



COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA cde los actos de Gobierno, de los Ministerios del Trabajo y de Salud y la Superintendencia de Pensiones, desde el año 2008 a la fecha, en relación con la concesión y denegación de pensiones de invalidez y sobrevivencia.

**PERÍODO LEGISLATIVO 2018 – 2022
366ª LEGISLATURA**

ACTA DE LA SESIÓN N°2, CELEBRADA EL LUNES 26 DE NOVIEMBRE DE 2018, DE 10.10 a 11.45 HORAS.

I.- PRESIDENCIA

Presidió la sesión la diputada Gael Yeomans Araya.

Actuó como Secretario de la Comisión el señor Patricio Velasquez Weisse, y como abogado ayudante la señora María Soledad Moreno López

II.- ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la Comisión, Baltolu, Nino; Barros, Ramón; Cariola, Karol; Castro, Juan Luis; Celis, Andrés; Ilabaca, Marcos; Jiménez, Tucapel; Luck, Karin; Mellado, Cosme; Ramírez, Guillermo; Sauerbaum, Frank; Soto, Raúl; Yeomans, Gael. Otros diputados: Kuschel, Carlos Ignacio.

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.

III.- CUENTA

Se han recibido los siguientes documentos:

- 1.- Oficio N° 14.358 por el cual se informa que el diputado señor Cosme Mellado Pino, reemplazará en forma permanente al diputado señor José Pérez Arriagada.
- 2.- Correo electrónico de la Superintendencia de Pensiones, por el cual se confirma la asistencia del señor Osvaldo Macías, Superintendente, señor Jorge Mastrangelo, Intendente de Fiscalización, señora Soledad Hevia, Jefa División Comisiones Médicas y Ergonómicas, señor Pedro Osorio, Jefe Depto. Técnico de Invalidez y Ergonomía, señora Paula Larraín, Jefa de Gabinete y señora Pamela Jimeno, Jefa de unidad de comunicaciones
- 3.- Correo electrónico del señor Osvaldo Macías, Superintendente, por el cual acusa recibo oficio requerimiento de la Comisión. Propone explicar la respuesta en sesión de hoy.
- 4.- Confirmación verbal, del señor Juan Carlos Pizarro, Presidente Fundación Valídame para la sesión de día de hoy.

IV.- ACUERDOS

- 1.- Solicitar a esa Biblioteca del Congreso Nacional, un 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.

V.- ORDEN DEL DÍA

La versión taquigráfica de la sesión es la siguiente:

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

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

Ofrezco la palabra.

En puntos varios, tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señorita Presidenta, quiero solicitar a quien corresponda, director de la Biblioteca del Congreso Nacional o jefe de archivos de la Cámara de Diputados, una evaluación respecto de la modalidad de pensiones en la Fuerzas Armadas y de Orden, con el objeto de tener esos antecedentes, por cuanto son de interés público y constituyen la modalidad llamada de reparto, que ha sido tan criticada, pero que hoy se quiere defender con dientes y muelas por parte de algunos sectores. Entiendo que hay otras comisiones investigadoras que han estudiado el tema, por lo que sería factible obtener esos antecedentes.

En cuanto a esa información, quiero saber cómo está operando y cuál es la evaluación que se tiene respecto de esa modalidad previsional en Chile: gastos, ingresos, cuantía, beneficios, etcétera.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Haremos llegar la solicitud al director de la Biblioteca del Congreso Nacional para que nos entregue una evaluación de esta modalidad de pensión y cómo ha funcionado hasta la fecha.

¿Algún estimativo de fecha, señor diputado?

El señor **CASTRO**.- Ojalá pudiera estar dentro de los próximos días.

Como dije, entiendo que hay otras comisiones investigadoras que han estudiado el tema previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden, por lo que debe estar procesada la información. Más que un estudio nuevo es una recopilación de datos de la información que existe.

Muchas gracias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Lo solicitaremos, en esos términos.

La presente sesión tiene por objeto recibir al superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías, y al presidente de la fundación Valídame, señor Juan Carlos Pizarro, para que se refieran a materias propias de esta comisión investigadora.

También se encuentra presente el asesor legislativo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, señor Francisco del Río, a quien aprovecho la oportunidad de saludar.

Como quedaron temas pendientes de la última sesión, el señor intendente de Fiscalización dará respuesta a las consultas realizadas por los diputados.

En primer lugar, tiene la palabra al superintendente de Pensiones.

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

En esta ocasión, concuro 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 las 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.

La señora **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el 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.

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

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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra, señor 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 **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

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?

He dicho.

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

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 previsual, 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?

Muchas gracias.

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

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?

Gracias, señorita Presidenta.

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

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.

Gracias, señorita Presidenta.

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

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?

Muchas gracias.

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

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?

Muchas gracias.

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.

Tiene la palabra en señor Juan Pablo Pizarro.

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-, 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 subsecretaría de Previsión Social en una reunión por ley de Lobby en días pasado, estos son los "sin 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 Cesfam 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 siquiátrico 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 identifico 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, identifico 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, solicitó 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! ¿Sabían 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.

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

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 cardíaca y arritmia completa, viene con fotos que probablemente representan lesiones dérmicas.

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

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

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 cardíaca, 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.

Tiene la palabra el señor Gino Lorenzini.

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.

Muchas gracias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Se tomará en consideración la solicitud.

En nombre de la comisión, les agradezco su asistencia y colaboración.

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

El debate habido en esta sesión queda archivado en un registro de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del reglamento.



PATRICIO VELÁSQUEZ WEISSE
Abogado Secretario de la Comisión

PAVW/MSML/CECR