



## **FASECOLDA EN LINEA JUEVES 20 DE AGOSTO**

### **FASECOLDA EN ACCION**

#### **FASECOLDA y ACEMI organizan Taller de Tarifación en Salud**

En Colombia actualmente la salud enfrenta enormes retos como los costos crecientes, los cambios regulatorios, y la globalización, entre otros.

De ahí que los tomadores de decisiones en los distintos ámbitos del sector salud deben estar al tanto de lo que está sucediendo en el mundo y, en particular, de las estrategias para lograr mejores resultados.

En este sentido, el Taller de Tarifación en Salud, que se realizará el próximo 2 de septiembre, será un espacio para debatir la experiencia colombiana y sus desafíos.

El encuentro, que se realizará en el Salón Santafé del Bogotá Plaza Summit Hotel, contará con conferencistas con amplia experiencia sector como la Directora de la División de Planes de Salud de Watson Wyatt en Argentina, Stella Maris Sanyan.

También un experto nacional como el Jefe de la División de Salud de Colsubsidio, Ramón Abel Castaño, participará en el encuentro.

El invitado especial del evento es Augusto Acosta, que en años pasados se desempeñó como Superintendente Financiero del país.

Si desea inscribirse al taller o recibir información adicional, escriba al correo electrónico [jpulecio@acemi.org.co](mailto:jpulecio@acemi.org.co).

Fuente: FASECOLDA

### **ECONOMIA**

#### **Descalifican como accidente laboral siniestro de trabajador**

Para que se reconozca como accidente laboral la muerte de un trabajador cuya actividad es de alto riesgo, primero es necesario establecer el origen de la situación que generó el percance.

Así lo estableció la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia en sentencia de julio de 2009, en la cual estudió una demanda instaurada por los familiares del fallecido diputado Humberto Agudelo Gutiérrez. En este caso no se reconoció como accidente laboral porque se consideró que la muerte fue de origen común y no por las implicaciones del trabajo que realizaba Agudelo.

La Corte señaló que son las Juntas de Calificación de Invalidez las encargadas de clasificar el origen de los accidentes, muertes o enfermedades. De esta manera, se cataloga en origen profesional cuando la situación que padece el individuo es por causa de su trabajo y por causa común y que no tienen nada que ver con la labor que desempeña.

En este caso, en primera instancia Riesgos Profesionales Colmena S.A. Compañía de Seguros de Vida, interpuso una demanda de nulidad contra el dictamen pericial y la calificación emitida por los miembros de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

La razón es que dicho dictamen calificó de origen profesional la muerte del Diputado Humberto Agudelo Gutiérrez, argumentando que al ser un hombre público, perteneciente a una corporación de orden departamental, su consecuente asesinato hace presumir que el homicidio es de origen profesional.

Contrario a esto, la Junta Regional de Calificación de Invalidez, dictaminó la muerte del diputado como de origen común, al considerar que estaba demostrado en el proceso que las sesiones de la Asamblea Departamental de Risaralda habían finalizado 20 días antes del deceso. Además se apoyo en la normatividad, indicando que “a pesar de que los diputados de las Asambleas se elegían por el término de tres años (artículo 299 de la Constitución Nacional), la misma Ley considera que los riesgos profesionales por dicha condición sólo son predicables del tiempo en que dichos miembros están sesionando, sin poder, entonces, considerar como accidente de trabajo el siniestro en el que perdió la vida Agudelo Gutiérrez por no estar laborando cuando el mismo se produjo”.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira al resolver la demanda de nulidad, consideró que de acuerdo con las pruebas contenidas en el proceso, se deduce que el “servidor público se ocupaba para el día de su muerte en labores políticas propias de su partido, que eran distintas de las contenidas en el artículo 300 de la Carta Política. Y por eso concluyó que su deceso no fue por causa o con ocasión de su labor en la Asamblea Departamental”.

Al no ser posible la determinación de las causas del siniestro, se dio aplicación a lo contenido en el Decreto 1295 de 1994, según el cual “toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificadas o calificadas como de origen profesional, se consideran de origen común”.

Finalmente, el Tribunal dejó sin efectos el dictamen proferido por la Junta Nacional de Calificación y absolvió a Colmena Riesgos Profesionales S.A. de reconocer prestación asistencial o económica alguna por el fallecimiento, es decir de cancelar la pensión de sobrevivientes a los interesados, al determinar que la muerte tuvo un origen común.

Una vez se examinaran los fundamentos del fallo, la Sala pasó a revisar el recurso extraordinario de casación interpuesto por María Cristina Hoyos Naranjo y Luz Dary Trejos Romero, actuando en representación de los menores Miguel Angel Agudelo Hoyos y Elizabeth Agudelo Trejos contra dicho pronunciamiento.

Según la Corporación judicial, por no haber reunido las formalidades exigidas en las normas procedimentales, y por no haber recurrido la totalidad de los puntos expuestos por el Tribunal de Pereira, la sala laboral no casó la sentencia proferida en primera instancia.

Los fundamentos de esta decisión quedaron plasmado en la sentencia al establecer que los demandantes no presentaron la totalidad de los sustentos jurídicos y probatorios que expuso el Tribunal para revocar la sentencia de primer grado. Esto conllevó a que el fallo impugnado quedara incólume por estar soportado en aquellos puntos que no fueron tema de objeción como el relacionado con el que al no ser posible determinar a ciencia cierta la causa de la muerte por lo tanto debe presumirse que fue de origen común, al igual que el haber aceptado el Fondo de Pensiones Horizonte, la responsabilidad prestacional de la pensión de sobrevivientes a los beneficiarios.

## EL DICTÁMEN

Las juntas de calificación de invalidez son organismos de creación legal, sin ánimo de lucro que deben emitir la valoración de la pérdida de capacidad laboral de un trabajador que ha sufrido un accidente de trabajo o enfermedad profesional o cuando es de origen común y no está afiliado al sistema de Seguridad Social integral. Sus decisiones son de carácter obligatorio, no son actos administrativos y sólo pueden ser controvertidos ante la justicia laboral ordinaria.

## Legislación

El Decreto 2463 de 2001, establece que en los casos que el trabajador no esté afiliado a la Seguridad Social, el empleador debe asumir el costo de los honorarios de las Juntas de Calificación. Este tema ha sido legislado y modificado desde 1950 con el Código Sustantivo del Trabajo, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994, Manual único de calificación de invalidez (Decreto 917 de 1999). Ley 772 de 2002, el Decreto 2463 de 2001 y demás decretos y sentencias de la corte suprema de justicia.

## Enfermedad

La causalidad de una enfermedad profesional se establece de dos formas: fijando la presencia de un factor de riesgo causal- ocupacional en el sitio de trabajo en que estuvo expuesto el trabajador, o comprobando la presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente, relacionada causalmente con este factor de riesgo.

Fuente: La República

## INTERNACIONAL

### Demócratas liberales insisten en seguro público de salud en EE.UU.

El ala liberal del Partido Demócrata presiona al presidente Barack Obama para evitar que desista de su plan del seguro público de salud, como quieren los conservadores y empresas del sector.

Diversos legisladores de su partido defendieron la propuesta, entre ellos la líder de la Cámara de Representantes, Nancy Pelosi, al señalar que es esencial para que las firmas privadas de seguros médicos sean honestas.

"La industria de seguros estaría totalmente eufórica si hubiera un mandato que estableciera que las personas deben tener seguro médico sin una verdadera competencia", estimó la congresista de Illinois Jan Schakowsky.

La opción pública es la única forma demostrada de garantizará a todos los consumidores opciones a su alcance, comentó por su parte el senador de Virginia Occidental John Rockefeller.

También el expresidente del Partido Demócrata Howard Dean defendió la idea.

Realmente no se puede hacer la reforma de salud sin esa medida, afirmó Dean, médico de profesión y quien también fungió como gobernador de Vermont.

Días atrás la Casa Blanca sugirió que podría abandonar el proyecto de un plan de cobertura pública que competiría con los seguros privados.

Ante la ola de críticas de organizaciones sociales, religiosas, sindicatos y demócratas liberales, el gobierno dio marcha atrás.

El presidente Barack Obama no ha modificado sus metas sobre la reforma de salud ni se ha alejado de una opción de seguro público operada por el Estado, comentó su vocero, Robert Gibbs.

La bancada republicana y algunos demócratas conservadores se muestran reacios a esa medida, al rechazar cualquier intervención del Estado.

FUENTE: Prensa Latina <http://www.prensa-latina.cu/>



**FASECOLDA EN LINEA  
MARTES 25 DE AGOSTO**

## SECTOR

**Colmena ARP organiza el segundo Foro Internacional de Buenas Prácticas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas**

Del 25 al 28 de agosto en Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla Colmena Riesgos Profesionales llevará a cabo la segunda versión del Foro Internacional "BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN."

Este año el tema central del evento se desarrollará en torno a La Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto en la Producción Empresarial

Los asistentes al evento podrán compartir experiencias exitosas con conferencistas de los países de Chile, Argentina y Colombia en la implementación de programas de prevención, los cuales buscan ofrecer elementos que les permitan generar una reflexión sobre cómo afecta esta condición a la población trabajadora y por ende los indicadores de gestión en las organizaciones.

Para mayor información del evento puede comunicarse con Alexandra Sarmiento Celis en el correo electrónico [ASarmiento@colmena-arp.com.co](mailto:ASarmiento@colmena-arp.com.co) ó en el teléfono 3241111 Ext. 2582

Fuente: Colmena Riesgos Profesionales

## **ECONOMIA**

### **Sistemas Pensionales Deben Honrarse**

Un fallo de la Corte Constitucional dejó a salvo el pago de pensiones de vejez de los trabajadores que hace 15 años ya cumplían con la edad o el tiempo de cotización, para lograr su reconocimiento.

La Corte decidió que el derecho pensional de quienes a 1º de abril de 1994 -cuando entró a regir la ley que creó el sistema de seguridad social integral (Ley 100)-, y que desde entonces están en el régimen de transición, es intocable y, por lo tanto, no puede ser modificado ni desconocido.

Según el alto tribunal, se trata de "un derecho adquirido y no una mera expectativa". "Esto significa que el derecho a pensionarse bajo los parámetros establecidos en el sistema anterior a aquel consagrado en la Ley 100 -explicó la Corte-, es un derecho adquirido para aquellas personas que cumplían al menos uno de los requisitos para formar parte de dicho régimen".

En esas condiciones, agregó el alto tribunal, las personas que reunían las exigencias necesarias para estar en el régimen de transición están en pleno derecho de exigir se les tenga en cuenta el sistema anterior más favorable.

Esto aplica, dijo el alto tribunal, para aquellas personas que, al entrar en vigencia el sistema de pensiones -de la Ley 100- tenían 35 o más años, si eran mujeres, o 40 años o más, si se trataba de hombres, o llevaban 15 años o más de servicios cotizados.

"Estos requisitos -dijo la Corte- son disyuntivos, por lo que basta con que en cabeza de una persona se configure alguna de las dos premisas anteriormente descritas para que frente al Estado Social de Derecho aquel ostente un derecho adquirido al régimen de transición".

Con estos argumentos, la Corte concedió una acción de tutela y ordenó al Instituto de Seguros Sociales, Pensiones, -ISS- dejar sin efecto una resolución, expedida en 2008, y mediante la cual le negó la pensión de vejez a una mujer.

En el fallo, la Corte ordenó al ISS reconocer y pagar, en 10 días contados a partir de la notificación de esta decisión, la pensión a que tiene derecho esta particular, de conformidad con el régimen anterior a la Ley 100 porque, en este caso, le es más favorable por edad y tiempo de cotización.

Los cobijados por la norma

El pronunciamiento lo hizo la Corte en la sentencia T-398 de 2009, proyectada por el magistrado Jorge

Pretelt. Esto aplica, dijo el alto tribunal, para aquellas personas que, al entrar en vigencia el sistema de pensiones -de la Ley 100- tenían 35 o más años, si eran mujeres, o 40 años o más, en hombres, o llevaban 15 años o más cotizados.

Fuente: Portafolio

## **INTERNACIONAL**

### **Nuevo Presidente en CESVI**

El actuario Tonatiuh Gutiérrez Ramírez fue nombrado nuevo presidente del Consejo de Administración de Cesvi México.

Gutiérrez Ramírez es actualmente director de Servicio y Operaciones de Grupo Nacional Provincial y tiene 20 años de experiencia en el sector asegurador.

El directivo mencionó que dará continuidad a la labor realizada por sus antecesores y consolidará el liderazgo de Cesvi México (Centro de Experimentación y Seguridad Vial México) en materia de reparación y seguridad vial, impulsando de forma particular el tema de la certificación de talleres automotrices.

FUENTE: Reforma



### **FASECOLDA EN LINEA LUNES 31 DE AGOSTO**

#### **FASECOLDA EN ACCIÓN**

##### **Primera Conferencia: "Panorama del Sector Logístico en Colombia"**

FASECOLDA y el Instituto Nacional de Seguros lo invitan a la primera conferencia "Panorama del sector logístico en Colombia: el diagnóstico de los generadores de Carga." a cargo del Dr. Edgar Higuera, Director de la Cámara de Grandes Usuarios de Servicios Logísticos de la ANDI.

Esta Conferencia hace parte de la Jornadas Académicas programadas por la Cámara de Transporte de Fasecolda, las cuales son un escenario dispuesto para la presentación y discusión de los temas trascendentales de la industria del transporte y sus seguros.

El entendimiento de la problemática del sector logístico en Colombia resulta de vital importancia para el sector asegurador, en la medida en que conocer de cerca el funcionamiento de la cadena logística y las expectativas de quienes participan en ella, le permitirá ofrecer pólizas cada vez más ajustadas a las necesidades, riesgos y retos actuales del mercado.

El Dr. Edgar Higuera es Ingeniero de Transporte y Vías, con postgrado en optimización y planeación del transporte de la UPV. Especialista en Logística Programa Trainmar. Se desempeñó como Coordinador Regional del estudio de Logística y Competitividad de la Comunidad Andina. Ha sido conferencista en diferentes foros internacionales. Ha actuado como Presidente de la Comisión Andina de Transporte. Es miembro de Los Consejos Directivos de distintas entidades y Comités Públicos y Privados del sector transporte en Colombia y la Comunidad Andina. Es consultor del BID, la OEA y la Cámara Colombiana de

la Infraestructura. También es asesor de las Plataformas Logísticas Portuarias. Actualmente se desempeña como Director de la Cámara de Grandes Usuarios de Servicios Logísticos de la Asociación Nacional de Industriales, ANDI.

La Conferencia se llevará a cabo el próximo miércoles 9 de septiembre de 7:00 a 10:00 AM en las instalaciones de FASECOLDA, Cra 7 No. 26 - 20 piso 11.

La Entrada es gratuita y los cupos limitados. Por favor confirmar su asistencia con Angela Hernandez [ahernandez@fasecolda.com](mailto:ahernandez@fasecolda.com) 3 44 30 80 ext. 2101.

Fuente: Fasecolda

## **SECTOR**

### **Royal & Sun Alliance lanza al mercado póliza especial para mujeres**

Hoy en día la mujer ocupa un lugar primordial en el desarrollo global, por ello RSA Seguros lanzó en el mes de Agosto la nueva Póliza de la Mujer bajo el esquema de Cobertura Total, ofreciendo protección en el evento de un accidente y/o hurto, amparando los daños causados al vehículo asegurado, así como los daños materiales y a personas.

La póliza de la Mujer, cubre el hurto de la cartera y sus contenidos como consecuencia de la rotura de ventanas del vehículo asegurado.

Ofrece adicionalmente:

- Traslado al domicilio y Cerrajería.
- Servicio de BLOQUEO de documentos y celular.
- Orientación legal contra FRAUDE por pérdida de documentos.
- Orientación y gastos de REEXPEDICIÓN de documentos
- Asistencia RSA:

Conductor elegido

Traslado médico de emergencia

Consultas médicas domiciliarias

Asistencia Exequias

Asistencia al Hogar

Esta cobertura se podrá complementar con:

- Accidentes Personales.
- Responsabilidad Civil en Exceso.
- Asistencia Plus, que incluye entre otros, cobertura por rotura de cristales.
- Gastos de Transporte.

Fuente: Royal & Sun Alliance

## **ECONOMIA**

### **Licitación de la Ruta del Sol entra en recta final; proyecto contará con aportes del Estado por \$7,5 billones**

Más de 15 compañías muestran interés por el negocio que se cierra en un mes. El Gobierno espera al menos 5 consorcios.

A casi un mes para que se cierre la licitación de la Ruta del Sol, el proyecto vial de doble calzada que agilizará el tránsito entre Cundinamarca y la región Caribe, se vive una intensa carrera contrarreloj en las firmas de ingeniería interesadas en hacer la megaobra, cuyo costo se estima en 14,2 billones de pesos, de los cuales 7,5 billones corresponde a aportes estatales.

Hasta ahora el cronograma se mantiene sin modificaciones, es decir, el próximo 30 de septiembre se debe cerrar la licitación y el 24 de noviembre se realizará la audiencia de adjudicación. La expectativa del Gobierno es que se presenten hasta cinco grupos, entre empresas nacionales y extranjeras, y desde ya se identifican las principales 'cabezas' de los consorcios que participarán en la puja.

Firmas colombianas como Odinsa (principal accionista del consorcio Opain, encargado de la modernización del aeropuerto Eldorado), Mario Alberto Huertas Cote, y Concreto, han hecho consultas al Instituto Nacional de Concesiones (Inco), para aclarar inquietudes sobre el pliego de condiciones, lo que supone su interés en la Ruta del Sol.

También están las compañías Cicón S.A., Construcciones Carrillo Caicedo (Concay S.A.), Valorcón S.A., Sainc S.A., Castilla & Castilla y Autopistas del Sol, que si bien figura como promesa de sociedad futura, la conforman un grupo de empresas que ya tienen experiencia con la concesión vial Ruta Caribe, entre los departamentos de Bolívar y Atlántico. De la misma manera figuran firmas del sector financiero, como Fidubogotá y Corficolombiana. Esta última va de la mano con la constructora brasileña Norberto Odebrecht, que cuenta entre sus obras la construcción de la represa Pinalito (en República Dominicana), terminada en agosto del año pasado.

Otro gigante brasileño interesado en el proyecto es el Grupo Camargo Correa, cuya facturación en el 2008 alcanzó los 7.100 millones de dólares y cuenta entre sus obras más relevantes la construcción del metro de Sao Paulo y el aeropuerto internacional que atiende a la misma ciudad, en Guarulhos. El conglomerado también tiene una participación importante en Itaúsa, uno de las principales firmas financieras de Brasil.

A la lista de las empresas internacionales se suma SNC Lavalin, compañía canadiense dedicada a la ingeniería de diseño y a la construcción, con más de 25.000 empleados y presente en 100 países.

"Hemos iniciado con pasos prudentes pero decididos, con la intención de participar en los proyectos de mayor interés del Gobierno colombiano. Es así como nos estamos preparando para presentar una excelente y competitiva propuesta para el proyecto de la Ruta del Sol", manifestó la empresa en una consulta que envió al Inco para resolver varias inquietudes acerca del proyecto. SNC Lavalin estableció en Colombia una empresa de ingeniería como plataforma de negocios para América Latina.

La española OHL, que nació de la fusión de las empresas Obrascon, Huarte y Lain también está interesada. Desarrolla actividades en más de 20 países y en Colombia participó en la licitación del túnel de La Línea.

Entre las internacionales se destaca la ecuatoriana Sevilla y Martínez Ingenieros C.A. (Semaica), firma que tiene filial en Colombia, con ingresos por 33.091 millones de pesos a diciembre del 2008.

Acelerando el ritmo

"Los desafíos son cerrar o adjudicar Ruta del Sol y el Ferrocarril Central de Colombia, así como definir la factibilidad del Ferrocarril del Carare, sacar los proyectos a licitación de la Transversal de Las Américas, definir Autopista al Llano, consolidar Autopistas de la Montaña y avanzar en la estructuración de los corredores de Comuneros y del Alto Magdalena", dijo el ministro de Transporte, Andrés Uriel Gallego en la reciente rendición de cuentas. Agregó que ya se han construido 651 kilómetros de dobles calzadas en las carreteras colombianas, que sumadas a los corredores troncales de los sistemas de transporte masivo, superan los 1.000 kms de vía.

Fuente: Portafolio

## **INTERNACIONAL**

### **Microseguros, como una extensión de los microcréditos**

Con bajas pólizas y reducidas coberturas, están considerados como los sucesores de los microcréditos concedidos a los más necesitados.

Las aseguradoras de todo el mundo podrían explotar nuevas oportunidades de crecimiento vendiendo cobertura a la gente más pobre del planeta, según la consultora Arthur D. Little.

En todo el mundo hay 4.000 millones de personas que ganan menos de dos dólares al día expuestas a riesgos como accidentes, enfermedades o desastres naturales que podrían comprar microseguros, caracterizados por las bajas primas y la cobertura reducida, considera Arthur D. Little, con sede en Cambridge, Massachusetts.

En vías de desarrollo

Zurich Financial Services, Allianz y Munich Re son algunas de las aseguradoras que tienen operaciones en países en vías de desarrollo. Ofrecen protección contra inundaciones e n Indonesia, seguros de vida y de patrimonios en India y cobertura por incapacidad en China.

En general, los microseguros se proporcionan a segmentos poblacionales y organizacionales que no son atendidos por los tradicionales esquemas de seguridad social y seguros comerciales.

Microinsurance Center, un grupo de investigación y defensa, calculó en 2007 que hay un mercado mundial de 1.000 millones de personas de bajos ingresos en los 100 países más pobres. La aseguradora alemana Allianz calcula el tamaño del mercado en 2.000 millones de personas en todo el mundo.

Minipólizas

Los promotores de los microseguros consideran la venta rentable de pólizas con primas de hasta cinco centavos al mes como una extensión del movimiento de microcréditos, que hace préstamos pequeños a los pobres para que puedan crear negocios.

Los microcréditos obtuvieron prominencia gracias a Muhammad Yunus, que ganó el Premio Nobel de la Paz en 2006 por su papel en la fundación del banco Grameen en Dhaka, Bangladesh, que hace este tipo de préstamos.

Yunus comenzó su lucha contra la pobreza en 1974 durante la hambruna que padeció la población de su tierra natal, Bangladesh, uno de los países más pobres del planeta.

En 1976, fundó el Banco Grameen para hacer préstamos a los más necesitados en Bangladesh. Desde entonces, el Banco Grameen ha distribuido más de tres mil millones de dólares en préstamos a 2,4 millones de prestatarios.



## **FASECOLDA EN LÍNEA 03 – 09 - 09**

### **Entidades financieras ganaron cinco billones de pesos a julio, informó la Superfinanciera**

Esa cifra representa 1,3 billones de pesos más que las utilidades registradas en el mismo periodo del 2008, es decir, un aumento de 35 por ciento.

La Superintendencia Financiera informó que las ganancias del sector obedecen al buen comportamiento de las inversiones de portafolio de las entidades vigiladas.

Los establecimientos de crédito, es decir, bancos, corporaciones financieras y compañías de financiamiento comercial, reportaron utilidades en los siete primeros meses del 2009 por 3,1 billones de pesos.

Las administradoras de fondos de pensiones y cesantías ganaron, por su parte, 256.817 millones.

Las ganancias de las fiduciarias sumaron 170.747 millones de pesos y las firmas comisionistas de bolsa 94.309 millones.

#### Ganancias de los fondos

Los fondos administrados por las entidades financieras también registraron un buen comportamiento a julio, con utilidades conjuntas que sumaron 16,6 billones de pesos.

La lista la encabezaron los fondos de pensiones obligatorias, con ganancias por 10,2 billones.

A su vez, los fondos de pensiones voluntarias obtuvieron utilidades por 571.451 millones de pesos.

Fondos de cesantías ganaron 536.813 millones.

Un dato positivo en el resumen general del sistema financiero tiene que ver con una leve mejoría de la calidad de la cartera. En julio, el indicador tradicional de calidad por mora se ubicó en 4,6 por ciento, frente al 4,7 por ciento de junio.

La Superfinanciera informó que los desembolsos de cartera en julio sumaron 32,2 billones de pesos, con un crecimiento anual del 18 por ciento.

Según el organismo de control, las tasas de interés mantuvieron su tendencia a la baja.

"Las tasas de interés continuaron con su tendencia a la baja producto de la política del Banco Central de reducción de la tasa de referencia desde diciembre de 2008 y, en consecuencia, de la menor tasa de usura para consumo y ordinario vigente para el tercer trimestre del año en curso (27,98 por ciento). En promedio, el tipo de interés de colocación disminuyó 525 puntos básicos (pbs). Las mayores reducciones

se observan en las tasas de las modalidades comercial (553 pbs) y de consumo (338 pbs)", seña el organismo.

Un dato clave para los establecimientos de crédito tiene que ver con su nivel de solvencia, que se ubicó en julio en 15,1 por ciento frente al 14,4 por ciento del mismo mes del 2008.

FUENTE: Portafolio

## **SECTOR**

### **GENERALI Cobertura para Autos**

La compañía de Seguros Generales GENERALI, lanzó en Colombia su nueva estrategia de seguros para carros.

La idea es aumentar la cobertura del mercado a través de nuevos servicios para los usuarios. La nueva política incluye coberturas ampliadas de las pólizas que generarán mayores beneficios a los clientes de las compañías.

Fuente: Portafolio

## **ECONOMÍA**

### **Tratamientos, medicinas y exámenes de laboratorio ordenados por médicos, lo que más niegan las EPS**

Entre el 2006 y el 2007, por lo menos 17 personas murieron debido a que les desaprobaron o negaron los tratamientos requeridos para tratar sus enfermedades, según estudio de la Universidad Nacional.

El documento, titulado 'El itinerario burocrático del sistema de salud colombiano', estableció que las EPS lo que más desautorizan (45 por ciento) son los tratamientos que incluyen medicinas, cirugías, equipos y otros materiales; en segundo orden, los exámenes de laboratorio (24,9 por ciento) y, en tercer lugar, las citas de control (17 por ciento), entre otros.

Lo peor de estas negativas es que, según el estudio, en un 55 por ciento de los casos no se justificaba la desautorización de las EPS a esos tratamientos, por una sencilla razón: estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Estos resultados de la Universidad Nacional fueron obtenidos con base en un estudio que César Abadía (profesor de antropología y salud pública) y Diana Oviedo (investigadora del Centro de Estudios Sociales) hicieron a 458 personas que, entre enero del 2006 y diciembre del 2007, acudieron a la Organización No Gubernamental (ONG) Salud al Derecho.

De la población analizada, el 48 por ciento eran usuarios de las EPSS (afiliados al Sisbén, es decir, del régimen subsidiado), 36 por ciento asegurados en el régimen contributivo (EPS) y 15 por ciento restante eran vinculados.

Según la muestra analizada, a un 17 por ciento de los pacientes que acudieron a las instituciones de salud, les negaron la cita inicial con el médico y, por tanto, no hubo valoración del estado de salud.

Según Abadía y Oviedo, a los usuarios les niegan también, por ejemplo, elementos como lentes, bolsas de colostomía, glucómetros, fajas y suturas. Estas podrían ser aprobadas por los comités científicos de las EPS.

Los investigadores aseguraron que lo más grave de que una EPS niegue o retrase un tratamiento es que esto puede tener efectos fatales.

"Cada demora de una EPS genera consecuencias para la vida, porque si, por ejemplo, un tratamiento para el cáncer o un diagnóstico no se aprueba a tiempo, la persona puede morir", sostuvo Oviedo.

Por tales causas, agregó, el estudio estableció que en los últimos dos años 17 personas murieron: 8 de ellas estaban afiliadas al régimen contributivo, 6 al subsidiado y las 2 restantes no tenían ninguna afiliación a la seguridad social.

'Estudio, fuera de la realidad': ACEMI

El presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), Juan Manuel Díaz Granados, dijo que el estudio de la Universidad Nacional no se hizo con rigor científico y que los pocos resultados divulgados evidencian "que no son consistentes con la realidad".

Agregó que por primera vez se habla de que las EPS niegan las consultas, cuando las que funcionan en Bogotá atendieron el año pasado más de 12 millones. Sostuvo también que en el trabajo de la Universidad Nacional se desconoce que hay una 'zona gris' sobre lo que está incluido y excluido del Plan Obligatorio de Salud (POS) y que esos aspectos están en discusión con el Gobierno Nacional.

Por otra parte, el secretario Distrital de Salud encargado, Harold Cárdenas, informó que entre las grandes barreras que hay para acceder a las EPS del régimen subsidiado (43 por ciento), están las inconsistencias en las bases de datos de los afiliados.

FUENTE: El Tiempo

## **INTERNACIONAL**

### **Las compañías de seguros sanitarios en EEUU**

Una propuesta que economistas y políticos liberales promueven en España es la privatización de la sanidad pública española mediante la desgravación del aseguramiento sanitario privado, facilitando así, la sustitución del Servicio Nacional de Salud por un sistema de Aseguramiento Sanitario Privado. Tanto el Partido Popular, como Convergencia i Unió han propuesto incrementar la desgravación de las pólizas de aseguramiento privado, tanto las colectivas (realizadas por empresas u otros colectivos, que ofrecen cobertura sanitaria a sus empleados), como las individuales. Las primeras -las colectivas- ya se desgravan en España. Y lo que proponen ambas opciones políticas liberales es que tal desgravación se extienda a las segundas. Propuestas parecidas están siendo promovidas por algunas voces de centro izquierda, que argumentan que la extensión del aseguramiento privado diluiría la presión asistencial que existe en la sanidad pública como consecuencia de la escasez de recursos.

En otro artículo, publicado en el semanario Sistema Digital (31.07.09), he descrito los enormes problemas que el aseguramiento privado de la sanidad conlleva y cuyo mejor ejemplo es EEUU, el país del mundo en que este aseguramiento privado de la sanidad ha alcanzado mayores dimensiones (ver Navarro, V. "El Modelo Liberal Sanitario: EEUU" en Sistema. Ver también sección EEUU en [www.vnavarro.org](http://www.vnavarro.org)). En EEUU, la mayoría de la ciudadanía paga una póliza a las compañías de seguros (bien directamente, o bien a través de la empresa donde trabaja), la cual contrata médicos y hospitales para la provisión de servicios. Además de la póliza, el ciudadano paga también parte de la factura médica (en sistemas de copagos que pueden alcanzar cifras elevadas), en el momento de utilización de aquellos servicios. Más del 40% de personas que están muriéndose, como consecuencia de tener una enfermedad terminal, dicen estar preocupados sobre como ellos o sus familias pagarán las facturas médicas. Y ello a pesar de que, la mayoría de ellos, tienen un aseguramiento privado.

Las compañías de seguro (que, aún cuando existen 1.500 de ellas, en realidad las 10 más importantes controlan casi el 70% de todo el mercado) son las que centran la financiación y gestión del sistema

sanitario estadounidense. Tal sistema privado de la sanidad es enormemente rentable para las compañías de seguros. Las diez aseguradoras sanitarias más importantes están entre las empresas con mayores beneficios en aquel país. Así de 2000 a 2007 sus beneficios crecieron enormemente, pasando de 2.400 millones de dólares a 12.900 millones. Y sus directores están entre los mejor pagados en EEUU (un promedio de 12 millones de dólares al año). El que fue en su día director de CIGNA, una de las mayores compañías de seguros sanitarios en EEUU, el Sr. Wendell Potter (que se ha convertido en uno de sus mayores críticos), ha mostrado en una serie de informes que se han difundido ampliamente en EEUU, como tales compañías consiguen estos altos beneficios. Éstos se basan en 1) seleccionar a los pacientes, rechazando a aquellos pacientes que tienen mayores necesidades (como enfermos crónicos); 2) eliminar de sus listas a aquellas personas aseguradas que desarrollan condiciones crónicas o requieren cuidados costosos; 3) reducir la cobertura sanitaria (la extensión de los beneficios a los que los asegurados tienen derecho), así como aumentar los copagos. Como consecuencia de estas y otras políticas, el número de personas en EEUU que no tuvo ninguna cobertura sanitaria, durante el periodo 2000-2007, ascendió de 38 a 45 millones al año.

Tal sistema de aseguramiento privado es enormemente costoso e ineficiente. EEUU es el país que gasta más en sanidad (17% del PIB), teniendo a la vez el porcentaje mayor de la ciudadanía deseosa de un cambio profundo en el sistema. Sólo un 21% de ciudadanos estadounidenses están satisfechos con tal sistema. Ello explica que el tema sanitario se haya convertido en el tema doméstico más importante de EEUU, después de la crisis económica. La Administración Obama está proponiendo cambios que podrían reducir el protagonismo de las compañías de aseguramiento privado en la gestión de la sanidad estadounidense. De ahí que tales compañías se hayan movilizado para parar cualquier intento de reforma.

El poder político y mediático de tales grupos de presión

El poder de tales compañías de seguros es enorme y se materializa a través de sus aportaciones a las campañas electorales de los políticos que toman decisiones en el Congreso de EEUU que afectan a sus intereses. Tal sistema de financiación de las campañas electorales (que en la mayoría de países europeos sería ilegal y sería considerado corrupción) explica que los presidentes de los comités que afectan a tales compañías de seguros estén claramente influenciados por tales fondos. Un ejemplo, entre muchos, es el senador demócrata Max Baucus, el Presidente del Comité de Finanzas del Senado Estadounidense, un comité clave en la aprobación de cualquier legislación que afecte a las compañías de seguro. Tal senador ha recibido más de 5 millones de dólares de industrias sanitarias - incluyendo compañías de seguros privadas-, lo cual explica su resistencia a intervenir y regular tales compañías. En general, estos fondos van tanto a políticos republicanos como a políticos demócratas, aún cuando, históricamente, han apoyado más frecuentemente al Partido Republicano que al Partido Demócrata. Hoy, el Partido Republicano se ha convertido en su mayor portavoz. Tal Partido está hoy hegemonizado por la ultraderecha estadounidense, radicalizada por las derrotas que ha sufrido en las últimas elecciones, adoptando posturas que, en Europa, encajarían con la ultraderecha. Fraga Iribarne, por ejemplo, estaría más a la izquierda que la mayoría de los miembros dirigentes de tal Partido. Su chauvinismo de carácter racial, nacionalismo extremo y fundamentalismo religioso han adquirido dimensiones amenazantes para la democracia estadounidense. Uno de los lobbies económicos que están financiando tales movimientos en la órbita del Partido Republicano es, precisamente, la industria aseguradora sanitaria.

Otra expresión del poder de las compañías de seguros son los medios de información a los cuales tienen acceso (entre los que destaca la compañía televisiva de ultraderecha, FOX) y en los que promueven sus puntos de vista. Uno de sus presentadores es Glen Beck, que en un programa reciente indicó que le gustaría envenenar a la Presidenta demócrata del Congreso, la Sra. Nancy Pelosi, que es dirigente del movimiento a favor de incluir un aseguramiento público en las propuestas al Congreso.

Tales compañías promueven también sus opiniones a través de los grandes canales de televisión, mediante la compra de largos espacios televisivos que están a su disposición, previo pago de grandes cantidades de dinero. Estos anuncios televisivos no se presentan como financiados por tales compañías de seguros. La gran impopularidad de tales compañías de seguros explica que utilicen otras organizaciones (que ellas mismas crean), que aparecen como organizaciones espontáneas en defensa del paciente, organizaciones que promueven los puntos de vista de tal industria. Tales organizaciones, la

mayoría relacionadas con el Partido Republicano, están ahora altamente movilizadas en contra de los proyectos de Reforma Sanitaria de la Administración Obama. Como ya he mencionado, tales organizaciones actúan con gran agresividad, interrumpiendo reuniones de asociaciones vecinales, convocadas por los miembros demócratas del Congreso, para presentar sus propuestas de reforma, con el objetivo de que no se realicen tales reuniones. Sus anuncios televisivos distribuyen falsedades obvias como, por ejemplo, indicar que la reforma Obama negará la atención médica a los que tengan ciertas condiciones crónicas, con el fin de que se mueran antes. Su manipulación no conoce límites.

Esta situación debiera conocerse ampliamente en España, no sólo por lo que respecta a las enormes insuficiencias de la democracia estadounidense (idealizada en muchos medios españoles), sino también para percatarse de las consecuencias de copiar el modelo liberal de aseguramiento privado de la sanidad, el cual ha conducido a EEUU a una situación enormemente insuficiente, injusta, y escasamente democrática.

FUENTE: Rebelión <http://www.rebellion.org/>



## **INTERNACIONAL 04 – 09 - 09**

### **Hispanos, el grupo con menor cobertura médica**

La reforma de atención médica es necesaria para todo el país, sin embargo le redituará dividendos específicos a comunidades como El Paso, que cuentan con altos porcentajes de residentes de las minorías que tienen necesidades concretas de salud y bajos porcentajes de personas que están cubiertas por un seguro, según dieron a conocer este miércoles los representantes de las tres asociaciones médicas más importantes del país.

También destacaron el hecho de que los hispanos son el grupo más grande del país que proporcionalmente no cuenta con la cobertura de un seguro médico.

El doctor James Rohack, presidente de la Asociación Médica Americana, AMA, la doctora Willarda Edwards, presidenta de la Asociación Médica Nacional (NMA por sus siglas en inglés), y la doctora Elena Ríos, presidenta y directora general de la Asociación Nacional Médica Hispana (NHMA por sus siglas en inglés), estuvieron en la Universidad de Texas en El Paso este miércoles en la primera parte de una reunión de tres días de la Comisión para Terminar con las Disparidades de Atención Médica de la Asociación Médica Americana y para recorrer las nuevas instalaciones de investigación biomédica de la universidad.

El tema de la reforma de atención médica imperó en la conversación, sobre la que Ríos comentó: "Queremos que todos les llamen a su congresista y le digan "Sí, queremos una reforma de atención médica", debido a que los hispanos son el grupo más grande del país que no cuenta proporcionalmente con un seguro y necesitamos una cobertura universal de atención médica que sea asequible para nuestras comunidades".

Los tres presidentes estuvieron de acuerdo en que la reforma es crucial.

El doctor Rohack, presidente de la Asociación Médica Americana, quien obtuvo una licenciatura en Psicología en UTEP en 1976, habló acerca de las conversaciones que tuvo con el presidente Barack

Obama, comentando que está de acuerdo con los ocho principios de la reforma de atención médica que han sido trazados por el presidente.

La perspectiva de la AMA ha sido observada cercanamente por los medios de comunicación nacionales a través del curso del debate.

En el mes de junio, el New York Times citó lo que declaró AMA: "La Asociación Médica Americana no considera que crear una opción de seguro médico público para las personas no discapacitadas menores de 65 años de edad sea la mejor manera de ampliar la cobertura del seguro médico y de tener costos más bajos".

La presentación de un nuevo plan público amenaza con restringir la opción que tiene el paciente al excluir a las compañías de seguros privadas, que actualmente le proporcionan cobertura a casi 70 por ciento de los estadounidenses".

A finales de julio, después que el grupo salió en apoyo del proyecto de ley de la Cámara, U.S. News y World Report citaron lo que dijo Rohack, quien catalogó la propuesta de ley de la atención médica como "un punto de inicio".

En la reunión que se realizó en UTEP ayer, Rohack reforzó este punto al comentar: "Lo que AMA sostiene es lo que ha dicho: "Necesitamos cambiar el sistema de atención médica".

Rohack describió en qué punto la AMA no está de acuerdo con el presidente: es con la reforma de los juicios.

En la reunión, los representantes describieron los problemas de salud que enfrenta la comunidad hispana y los desafíos únicos.

Ríos agregó: "En el año 2042 uno de cada cuatro estadounidenses será hispano. Una tercera parte de los hispanos no cuentan con seguro. En otros 20 años, la mitad del país no tendrá seguro si no reformamos en este momento la atención médica. Esta reforma va a proporcionar un seguro asequible para nuestras comunidades de trabajadores, muchos de los cuales son hispanos y afroamericanos. Y las disparidades en este país disminuirán si tenemos acceso a los médicos y a clínicas".

Edwards, quien obtuvo una licenciatura en Biología de UTEP en 1972, habló acerca de lo que ella considera es importante y que la reforma propuesta debiera promover, incluyendo la necesidad de superar la barrera del idioma.

"Esto también resolvería el problema de tener más personas incluidas en este conducto: tener más personas en atención primaria, poder tener más personas que proporcionen servicios a la comunidad, así como el hecho de que deseamos ver alguna competencia cultural para todos los médicos, para todos los profesionales de la atención médica, para que puedan atender más adecuadamente el idioma de la comunidad, y puedan proporcionar una mejor atención y un mejor servicio", dijo.

Aunque Ríos comentó que la opción pública podría beneficiar enormemente a las comunidades que tienen un número considerable de personas no aseguradas si las compañías de seguros disminuyen sus costos para igualar los costos públicos, dijo que la comunidad podría beneficiarse aún si un proyecto de ley es aprobado sin la opción pública.

Rohack comentó que las poblaciones con un alto número de habitantes no asegurados podrían beneficiarse de la reforma, independientemente de si incluye o no la opción pública, mientras sea más asequible.

"El Paso es un excelente ejemplo en donde el beneficio de tener un seguro médico de calidad asequible le permitirá a las personas hispanas, especialmente las que tienen un alto riesgo de padecer diabetes, tener acceso a la prevención para que no terminen contrayendo gangrena y tengan que practicarles una

amputación o que padezcan una enfermedad del riñón en etapa terminal y terminen sometiéndose a una diálisis", finalizó.

FUENTE: Diario <http://www.diario.com.mx/>