



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

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

**ACTA DE LA SESIÓN N°13, CELEBRADA EL LUNES 15 DE ABRIL DE 2019, DE 14.34 a 16.42 HORAS.**

---

### **I.- PRESIDENCIA**

Presidió la sesión la diputada Gael Yeomans Araya.

Actuó como Secretario de la Comisión el señor Patricio Velasquez Weisse, y como abogado ayudante la señora Sylvia Iglesias Campos.

### **II.- ASISTENCIA**

Asisten la diputada señora Karin Luck y los diputados señores Nino Baltolu, Ramón Barros, Andrés Celis, Marcos Ilabaca, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado, Iván Norambuena y Frank Sauerbaum.

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.

### **III.- CUENTA**

1.- Correos electrónico por el cual se confirman las asistencias de:

#### **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

Sr. Osvaldo Macías, Superintendente de Pensiones.

Sr. Jorge Mastrangelo, Intendente de Fiscalización.

Sr. Manuel Bustos, Jefe Derecho Judicial.

#### **FUNDACIÓN VALÍDAME**

Sr. Juan Carlos Pizarro, Presidente.

2.- Correo electrónico por el cual de la Superintendencia de Seguridad Social, comunica que la materia del oficio N° 26 dirigido al señor Superintendente señor Reyes, corresponde a la Superintendencia de Pensiones. Por lo anterior, sugieren remitirlo a esa Superintendencia.

3.- Comunicación por la cual se informa que el diputado señor Norambuena,

reemplazará al diputado señor Barros.

### **ORDEN DEL DÍA**

**La versión taquigráfica de la sesión es la siguiente:**

#### **COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DEL GOBIERNO SOBRE DENEGACIÓN Y CONCESIÓN DE PENSIONES DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA**

Sesión 13<sup>a</sup>, celebrada en lunes 15 de abril de 2019,  
de 14.34 a 16.42 horas.

#### **VERSIÓN TAQUIGRÁFICA**

Preside la diputada señorita Gael Yeomans.

Asisten la diputada señora Karin Luck y los diputados señores Nino Baltolu, Ramón Barros, Andrés Celis, Marcos Ilabaca, Tucapel Jiménez, Cosme Mellado, Iván Norambuena y Frank Sauerbaum.

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.

#### **TEXTO DEL DEBATE**

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Ofrezco la palabra.

Hago presente a los señores diputados que esta es la última sesión de la comisión en la que recibimos invitados. Luego tendremos una sesión para votar las conclusiones.

Consulto al señor Secretario si estamos al día con las respuestas a los oficios o si hay algunos pendientes.

El señor **VELÁSQUEZ** (Secretario).- Señorita Presidenta, la Superintendencia de Pensiones ha sido bastante eficiente y nos ha respondido siempre con prontitud, y si hay algún oficio pendiente es porque se solicitó hace poco. Pero tenemos respuestas pendientes de otras reparticiones como el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y otra institución que en este momento no recuerdo.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Si existe voluntad de los diputados, reiteraremos los oficios para contar con toda la información al momento de redactar las conclusiones.

¿Habría acuerdo?

**Acordado.**

Esta sesión tiene por objeto recibir al superintendente

de Pensiones y al presidente de la Fundación Valídame, para tratar temas relacionados con las conclusiones de la comisión investigadora.

Tiene la palabra el superintendente de Pensiones.

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.

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

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 anteprecedente, 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.

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

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 nutrirlas 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.

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

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 esquilados. 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 esquilados. 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.

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

Informo a la comisión que el diputado Barros será reemplazado por el diputado Norambuena en la sesión de hoy.

Algunas de las propuestas que señaló el superintendente van relacionadas con lo que se mencionó respecto del acceso al expediente. En realidad, es lo mínimo a lo que cualquiera podría pretender acceder durante un procedimiento, con igualdad de condiciones respecto de los médicos y las compañías aseguradoras.

En cuanto a la composición de la Comisión Técnica de Invalidez, se ha llegado al consenso de que no debiera existir participación de las compañías aseguradoras ni de las AFP en ese trámite.

También se habló, a propuesta del Colegio Médico, sobre el cambio del modelo de financiamiento. De acuerdo con el modelo de financiamiento actual, los aportes provienen en su mayoría de las AFP, pero creemos que para asegurar y resguardar la imparcialidad del sistema, el modo de financiamiento tiene que cambiar radicalmente. Las AFP no deben tener un modo de funcionamiento del procedimiento del otorgamiento de pensiones de invalidez, lo que no solo incluye a los médicos, que supuestamente son contratados por la superintendencia. De acuerdo con los datos entregados por la misma fundación que lo financia, casi todo el funcionamiento, el 76 por ciento, es costado por las AFP. Funcionarios, el sistema de registro, un sistema electrónico o algo por el estilo en donde se guardan los expedientes y el proceso en sí, todo eso es financiado por las AFP.

También dimos cuenta ante la Fundación de Administración de Comisiones Médicas que hay malos comportamientos por parte de los funcionarios en orden a que no solo piden lo que está establecido en la ley, sino también certificados médicos u otros que hacen que el procedimiento se vaya retardando. Para resguardar el funcionamiento, debiera haber un cambio en el modo de financiamiento. En eso, al menos, hemos observado que hay opiniones de distintos sectores dentro de la comisión que estarían por cuestionar el modo de financiamiento. Hay que ver a qué conclusiones llegamos, pero me gustaría conocer la opinión de ustedes al respecto.

Asimismo, tuvimos una sesión en la que escuchamos a pacientes afectados por las irregularidades en el

funcionamiento. Algunos contaron cómo fue su procedimiento y nos relataron, por ejemplo, que un médico tenía un diagnóstico distinto dependiendo del lugar en que participó dentro del procedimiento. Es decir, en un inicio, como médico particular da un diagnóstico y resuelve que debiera pensionarse por invalidez debido a la gravedad de la enfermedad, pero, luego, participando en el procedimiento de la comisión médica, tiene un diagnóstico distinto. A ese médico habría que fiscalizarlo. Podemos hacer llegar los antecedentes a la superintendencia, pero nos parece que hay que mejorar y tener más fortalecida la fiscalización.

En una de sus presentaciones iniciales, la superintendencia nos señaló cuántos funcionarios trabajan en la superintendencia y a cuántos procedimientos tenían que estar atentos. Con ellos nos dieron a entender que hay déficit también en la cantidad de funcionarios. Agradeceré que se refieran a la falta de fortalecimiento del funcionamiento de la fiscalización. Podemos hacer llegar al Ejecutivo una propuesta, aunque no la podemos presentar nosotros, pero entendemos que debe haber un cambio en esa materia.

También le agradeceré que se refiera al aumento de la prima que mencionó la Fundación Valídame. Comparto la impresión de que si aumenta la prima, deberían aumentar también las coberturas, si no, cuál sería la razón del aumento de las primas.

Si es que existe acuerdo por parte de la comisión, le haré llegar al Colegio de Médicos el mismo oficio que nos presenta la superintendencia, para ver si responde a su presentación o si tienen algo más que decir al respecto.

¿Habrá acuerdo respecto de ese punto?

**Acordado.**

Tiene la palabra el diputado Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, como ustedes saben, la comisión investigadora es para fiscalizar los actos de gobierno en la denegación de pensiones de invalidez y sobrevivencia.

Por lo que hemos escuchado, uno se imagina que existe una conspiración en contra de los trabajadores. ¿La cifra de 60.000 personas corresponde a quienes están tramitando la invalidez? Eso da a entender que está funcionando, pero hay casos en los que no funciona, y lo que hemos visto acá, principalmente, es que las personas se quejan porque necesitan que alguien pague los sueldos mientras están enfermas, sea la isapre o Fonasa. Si permanecen enfermas durante muchos meses su situación no es tan fácil de resolver. Imagino que, en un caso así, el sistema comienza a operar y da la posibilidad de que esa persona reciba una pensión, dependiendo del grado de invalidez que tenga.

Pido que el superintendente explique cómo es el formato, porque, si hay 60.000 solicitudes anuales de pensiones de invalidez, quiere decir que el sistema funciona. La queja principal que hemos recibido es que las personas no tienen recursos económicos para subsistir mientras, en algún momento, les llega la pensión de invalidez. Creo que Fonasa y las isapres son "aliados" del trabajador que está enfermo, quien no se va a recuperar de los problemas graves que tiene. Por lo tanto, no

veo la pugna que existe, que dejemos solo al trabajador para que solo enfrente su situación, porque las que aquí han salido adelante son las AFP.

Quiero que clarifiquemos el tema. Por un lado, están las isapres y, por el otro, Fonasa y cómo tratan al trabajador cuando se enferma. Cuando un médico de la comisión médica le dice al paciente: "Usted está complicado, esto da para pensionarse porque usted ya no da más", en este caso el trabajador tiene que ir a una organización distinta, pero se supone que sigue recibiendo su sueldo hasta que se le otorga la pensión, porque, según hemos escuchado, el trabajador es el único que puede tramitar su pensión. No lo determina la isapre ni la AFP, sino que el trabajador, si es que él quiere. Por lo menos, eso es lo que hemos entendido acá.

Por eso pido que el superintendente nos explique cómo están funcionando los organismos del Estado, léase los ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Salud, de modo que esta comisión recoja dicha información en su informe, porque creo que no existe una conspiración, pero sí hay problemas graves. Conocemos casos, como algunos de esos 60.000, y existe mucha gente que está en esa situación. Si uno lo lleva a recursos económicos, equivalen anualmente a 250 o 300 millones de dólares, más o menos, en el caso de una pensión de 200.000 pesos.

El señor **PIZARRO**.- Señor diputado, el problema es que son 60.000 los que piden.

El señor **BALTOLU**.- Por eso digo. Entonces, como en esta comisión investigadora se ha dicho que existen casos, que la superintendencia podrá decir que son aislados; que lo que les llega es recurrente, como para poder interceder; cuando, por ejemplo, se dice que a un usuario no le aceptan una radiografía, a lo mejor el sistema quiere tomar esa radiografía para saber si efectivamente esa placa pertenece a la persona que la presenta.

A través de amistades he sabido de personas que han ido a pedir plata a un banco y les han exigido un examen de orina, pero, debido a que están con problemas de diabetes, han pedido orina prestada a otra persona para que les den el crédito. O sea, el sistema también funciona de esa forma en la banca, engañan al sistema para obtener lo que quieren.

Yo me pongo en la posición del trabajador que de verdad lo necesita, y debe ser sumamente injusto que, por esa circunstancia de... no sé cómo llamarla, pero por decisión de alguien, esa persona, además de su enfermedad, deba sufrir lo que le ocurre en el diario vivir, que no puede sostener a su familia, que no puede salir a trabajar ni tampoco logra encontrar trabajo.

Por eso, señorita Presidenta, por su intermedio, le pido al superintendente -insisto- nos explique cómo opera el formato definitivo, cómo funciona el ejercicio, cómo deben responder Fonasa y las isapres, si ese ejercicio demora seis u ocho meses, indudablemente que debe ir a una comisión médica donde se decide el futuro del trabajador, todo ello con el objeto de que esta comisión pueda elaborar el informe, porque existen testimonios de personas que han sufrido bastante, pero nosotros estamos revisando los actos generales de gobierno y estos casos son

específicos para sensibilizar a la autoridad, en el sentido que deben revisar sus proyectos y planes.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- En ese aspecto tengo una apreciación distinta a la del diputado Baltolu, porque entendí que las isapres también pueden solicitar la pensión de invalidez, incluso sin que el afiliado lo sepa. Conocimos casos de afiliados que no supieron que su isapre había iniciado por su cuenta el trámite de pensión de invalidez. Eso también podría suceder, según las reglas del sistema actual.

El señor **BALTOLU**.- No, es lo que yo entendí, es mi opinión.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Ya entendí, es su opinión. Claro, porque si no hay voluntad del afiliado, me sorprende que la isapre haga el trámite y la persona afectada no lo sepa, incluso por desconocimiento de ella.

El señor **BALTOLU**.- Eso es lo que quería decir. La isapre debería ser un aliado en el sistema. Eso es lo que debería pasar en el peor de los casos, que lo ayuden, si ya saben que no tiene vuelta y no van a pagar su sueldo mensualmente, porque esto no da para pensionarse, sino que debe ir a otro mecanismo, que es un seguro que todos los trabajadores pagamos para ser atendidos. A eso me refiero.

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

En el gráfico que mostró la Fundación Valídame, en la tabla de solicitudes y otorgamiento de pensiones de invalidez, había una tasa que no variaba, como una línea recta, lo cual es sumamente extraño, si pensamos que cada día hay más pensionados de vejez, porque el sistema va para allá solamente por la demografía.

En consecuencia, es muy extraño que las pensiones de invalidez se mantengan constantes. ¿Qué explicación existe para eso? No conozca las razones que justifiquen que esa tasa permanezca en el tiempo.

Vamos a officiar a la Superintendencia de Pensiones para darle a conocer todos los casos de irregularidades que se han expuesto ante esta comisión, para que puedan ejercer las fiscalizaciones correspondientes.

Viendo esas irregularidades y la tasa que se mantiene, a lo mejor no es por esa suerte de control por la línea vertical a que nos referíamos, la relación entre las compañías aseguradoras y las AFP, que en algún momento también cuestionamos.

Nos dijeron que, en esa pasada, quienes habían ganado la licitación de las compañías aseguradoras no tenían relación con las AFP, pero que por norma no está prohibido tenerla. Eso fue algo ocasional, que no ocurrió ahora pero que perfectamente podría ocurrir en otra oportunidad. Por lo tanto, también debería estar en nuestras conclusiones, porque es negativo que exista esa relación.

Señor Macías, desde su punto de vista, le pido que explique por qué esa tasa se mantiene y, teniendo en cuenta las irregularidades que hemos visto, por qué existen mecanismos para retrasar o no otorgar pensiones de invalidez.

Tiene la palabra el superintendente de Pensiones, señor Osvaldo Macías.

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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Ningún problema, que pasen a la mesa.

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

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

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.

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

El señor **BALTOLU**.- Para entender mejor la figura, ¿nos puede explicar por qué se sancionó? Me gustaría saber por qué se les aplicó la multa, qué dejó de hacer la administradora para llevarlo al caso de personas que hoy sienten el mismo trato, a pesar de que han pasado once años.

El señor **BUSTOS**.- El primer caso que se verificó fue el de la AFP Cuprum. En ese caso, se verificó que en las agencias se obstaculizaba de alguna manera, de distintas formas, que el afiliado presentara su calificación de invalidez. En el proceso de investigación eso quedó acreditado y se sancionó a la administradora con una multa.

En los otros casos, AFP Provida y Capital, se vio en terreno que eso también se producía. De hecho, son situaciones difíciles de probar, porque el afiliado va a la agencia donde le dicen algo y vuelve a la Superintendencia donde señala que no lo dejaron presentar la solicitud de calificación.

Por lo tanto, se buscaron distintos medios de prueba, distintos medios de fiscalización, y en uno -recuerdo el de Viña del Mar o Valparaíso- un funcionario fiscalizador acompañó al afiliado a realizar el trámite y verificó que había un obstáculo para presentar los antecedentes, lo cual generó un expediente investigativo. Desde luego, se regularizó e inmediatamente se cursó la solicitud de calificación de invalidez, porque no había razón para no hacerlo, y se sancionó a la Administradora de Fondo de Pensiones. Similar situación ocurrió con la AFP Capital.

Me refiero al período 2008-2009, después, con la modificación del seguro, no hay evidencias de que situaciones de esa naturaleza hayan ocurrido. Al parecer, esto quedaría corroborado dado que la denuncia utiliza situaciones que ocurrieron en esa época, 2008-2009, no posteriores.

Ahora bien, la pregunta es si esos correos existían, porque si hubiesen llegado a la Superintendencia, desde luego que la fiscalización habría sido más productiva y se habría podido abarcar a un número mayor de agencias.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Hablamos de cualquier tipo de obstáculo o del tema de los correos electrónicos y de la presión a los trabajadores directamente? Lo pregunto por lo que se dio a conocer ahora último, de obstáculos en el procedimiento; es decir, que se piden más papeles, etcétera.

El señor **BUSTOS**.- 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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Para precisar, hablamos de denuncias realizadas por funcionarios, porque de pacientes que han tenido obstáculos para realizar el trámite, acá en la comisión, hemos tenido muchas.

El señor **BUSTOS**.- 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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- No, me refería en el último tiempo.

Tiene la palabra el diputado señor Nino Baltolu.

El señor **BALTOLU**.- Señorita Presidenta, por su intermedio, ¿cómo es el trato en las agencias, porque una cosa es la licencia y la otra es la invalidez? Hay muchas licencias, ¿cómo ve ese trato? ¿Cuál es la facilidad que tiene el trabajador para llegar a buen término?

El señor **BUSTOS**.- 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.

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

El señor **BALTOLU**.- Dentro de los informes que hemos visto acá figura la sigla PBSI, Pensión Básica Solidaria de Invalidez.

¿Cómo está la relación con los trabajadores? Porque si es una persona que no es trabajadora, pero recibe la Pensión Básica Solidaria de Invalidez, también es un problema.

El señor **BUSTOS**.- 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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Usted señaló que son casos calificados en los que la isapre podría solicitarlos. ¿Están los casos calificados mencionados en la ley?

El señor **BUSTOS**.- Señorita Presidenta, la ley utiliza el término que en casos calificados las isapres podrán requerir la calificación.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Pero no se menciona cuáles son esos casos calificados.

El señor **BUSTOS**.- No se menciona cuáles son esos casos calificados y desde luego que la calificación queda a las instituciones de salud previsional, porque de ellas es la norma y está establecida en la Ley de Isapres.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Eso lo podemos revisar acá.

Tiene la palabra el señor superintendente.

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 1° 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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Me gustaría que se precise el concepto de control de siniestralidad que se utiliza, con el objeto de revisar esos casos, porque ahí se hace mención a un modo de control de siniestralidad que tiene que ver con este control vertical, en el sentido de que existen compañías aseguradoras relacionadas con AFP, y que efectivamente en la última licitación no habría esa relación. Sin embargo, no hay una norma que lo impida.

Por otro lado, nosotros hemos usado un concepto de control de siniestralidad más amplio donde se abarca todo proceso que obstaculiza el otorgamiento de pensiones de invalidez. Lo planteo para que ustedes aclaren cuál es la forma en que ustedes lo abordan.

Tiene la palabra el señor Bustos.

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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Respecto de la obstaculización, sí hay denuncias y sí hay procedimientos. Pido que se pueda detallar eso.

Tiene la palabra el señor Jorge Mastrangelo.

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 en 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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tiene la palabra el superintendente de Pensiones.

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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- ¿Habría acuerdo para prorrogar la sesión por diez minutos?

**Acordado.**

Tiene la palabra el señor Osorio.

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 Ivadec, 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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Cuando mencionaba el tema de la enfermedad, me vinieron a la cabeza otros casos donde se solicita hacer más exámenes o tratamientos cuando hay personas que por el sistema público no pueden acceder a su tratamiento en el tiempo en el que se necesita. Eso perjudica, por un lado, la calificación y conlleva el no otorgamiento de la pensión de invalidez, retardándolo, y, por otro lado, no se pueden tratar. No hablo de un caso particular, sino de varios que llegaron a la comisión y que no tienen solución. No sé si la superintendencia tiene algo que hacer. Es una cuestión de normativa.

Tiene la palabra el señor Osorio.

El señor **OSORIO**.- 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.

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- El problema es que eso no ha sucedido así. No le puedo dar más tiempo, pero tienen la posibilidad de incorporar más información mediante oficio.

Tiene la palabra el señor Juan Carlos Pizarro.

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 explicarlos.

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?

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Nos quedan pocos minutos para finalizar la sesión.

El señor **ILABACA**.- Sugiero pedir el acuerdo para extender la sesión.

Pido que se le dé la palabra al diputado Baltolu, quien hace rato la está pidiendo para hacer una consulta de fondo.

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.

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

El señor **BALTOLU**.- Mi pregunta puede ser respondida por oficio.

Cuando escucho a las personas que están en el sistema y me entero, por ejemplo, que está la Pensión Básica Solidaria por Invalidez, no sé quién le paga a la persona que es discapacitada, que está incluida en el total. ¿De dónde sale el dinero para pagarles a esas personas? ¿No sería mejor separar las pensiones por discapacidad? No es la AFP, sino que es el Estado el que paga. Se confunde. El sistema no repara la situación de personas que sí necesitan que el sistema controle que se le cumpla todo lo que nosotros, como parlamentarios, hacemos leyes. Entonces, me gustaría saber si es factible separar, de una vez por todas, las pensiones de invalidez por discapacidad, por naturaleza, que se pagan con fondos del Estado, no con fondos de los seguros. Hay 60.000, pero cuando uno ve casos, puede haber varios, y que son lamentables. Por eso, si son fondos para los trabajadores... Por ejemplo, si es un accidente laboral, va para otra línea; si es por una enfermedad tipo cáncer, la pensión de invalidez va por otra línea.

Insisto, quiero saber si la superintendencia puede separar esos casos y despejar cuántos son los trabajadores que han tenido problemas. Se habla de isapres, pero ¿cuántos casos hay de afiliados al Fonasa, a quienes no les cubren licencias?

La señorita **YEOMANS**, doña Gael (Presidenta).- Tenemos que decidir cuándo trabajaremos en las conclusiones. Consultaré la disponibilidad de tiempo de los integrantes de la comisión, porque hay otras comisiones que funcionan en paralelo. Es importante es que esté presente la mayor cantidad de diputados.

Tiene la palabra el diputado Ramón Barros.

El señor **BARROS**.- Señora Presidenta, la comisión que generó el conflicto de hoy, que fue citada a la misma hora, la próxima semana no va a sesionar a las 11.00 horas. Entonces, me parece que antes de eso sería buena hora para evacuar las conclusiones con tranquilidad.

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

*-Se levantó la sesión a las 16.42 horas.*

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



**PATRICIO VELÁSQUEZ WEISSE**  
Abogado Secretario de la Comisión