caso de Iquique, y otro de la Fiscalía Nacional Económica.

Al respecto, pido a la señorita Presidenta que Manuel Bustos, nuestro abogado, explique esos dos importantes fallos, que también tienen que ver con casos que se han señalado acá.

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, en primer término, hicimos presente a la comisión, mediante oficio N° 7.273, de 25 de marzo, el fallo de la Fiscalía Nacional Económica, que se refiere en los términos como la señorita Presidenta lo ha manifestado.

En relación con las actuaciones de las comisiones médicas, la Fundación Valídame ha recurrido de protección en un par de casos. Uno de ellos, de un afiliado de Iquique, fue rechazado por la Corte de Apelaciones de Iquique, y la Corte Suprema, atendiendo una apelación, es categórica en señalar que las comisiones médicas, o esa comisión médica, en ese procedimiento, actuó con absoluto apego a la ley y al procedimiento que establece la norma.

Es importante ese fallo porque una de las alegaciones, que surgió en esta comisión, fue que las comisiones médicas dictaminan en breve tiempo las solicitudes de calificación de los afiliados, lo que también se entendía como que eso era un control de siniestralidad.

En ese sentido, la Corte Suprema es categórica en términos de que esto no debe entenderse separado sino que como un procedimiento que tiene distintas etapas. Tiene la etapa de presentación de antecedentes del propio afiliado y de su médico tratante; de las evaluaciones que se efectúan durante el procedimiento; del discernimiento que hace la comisión médica en sesión y del estudio que hacen de todo el expediente. De manera que la Corte Suprema señala que si las comisiones médicas pueden dictaminar en breve tiempo es precisamente porque el expediente está completo y se han agotado cada una de sus etapas.

En consecuencia, yendo al término de control de siniestralidad, está dado por la naturaleza, entiendo, de esta comisión, que se inició con la denuncia, que ya todos conocemos, y que de ahí parte el concepto o el término "control de siniestralidad", y de acuerdo con las indagatorias y a las investigaciones que ha hecho la superintendencia, en ese contexto o en esos términos, no habría evidencia ni denuncias de control de siniestralidad de esa naturaleza.

Distinto es que la comisión haya ampliado el mismo término para otras cosas, porque de acuerdo con las fiscalizaciones, cada vez que se produce un caso, y se fiscaliza en terreno, también se puede llegar a situaciones como una mala atención del trabajador de la administradora, el desconocimiento de la normativa por parte del mismo, lo que por cierto hay que fiscalizarlo, corregirlo e instruirlo a la administradora; pero no precisamente un control de siniestralidad en los términos en que se inició esta comisión.

El señor **MASTRANGELO**.- Señorita Presidenta, si me lo permite, efectivamente uno podría extender el control de siniestralidad a una variedad de situaciones.

Lo que parece estar claro es que antes de 2009, cuando empezó a funcionar el nuevo esquema del seguro, había una especie de control de siniestralidad sistemático, que fue investigado y sancionado con los antecedentes que tuvimos a la vista en aquella oportunidad.

Si hubiéramos tenido más antecedentes, podríamos haber hecho más; probablemente podríamos haber aplicado sanciones mayores.

Luego, aparecen estas otras situaciones que pueden tener que ver con el poder, porque no siempre es el mismo afiliado el que solicita la calificación de invalidez; a veces lo hace a través de otra entidad, como de un familiar o a través de una fundación.

Entonces, cuando la administradora recibe esos poderes, tiene que calificarlos; tiene que ver si efectivamente el poder que le llega está otorgado por el afiliado y se le dio un mandato suficiente para hacer lo que el representante o el mandatario intenta hacer a nombre del afiliado.

Cuando hay problemas puede haber errores, puede haber problemas en la acreditación del mandato, y eso también podría interpretarlo uno como que están tramitándolo, tal como decimos en el lenguaje diario.

Por cierto, eso es materia de norma y es materia de fiscalización. La superintendencia tiene un formato de poder que está en el compendio de normas del sistema de pensiones, pero también admite que se utilicen otro tipo de poderes, en que se incluyan otras cláusulas dentro de los poderes. Eso es materia de fiscalización.

Respecto del caso de la AFP Cuprum, a raíz de la denuncia que recibimos, la administradora fue oficiada, ya respondió, y estamos en proceso de análisis de su respuesta, de ver la validez que esa respuesta tiene para continuar con nuestra investigación.

Luego viene la parte de la solicitud, propiamente tal, cuando ya el afiliado va directamente o bien cuando el poder está calificado. Aquí, también se pueden presentar situaciones en que por error, por desconocimiento o por otra razón, pidan exámenes que la persona no tenga, o le pidan antecedentes que la persona no pueda aportar, y por eso se dilata el proceso de ingreso de la solicitud. Eso es materia de fiscalización.

Nosotros, en el programa de fiscalización del presente año y del año anterior, incluimos como riesgo el no tramitar oportunamente la solicitud de calificación de invalidez, porque entendemos que eso puede afectar en forma muy grave a la persona. ¿Qué significa que lo tengamos como riesgo? Que la AFP no solamente tiene la obligación de ejecutar el trámite conforme a las normas establecidas, es decir, carné de identidad y se va para la comisión, sino que además tiene que gestionar el riesgo de que se produzca un error en el proceso, de manera tal de lograr que en ningún caso haya un obstáculo para la solicitud de calificación. Eso es materia de trabajo de todos los días.

Como dijo el superintendente, no podemos descartar que esas prácticas existan, porque es parte de nuestro trabajo desconfiar, pensar que sí pueden existir y, por lo tanto, es necesario que hagamos el control, y cuando llegan denuncias, mal por los afiliados que padecieron el problema, pero bien porque estamos trabajando para mejorar las cosas.

Además, quiero referirme al tema de las primas. Nosotros podemos poner a disposición de la Comisión el comportamiento de las primas recaudadas y el gasto que efectuaron las compañías en el pago del siniestro. Para esto es importante tener en cuenta lo siguiente. La siniestralidad de este seguro se mide como porcentaje de las remuneraciones y rentas imponibles de los afiliados, porque el monto que tiene que pagar la compañía de seguros al afiliado, que se llama aporte adicional, depende de la remuneración promedio imponible de los últimos diez años del afiliado. La fórmula es más compleja, pero en simple eso es.

Entonces, conforme van aumentando las remuneraciones y la cantidad de afiliados cubiertos por el seguro el monto de prima también va subiendo. Por eso, las primas crecen a través del tiempo, porque aunque se mantuviera constante el número de pensionados, como los sueldos van subiendo, los aportes adicionales son cada vez mayores. Por esa razón la prima ya podría subir. Y lo que ha pasado en este último tiempo es que el número de solicitudes se ha incrementado y el porcentaje de esas solicitudes que son aprobadas se mantiene relativamente estable.

Por lo tanto, el número de nuevos pensionados por invalidez va subiendo en el tiempo, lo cual es distinto del total de pensionados por invalidez, porque como muy bien lo dijo el diputado, los pensionados también van falleciendo. Entonces, el total de pensionados por invalidez se alimenta de un flujo de nuevos pensionados por invalidez y se restan los pensionados que fallecen. Son dos estadísticas diferentes.

Nos gustaría poner a disposición de la Comisión algunos de esos números para clarificar los aspectos que no quedaron suficientemente claros.

El señor **MACÍAS** (superintendente de Pensiones).- En relación con las preguntas que quedan por responder quisiera señalar que lo que vemos hoy día es un aumento en el número de pensiones de invalidez. Se están pagando las pensiones de invalidez. Creemos que las pensiones de invalidez deben ser justas. O sea, deben pagárselas a quienes realmente estén inválidos, y en los casos en que no es así, no pagarlas.

Lo que no podemos aceptar es que se obstaculice el acceso a las pensiones de invalidez. Toda persona que quiere ser calificada no debe tener ninguna tramitación adicional, y debe permitirse su calificación. Luego, la evaluación debe ser la correcta, la técnica que efectúan los médicos.

Hay un par de cosas que se señalaron, que sería conveniente -si mal no entendí- homologar las evaluaciones de discapacidad con las de invalidez. También se indicó que había una denuncia o una presentación que efectuó la Fundación Valídame a la Contraloría en días recientes, y nos gustaría referirnos a ambos casos. En el primer caso es importante señalar cuál es el objetivo de ambas calificaciones; en el segundo caso, porque la

presentación tiene una denuncia grave y me gustaría, con los datos que hoy tenemos, contarles cuál es nuestra evaluación preliminar.

Para eso voy a dejar con la palabra al doctor Pedro Osorio, quien es especialista en estos temas en la Superintendencia.

El señor **OSORIO**.- Señorita Presidenta, con su venia voy a decir que la propuesta que pretende homologar la discapacidad con la incapacidad laboral tiene sus bemoles, puesto que en Chile la discapacidad tiene una ley, la N° 20.422, que apunta a la inserción social de las personas con discapacidad. Para tal efecto establece que esa discapacidad tiene que ser calificada o certificada por las Compin a nivel nacional.

Para eso las Compin se centran en una evaluación que está basada en la calificación internacional de la funcionalidad y en un instrumento que definió el Ministerio de Salud en su momento, que es el Ivddec, que chequea varios puntos para determinar la discapacidad de la persona.

Ocurre que la aplicación del instrumento da lugar a un porcentaje de discapacidad que tendría la persona que está siendo evaluada, pero la misma ley establece que esa discapacidad puede ser de carácter transitorio o permanente. Luego, los criterios que ahí se aplican son bastante diferentes de los que establece el decreto ley N° 3.500, en las normas técnicas que manejamos para la evaluación de la invalidez, puesto que acá se trata de identificar a la persona que por una incapacidad de carácter permanente no está en condiciones de trabajar. Luego, de acuerdo con esta normativa, que es un baremo que identifica distintas categorías de porcentajes de los impedimentos configurados, permite identificar la incapacidad que tiene la persona, y como la ley establece que esa incapacidad tiene que tener a lo menos un 50 por ciento de menoscabo global para invalidez parcial, y mayor a dos tercios para total, ocurre que en algunas circunstancias las personas que están enfermas han completado sus terapias y sus tratamientos, sin embargo, de acuerdo con el baremo no califican en este 50 por ciento, sino que acceden, por ejemplo, a un 20 o 25 por ciento de discapacidad, lo que de acuerdo con la ley no les permite acceder a la pensión.

Esa es una modalidad que está definida en la Comisión Técnica de Invalidez, que precisamente apunta a tener un sistema que sea reproducible, es decir, que ante un mismo caso, en distintas circunstancias, los médicos que trabajan en el sistema pueden decir si corresponde 25, 30 o 70 por ciento, según sea el caso.

Creemos, de acuerdo con nuestra experiencia, que esta modalidad cumple su objetivo, que permite tener un criterio imparcial y lo más subjetivo posible para identificar el impedimento que está configurado como irreversible y poder calificarlo con el porcentaje que le corresponde.

Eso es muy distinto a lo que se establece en la ley de la Discapacidad, porque los parámetros son totalmente diferentes, de manera que en las condiciones actuales no es posible homologarlo, a nuestro juicio.

Por otro lado, está el tema que la Presidenta mencionó al principio respecto de un caso donde un profesional interconsultor del sistema habría eventualmente cambiado de opinión en un período que nosotros hemos estimado en alrededor de un año y cuatro meses, aproximadamente, donde en una primera circunstancia este médico interconsultor habría actuado como médico tratante de un afiliado que solicitó la evaluación de invalidez.

Nos remontamos a los documentos que existen de respaldo para ello y observamos que en septiembre de 2016 el médico interconsultor, de especialidad internista y reumatólogo, actuó como médico tratante extendiendo un certificado de condición de discapacidad de la persona. El primer certificado era el CAMI, que es el certificado de antecedentes médicos de invalidez. El segundo era su recetario, con una nota referida a la patología.

Entre otras patologías, este afiliado tenía fibromialgia, junto con otros inconvenientes de salud. Ese certificado se emitió el 2016, y el afiliado inició su trámite de invalidez en enero de 2017.

Lo primero que revisamos es que en el expediente de 2017 no consta la presencia de esa certificación. No está presente. El afiliado presentó otra documentación para solicitar la invalidez.

En 2018 presentó otra solicitud de calificación de invalidez, donde el mismo médico que había emitido ese certificado el 2016 actuó ahora como médico interconsultor del sistema, y fue derivado por la comisión médica precisamente para ser evaluado desde su perspectiva de la especialidad.

Lo primero que habría señalar es que en el primer certificado él anota, la Fundación Valídame señaló que el médico habría expresado fibromialgia severa, depresión y otras cosas.

Sin embargo, de la revisión minuciosa del documento se observa que no dice eso, sino fibromialgia secundaria a trastorno depresivo, que no es lo mismo que decir fibromialgia severa, porque hay una condición en la que el médico expone ahí que habría una asociación de la condición de salud del paciente a un trastorno depresivo que estaba en tratamiento.

Y en el otro certificado que se acompaña del recetario, se lee: al señor médico del consultorio solicito derivar a reumatología para mayor profundización en la evaluación de la fibromialgia.

En otras palabras, en esa oportunidad, el médico, actuando como tratante, puso lo que observó en el paciente, pero no catalogó la fibromialgia como severa, como se desprende de lo que mencioné recién.

Luego, en la evaluación de 2018 actuó como interconsultor y luego del análisis técnico concluyó que no estaban las condiciones para configurar el síndrome fibromiálgico porque no cumplía todos los requisitos del

tratamiento que se requería. Pasó aproximadamente un año y cuatro meses, desde la primera observación que hizo este médico hasta la segunda que hizo en el proceso de invalidez.

La normativa que impone la superintendencia establece que el médico debe inhabilitarse para evaluar a un paciente cuando actúa como médico tratante. Sin embargo, la norma establece explícitamente que esa condición debe darse a lo menos cuando haya transcurrido menos de seis meses desde la última evaluación.

En este caso, no tenemos ningún antecedente que revele que el médico haya sido tratante con posterioridad a 2016. Entonces, pasaron mucho más que seis meses, por lo cual no tenía para qué inhabilitarse, porque no sería médico tratante al año y cuatro meses después, cuando le correspondió evaluarlo.

De todas maneras, para tener mayor claridad, desde la superintendencia le hemos enviado un oficio al presidente de la comisión médica regional de La Serena, en donde actúa el interconsultor mencionado, solicitándole que le pida al mismo interconsultor un informe detallado que explique esta situación, porque no tenemos más antecedentes que los mencionados, y queremos verificar si ha continuado como tratante del caso. A nuestro entender pareciera que no, porque, de lo contrario, nos hubieran respondido que era un tratante reciente y no fue así.

En definitiva, no habría ninguna inhabilidad y el proceso natural de evolución de las patologías pudiera dar lugar a un cambio de opinión en una circunstancia determinada, hace un año y tanto atrás, a la data actual.

Es un tema que nos preocupa, en el sistema, cuando evaluamos a las personas, porque nuestra normativa, en el capítulo de introducción, establece específicamente cuándo un implemento se considera como configurado, es decir, que reúne las características propias de un caso que no tiene posibilidad de ser revertido. Uno de ellos es que el paciente haya culminado todos los procesos de tratamiento que el estado del arte médico establece o los protocolos médicos definen. Explícitamente, en uno de los párrafos de la configuración se establece: los tratamientos a los que haya accedido o a los que tenga acceso, de manera tal que si se tiene duda respecto de la accesibilidad de un paciente a un tratamiento determinado, se tiene que instruir un peritaje sociolaboral para verificar en terreno, en la fuente misma donde podría atenderse la persona, si existe la disponibilidad de las terapias que se están requiriendo, ya sean de carácter médico o quirúrgico.

De ahí surge la información entregada por el perito sociolaboral, que dice que la persona requiere de una cirugía determinada, y aunque está inscrito en la lista de espera, la posibilidad de tratarse es dentro de tres años, por dar un ejemplo. En esa circunstancia, la comisión –de acuerdo a todos los parámetros que manejamos- debe declarar como configurado el impedimento porque no hay posibilidad real de un tratamiento en un periodo razonable. Por lo tanto, lo configura y luego lo califica en el porcentaje que le corresponda de incapacidad.

El señor **PIZARRO**.- En cuanto a los recursos de protección perdidos, le tengo que informar a la superintendencia que solo eran exploratorios. Coincidimos con la Corte en que deben ser procesos de juicio de lato conocimiento. Nos asiste el legítimo derecho de recurrir a la justicia civil porque, curiosamente, tratándose de uno de los recursos del señor que le extirpan el estómago por un cáncer y que desarrolla una serie de patologías concomitantes, habiendo el interconsultor de la superintendencia, en el primer proceso, en 2016, considerado que tenía tres patologías en Clase III, rango alto, cuando pedimos el expediente, no existía. ¿Dónde lo encontramos? En la Corte. Los propios peritos a los que fue sometido el proceso de este trabajador, consideraban que él era inválido total, porque no tiene estómago, porque desarrolló un cáncer, porque le sacaron los ganglios adyacentes y porque además desarrolló alrededor de cinco o seis patologías concomitantes.

Dicho eso, los fallos de las Cortes se acatan y es lo que vamos a hacer, pero no significa que no vayamos a pedir responsabilidades ante la justicia civil, porque aquí algo ocurrió, pero no se nos ha dado respuesta sobre la desaparición del informe, que aparece cuando la Corte pide los antecedentes.

Cómo es posible que una persona que no tiene estómago, en un primer proceso de invalidez, ni siquiera aparece, pero ingresamos el recurso de protección, ingresamos con el segundo proceso e inmediatamente aparece como primera opción de patología. Entonces, el procedimiento tiene sus rarezas. Lamentablemente no tenemos más tiempo para explayarnos.

Pero entendemos que los fallos se acatan, y también que le haremos caso a la Corte, porque hay responsabilidades en este proceso. De hecho, está en curso el proceso, porque le hicimos caso a la Corte, que plantea que hay cosas pendientes que hacer. Hicimos un tercer proceso de invalidez. La comisión regional le otorgó la invalidez total para un trabajador que no tiene estómago, afectado por cáncer. Además, no se menciona, en ninguno de los procedimientos, las consecuencias que tiene la quimio y la radioterapia en las personas. No existe nada, aunque hay oncólogos prestigiosos que se pronuncian sobre la materia.

Entonces, el trámite está en curso y las cuatro compañías de seguros apelaron, como era de esperar. Creemos que es uno de los grandes abusados y uno de los casos que abrió esta vorágine de oficiar a distintas instituciones, producto de que la situación del trabajador es brutal.

En el último caso que menciona el doctor Osorio, hay un tema que tiene que solucionar el señor superintendente. Está presente una funcionaria de 28 años de una AFP. Cuando los trabajadores se presentan a hacer su trámite y mencionan el listado de patologías que tienen, el sistema computacional de las AFP no permite registrar todas las enfermedades, porque no hay espacio suficiente. Es un tema que tienen que solucionar.

Y en el caso particular de este reumatólogo, los CAMI o certificados de antecedentes médicos de invalidez de la AFP Habitat son foliados. Habría que preguntarle a esa AFP por qué no ingresó toda la información. Le aseguro que el número de certificados es superior a uno, y están en nuestro poder. Están foliados, son números continuos. Tal vez, ahí está la respuesta a la inquietud que usted tiene. De hecho, el CAMI, al final, dice: agravamiento de la patología. A esto no tengo más que agregar, lo demás se verá en las instancias que corresponda.

Sería conveniente que revisaran los casos de don Miguel Tapia Montalván, profesor fallecido, y de don Julio Ávalos, también fallecido, ambos pacientes del mismo doctor. Revisen esos expedientes. No es solo un caso.

Cuando el diputado Nino Baltolu pregunta respecto de la cantidad de casos, no es necesario enviarle la cifra, porque esa información fue sacada del compendio de INE, de 2018; información otorgada por la Superintendencia de Pensiones, en relación con las pensiones solicitadas, efectivamente cubiertas y pagadas por el seguro. Cabe mencionar que ni siquiera se mantiene plana la estadística, sino que va decreciendo. Según el INE, en 2017, la cifra llegó a 3.568, para ser exacto, lo que coincide con la información que tiene la Superintendencia de Pensiones en su página web.

¿Señor Mastrangelo, sería usted tan amable de facilitarme el computador, para mostrar el gráfico?

El señor **PIZARRO**.- 2014, 2015, 2016 y 2017. Si el número de solicitudes de pensiones de invalidez va *in crescendo*; si el costo de la prima va *in crescendo*, no entiendo la razón por la que la cobertura va bajando. No es comprensible.

V.-LISTADO DE OFICIOS DESPACHADOS Y RESPUESTA RECIBIDA POR LA COMISIÓN EN EL MARCO DE SU INVESTIGACIÓN.

Durante el ejercicio de su cometido la Comisión ha despachado los siguientes oficios, formulando las consultas o requiriendo la información que a continuación se detalla con sus respectivas respuestas, que se encontrarán disponibles en el siguiente hipervínculo:

Oficio N° y fecha	Destinatario	Materia	Respuesta
07 Nov 2018 N° 3	Jefe Redacción de Sesiones	Solicita taquígrafos.	Afirmativa
07 Nov 2018 N° 04	Director BCN	Acordó solicitar al señor Director de la Biblioteca del Congreso Nacional, designe a un asesor para que apoye la labores de la CEI 16.	Respuesta recibida el 19/11/2018
19 Nov 2018 N° 07	Superintendente Pensiones	Se acordó formular las siguientes consultas: .- Opinión acerca de los vínculos de las compañías de seguros con las Administradoras de Fondos de Pensiones, como también los vínculos de dichas compañías de seguros con la Superintendencia de Pensiones, y nómina de esas Compañías. .- Nómina de médicos financiados por las compañías de seguros que intervienen en el proceso de recepción, análisis y resolución de	Respuesta entregada en sesión del 26/11/2018 por el señor Superintendente, quien señaló que vía oficio se responderían consultas 2 y 3 de oficio 7 (listado médicos de Cías. de seguros y listado de interconsultores). Respuesta recibida en sesión de 21/01/2019 (médicos Cías. de Seguros).

		<p>las solicitudes de pensiones de invalidez, y el rol que tienen en este proceso</p> <p>- Nómina de los quinientos médicos especialistas interconsultores.</p> <p>- Montos y modalidades de los pagos que reciben los médicos de las compañías de seguros a nivel de Comisión Médica Central.</p> <p>- Motivos médicos que llevan al rechazo de las solicitudes de pensiones de invalidez; cuáles son las enfermedades en que se producen tales rechazos; cuáles son las variaciones históricas de dichas enfermedades y si se trata de enfermedades mentales o no ; en general estadísticas en torno a los motivos por los cuales se acoge, rechaza o se rebaja una solicitud de pensión de invalidez, como también quiénes son los que intervienen en la rebaja y rechazo de las pensiones de invalidez y los vínculos de éstos con las compañías de seguros.</p> <p>- Cómo se financia el funcionamiento de las Comisiones Médicas y funcionarios que deciden la suerte de las solicitudes de pensiones</p> <p>- Cuáles son las estadísticas médicas regionales en cuanto a las causales de solicitud de invalidez y sus resultados, con las diferencias que existen en cada una de las regiones respecto al otorgamiento de pensiones de invalidez, en particular respecto al tipo de enfermedades a que se refieren, y el destino que tuvieron las apelaciones respecto a cada enfermedad.</p>	<p>Respuesta recibida en sesión de 21/01/2019 (interconsultores).</p>
<p>26 Nov 2018 N° 08</p>	<p>Dir. BCN</p>	<p>Informe consistente en una evaluación de la modalidad de pensiones de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad, considerando número de beneficiados, cuantías, modalidades y también la normativa que se aplica en caso de pensiones de invalidez</p>	<p>Respuesta recibida el 17/12/2018 Biblioteca del Congreso Nacional: entregó informe encargado sobre sistema de pensiones de fuerzas armadas y de orden y seguridad.</p>

17 Dic 2018 N° 09	Superintendente Pensiones	<p>Información sobre:</p> <p>a) Listado de funcionarios directivos de esa Superintendencia de Pensiones que antes de desempeñar dichas funciones, hayan laborado en compañías de seguros y/o administradoras de fondos de pensiones. Como también, listado de funcionarios directivos de esa Superintendencia que al dejar sus cargos pasaron posteriormente a trabajar en compañías de seguros y/o administradoras de fondos de pensiones.</p> <p>b) Número de afiliados de administradoras de fondos de pensiones que han contratado rentas vitalicias con compañías de seguros relacionadas con la administradora de fondos de pensiones en la cual cotizaba el afiliado.</p>	<p>Respuesta recibida el 07/01/2019</p> <p>Respuesta recibida el 04/03/2019</p>
22 Ene 2019 N° 10	Pdta. Cámara de Diputados	Solicitar ampliar el plazo de funcionamiento de la Comisión por 30 días, a contar del 12 de marzo próximo.	Respuesta afirmativa recibida en sesión de 04/03/2019
22 Ene 2019 N° 11	Superintendente de Pensiones	<p>Acordó solicitar información respecto:</p> <p>1) Casos en los cuales la División de Comisiones Médicas y Ergonómicas ordena sean revisados por la Comisión Médica Central y Comisiones Médicas Regionales, se solicita se informe cuántos casos son anualmente (los últimos cinco años) desagregados por Comisión Médica Central y Regionales, y cuáles son los principales argumentos para que se proceda a esta revisión.</p> <p>2) En relación con el síndrome fibromiálgico:</p>	Respuesta recibida sesión 04/03/2019
22 Ene 2019 N° 12	Superintendente de Pensiones	Acordó solicitar informe sobre ex trabajadora de la Administradora de Fondos de Pensiones Provida (Alejandra Vidal).	Respuesta recibida el 04/03/2019
22 Ene 2019 N° 13	INE	Acordó solicitar a Ud. informe a la Comisión lo siguiente: estadísticas acerca de las expectativas de vida de las personas en nuestro país (divididos por género) y por estado civil de casado, soltero y viudo.	Sin Respuesta
22 Ene 2019 N° 14	Superintendente Seguridad	Acordó solicitar informe trabajadores con pérdidas de	Sin Respuesta

	Social	gananciales, etc.	
22 Ene 2019 N° 15	Pdte. Comisión para el Mercado Financiero	Acordó solicitar informe a la lo siguiente: de conformidad con la ley N° 20.255 se procede a licitar a las compañías de seguros la adjudicación de seguros de invalidez y sobrevivencia para cada Administradora de Fondo de Pensiones, de manera que la cotización SIS va a la compañía adjudicataria. Al respecto se solicita tenga a bien informar, desglosado por compañía de seguros y por los últimos cinco años, cual es el remanente que anualmente queda para cada compañía adjudicataria de este seguro, en contraposición a lo que desembolsan en el mismo período por el pago de estas pensiones	Sin Respuesta
22 Ene 2019 N° 16	Superintendente de Pensiones	Acordó solicitar informe lo siguiente: los motivos por los cuales en las resoluciones relativas a concesión de pensión de invalidez se hace referencia a una "Asociación Gremial de Aseguradoras de Chile" como entidad que se hará cargo del seguro, y no se individualiza directamente a la compañía aseguradora que se adjudicó el seguro respectivo.	Respuesta recibida en sesión 04/03/2019
06 Mar 2019 N° 17	Superintendente de Salud	Informe número de personas que se encuentran habilitadas para comprar y emitir talonarios de licencias médicas a lo largo de todo el país, remitiendo una nómina, desglosada por regiones, de aquellas que han sido sancionadas por haber incurrido en conductas fraudulentas, ilegales o abusivas, en los términos que establece la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas. Asimismo se solicita indicar cuáles son los mecanismos que existen para prevenir y detectar este tipo de situaciones.	Sin respuesta
06 Mar 2019 N° 18	Superintendente Seguridad Social,	Compra y emisión de licencias médicas.	Respuesta recibida el 06/05/2019
Mar 2019 N°19	Superintendente Salud	Informe datos estadísticos que permitan determinar el porcentaje de casos en que las Instituciones de Salud Previsional, habiendo solicitado a la Comisiones de Medicina Preventiva la	Sin Respuesta

		declaración de invalidez de un paciente que se encuentra con licencia médica ha rechazado, en forma paralela, el pago de dichas licencias. Asimismo, se solicita informar los porcentajes de apelaciones deducidas en estos casos, tanto por los afectados como por las Instituciones de Salud Previsional, respectivamente.	
06 Mar 2019 N° 20 Asimismo, se solicita informar los porcentajes de apelaciones deducidas en estos casos, tanto por los afectados como por las Instituciones de Salud Previsional, respectivamente.	Coordinadora COMPIN	Informe datos estadísticos que permitan determinar el porcentaje de casos en que las Instituciones de Salud Previsional, habiendo solicitado a la Comisiones de Medicina Preventiva la declaración de invalidez de un paciente que se encuentra con licencia médica ha rechazado, en forma paralela, el pago de dichos instrumentos.	Sin Respuesta
14 Mar 2019 N° 22	Vice Pdte. Ejecutivo Asociación de Aseguradores de Chile	Solicita informe afiliados para efectos del seguro de invalidez y sobrevivencia, se encuentran inscritos o cubiertos por las Cías. aseguradoras: Sura, Principal, Cámara, Confuturo, Corpseguros y Metlife.	Respuesta recibida el 01/04/2019
2 de abril de 2019 N°23	Superintendente de Salud	Remite copia de oficio N° 64-C 2019 de Fundación Valídame, diagnóstico contradictorio de medico caso Francisco Gahona.	Sin respuesta
2 de abril de 2019 N°24	Presidenta de Colegio Médico	Remite copia de oficio N° 64-C 2019 de Fundación Valídame, diagnóstico contradictorio de medico caso Francisco Gahona.	Sin respuesta
03 Abr 2019 N° 25	Superintendente Pensiones, don Osvaldo Macías	Distribución AFP Modelo. Motivos distribución anómala.	Respuesta recibida el 06/05/2019
03 Abr 2019 N° 26	Claudio Reyes, Superintendente de Seguridad Social	Información respecto distribución hombres y mujeres. La Comisión acordó oficiar con el propósito de que informe acerca de la efectividad de estos datos y los motivos por los cuales se produciría esta distribución anómala.	Respuesta recibida el 15/04/2019
03 Abr 2019 N° 27	Superintendente de Salud	Acerca de fiscalizaciones efectuadas de año 2017 a la fecha	Sin respuesta
9 de abril de 2019	Ministro de Salud	Se le remite copia resolución N° 979 de la Corporación	Sin respuesta

N° 28		relativa a fibromilagia y respuesta a la misma oficio 4498 de Ministerio de Salud de 24.11.17, consultando si se ha cumplido lo señalado en el anterior oficio.	
9 de abril de 2019 N° 29	Presidenta de Colegio Médico	Se le remite copia resolución N° 979 de la Corporación relativa a fibromilagia y respuesta a la misma oficio 4498 de Ministerio de Salud de 24.11.17.	Respuesta recibida el 13.05.19
10 Abr 2019 N° 30	Pdte. Asociación Gremial de Administradoras de Fondos de Pensiones	Cifras relativas al número de pensiones de invalidez cubiertas por Seguro de Invalidez (SIS) según tramo de edad, sexo y administradora de fondos de pensiones (AFP) en Chile, primer trimestre de 2018, conforme con datos proporcionados por la Superintendencia de Pensiones.	Respuesta recibida el 06/05/2019
10 Abr 2019 N° 31	Superintendente de Pensiones	Informe a esta Comisión acerca de los tiempos que ocupa el proceso de las solicitudes de pensión de invalidez (SIS). Años 2017 y 2018, separando entre el tiempo que ocupa en los casos procedentes de Administradoras de Fondos de Pensiones, de los procedentes del Instituto de Previsión Social (IPS), etc.	Respuesta recibida el 06/05/2019
10 Abr 2019 N° 31-B	Decano Medicina U. Católica	Mediante oficio N° 4498, de 24 de noviembre de 2017, Remite copia de la resolución N° 979 de la Cámara de Diputados, de 25 de octubre de 2017, dirigida a la Ministro de Salud de la época, en el cual se solicitaba, se reconociera a la fibromialgia como enfermedad invalidante. Consulta su opinión al respecto	Respuesta recibida el 07/05/2019.
10 Abr 2019 N° 32	Decano Medicina U. Valparaíso	Mediante oficio N° 4498, de 24 de noviembre de 2017, Remite copia de la resolución N° 979 de la Cámara de Diputados, de 25 de octubre de 2017, dirigida a la Ministro de Salud de la época, en el cual se solicitaba, se reconociera a la fibromialgia como enfermedad invalidante. Consulta su opinión al respecto	Sin respuesta
10 Abr 2019 N° 33	Decano Medicina U. Concepción	Mediante oficio N° 4498, de 24 de noviembre de 2017, Remite copia de la resolución N° 979 de la Cámara de Diputados, de 25 de octubre de 2017, dirigida a la Ministro	Sin respuesta

		de Salud de la época, en el cual se solicitaba, se reconociera a la fibromialgia como enfermedad invalidante. Consulta su opinión al respecto	
10 Abr 2019 N° 34	Presidenta Colegio Médico	Se le remite respuesta Superintendente de Pensiones sobre tiempo promedio que se ocupa en cada una de las etapas de solicitud de pensiones de invalidez (Oficio N° 4498 de 24.11.19).	Oficio informativo

VI.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS RECIBIDAS:

Diputada señora Gael Yeomans

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 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

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

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 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

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.

de las autoridades estatales que de 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 Supervivencia, 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. Se exigía, entre otras cosas, formularios específicos de cada AFP firmados por el médico tratante y otros documentos que dificultan el acceso al procedimiento; a instancias que el decreto ley N° 3500 solo exige la cédula de identidad del solicitante para dicho trámite.

La Superintendencia de Pensiones, en la segunda sesión de esta comisión, 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.

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 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.
- d) 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.
- e) 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 de edad.

Propuestas legislativas para la Comisión Investigadora

- 1) Modificar el artículo 11 bis del DL.3500, para suprimir la participación del representantes 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 definir un nuevo mecanismo de integración.
- 2) Establecer un mecanismo de inhabilidad temporal para que personas que han ejercido cargos de Superintendente de Pensiones o directores de algunas de las unidades jerárquicas técnicas encargadas de la fiscalización, pueda ser contratado por las Aseguradoras de Fondos de Pensiones o Compañías Aseguradoras que participan del sistema.
- 3) Envió de un proyecto de ley que establezca un nuevo sistema de financiamiento público para la Superintendencia de Pensiones y las comisiones médicas y médicos interconsultores, que termine con el subsidio al sistema que hacen las AFP y que les permite tener control administrativo del sistema de pensiones de invalidez.
- 4) Modificar los artículo 59 y 59 bis del DL 3500, 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. Establecer normativamente un procedimiento especial, con plazos acotados para solicitudes de calificación de invalidez en casos graves y urgentes.
 - e. Reformular la figura del médico asesor del afiliado, y sustituirla por una comisión asesora del afiliado, con profesionales interdisciplinaria que pueda acompañar a los afiliados que lo soliciten, asesorar en su procedimiento de calificación de invalidez, y eventuales apelaciones.
- 6) 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.

Diputado señor Ramón Barros

COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE INVALIDEZ (CTI)

Estructura actual de la Comisión Técnica de Invalidez(CTI)

- La Comisión Técnica para la calificación de los afiliados al sistema de pensiones está compuesta de la siguiente forma:
 - El Superintendente de Pensiones (Presidente)
 - El presidente de la Comisión Médica Central
 - Un representante de las AFP
 - Un representantes de las compañías de seguros que financian el SIS
 - El decano de una facultad de medicina
- Los representantes de las AFP y las compañías de seguros son elegidos por sus representadas y el decano es designado por el Consejo de Rectores.
- La ley no establece requisitos específicos para los integrantes, ni periodos de duración en sus cargos. El Presidente de la CMC por ley debe ser médico.

Estructura propuesta CTI

- Modificar estructura de la CTI, de modo de lograr una mayor especialización médica intersectorial al interior de ésta:
 - Mantener la composición actual, aumentando a siete el número de integrantes de la Comisión.
 - Agregar a un médico representante del sector público de salud, designado por el Ministerio o la Superintendencia de Salud (idealmente con conocimiento en redes asistenciales para efectos de la evaluación de configuración del impedimento).
 - Agregar a un médico representante de la Superintendencia de Seguridad Social con conocimiento en enfermedades de origen común que constituyen principales

causas de licencias médicas y conocimiento de enfermedades o patologías de origen laboral.

– Modificar la designación del Decano de una de las facultades de Medicina, por un Médico designado por los Decanos de las facultades de Medicina del CRUCH.

– Establecer la exigencia de que todos los integrantes de la Comisión, a excepción del Superintendente de Pensiones, tengan la calidad de Médico Cirujano.

Dieta miembros CTI

- Se propone una dieta para los miembros designados por el consejo de rectores y para el presidente de la CMC.

- La dieta sería de 17 UTM por sesión en la que participen, con un máximo de 34 UTM por mes calendario. Estos montos son equivalentes a los que actualmente perciben los miembros del Consejo Técnico de Inversiones establecido en el DL N° 3.500.

- La dieta sería pagada por la Superintendencia de Pensiones, con cargo a su presupuesto.

Funcionamiento CTI

- La Comisión deberá sesionar un mínimo de tres y un máximo de seis sesiones al año, la que por decisión del Presidente de la misma, en atención a necesidades de un mejor servicio, podrá ser aumentada a nueve sesiones al año.

- El quórum para sesionar será de cuatro integrantes y para la adopción de los acuerdos de cambio de las Normas, será de cinco miembros.

- Los miembros deberían durar 4 años en el cargo, con posibilidad de reelección, con un máximo de 8 años.

- Se propone fortalecer el rol de la CTI, permitiéndole requerir estudios y trabajos de investigación, relacionados con su quehacer, para lo cual será necesario asignar un ítem presupuestario a esta Superintendencia.

SUPERVISIÓN DE LAS COMISIONES MÉDICAS

Esquema actual de supervisión CM

- La Ley establece la supervisión administrativa de las CM por la SP:

«Supervisar administrativamente las Comisiones Médicas Regionales y Central e impartir las normas operativas que se requieran para calificar la invalidez. Asimismo, controlar que las Comisiones Médicas den debido cumplimiento a las funciones que les correspondan, pudiendo siempre determinar el número de Comisiones que debe funcionar en cada Región, impartir instrucciones acerca de su equipamiento y requerir a dichas Comisiones la información necesaria para su adecuada fiscalización.» (art.94)

- Por otra parte, la ley establece la obligación de las AFP de administrar las CM, además de tener que financiar su funcionamiento, esto último en conjunto con el IPS. Para el efecto las AFP mandataron primero a la Asociación Gremial (Gerencia de Operaciones) y actualmente constituyeron una Fundación de Administración de las Comisiones Médicas. Si bien la Superintendencia fiscaliza a las Comisiones Médicas en tanto órganos evaluadores. Requiere establecer expresamente su facultad de fiscalizar a este ente administrador creado por las AFP.

Esquema propuesto de supervisión CM

- Con el objeto de fortalecer la supervisión de la entidad encargada de administrar las CM. Se propone un cambio legal que obligue a las AFP a constituir una sociedad anónima de giro exclusivo para efectos de esta administración.
- Siendo esta sociedad complementaria al giro, sería regulada y fiscalizada por la SP, pudiendo así incorporar una supervisión en base a riesgos de la citada sociedad.
- De igual modo establecer expresamente la facultad de la SP de aplicar sanciones a dicha sociedad, pues actualmente tendría que hacerlo respecto de todas las AFP.

MÉDICO ASESOR DEL AFILIADO

Normativa actual respecto del médico asesor

- La figura del médico asesor del afiliado se incorporó en la legislación con el objeto de que fuera un contrapeso al médico observador de las compañías de seguros en los casos de afiliados cubiertos por el SIS.
- La ley establece que el afiliado debe presentar los antecedentes médicos que fundamenten su solicitud ante un médico asesor, quién determinará si la solicitud de invalidez está debidamente fundada. De ser éste el caso, el afiliado tiene derecho a asesoría sin costo durante el proceso de evaluación.

Modificación propuesta

- Dado el número limitado de médicos asesores y el volumen de solicitudes, se requiere que la entrevista pueda ser efectuada en cualquier momento del proceso siempre que se realice con anterioridad a la presentación del caso en sesión y se elimine la función de determinar si la solicitud está o no fundada, puesto que en la generalidad de los casos que el Asesor considera no fundados, los afiliados continúan el proceso sin asesoramiento. La idea es potenciar precisamente el rol asesor para el afiliado que es la naturaleza de su función.
- Se otorgará al médico asesor la representación del afiliado para efectos de presentar apelaciones a los dictámenes rechazados y para la presentación de descargos en contra de apelaciones de las compañías de seguros, para que pueda en estos casos ejercer su asesoría sin la necesaria concurrencia del afiliado.

OTROS CAMBIOS LEGALES

Otros cambios legales propuestos

- Se propone eliminar prohibición que tiene las CM de entregar copia de los expedientes de cada caso al afiliado. Actualmente solo se permite la entrega de copias del expediente cuando el dictamen está ejecutoriado y con autorización de la Comisión Médica Central. Se permitiría así la entrega del expediente al afiliado apenas emitido el dictamen, durante el plazo de apelación, con autorización del Presidente de la CMR respectiva.
- Hoy 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

ejemplo aumentar gradualmente la cantidad de integrantes (cuatro y cinco) hasta que la demanda de solicitudes justifique crear una nueva Comisión Médica en la Región.

- Respecto de la Comisión Médica Central, se propone aumentar el plazo de 10 días hábiles de que dispone para emitir su fallo, a treinta días corridos.

Diputado señor Cosme Mellado

1.- El sistema para otorgar pensiones de invalidez en nuestro país está obsoleto, se requieren cambios profundos y la voluntad por parte del ejecutivo para realizarlos.

2.- Gran parte de los afectados ha coincidido en que parte fundamental de la problemática se radica en la comisión médica encargada de evaluar el porcentaje y la invalidez.

No se justifica que se desechen antecedentes previos y otros informes médicos.

3.- Se critica la falta de información para el solicitante durante el proceso, especialmente para poder tener acceso a los informes realizados por las comisiones evaluadoras a la hora de apelar a la decisión de la Superintendencia de No otorgar estas pensiones.

4.- Se requiere una nueva institucionalidad encargada de evaluar según criterios técnicos y con transparencia para el solicitante.

5.- Se debe modificar la conformación de las comisiones técnicas y aplicar criterios distintos.

Dentro de las funciones de COMPIN está la evaluación y pronunciamiento de incapacidad laboral, de carácter transitorias y permanentes, el pronunciamientos técnico administrativos, la certificación de la discapacidad y la venta de talonarios de licencias médicas.

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.

Como también han aparecido en medios de comunicación la dificultad que tienen muchos usuarios con el retraso del pago de sus dineros.

Es común encontrar entonces diferencias sustanciales entre los diagnósticos realizados por médicos tratantes y lo que interpreta la comisión encargada de evaluar. Al respecto es necesario generar modificaciones a las normas para evaluación y calificación de los grados de invalidez, como también reformular las atribuciones y funcionamiento del COMPIN.

6.- Son de conocimiento Público las multas que la Superintendencia de Pensiones, cursó entre los años 2006 y 2010 a diversas AFP, por obstruir la tramitación de pensión de invalidez de sus afiliados. Esto nos plantea el desafío de endurecer el marco normativo para hacer frente a los abusos del sistema y sancionar a quienes mantienen “protocolos internos” destinados a perjudicar al afiliado.

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/>

VII.- VOTACIÓN CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

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 Baltolú; Juan Luis Castro; Andrés Celis; 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 mencionado.

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 Mundial⁴, 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

⁴ Informe Mundial sobre la Discapacidad, Organización Mundial de la Salud, 2011, https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

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 seguro⁵.**

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 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.

⁵ 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.

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 Superintendencia 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 invalidante⁶.

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.

⁶ Esta sentencia está recogida en la página web: transtecnia <https://www.transtecnia.cl/confirman-fallo-que-ordeno-a-superintendencia-y-compin-pagar-licencias-medicas/>

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.

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 del a Republica 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.

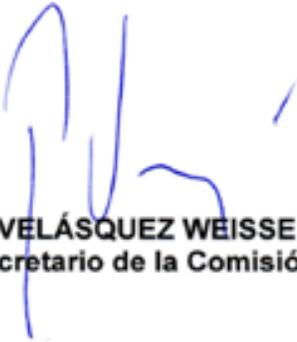
8) En la actualidad las Comisiones Médicas Regionales se integran por tres médicos cirujanos, siendo regla general, al menos, una Comisión por Región. El Superintendente tiene la facultad de crear más de una Comisión Médica por Región. En este esquema el aumento de solicitudes de calificación de invalidez 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.

Tratado y acordado en sesiones efectuadas los días, 19 y 26 de noviembre; 17 de diciembre, todas de 2018; 7, 14 y 21 de enero; 4 y 11 de marzo; 1, 8, 10, 15, de abril, y 6 de mayo, todas de 2019, con la asistencia de los siguientes señores diputados y señoras diputadas: Gael Yeomans (Presidenta de la Comisión); Nino Baltolu; Ramón Barros; Karol Cariola; Juan Luis Castro; Andrés Celis; Tucapel Jiménez; Karin Luck; Marcos Ilabaca; Cosme mellado; Guillermo Ramírez; Frank Sauerbaum; Raúl Soto. Además asistió la diputada Carolina Marzán por el señor Jiménez; y el diputado señor Iván Norambuena, por el señor Barros.

Sala de la Comisión, a 6 de mayo de 2019.



PATRICIO VELÁSQUEZ WEISSE
Abogado Secretario de la Comisión

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.-Competencia de la Comisión, al tenor del acuerdo de la Cámara de Diputados que ordenó su creación.....	1
2.-Plazo	1
3.-Integración	2
II.- RELACIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO.....	2
a).- Sesiones efectuadas: trece sesiones (13).....	2
b).- Personas y documentos recibidos	2
ANEXO 1: Documentos constitutivos de la Comisión y antecedentes previos.	2
ANEXO 2: Documentos entregados por las personas que se indican:	3
III.- ANTECEDENTES GENERALES.....	9
SOLICITUD DE CONSTITUCIÓN DE ESTA COMISIÓN.....	9
MANDATO	9
IV.- EXPOSICIONES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS INVITADAS A LA COMISIÓN.	15
Sesión 1ª, celebrada en 19 de noviembre de 2018.	15
SESIÓN 2ª, CELEBRADA EN 26 DE NOVIEMBRE DE 2018.	28
SESIÓN 4ª CELEBRADA EN 17 DE DICIEMBRE DE 2018	41
SESIÓN 5ª, CELEBRADA EN 7 DE ENERO DE 2019.	56
SESIÓN 6ª, CELEBRADA EN 14 DE ENERO DE 2019.	64
SESIÓN 7ª, CELEBRADA EN 21 DE ENERO DE 2019.	76
SESIÓN 8ª, CELEBRADA EN 4 DE MARZO DE 2019.	89
SESIÓN 9ª, CELEBRADA EN 11 DE MARZO DE 2019.	98
Sesión N° 10 de 1 de abril de 2019.....	109
Sesión N° 11 de 8 de abril de 2019.....	116
Sesión N° 12 de 10 de abril de 2019	138
Sesión N° 13 de 15 de abril de 2019.	145
V.-LISTADO DE OFICIOS DESPACHADOS Y RESPUESTA RECIBIDA POR LA COMISIÓN EN EL MARCO DE SU INVESTIGACIÓN.....	158
VI.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	164
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS RECIBIDAS:	164
DIPUTADA SEÑORA GAEL YEOMANS.....	164
DIPUTADO SEÑOR RAMÓN BARROS	171
DIPUTADO SEÑOR COSME MELLADO.....	174
VII.- VOTACIÓN CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	175
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	175
CONCLUSIONES:.....	175
PROPUESTAS:.....	182