

SISTEMAS PREVISIONALES, DE SALUD Y ACCIDENTES DEL TRABAJO EN LATINOAMERICA

DICIEMBRE 2.008



SISTEMAS PREVISIONALES, DE SALUD Y ACCIDENTES DEL TRABAJO EN LATINOAMERICA



ÍNDICE:

✓ PENSIONES	02
✓ SALUD	44
✓ RIESGO EN EL TRABAJO	71
✓ CONCLUSIONES	85

PENSIONES

PENSIONES, En Latinoamérica

País Latinoamericano (Año implementación)	Institución de capitalización individual	Condición legal del sistema (único o mixto)
Chile (1981)	Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	único
Colombia (1993)	Administradoras de Fondos de Pensiones y de Cesantía (AFPC o AFP)	Mixto
Perú (1993)	Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP)	Mixto
Argentina (1994)	Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP)	Mixto
Uruguay (1995)	Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP)	Mixto
El Salvador (1998)	Administradoras de Fondos de Pensiones de El Salvador (AFP)	único
México (1997)	Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE)	único
Bolivia (1997)	Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	Único
Costa Rica (2000)	Operadoras de Planes de Pensiones Complementarias (OPC)	Mixto
Nicaragua (2000)	Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	Único
República Dominicana (2003)	Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)	Único
Ecuador	En proceso de implementación	Mixto

Para el diseño de una estrategia en el Negocio Previsional es necesario el entendimiento de la industria en la región

Los Objetivos principales de los Sistemas de Seguridad Social son:

- **Sustituir las rentas que los individuos dejan de percibir por edad, accidente o muerte.**
- **Asegurar un nivel de vida digno al conjunto de la población.**



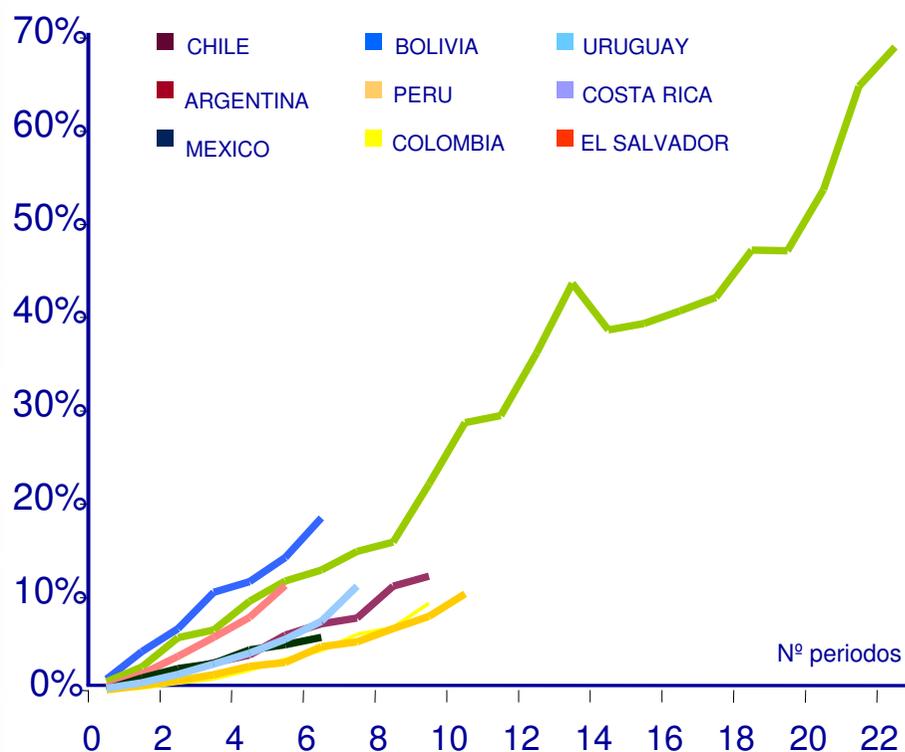
Ello permite aumentar la participación laboral, fomentar el ahorro interno y la inversión productiva e impulsar la eficiencia económica gracias al desarrollo del sistema financiero

Ante las futuras tensiones de los sistemas, América Latina se anticipó emprendiendo...

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS PREVISIONALES

La Industria Previsional en Latinoamérica es, por tanto, un mercado joven

Evolución de los Fondos de Pensiones en América Latina (% PIB, Año 1= Reforma)

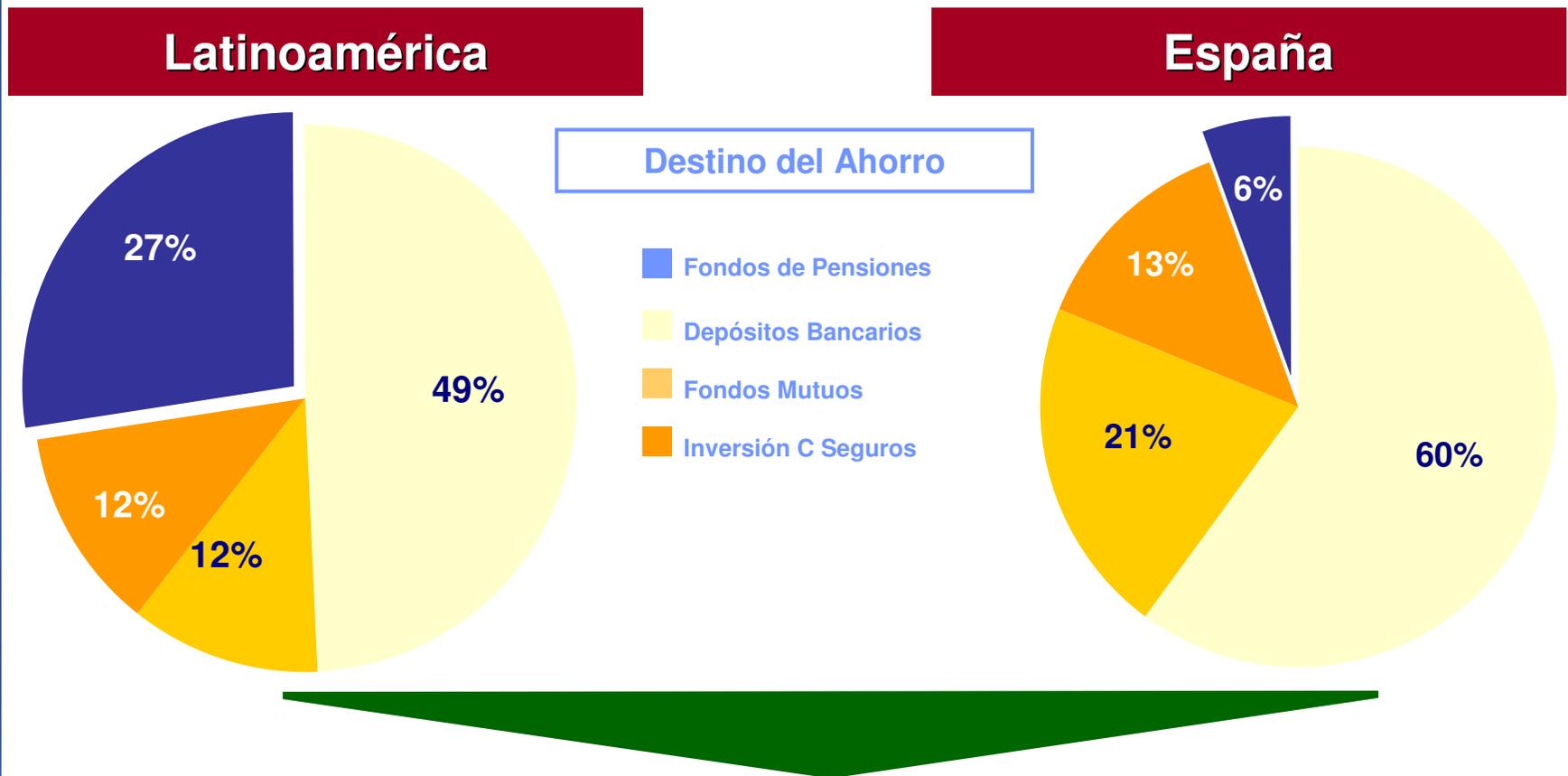


Extensión de los sistemas a la Población

	Población total (MN)	% Afiliados s/ Población Empleada	Población Empleada no Cotizante (MN)
ARGENTINA	37,9	59,9	12,2
BOLIVIA	8,7	18,9	3,3
CHILE	15,6	80,9	4,9
COLOMBIA	43,9	24,8	17,1
ECUADOR	13,0	2,1	5,9
MÉXICO	101,5	56,3	39,9
PANAMÁ	2,8	24,3	0,9
PERÚ	26,4	22,3	12,2
EL SALVADOR	6,5	32,0	2,6
TOTAL	256,3	45,0	99,0

Estamos ante un mercado que, lejos de alcanzar su madurez, los sistemas todavía no están extendidos a toda la población

Pero pese a su juventud los Fondos de Pensiones representan una parte importante del ahorro de estos países



Realidades distintas implican estrategias distintas

Para ser líderes del sector financiero en América Latina es condición estar presente en el Negocio Previsional

Las reformas han configurado sistemas muy diferentes en cada país

MODELO TÉCNICO

		AMPLITUD DE LA REFORMA	
		MODELOS PARALELOS O MIXTOS	MODELOS SUSTITUTIVOS
Capit. Individual Aportación Definida			MÉXICO
Capit. Individual Aportación Definida + Capit. Colectiva Prestación Definida (Independiente)		PERÚ	BOLIVIA
Capit. Individual Aportación Definida + Capit. Colectiva Prestación Definida (conjuntamente)		COLOMBIA ARGENTINA	CHILE R.DOMINICANA

Que suponen una gestión tanto sistémica como industrial diferente

PENSIONES,

Al ser los fondos de pensión un saldo individual, es posible su transferencia. Dentro de un territorio nacional se efectúa según las normas internas y teóricamente también entre países. Por el momento existe un convenio entre Chile y Perú de seguridad social suscrito en agosto del 2002 que permite a los afiliados de ambos países realizar la transferencia de los saldos acumulados de un país a otro a la AFP de su elección.

PENSIONES, En Europa

País Europeo (Año implementación)	Institución de capitalización individual	Condición legal del Sistema (único o mixto)
Polonia (1999)		Mixto
Hungría (1998)		Mixto
Letonia (2001)		Mixto
Bulgaria (2002)		Mixto
Croacia (2002)		Mixto
Eslovaquia		Mixto
Estonia (2002)		Mixto
Macedonia (2003)		Mixto
Rusia (2004)		Mixto

PENSIONES

CHILE

PENSIONES, (Chile)

Administradoras de Fondos de Pensiones de Chile:

Las AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones) de Chile son instituciones financieras privadas encargadas de administrar los fondos y ahorros de pensiones. Fueron creadas en noviembre de 1980 por el DL N° 3500 que reforma el sistema previsional transformándolo en un sistema de capitalización individual de las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia. Anteriormente, había un sistema de reparto a cargo de las cajas previsionales por medio de las cuales cotizaban y entregaban las prestaciones correspondientes.

Las AFP tienen las siguientes **características**:

La cobertura del sistema es obligatoria para todos los trabajadores dependientes (con contrato de trabajo) y opcional para los trabajadores independientes. En ambos casos la cotización es de un 10% de las remuneraciones y rentas imponibles mensuales. La imposición de los trabajadores dependientes las efectúa el empleador y es obligatoria, mientras que en los independientes es individual y voluntaria. Hay un máximo imponible de 60 UF. Todo monto superior es un ahorro previsional voluntario. Desde el 2002 la administración de estos fondos voluntarios se puede efectuar en otras instituciones aparte de las AFP. Sin embargo la norma ha sido integrarlos dentro de las opciones de la AFP.

PENSIONES, (Chile)

Capitalización individual: Cada afiliado, trabajador particular o público, tienen una cuenta individual única en la cual deposita sus previsiones. Estos depósitos se capitalizan de acuerdo al rendimiento del Fondo de Pensiones de la AFP. Al final de su vida laboral el monto de la cuenta constituye la pensión. En 1987 se crea una cuenta de ahorro voluntario (cuenta dos), de libre disposición de los afiliados a la AFP. Esta cuenta puede ser retirada o depositada en la cuenta individual de capitalización.

La cuenta de indemnización (CAI) creada en noviembre de 1990 crea un mecanismo alternativo para los trabajadores dependientes y trabajadores en casas particulares afiliados a la AFP o del antiguo sistema, que estén en situaciones de interrupción de la relación laboral. El empleador efectúa un pago del 4,11% de la remuneración individual imponible por un periodo de 11 años.

Cada trabajador debe elegir solo una AFP pero cuenta con libre elección. Esto significa que los afiliados pueden cambiar de AFP tantas veces quiera y estimen conveniente. Teóricamente el cambio se debería basar en la rentabilidad del fondo pero existen bastantes evidencias que en la mayoría de los casos son otros los factores que intervienen.

PENSIONES, (Chile)

Las AFP son sociedades anónimas que administran las cuentas individuales por medio de un Fondo de Pensión. Se efectúa un cobro una comisión de parte de la AFP que es aproximadamente un 2% de la cotización mensual (lo que incluye un seguro de invalidez y sobrevivencia). La AFP realiza todas las acciones financieras en el mercado de valores que estime conveniente. Estas operaciones se enmarcan dentro de la ley y normas para incrementar el valor de la cotización de sus afiliados. Además contratan un seguro para financiar las pensiones de invalidez y sobrevivencia. Su patrimonio es independiente del Fondo de Pensión. Es decir, en caso de quiebra, los montos de sus afiliados no están afectados y pueden ser transferidos a otra AFP.

Los beneficios otorgados en la forma de pensiones son: Vejez, para los afiliados que cumplan la edad legal de retiro 65 años los hombres y 60 años en las mujeres las mujeres; Vejez anticipada; Invalidez y sobrevivencia. Formas de pensión de una AFP son las siguientes: Retiros programados, Renta Vitalicia y Renta temporal con Renta Vitalicia Diferida.

Rol del Estado. Las AFP son supervisados y controladas por la Superintendencia de Pensiones[1] del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Garantía de los montos del Fondo de Pensión en caso de cesación de pagos o quiebra de una AFP. Garantía de pensión mínima en el caso que los montos de la cuenta no alcancen o los fondos se agoten. La Pensión mínima cubre las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia, su monto. Además existen una serie de normativas que regulan el tipo de instrumentos y su porción inversión.

PENSIONES, (Chile)

El Fondo de Pensión, lo invierte una AFP en el mercado de valores. Desde el 2002 hay cinco tipos de fondos de pensiones que elige cada afiliado. Estos se diferencian por la composición de sus instrumentos de inversión (variable y fija). Las AFP sólo pueden invertir en aquellos instrumentos autorizados por el Banco Central de Chile, la Superintendencia de AFP y los señalados expresamente en la ley. Estos se dividen en instrumentos de renta fija o variable tanto nacionales como extranjeros. Los primeros corresponden a títulos del Banco Central, Tesorería General de la República, depósitos a plazo, pagares, letras hipotecarias y similares. Los de renta variable son acciones, bonos de empresas, cuotas de fondos de inversión o fondos mutuos, certificados negociables emitidos por bancos depositarios extranjeros (ADR) y similares. Además las AFP pueden suscribir operaciones de cobertura de riesgos y préstamos de activos. Por medio de un sistema de clasificación de riesgo se distingue entre instrumentos no elegibles y legibles por las AFP y el monto de inversión de estos últimos.

PENSIONES, (Chile)

Implementación de las AFP:

Con la dictación del DL 3500 en 1980 los trabajadores tuvieron las siguientes opciones:

Para los cotizantes del sistema de las cajas previsionales.

Mantenerse en el antiguo sistema los que ya cotizaban.

Trasladarse al nuevo sistema voluntariamente. De efectuarse el traslado se emite un Bono de Reconocimiento que reconoce los montos del afiliado y constituye la primera cotización en una AFP.

La incorporación automática al nuevo sistema para los nuevos trabajadores y contratos. Desde 31 de diciembre de 1982 a la fecha se constituye en el único sistema provisional para todos los trabajadores nuevos.

La nueva normativa no afecta a las integrantes de las Fuerzas Armadas y Carabineros que mantienen sus sistemas de cotización en base al sistema de reparto.

PENSIONES, (Chile)

Consecuencias de las AFP:

Uno de los principales objetivos de la reforma previsional por las AFP fue corregir una serie de problemas del anterior sistema de reparto a cargo de las cajas previsionales. Dichos problemas eran las desigualdades en las cotizaciones, desigualdad en beneficios otorgados por cada caja y variables según el nivel ocupacional y una legislación extremadamente complicada en cuanto a su administración, forma de calcular de las pensiones y condiciones de adquirirlas. Se estimada que a largo plazo el sistema entraría en crisis debido a cambios en la estructura demográfica y su desfinanciamiento siendo el Estado el principal proveedor las dineros.

La reforma provisional chilena incluye también la dictación de las leyes que crean en la salud las ISAPRE en el sector privado y el FONASA en el Estado. Con ello se separaban las pensiones y las prestaciones de salud.

PENSIONES

MÉXICO

PENSIONES, Administradoras de Fondos para el Retiro (MÉXICO)

Las AFORES (Administradoras de Fondos para el Retiro) son instituciones privadas de México que administran fondos de retiro y ahorro de los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y recientemente de los afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). Fueron creadas por la Ley del Seguro Social (LSS) de mayo de 1996. Iniciaron su operación en 1997.

Están encargadas de manejar los fondos de retiro de los trabajadores. Funcionan en base a cuentas previsionales individuales con los aportes del beneficiario, del empleador y el Estado. Dichas cuentas son capitalizadas por los ingresos que generen las inversiones efectuadas a través de una Sociedad de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro (SIEFORE).

Las AFORE crean 4 subcuentas individuales:

- Retiro, Vejez y Cesantía,
- Aportaciones voluntarias
- Aportaciones Vivienda
- Aportaciones complementarias.

Su funcionamiento está autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y son supervisadas por la CONSAR (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro).

PENSIONES, Administradoras de Fondos para el Retiro (MÉXICO)

Sociedades de Inversión de Fondos para el Retiro:

Las SIEFORE (Sociedades de Inversión de Fondos para el Retiro) son sociedades de inversión encargadas de invertir los recursos administrados por las administradoras de fondos para el retiro (AFOREs) dentro del Sistema de Ahorro para el Retiro vigente en México.

Actualmente la legislación mexicana autoriza que cada AFORE tenga dos SIEFOREs, una llamada "principal" cuyas inversiones son básicamente en papel de gobierno y la segunda con una parte de sus inversiones en notas indizadas a mercados financieros internacionales.

Las SIEFORES se definen en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el retiro en el artículo 39 y el artículo 40 de la misma ley señalan los requisitos para su constitución

PENSIONES

COLOMBIA

PENSIONES, (COLOMBIA)

PENSIÓN DE VEJEZ

En diciembre de 2.002, el Congreso Nacional modificó las normas que establecen los requisitos para obtener la pensión de vejez.

Conocer las modificaciones a los requisitos de edad y tiempo de cotización para obtener la pensión, le permitirá a los actores del Sistema aplicar favorablemente la nueva normatividad. Así mismo, es fundamental precisar el alcance de las reformas al régimen de transición y al salario base de cotización, le permitirá a los actores del Sistema aplicar favorablemente la nueva normatividad.

Igualmente, resulta de la mayor importancia, conocer las modificaciones efectuadas al régimen de afiliaciones de los trabajadores dependientes del sector privado, del sector público, de los contratistas y de los trabajadores independientes.

Por otra parte, conviene estar actualizado sobre los derechos que tiene el cónyuge, el compañero o compañera permanente, los hijos y los padres del titular de la pensión de vejez, cuando éste fallezca.

En la medida que las nuevas normas se conozcan y apliquen correctamente, los empleadores, trabajadores y entidades de seguridad social, podrán tener claridad sobre sus derechos pensionales derivados del riesgo de vejez.

PENSIONES, (COLOMBIA)

PENSIÓN DE INVALIDEZ

El afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral, que pierda el 50% o más de su capacidad laboral, podrá reclamarle a la entidad de seguridad social correspondiente, el pago de una pensión por invalidez.

En determinadas circunstancias, el Sistema de Seguridad Social, indemniza a los afiliados que han perdido entre el 5% y el 49% su capacidad laboral.

Establecer con certeza la entidad responsable del pago de la prestación, precisar si la pérdida de capacidad laboral está relacionada con el trabajo, establecer objetivamente el porcentaje de invalidez, será fundamental para trabajadores, entidades de seguridad social y empleadores.

En efecto, luego de analizar los factores anotados, podrá establecerse si la prestación a cargo de la entidad de seguridad social, es una indemnización o una pensión. Igualmente, podrá establecerse el monto de la prestación, y la procedencia de reclamaciones adicionales por responsabilidad civil contra el culpable de las limitaciones físicas y mentales del trabajador.

PENSIONES, (COLOMBIA)

Igualmente, resulta de la mayor importancia, conocer las modificaciones efectuadas al régimen de afiliaciones de los trabajadores dependientes del sector privado, del sector público, de los contratistas y de los trabajadores independientes.

Por otra parte, conviene estar actualizado sobre los derechos que tiene el cónyuge, el compañero o compañera permanente, los hijos y los padres del titular de la pensión de invalidez, cuando éste fallezca.

En la medida que las nuevas normas se conozcan y apliquen correctamente, los empleadores, trabajadores y entidades de seguridad social, podrán tener claridad sobre sus derechos pensionales derivados del riesgo de invalidez.

PENSIONES, (COLOMBIA)

PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES

La pensión de sobrevivientes puede causarse, como norma general, por muerte del trabajador afiliado al Sistema de Seguridad Social o por muerte del pensionado por vejez o invalidez.

Establecer con certeza la entidad responsable del pago de la prestación y precisar si la muerte está relacionada con el trabajo, resulta de la mayor importancia para trabajadores, entidades de seguridad social y empleadores.

En efecto, luego de analizar los factores anotados, podrá establecerse el monto de la pensión, y la procedencia de reclamaciones adicionales por responsabilidad civil contra el culpable del fallecimiento del trabajador.

Conocer los derechos que tiene el cónyuge, el compañero o compañera permanente, los hijos y los padres, en caso de fallecimiento del trabajador o del pensionado, permitirá tener claridad sobre el destino que tendrá la mesada pensional después de fallecido el causante.

En la medida que las nuevas normas se conozcan y apliquen correctamente, los empleadores, trabajadores y entidades de seguridad social, podrán tener claridad sobre sus derechos pensionales derivados del riesgo de muerte.

PENSIONES

PERÚ

PENSIONES, (PERÚ)

El sistema previsional peruano está constituido por tres regímenes principales:

- El del Decreto Ley No. 19990 (denominado Sistema Nacional de Pensiones - SNP),
- El del Decreto Ley No.20530 (denominado Cédula Viva) y el Sistema Privado de Pensiones (SPP).

Los dos primeros son administrados por el Estado y forman parte del Sistema Público de Pensiones; mientras que el tercero es administrado por entidades privadas denominadas:

- Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP).

El Régimen del Decreto Ley No. 19990 o SNP

Este sistema beneficia a los trabajadores sujetos al régimen de la actividad privada (Ley No. 4916 – Decreto Leg. No. 728), a los obreros (Ley No. 8433) y a los funcionarios y servidores públicos bajo el régimen de la actividad pública (Ley No. 11377/ Decreto Leg. No. 276) no incorporados al Régimen del Decreto Ley No. 20530. Es un sistema de reparto, el cual tiene como característica principal el otorgamiento de prestaciones fijas - sobre contribuciones no definidas - en valor suficiente para que la aportación colectiva de los trabajadores financie las pensiones.

En la actualidad, este sistema es administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP).

Las prestaciones que otorga el SNP son cinco: (1) jubilación; (2) invalidez; (3) viudez; (4) orfandad; y (5) ascendencia. A continuación, se detallan algunos aspectos de éstas.

PENSIONES, (PERÚ)

El Régimen del Decreto Ley No. 20530

Tiene su origen en leyes muy antiguas que concedían pensiones vitalicias a cargo del Tesoro Público a un grupo muy reducido de funcionarios del Estado, como recompensa por los servicios prestados. Con los años, el ámbito de aplicación de este régimen se fue ampliando, incluyendo más beneficiarios y con mayores beneficios. Así, fue convirtiéndose en una preocupación fiscal, no sólo porque en este sistema las aportaciones a lo largo de la vida no financian el beneficio de la pensión, sino porque la brecha entre aportaciones acumuladas y pagos de pensiones se incrementa.

El régimen del Decreto Ley No. 20530 otorga las siguientes pensiones: (1) cesantía; (2) invalidez; (3) viudez; (4) orfandad; y (5) ascendencia.

PENSIONES, (PERÚ)

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES

El 6 de diciembre 1992, el gobierno promulgó el Decreto Ley No. 25897 que crea el Sistema Privado de Pensiones (SPP) como alternativa a los regímenes de previsionales administrados por el Estado. El SPP, a diferencia del Sistema Público de Pensiones, es un régimen de capitalización individual, donde los aportes que realiza el trabajador se depositan en su cuenta personal, denominada Cuenta Individual de Capitalización (CIC), la misma que se incrementa mes a mes con los nuevos aportes y la rentabilidad generada por las inversiones del fondo acumulado.

En una coyuntura de inminente quiebra de los sistemas de pensiones administrados por el Estado, con la creación del SPP se buscó establecer un modelo previsional autofinanciado que asegure el bienestar de los trabajadores y sus familias, cuando éstos alcanzaran la edad de jubilación o en la eventualidad de un siniestro como la invalidez o el fallecimiento.

PENSIONES, (PERÚ)

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES

En el SPP, la incorporación de un trabajador es voluntaria, es decir que cada afiliado elige libremente la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) que maneje sus aportes. Para ello, se suscribe el Contrato de Afiliación, el mismo que entra en vigencia con el otorgamiento del Código Único de Identificación del SPP (CUSPP).

A través de dicho contrato, el afiliado encarga a la AFP la administración de su Fondo de Pensiones y obtiene el derecho de recibir las prestaciones comprendidas en este sistema.

Las prestaciones que otorga el SPP, al igual que el SNP, se orientan a la cobertura de los riesgos de: (i) vejez, a través de pensiones de jubilación, (ii) invalidez, a través de pensiones de invalidez y, (iii) muerte, mediante pensiones de sobrevivencia y pagos por gastos de sepelio.

PENSIONES

EL SALVADOR

PENSIONES, (EL SALVADOR)

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)

El Sistema de Pensiones establecido en El Salvador desde 1998, se basa en un modelo de capitalización individual, en el que los trabajadores afiliados son propietarios de una cuenta de ahorros en la que se depositan periódicamente las cotizaciones que ellos realizan junto con los aportes que les corresponden hacer a sus empleadores.

Los ahorros de los trabajadores de conformidad a la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones son de su exclusiva propiedad y únicamente pueden ser utilizados para pagar pensiones u otros beneficios establecidos en la Ley al dueño de la cuenta y sus beneficiarios. Los ahorros de los trabajadores conforman en conjunto un "Fondo de Pensiones" cuya administración está a cargo de empresas privadas de giro único llamadas Administradoras de Fondos de Pensiones, generalmente conocidas como "AFP".

Las AFP se constituyen de acuerdo a la Ley con el objeto de administrar los ahorros de los trabajadores, función que requiere ser realizada con total transparencia y en estricto cumplimiento de una normativa especializada. Por ello, la Ley establece la existencia de la Superintendencia de Pensiones, órgano que autoriza la constitución y operación de las AFP y se responsabiliza de fiscalizar y normar el sistema de pensiones, es decir revisar el cumplimiento de la normativa aplicable al funcionamiento de las AFP.

PENSIONES, (EL SALVADOR)

Las funciones principales de las AFP incluyen la recaudación de las cotizaciones de los trabajadores y sus empleadores, su registro en las diferentes cuentas individuales y la inversión de los fondos colectados, con el objeto exclusivo de generar rentabilidad para los afiliados. Para hacerlo, se realizan inversiones en el Mercado de Valores, tal como se explica en un apartado posterior.

Las AFP también son responsables de administrar el pago de los beneficios definidos en la Ley tanto a los afiliados como sus beneficiarios, los cuales incluyen el pago de pensiones por vejez, invalidez y sobrevivencia. En esta área juega un papel muy importante la contratación de una póliza de seguro colectiva de invalidez y sobrevivencia, tal como se explica más adelante.

El rol estatal dentro del Sistema de Pensiones tiene una doble naturaleza. En primer término y como se explicó con anterioridad, el Estado es responsable de la fiscalización y emisión de normas aplicables al funcionamiento del Sistema de Pensiones y para ello, la Ley establece la creación de la Superintendencia de Pensiones como el organismo especializado de supervisión. Otro rol fundamental desarrollado por el Estado es respaldar el otorgamiento de Pensión Mínima a aquellos afiliados que por sus propios medios no sean capaces de acumular ahorros suficientes para garantizarse el pago de una pensión al menos igual a la mínima. Al otorgar este beneficio, el Estado asume un rol subsidiario directamente focalizado en aquellos trabajadores de menores ingresos, que merecen ser auxiliados solidariamente por toda la Sociedad.

PENSIONES, (EL SALVADOR)

Como se mencionó con anterioridad, los fondos de pensiones deben ser invertidos de acuerdo a la Ley a través de un Mercado de Valores. El objetivo principal que se busca con ello es que los ahorros de los trabajadores crezcan en virtud de la generación de rendimientos o ganancias. Esto es importante por cuanto que las pensiones y demás beneficios que recibirán en el futuro los trabajadores, depende en gran medida del dinero que acumule en su cuenta, siendo de gran relevancia, que se genere una rentabilidad adecuada sobre las inversiones realizadas.

Las inversiones de los fondos de pensiones se realizan siguiendo una normativa muy clara que exige el cumplimiento de requisitos mínimos de clasificación de riesgo y el cumplimiento de límites de inversión. El objetivo principal de que estas transacciones se realicen en mercados de valores organizados es precisamente garantizar la transparencia de las operaciones.

En la actualidad, los fondos acumulados por los trabajadores salvadoreños ascienden a más de \$ 2,700 millones, dinero que indiscutiblemente es un factor que dinamiza la operación del mercado bursátil y permite poner a disposición de potenciales emisores, recursos que pueden invertirse en proyectos productivos de mediano y largo plazo.

PENSIONES, (EL SALVADOR)

La industria de seguros se hace necesaria para el buen desarrollo de este sistema de pensiones, principalmente porque las AFP deben contratar con sociedades de seguros de personas, una póliza de seguro de invalidez y sobrevivencia cuyos beneficiarios son los afiliados de la AFP y su grupo familiar.

Dicha póliza de seguro tiene por objeto asegurar los pagos de pensiones por invalidez y sobrevivencia en caso de ocurrencia de enfermedades o accidentes que causen que un afiliado fallezca o quede inválido.

Las AFP contratan anualmente este servicio mediante licitación pública, de acuerdo a una normativa establecida por la Superintendencia de Pensiones.

Por otra parte, las Sociedades de Seguros de Personas tendrán también un papel muy importante cuando se apruebe la normativa para la contratación de Rentas Vitalicias. Esta es una modalidad de pago de pensión que contempla la Ley y que se caracteriza porque el afiliado contrata una póliza que le garantiza el pago de por vida de sus pensiones.

PENSIONES, (EL SALVADOR)

Reglamentación: Normas para la constitución de las reservas de los seguros previsionales derivados del sistema de ahorro para pensiones. NCS – 012 de 1 de diciembre de 1999.

Seguros previsionales:

- Reserva para pensiones transitorias de invalidez.
- Reserva para siniestros en proceso de liquidación.
- Reserva de siniestros ocurridos y no reportados.

CONSTITUCION DE RESERVAS DE LOS SEGUROS PREVISIONALES.

Las reservas de pasivo por los seguros de invalidez, supervivencia y vejez que deberán registrar las sociedades de seguros, son:

PENSIONES, (EL SALVADOR)

- Reservas para pensiones transitorias de invalidez:

Se constituirá cada mes, tomando como base el dictamen que emita la Comisión Calificadora de Invalidez (C.C.I.). La reserva equivale al monto de las pensiones que se otorguen al afiliado durante el período transitorio entre el primer y segundo dictamen de invalidez.

Mensualmente se ajustará el valor total de esta reserva, disminuyéndose con los montos de pensión pagados durante el mes, y aumentando con los dictámenes que emita la C.C.I. durante el mes en que se está constituyendo la reserva.

Se calculará con las obligaciones provenientes de las cotizaciones directas, coaseguro y reaseguro aceptados, mediante la siguiente fórmula:

$$RPT = n * P$$

- N = 36 meses que el afiliado posiblemente recibirá pensión de invalidez mediante primer dictamen, de conformidad al primer dictamen emitido por la C.C.I.
- P = Pensión de referencia estimada del causante.

PENSIONES, (EL SALVADOR)

En caso de que antes de los 36 meses el afiliado recupere su estado de salud, se anulará la reserva.

Si el afiliado inválido en primer dictamen, se encuentra a menos de tres años de adquirir la edad legal para pensionarse por vejez, se podrá calcular la reserva considerando únicamente los meses que le faltan para alcanzar la edad de jubilación.

- **Reserva para siniestros en proceso de liquidación**

Se constituirá cada mes con los reclamos presentados por los afiliados a las AFP y notificados por ésta a la sociedad de seguros, será el equivalente al monto de los capitales complementarios y las contribuciones especiales, pendientes de pago a la fecha de elaboración del balance respectivo. Serán las de mortalidad e invalidez tras segundo dictamen

Esta reserva se calculará con las fórmulas y tablas de mortalidad que presenta el Instructivo para la Determinación de los Capitales Técnicos Necesarios y Generación de Tablas de Mortalidad, emitido por la Superintendencia de Pensiones.

PENSIONES, (EL SALVADOR)

- **Reserva de siniestros ocurridos no reportados**

Se constituirá mensualmente, debiéndose calcular con base a la información estadística proporcionada por las AFP, con base a lo dispuesto por la Superintendencia de Pensiones. Pedir base a AFP

Se calculará con los datos estadísticos de los siniestros ocurridos y no reportados netos de reaseguro cedido que las aseguradoras preparen para efectos de reserva.

La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$RSONR = (n^{\circ} \text{ de casos}) * CNS * Pb$$

- N° de casos, se trata del número de casos a partir de los cuales se inicia el registro de dichas reservas. Pueden ser solicitudes o dictámenes emitidos por la C.C.I., dependiendo del tipo de reserva que se esté constituyendo. Será el promedio de casos de los últimos doce meses reportados por las AFP menos el número de casos que hayan sido reportados.

- CNS, monto de obligaciones por siniestros netos promedio de los 12 últimos meses / 12

- Pb, Probabilidad determinada conforme cada categoría. Existen distintos modelos de cálculo según que los registros sean de invalidez o sobrevivencia.

PENSIONES

BOLIVIA

PENSIONES, (BOLIVIA)

Bolivia, en cumplimiento del art. 158 de la Constitución Política del Estado, en 1956 promulga el Código de Seguridad Social que estableció los principios de universalidad, integridad, unidad de gestión y solidaridad en virtud de la cual los trabajadores se comprometieron implícitamente a sostener a los jubilados.

Se dictó en Bolivia la Ley de Pensiones bajo el N° 1732 en fecha 29 de noviembre de 1996. Más de un año antes de esa fecha, el tema de la sustitución del sistema de reparto con el de la capitalización individual estuvo en la agenda pública y provocó la natural reacción de diferentes sectores, pues el gobierno de entonces, con inseguridad evidente en su proposición, dio información distorsionada, fraccionada, imprecisa o un discurso exagerado sobre las bondades del cambio que sembraron el temor, la desconfianza y la cautela de los usuarios, quienes no alcanzaron a comprender que el sistema de reparto se desmoronaba y trataban de aferrarse a él porque les daba más seguridad, pidiendo se lo modifique y se reestructuren las instituciones que lo manejaban, pero de ninguna manera que sea sustituido con un modelo desconocido e inseguro. El Reglamento de escasa difusión tan esperado fue aprobado por D.S.R. 24469 de 17.1.97 y su tecnicismo, imprecisiones y vacíos causaron aun más desconcierto en la ciudadanía.

PENSIONES, (BOLIVIA)

Como lo afirma CEPAL, a la falta de equidad que caracterizaba los sistemas de reparto de América Latina se suma las nuevas inequidades que han traído las reformas. A esto se añade la ausencia de evaluaciones sobre los efectos del cambio de un régimen a otro y sus impactos, lo que da cuenta de la invisibilidad otorgada a la problemática de género, tanto en materia legal como técnica y macroeconómica.

La seguridad social es un derecho derivado de la propia vida inherente a la naturaleza humana, conforme lo proclama el Acuerdo sobre Seguridad Social en Iberoamérica y el Código Iberoamericano de Seguridad Social suscrito en 1996 por 21 países, justamente en la época que se gestaban las grandes reformas del sistema previsional, en muchos de ellos. Estos instrumentos Internacionales contienen los principios de solidaridad, igualdad de trato, responsabilidad del Estado que se constituye en el garante último del sistema de Seguridad Social, la afiliación obligatoria y el principio de eficacia, eficiencia y transparencia de gestión.

PENSIONES, (BOLIVIA)

A nuestro juicio, las reformas introducidas en el nuevo modelo no deberían ser incompatibles con los principios que rigen los sistemas de seguridad social, las nuevas fórmulas que se están introduciendo en Iberoamérica que tienen su base en: la financiación a través del sistema de capitalización individual de todo o parte de su ámbito contributivo y la entrada de la gestión privada, siempre que se considere que el sistema protector se base en su obligatoriedad y la responsabilidad del Estado y tienda a garantizar a través de otras técnicas, unos niveles de cobertura que den contenido al principio de solidaridad. En este sentido la protección otorgada, deberá comprender dos niveles: uno de carácter contributivo y obligatorio, es decir, financiado con el esfuerzo de los beneficiados hasta un determinado nivel que asegure una renta media con un período de cotizaciones largo y con una garantía de rentas mínimas para quienes hayan superado un determinado número de cotizaciones, y otra de carácter no contributivo que de forma gradual proporcione una renta básica de compensación a todos los ciudadanos en situación de necesidad que deberá ser cubierta por los ingresos generales del Estado.

PENSIONES, (ARGENTINA)

A expensas de los últimos cambios de final del ejercicio del año 2008

SALUD

SALUD

CHILE

SALUD, (CHILE)

El Sistema ISAPRE ha contribuido al desarrollo global del sector salud en Chile, descongestionando al sector público y permitiéndole a éste, por tanto, centrar sus esfuerzos en las personas de más bajos recursos.

Con la responsabilidad de otorgar atención a casi tres millones de beneficiarios y apoyados en la competencia libre de mercado las ISAPRES han logrado perfeccionar sus servicios. y otorgar más y mejores prestaciones de salud. En este contexto, han desarrollado productos de bajo costo como planes colectivos, enfermedades catastróficas y tercera edad. Actualmente, las ISAPRES reúnen a más de 2,7 millones de beneficiarios y, entre ellos, se encuentran más de 100 mil personas con más de 60 años de edad y con ingresos promedios que hoy van desde los 200 mil pesos hacia arriba.

La reforma de 1981, que creó el sistema ISAPRES permitió, los siguientes beneficios para los trabajadores:

Aumento de las libertades individuales

Posibilidad de opción por el Sistema FONASA, (estatal) o por las instituciones privadas, ISAPRES.

El trabajador no efectúa dobles cotizaciones. Con el 7% de sus remuneraciones debe elegir libremente entre un sistema u otro.

SALUD, (CHILE)

¿Cómo optar por el sistema?

Los trabajadores individualmente pueden suscribir un contrato de salud con la Isapre que elijan. Al optar por una ISAPRE, los afiliados dejan de cotizar en el sistema público, para aportar sus cotizaciones a la ISAPRE elegida. El afiliado así, tiene derecho a obtener beneficios de salud para él y su familia, de acuerdo al monto de los aportes que realice.

El contrato de salud presenta ciertas características básicas:

En el contrato las partes podrán convenir libremente la forma, modalidad y condiciones para el otorgamiento de prestaciones, beneficios pactados y porcentajes de cobertura. El contrato debe señalar la forma en que se modificarán las cotizaciones y beneficios al incorporar o retirar una persona del grupo familiar.

Debe señalar el precio del plan, el que podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales y que sólo podrá expresarse en pesos o U.F. (Unidad de Fomento). Debe indicar los montos máximos de los beneficios o de algunas prestaciones o ciertas restricciones a la cobertura.

SALUD, (CHILE)

Señala las condiciones para el otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer en el embarazo y del niño hasta los 6 años.

Señala las Condiciones Generales del Beneficio Adicional para Enfermedades Catastróficas, que opera desde el año 2000 y que ya ha financiado prestaciones por más de 70 mil millones de pesos.

Entre los beneficios que otorga el contrato está el pago de las licencias médicas según correspondan, con un tope de 60 UF. al mes.

El afiliado puede renunciar a un contrato una vez transcurrido un año. La ISAPRE, por su parte, no puede poner término al contrato, salvo que las causales señaladas en la ley 18.933.

Finalmente se han agregado los beneficios contemplados en la Ley 19.966 (AUGE), la cual entrega a los afiliados del Sistema Público y Privado Garantías respecto de problemas de salud con mayor morbilidad en Chile. Así para el año 2005, se garantizan 25 problemas de salud, el 2006 se agregan 15 más y el 2007, otros 16 para llegar a los 56 problemas de salud que se garantizarán en cuanto a su acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad de la atención a través de la acreditación de los prestadores de salud.

SALUD, (CHILE)

Visión de la Reforma de Salud

El proceso legislativo impulsado por el Gobierno, para reformar el actual sistema de salud de Chile consideró un aumento del IVA para financiar los cambios en el sector público, la modificación de las obligaciones de solvencia de las ISAPRES, cambios a la autoridad sanitaria, la creación de las Garantías en Salud (GES), proyecto conocido como AUGE y terminó con la promulgación de la ley de ISAPRES, en Mayo de 2005. Consecuente con lo anterior, resulta procedente efectuar un análisis de los cambios que dichas reformas legales implicarán y sus consecuencias.

Se entiende que el propósito de todo sistema de salud es aumentar el bienestar de la población, mejorando el nivel general de salud de la misma. Para cumplir con esto, los sistemas de salud deben alcanzar simultáneamente un adecuado nivel de equidad y de eficiencia. Con eficiencia y sin equidad, es posible que sólo una parte de la población acceda a la atención de salud adecuada, y con equidad y sin eficiencia no se otorgará el máximo nivel de salud posible con los recursos disponibles. Asimismo, el conocimiento y medios que la medicina dispone actualmente para aliviar la enfermedad y posponer la muerte, es enorme, pero Chile, al igual que el resto de los países, no cuenta con los recursos para aplicar todo ese conocimiento y técnica a toda la población. En efecto, el Estado debe seleccionar las acciones de salud posibles de financiar, priorizando aquellas que propendan al mayor bienestar. Sin embargo esto no es suficiente.

SALUD, (CHILE)

Paralelamente se debe crear las condiciones para que los recursos disponibles en la entrega de servicios médicos, se utilicen con la máxima eficiencia. En consecuencia, será la correcta y simultanea aplicación de ambos conceptos, priorización y condiciones de máxima eficiencia, lo que permitirá lograr el mayor nivel de salud para toda la población.

Chile registra buenos indicadores de salud gracias al desarrollo económico y educacional alcanzado, y a las políticas de salud. Asimismo, la creación de una amplia red de centros de atención primaria, y de una excelente red privada, ha permitido dar cobertura suficiente a la población. Sin embargo, los desafíos actuales son diferentes a los del pasado: se aprecia un cambio epidemiológico hacia enfermedades no transmisibles, degenerativas y crónicas, envejecimiento y malos hábitos de vida. En consecuencia, el sistema está transitando de acciones de relativo bajo costo a acciones de alto costo, con un continuo crecimiento de los costos de salud por sobre el aumento económico y de las remuneraciones.

SALUD, (CHILE)

La experiencia demuestra que los mecanismos de financiamiento y los incentivos son claves para el funcionamiento eficiente de los sistemas de salud. FONASA otorga un beneficio de salud igual a todos sus beneficiarios, y sus afiliados pagan un porcentaje fijo del ingreso de cada individuo (7% de la renta). Por ello, la diferencia entre el costo real de las prestaciones y la cotización pagada, se debe compensar con subsidio fiscal, para equilibrar ingresos y gastos. Por su parte, Las ISAPRES ofrecen múltiples planes los que son seleccionados por cada cotizante dependiendo de su nivel de ingreso y sus necesidades. Para su financiamiento, tarifican según el costo esperado y, por tanto, los precios son proporcionales al riesgo de cada individuo. Esta diferente lógica de funcionamiento hace que la población de menor ingreso, y aquellos que desean cotizar lo mínimo independientemente de su riqueza, opten por FONASA, y los de mayor renta optan por una ISAPRE. Así el Estado, altamente subsidiado, compite con las Isapres. De esta forma, se mantiene arbitrariamente una grave discriminación que fortalece el mayor monopolio público que opera actualmente en la economía chilena: el sector público de salud.

SALUD, (CHILE)

Precisando algunos aspectos de la reforma, cabe señalar que transformó la Superintendencia de ISAPRES en una de Salud, para controlar tanto a prestadores como aseguradores, públicos y privados, y garantizar así el ejercicio de los derechos que emanan del la ley del Régimen de Garantías en Salud, GES. Lo anterior, porque establece que las atenciones que corresponden al régimen GES, dejan de ser “beneficios” y se convierten en “derechos exigibles” para toda la población. También , modifica los programas de prevención con metas universales de cobertura, más adecuado a los problemas actuales. Por otra parte, crea un fondo compensatorio entre ISAPRES que resulta innecesario y redundante, ya que castiga a las familias numerosas. Además, contempla cierta apertura con la creación de hospitales públicos autogestionados. En el sector privado, norma el traspaso de cartera entre ISAPRES, aumenta sus exigencias financieras, dispone una intervención precoz del regulador ante un problema económico, y regula el mecanismo de reajuste de precios y de adecuación de planes. Además, crea un mecanismo de mediación para minimizar la judicialización de los conflictos entre pacientes y prestadores.

SALUD, (CHILE)

No obstante lo anterior, para mejorar el accionar del sistema de salud y, con esto, lograr una mayor eficiencia y mejor acceso a la atención de salud de la población, es necesario avanzar en los siguientes cambios:

El Ministerio de Salud debe concentrar sus funciones en regular, controlar, subsidiar y establecer las políticas y estrategias del sector salud, delegando las acciones operativas en organismos autónomos que aseguren y provean los servicios de salud.

El Estado debe focalizar el subsidio fiscal en la población de escasos recursos, que no pueda financiar por si mismo parte o la totalidad de los beneficios universales establecidos, situación que no ocurre actualmente.

Se deben crear condiciones para que opere una competencia regulada entre aseguradores y prestadores públicos y privados, que centren sus esfuerzos en otorgar tanto las coberturas establecidas (AUGE+Fonasa libre Elección) como las prestaciones complementarias, con un nivel garantizado de calidad.

La administración de los establecimientos públicos debe ser autónoma para que puedan alcanzar su mayor efectividad, con un marco jurídico moderno que permita disponer de toda la capacidad para administrar sus recursos, pasando de ser organismos públicos a empresas públicas o concesionadas.

SALUD, (CHILE)

En suma, de acuerdo al análisis efectuado anteriormente, se puede concluir que la reforma contiene elementos positivos, no obstante que redundará en un aumento de los costos del sector público y de las ISAPRES. En el caso del primero, como se indicó anteriormente, el mayor costo se financiará con impuestos, mientras que en el caso de las ISAPRES, este costo adicional se traducirá en mayores precios y menor libertad de gestión. Así, las garantías GES que se revisan cada tres años y que evidentemente incrementarán su contenido y cobertura en el futuro, implicarán más exigencias financieras para los beneficiarios del sector privado. En consecuencia, de no mediar un cambio relativo a la portabilidad del subsidio fiscal por garantizar la libertad de elección del sistema de salud a toda la población, la reforma aumentará la brecha existente entre ambos sistemas. Esto último, más una modernización de la red pública hospitalaria con apertura a privados, por medio de las concesiones y gestión moderna, son los verdaderos cambios que se requieren para provocar el gran avance del sistema de salud chileno.

SALUD

ARGENTINA

SALUD, (ARGENTINA)

Medicina Prepaga

Las empresas de medicina prepaga forman parte del denominado sector privado del sistema sanitario. Dicho sector está integrado además, por el sub -sector prestador, representado a través de la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales privados (CONFECILISA). Pueden observarse dos tipos de afiliados a las empresas de medicina prepaga; aquellos que han optado por contratar un seguro privado de salud como también quienes, por estar afiliados a una obra social que estableció un convenio de atención de su cartera con una cierta empresa de medicina prepaga, pasan a depender de la misma. Predominan las empresas de medicina prepaga que asumen la forma de sociedades comerciales, por encima de aquellas constituidas como asociaciones de profesionales sin fines de lucro. La labor asistencial de las empresas se centra en el plan pre7stacional elegido y abonado por el afiliado (en la actualidad están obligadas a cubrir como mínimo el Programa Médico Obligatorio de Emergencia).

SALUD, (ARGENTINA)

Origen de la medicina prepagada en Argentina.



El antecedente de la Medicina prepaga en Argentina se remonta al año 1932, cuando el doctor Alejandro Schvarzer reunió a un grupo de médicos de distintas especialidades para conformar una entidad en la cual cada médico seleccionado aportaba sus propios pacientes y así se daba forma a una cartera unificada de abonados por una mínima cuota periódica, tipificando la primera pero informal empresa de medicina prepaga para servicios ambulatorios; poco después, el tiempo ocioso disponible los llevó a pensar en conseguir más pacientes, creando una rudimentaria forma de comercialización: reclutaban promotores y formaban grupos de venta para ofrecer dicho servicio en visitas domiciliarias. No faltaron otros que, atrapados por la idea, imitaron la iniciativa, y el fenómeno expansivo no tardó en hacerse notar.

SALUD, (ARGENTINA)

Antes de 1946 la medicina era con exclusividad una función privada; la acción estatal era asombrosamente mala y puramente individualista, y el Estado prácticamente no tenía una organización nacional de Salud Pública. El primer Gobierno de Perón definió la Seguridad Social como un mecanismo protector de los individuos frente a los distintos estados de necesidad, asegurándoles condiciones dignas y justas de subsistencia, fruto de la conjunción de las políticas social, económica y sanitaria; en desarrollo de las mismas creó el Ministerio de Salud Pública en 1949 y fortaleció el papel del estado en la prestación de los servicios de salud incrementando fuertemente la disponibilidad de camas en distintos tipos de establecimientos públicos (nacionales, provinciales, municipales, universidades, Fundación Eva Perón y OS estatales), lo que conllevó a una reducción de la utilización de los servicios de salud privados con un simultáneo descenso de las camas de este origen: entre 1946 y 1951 aumentó el número de las camas estatales en más del 100% (de 42.000 a 93.000), pasando a representar el 81% del total, desde el inicial 64%, entretanto las camas en mutuales y otras entidades privadas se reducían 10% (de 24.000 a 21.000), y luego continuó descendiendo (hasta 18.000 camas).

SALUD, (ARGENTINA)

Institucionalización de la medicina prepagada en Argentina.



Los sanatorios privados ante la capacidad ociosa de sus instalaciones, hacen nacer los “prepagos sanatoriales”; en el año 1955 se forma el Centro Médico Pueyrredón, cuya modalidad de atención era únicamente para los pacientes de los médicos de ese centro. Ese mismo año un sanatorio encara decididamente explotar un sistema asistencial comercialmente, para ello desarrolla un producto cerrado, centralizado (brinda toda la cobertura dentro de un solo edificio), el cual se denomina Policlínica Privada; esta idea, de uno de los fundadores de Policlínica Privada tuvo su origen en los seguros de salud de Estados Unidos, los cuales asumían la responsabilidad únicamente desde el punto de vista económico; la novedad que se introdujo en este mismo sistema fue incorporarle asumir la responsabilidad de la prestación del servicio médico.

SALUD, (ARGENTINA)

En el año 1963, se lanza el Sanatorio Metropolitano, con un sistema también cerrado y centralizado pero con una particularidad, ya que únicamente se atendían los abonados al plan del sanatorio. Posteriormente en 1964 nace Asistencia Medica Social Argentina (A.M.S.A.), que produce un verdadero cambio, ya que implementa un sistema cerrado descentralizado, cuya característica fue ofrecer una cartilla de profesionales que atiende en sus consultorios particulares, y estudios diagnósticos o internación en distintos centros de diagnóstico y tratamiento, como así también en varios sanatorios de Capital y del Gran Buenos Aires. A muy cercana fecha nace Centro Médico del Sur (CEMES), con la misma particularidad de sistema anterior, pero convirtiéndose en la primera empresa en brindar cobertura en todo el país, inclusive en las Islas Malvinas y también pioneros en cubrir a sus afiliados propios y de otras prepagas en las zonas de veraneo. En esta etapa inicial, los planes de cobertura cubrían principalmente la internación, pero el mercado no sólo exigió la ampliación de ellas sino que como efecto de la competencia fueron incorporándose más y mejores coberturas, al tiempo que exclusiones y tiempos de espera fueron disminuyendo.

SALUD, (ARGENTINA)

En los setenta aparecen las obras sociales de personal de dirección y superior de las empresas, como una segmentación especializada de las Obras Sociales. A raíz de esta situación se dificulta la ampliación de las carteras de socios de las entidades de medicina prepaga, las cuales fueron orientándose más a la clase media y media-alta, ya que eran las que adquirieron mayor conciencia, a través de los ejemplos que brindaban las mutualidades y obras sociales, de las ventajas que implicaba este tipo de cobertura; entre 1961 y 1980 ingresaron al sector 60 entidades, y brinda cobertura a una importante cantidad de población ya sea porque el asociado ingresó en forma directa al sistema o porque a través de su obra social accedió a los servicios de un prepago.

En 1997, ya eran 269 empresas de medicina prepagada, aglutinadas en Capital Federal y el Gran Buenos Aires, y sólo un tercio de ellas cubrían el interior del país; las diez empresas líderes reunían el 41 por ciento de los afiliados (aglutinaban a 890.000 personas de los 2,2 millones de afiliados), y otro tanto de la facturación (entre 1996 y 97, las diez empresas líderes facturaron 776 millones de dólares del total de 1875 millones de dólares facturado en el sector).

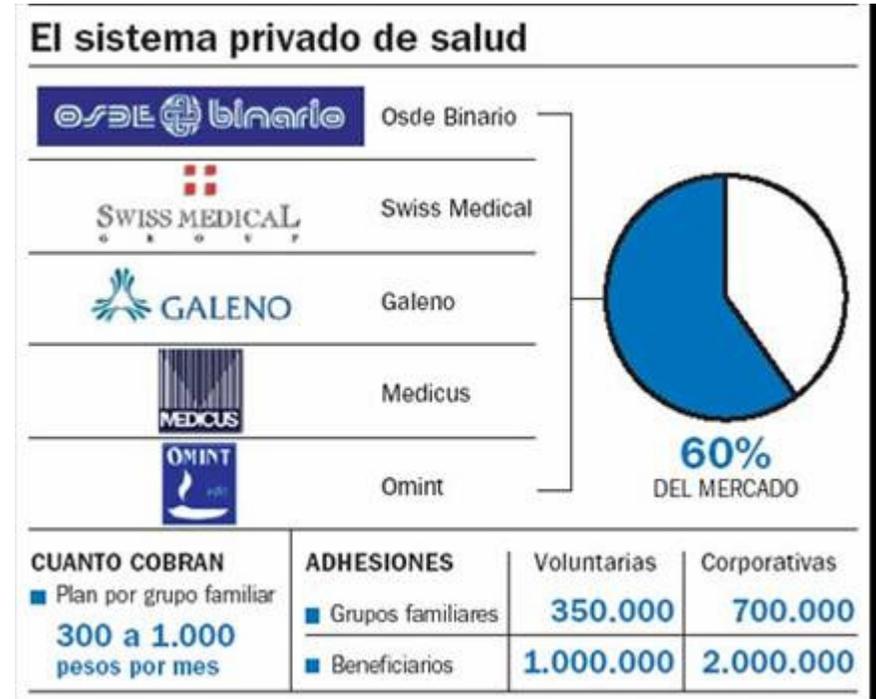


SALUD, (ARGENTINA)

Situación actual

A febrero de 2006, el mercado de Medicina Prepagas estaba integrado por 280 empresas atendiendo cerca de 3 millones de afiliados de los cuales más del 60% están en planes corporativos y facturan más de 3.570 millones de pesos anuales (U\$ 1.154,5 millones); las cinco empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 60% de los afiliados, además, las empresas más grandes tiene un ingreso promedio

mensual por beneficiario que duplica al de las menores. El liderazgo lo tiene Osdo (35,7%), seguido por el grupo Swiss Medical(15,2%), de capitales extranjeros, y Galeno(14,4%). También existe un reducido grupo de empresas de medicina prepaga sin fines de lucro que se agrupan en cuatro cámaras, Cimara, Ademp, Acami y Red Argentina de Salud que reúnen a alrededor de 120 firmas; las empresas de medicinas prepagas a nivel provincial, principalmente de la provincia de Santa Fe, están nucleadas en la Cámara de Entidades de Medicina Privadas del Interior (Cempi).



SALUD, (ARGENTINA)

Situación actual

A febrero de 2006, el mercado de Medicina Prepagas estaba integrado por 280 empresas atendiendo cerca de 3 millones de afiliados de los cuales más del 60% están en planes corporativos y facturan más de 3.570 millones de pesos anuales (U\$ 1.154,5 millones); las cinco empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 60% de los afiliados, además, las empresas más grandes tiene un ingreso promedio.

En cuanto al perfil de la demanda, el segmento de ingresos más altos representa el 37,5% del ingreso, la clase media el 47,8% y la baja el 14,7%. Del total de los beneficiados el 71% trabaja en relación de dependencia, el 22% son jubilados y el 6% son monotributistas. Mientras que a los 42 años la cuota promedio es de 155 pesos, a los 72 años ésta sube a 315 pesos. En cuanto a inversiones, Galeno proyecta la construcción de un centro obstétrico en el sanatorio Trinidad de Palermo, la construcción de un nuevo sanatorio de la Trinidad en San Isidro y el nuevo centro medico para todas las especialidades en barrio Norte mediante la transformación del edificio de Córdoba y Rodríguez Peña en Capital Federal. UAI Salud, por su parte, prevé la puesta en marcha de dos nuevos centros médicos. Las empresas que más deudas financieras tienen a marzo del 2006 son Medicus, con 5.009.230 millones de pesos; e Internacional Health Services Argentina con 4.545.282 millones de pesos.

SALUD, (ARGENTINA)

Actividad con regulación mínima

Las empresas de medicina prepaga (que pueden adoptar la forma de sociedades anónimas, de responsabilidad limitada, simples asociaciones o fundaciones) brindan en general servicios de cobertura de salud, a cambio de una cuota mensual; si bien cumplen la misma función social que los Planes de Adherentes organizados por las obras sociales, a diferencia de estas últimas a la fecha no cuentan con una ley marco (por lo que los contratos se rigen por las normas generales y la Ley de Defensa del Consumidor) y tampoco existe ningún organismo público que ejerza el control institucional, jurídico o económico financiero o que represente legalmente o controle a las EMP como la Superintendencia de Servicios de Salud lo hace con las Obras Sociales Nacionales, a excepción del aspecto prestacional ya que la Ley 24.754 de 1996 las incorporó al Sistema Nacional del Seguro de Salud obligándolas a ofrecer como piso mínimo de cobertura el Plan Médico Obligatorio (res. 201/2002 MS). En los contratos se disponen diferentes planes de cobertura y a distintos precios, los cuales no están regulados y las EMP pueden aumentar sus cuotas con el sólo trámite de comunicarlo a sus afiliados 30 días antes.

SALUD, (ARGENTINA)

Es muy importante tener en cuenta que el contrato opera como una especie de seguro de cobertura es decir, se ofrecen los prestaciones con base en las cuotas que se van abonando regularmente y por adelantado ya que ante la falta de pago de las mismas opera una suspensión de los servicios y luego la conclusión del contrato; dado que los servicios de medicina prepaga se instrumentan mediante contrataciones por adhesión, adquiere particular relevancia lo normado en los arts. 37 y 38 de la Ley nº 24.240 en cuanto regulan las pautas a tener en cuenta a los efectos de considerar ineficaces aquellas cláusulas contractuales que contengan términos abusivos; la citada ley le otorga a la Autoridad de Aplicación, expresas facultades para elaborar políticas tendientes a la defensa del consumidor y en ese sentido la Secretaría de Coordinación Técnica del Ministerio de Economía y Producción de la Nación, en ejercicio de su potestad reglamentaria dictó la Resolución nº 9/2004 por la cual se contemplan distintos supuestos de cláusulas que serán consideradas abusivas en los contratos de consumo que tengan por objeto la prestación de servicios de medicina prepaga y de servicios originada en un contrato de tipo corporativo o similar, celebrado entre el proveedor del servicio y un tercero. De esta manera, los estrados judiciales son el único ámbito al que pueden recurrir los beneficiarios de las prepagas en caso de pleito.

SALUD, (ARGENTINA)

Expectativas a futuro

En el corto plazo y luego de superar una fuerte recesión, el sector de la Medicina Prepagada, muestra tendencia a crecer tanto en afiliados como en facturación pero en un marco de aumento de costos médicos y prestacionales, mayor competencia entre los grandes actores del mercado, y el crecimiento de las controversias judiciales por el alcance de las coberturas que deben prestar, lo que hace prever una disminución de la rentabilidad. En cuanto a las perspectivas en el mediano plazo, los expertos advierten un avance de algunos hospitales de comunidad frente a prepagas de mediano tamaño o en nuevas zonas de influencia, al igual que cierta "separación" entre los planes más caros y el resto; no obstante, el sector se encuentra ante oportunidades interesantes como la incorporación de afiliados que recomponen su situación de ingresos, el sostenimiento del crecimiento económico, la expansión en el interior del país, la salida de "actores débiles sobrepasados por la presión competitiva" y una "menor presión de los sustitutos".

SALUD

COLOMBIA

SALUD, (COLOMBIA)

Las EPS:

Con la ley 100, se dio paso a un concepto integral de salud, no sólo con planes de atención, sino también con programas de promoción y prevención para los usuarios. Con la entrada en operación de las EPS, más colombianos de todos los estratos económicos han recibido servicios de salud, a los cuales antes no tenían acceso. Es así como actualmente el régimen contributivo tiene alrededor de 17 millones de afiliados.

Las EPS son entidades claves sin las cuales el sistema no podría funcionar, pues organizan los servicios de salud y promueven la calidad en la atención a los afiliados. Además son las encargadas de afiliar a la población, de recopilar toda la información de los afiliados, la cual es muy importante para desarrollar actividades que permitan mejorar el estado de salud de su población afiliada. En este sentido, las EPS administran el riesgo de salud de los usuarios y realizan labores de promoción y prevención. Las EPS contratan IPS externas o prestan directamente los servicios. Finalmente, administran eficientemente los recursos con el propósito de brindar más atenciones, con la calidad adecuada y al mejor precio.

SALUD, (COLOMBIA)

En un año las EPS privadas prestan cerca de 120 millones de atenciones y despacharon más de 40 millones de medicamentos. Los servicios más representativos fueron 23 millones de consultas generales, 15 millones de consultas médicas especializadas, más de 60 millones de tratamientos ambulatorios, cerca de 10 millones de atenciones en urgencias, casi dos millones de hospitalizaciones. Además, están atendiendo más de 300 mil pacientes de alto costo y prestan al año más de 300 mil atenciones domiciliarias.

La ley 100 de 1993 es uno de los más importantes logros en materia social que ha tenido Colombia. Se ha logrado extender la cobertura de los servicios de salud a buena parte de la población colombiana. En el régimen contributivo tenemos cerca de 17 millones de personas y en el subsidiado alrededor de 19 millones, teniendo como meta llegar a la cobertura universal. Adicionalmente, mediante la ley 100 el país ha hecho un uso eficiente del dinero disponible. La estadística internacional señala que Colombia se gasta al año 168 dólares por habitante, mientras que México se gasta 424, Chile 359, Venezuela 196 con coberturas en salud mucho más bajas. Por otro lado, el modelo colombiano es un modelo solidario, en donde cada quien paga una cotización según los ingresos que recibe, pero obtiene los mismos servicios. Una persona de salario mínimo recibe el mismo servicio que una persona que se gana diez o veinte salarios mínimos. Por ejemplo, una familia numerosa de bajos ingresos recibe todos los derechos de salud igual que una persona de altos ingresos que no tenga familia, por lo tanto es un sistema en donde hay una redistribución de ingresos y la principal preocupación es la persona y la cobertura de los servicios de salud.

SALUD, (COLOMBIA)

El sistema colombiano es uno de los sistemas líderes en el mundo. El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud tienen el modelo colombiano como un ejemplo a nivel internacional y están estimulando a otros países para que adopten un modelo parecido.

Las EPS desarrollan programas de vacunación para sus afiliados, realizan controles a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos, fomentan dentro de los afiliados estilos de vida saludable y, en general, ejecutan todas las funciones de promoción y prevención que están a su alcance dentro de su ámbito de atención y se encuentran orientadas a que la enfermedad no se presente y si se presenta, su impacto negativo sea menor.

RIESGO EN EL TRABAJO

RIESGO EN EL TRABAJO

ARGENTINA

RIESGO EN EL TRABAJO, (ARGENTINA)

Ley 24.557 A.R.T. Riesgos del Trabajo

1. El régimen de prestaciones dinerarias previsto en esta ley entrará en vigencia en forma progresiva. Para ello se definirá un cronograma integrado por varias etapas previendo alcanzar el régimen definitivo dentro de los tres años siguientes a partir de la vigencia de esta ley.
2. El paso de una etapa a la siguiente estará condicionado a que la cuota promedio a cargo de los empleadores asegurados permanezca por debajo del 3% de la nómina salarial. En caso que este supuesto no se verifique se suspenderá transitoriamente la aplicación del cronograma hasta tanto existan evidencias de que el tránsito entre una etapa a otra no implique superar dicha meta de costos.
3. Durante la primera etapa el régimen de prestaciones dinerarias correspondiente a la incapacidad permanente parcial será el siguiente:

RIESGO EN EL TRABAJO, (ARGENTINA)

Para el caso en que el porcentaje de incapacidad permanente fuera igual o superior al 50% e inferior al 66% y mientras dure la situación de provisionalidad, el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes. Una vez finalizada la etapa de provisionalidad se abonará una renta periódica cuyo monto será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes. En ningún caso el valor actual esperado de la renta periódica en esta primera etapa podrá ser superior a \$ 55.000. Este límite se elevará automáticamente a \$ 110.000, cuando el Comité Consultivo Permanente resuelva el paso de la primera etapa a la siguiente.

En el caso de que el porcentaje de incapacidad sea inferior al 50% se abonará una indemnización de pago único cuya cuantía será igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Esa suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar 55.000 por el porcentaje de incapacidad.

RIESGO EN EL TRABAJO, (ARGENTINA)

TERCERA:

1. La LRT no será de aplicación a las acciones judiciales iniciadas con anterioridad a su vigencia salvo lo dispuesto en el apartado siguiente.
2. Las disposiciones adicionales primera y tercera entrarán en vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.
3. A partir de la vigencia de la presente ley, deróganse la ley 24.028, sus normas complementarias y reglamentarias y toda otra norma que se oponga a la presente.

ARTICULO 50 - Sustitúyese el artículo 51 de la ley 24.241 por el siguiente:

ARTICULO 51: Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados: tres (3) por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y dos (2) por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, los que serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes. Contarán con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo.

Los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones serán financiados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación.

RIESGO EN EL TRABAJO, (ARGENTINA)

El seguro de riesgos del trabajo, no fue creado solamente de manera indemnizatoria para el trabajador; sino que la meta del mismo es la rápida reinserción laboral del accidentado, evitando así, despidos o juicios laborales.

La ART actúa de manera preventiva, buscando disminuir los ratios de accidentes y su gravedad; poseen una red de prestadores y hasta centros de atención propia, con el propósito de brindarle al accidentado una rápida y eficaz atención médica.

Por otro lado la ley de ART, prevee el pago de los jornales caídos hasta que el trabajador se pueda reintegrar de forma activa; esto protege al Empleador, evitando que el mismo deba cargar sobre sus costos un salario sobre un empleado accidentado.

Es obligatorio para todos los trabajadores que se encuentren en relación de dependencia en la República Argentina.

El organismo de control es la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (www.srt.gov.ar). La misma se encarga de controlar el funcionamiento de las ART y lleva un control estadístico sobre la siniestralidad de todas las Empresas de Argentina.

RIESGO EN EL TRABAJO, (ARGENTINA)

Pasos para contratar ART

Informar los datos básicos de su Empresa, y adjuntar la siguiente información:

Sociedades: Estatuto, DNI del Firmante, Constancia de Inscripción como Empleador.

Personas: DNI, Constancia de Inscripción como Empleador.

RIESGO EN EL TRABAJO, (ARGENTINA)

Le presentamos las principales Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y [Seguros de Accidentes Personales](#) de Argentina.

	<p>Mapfre ART, del Grupo MAPFRE, Asegurador N1 de España.</p>
	<p>Berkley International Argentina S.A. a través de sus compañías Berkley International Seguros y Berkley International A.R.T., es el primer grupo asegurador supra-regional de Argentina.</p>
	<p>Consolidar ART, del Grupo Consolidar Seguros, es uno de las principales ART de Argentina</p>
	<p>La Caja ART cuenta con el respaldo y la solvencia del Holding Caja de Ahorro y Seguro, el mayor grupo asegurador de Argentina e integrante del Grupo Assicurazione Generali.</p>
	<p>CNA ART es una empresa del Grupo “CNA Financial Corporation”, aseguradora líder mundial con más de 100 años de trayectoria en el mercado corporativo de Estados Unidos.</p>
	<p>Asociart ART del Grupo San Cristobal se posiciona como una de las mejores ART de nuestro país.</p>
	<p>Prevención ART de Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.: Con más de 200.000 asociados, ostenta una destacada posición en el mercado, ubicándose entre las 10 principales aseguradoras del país. Sumando esfuerzos para una gestión eficiente y moderada, garantiza la prestación ágil y flexible de los servicios.</p>
	<p>Liberty ART Seguros es una de las aseguradoras líderes en el mundo con más de 38.000 Empleados en mas de 900 oficinas, asegurando a más de 6 millones de personas en los 5 continentes.</p>
	<p>Provincia ART Compañía integrante del Grupo BAPRO, posee el 19.3% del mercado de seguros de ART de la Argentina</p>

RIESGO EN EL TRABAJO, (ARGENTINA)

Seguros de Vida Colectivo:

Los Seguros Colectivos reúnen a varios individuos en una sola póliza, que es contratada por el Tomador. El grupo cubierto debe necesariamente tener algún vínculo como ser profesional, laboral o de otro tipo de asociación. Es necesario que el vínculo que reúne al grupo Asegurado sea distinto del de contratar el seguro

RIESGO EN EL TRABAJO

COLOMBIA

RIESGO EN EL TRABAJO, (COLOMBIA)

OBJETIVOS DE LOS INFORMES DE ATEP

- ✓ Notificación del evento ocurrido
- ✓ Prueba en el proceso de determinación de origen
- ✓ Aportar elementos para investigación del ATEP mortal
- ✓ Facilitar conocimiento de causas, elementos y circunstancias del ATEP

IPS no pueden obstaculizar atención urgencias ni negar servicios de salud a trabajadores que hayan sufrido ATEP (Circular 10 de 2006).

- No es requisito para el pago de prestaciones asistenciales o económicas al trabajador.
- Las ATEP deben prestar asesoría y capacitación periódica a las empresas afiliadas.

RIESGO EN EL TRABAJO, (COLOMBIA)

CONSIDERACIONES DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

- **Requiere diagnóstico y presunción de profesionalidad por médico (cualquiera de los citados en la norma).**
- **No se requiere si ha habido aviso previo como otro tipo de contingencia (AT).**
 - **Es obligación del empleador actual (no de empleadores anteriores).**
- **El médico debe enviar documentación soporte del Dx. Se diligencia un informe por cada EP.**

RIESGO EN EL TRABAJO, (COLOMBIA)

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

- Nombre de EPS _____ ARP _____ AFP _____ (códigos)
 - Tipo de vinculador laboral
Empleador _____ Contratante _____
Cooperativa de Trabajo Asociado _____
- Nombre de la Actividad Económica de la sede principal
_____ (código)
 - Nombre o razón social _____
 - Tipo y número de identificación _____
 - Dirección _____ Teléfono _____ Fax _____
Correo electrónico _____
- Departamento _____ (código) Municipio _____ (código)
Zona _____ *

RIESGO EN EL TRABAJO, (COLOMBIA)

Seguros de Vida Colectivo:

Los Seguros Colectivos reúnen a varios individuos en una sola póliza, que es contratada por el Tomador. El grupo cubierto debe necesariamente tener algún vínculo como ser profesional, laboral o de otro tipo de asociación. Es necesario que el vínculo que reúne al grupo Asegurado sea distinto del de contratar el seguro

EN CONCLUSIÓN...

En resumen, la Industria Previsional...

➤ **Es una industria joven ...**

- Pendiente de configuración definitiva
- Maduración del negocio diferente al de otras actividades
- Requiere un know how especializado...
- ... aún no formalizado ni local ni internacionalmente.

➤ **Importante tamaño del mercado:** gran parte del ahorro y de las inversiones en América Latina se canaliza a través de los negocios previsionales.

➤ **Negocio estancado a nivel de ingresos en el corto plazo pero con fuerte potencial de crecimiento futuro.**

➤ **Industria rentable,** tanto en términos de ROE como RAR.

➤ **Las características particulares de los sistemas en cada país exigen una gestión tanto sistémica como individual diferente**