
SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA: EL CASO DE ARGENTINA

CARLOS WEITZ¹

¹ *Superintendente de AFJP, Argentina.*

REFORMA PREVISIONAL ARGENTINA

El nuevo modelo de organización de la cobertura de invalidez y fallecimiento en Argentina está enmarcado en una reforma previsional más amplia, realizada en el año 2007 mediante la sanción de la Ley 26.222.

La reforma tuvo varios ejes y abarcó temas relacionados con el traspaso de afiliados entre los dos regímenes, la asignación de los denominados “indecisos” (trabajadores que no ejercen la opción previsional cuando se incorporan al mercado laboral), la forma de organización de la cobertura de las contingencias de invalidez y fallecimiento, un nivel máximo permitido de la comisión de las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones (AFJP) y el cálculo de la prestación del régimen público que reconoce los aportes realizados luego de la reforma del año 1994.

Respecto a los traspasos, se determinaron tres tipos. En primer lugar, los traspasos voluntarios o generales: ahora los afiliados pueden optar por cambiar de régimen una vez cada cinco años; para el primer período se estableció un plazo de 180 días, que venció el 31 de diciembre del año 2007. Desde el año 1996, solo los afiliados al régimen de reparto podían pasar, en cualquier momento, al régimen de capitalización, ya que en ese año se había cerrado la opción abierta en 1994 de pasar del régimen de capitalización al régimen de reparto. El segundo tipo son los traspasos sujetos a condiciones: los hombres mayores de 55 años y las mujeres mayores de 50, afiliados de capitalización, y que no hayan acumulado más de AR\$ 20.000 en sus cuentas de capitalización individual, son derivados al régimen de reparto, salvo negativa expresa del trabajador. El tercer tipo de traspasos son los denominados “especiales”: los afiliados a capitalización cuya relación laboral está encuadrada en los denominados “regímenes especiales” (docentes, científicos y técnicos, jueces y Servicio Exterior) se transfirieron al régimen público; en sentido estricto, esta decisión no formó parte de la Ley 26.222, sino de una resolución de la Secretaría de Seguridad Social, que se emitió prácticamente en el momento de la implementación de la reforma, en el mes de mayo del 2007.

En los traspasos voluntarios, y dado que es posible revertir la decisión a lo largo de la vida laboral, la cuenta individual del trabajador que pasó de capitalización a reparto queda abierta en la AFJP respectiva. En los dos casos restantes, se cerraron las cuentas y se traspasaron los recursos hacia la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), que gestiona el régimen público de reparto (RPR). Los fondos traspasados, aproximadamente US\$ 3.300 millones u 8,2% del total de los fondos de jubilaciones y pensiones, se realizaron “en especie” y a los precios que se encontraban registrados en las carteras de las administradoras; es decir, se enviaron los activos financieros que tenían cada una de las AFJP, en la proporción relativa respectiva, hacia el Anses, para no afectar el precio de mercado de los activos y ahorrar los gastos asociados a la venta de los mismos.

Otro de los cambios de la reforma estuvo relacionado con los trabajadores que no ejercen la opción por el régimen de reparto o de capitalización al incorporarse al mercado laboral formal: a partir de agosto del año 2007 son asignados al RPR en lugar de ir al régimen de capitalización, como se hacía desde el año 1994.

Además mejoró el beneficio previsional del régimen público que compite con la prestación que se financia con el saldo de la cuenta de capitalización individual: la prestación adicional por permanencia (PAP), que reconoce los aportes realizados después de la primera reforma de 1994, aumentó de 0,85% (por cada año de servicio con aportes al régimen público, desde 1994) a 1,5%, y se igualó con la prestación compensatoria, que reconoce los aportes realizados antes del año 1994. Bajo determinados supuestos (30 años de aporte, 45 años de capitalización, o sea densidad de aportes de 67%, salario mensual promedio de AR\$ 2.400, equivalentes a US\$ 800), la tasa de rentabilidad que igualaba la PAP con la prestación del régimen de capitalización antes de la reforma era de 0,67%; luego del aumento en el reconocimiento de la PAP, es necesaria una tasa de rentabilidad de 3% para que ambas sean equivalentes.

Por otra parte, se estableció una comisión “tope” para las AFJP, denominada “comisión de administración”, que no puede superar 1% del salario del cual se deduce el aporte previsional personal.

En otro orden, se determinó la obligación de invertir parte de los recursos de los fondos de jubilaciones y pensiones en instrumentos cuya finalidad sea financiar proyectos productivos o de infraestructura a mediano y largo plazo en la República Argentina, entre un mínimo de 5% y un máximo de 20%, en un plazo de cinco años. La reglamentación de esta obligación fijó un cronograma de cumplimiento del límite inferior a razón de 1% por año (Instrucción SAFJP 17/07).

De manera complementaria a la nueva ley de pensiones, se reestableció por decreto del Poder Ejecutivo el aporte personal de los afiliados al régimen de capitalización

en el 11% del salario, respecto al 7% vigente antes del cambio. Y se aumentó el límite superior de la base imponible para la realización de aportes personales de AR\$ 4.800 a AR\$ 7.800 (de US\$ 1.600 a US\$ 2.600); cabe señalar que, previamente, se había eliminado el límite superior para realizar las contribuciones patronales sobre los salarios del trabajador.

MUTUALISMO EN ARGENTINA

La reforma previsional derogó el seguro colectivo de invalidez y fallecimiento, reemplazándolo por el mecanismo de fondos de aportes mutuales, denominado FAM, constituidos con recursos extraídos de los respectivos fondos de jubilaciones y pensiones, en cuentas separadas de las restantes cuentas de los afiliados, en iguales porcentajes por fondo, para no alterar las rentabilidades relativas.

Diagnóstico

Los elementos que impulsaron el cambio fueron de dos tipos. Desde el lado de las empresas proveedoras del servicio se había observado una marcada integración entre la AFJP y la compañía de seguros de vida del mismo grupo económico: en los últimos años más de 97% de los afiliados cubiertos provenían de este tipo de contratos. Más aun, en las licitaciones anuales desde comienzos de esta década, solo se presentaba a la licitación la compañía vinculada con la AFJP, a pesar de las marcadas dispersiones en las primas del mercado. La prima de seguros más alta había sido prácticamente el doble respecto a la prima más baja desde inicios del sistema en el año 1994; además, las compañías de seguros de vida se alternaban las posiciones en el *ranking* de primas, y habíamos constatado que esta dispersión no se explicaba por las diferencias entre la siniestralidad observada o las características de los afiliados de las distintas AFJP, como pueden ser la edad media, el número de afiliados y cotizantes, el nivel salarial, las diferencias de género, entre otras variables. En realidad, se venía considerando que estas primas eran, más bien, precios de transferencia dentro del mismo grupo económico-financiero, lo cual claramente le restaba transparencia al sistema.

El segundo elemento del diagnóstico que motivó el cambio estuvo del lado del regulador. Las normas sucesivas modificaron aspectos sustantivos de la cobertura, a veces con aplicación retroactiva, lo que generó dificultades para su previsión y, por lo tanto, pudo haber generado también una prima por riesgo, que se adicionaba a la prima para la cobertura de las contingencias.

Como ejemplo de estos cambios se puede señalar las modificaciones sucesivas en la determinación del siniestro y de las respectivas reservas: se pasó de un esquema

de siniestro “base ocurrencia” (se reserva de acuerdo a la fecha del siniestro, incluyendo los siniestros denunciados y no reportados) a “base denuncia” (solo se reservan los siniestros denunciados, lo cual permite disminuir el nivel de las reservas) en el 2001, y en el mismo año se lo reemplazó por reservas “base exigibilidad” (solo se constituyen reservas por los siniestros exigibles en ese período), que, en realidad, más que una reserva propia de un seguro tradicional es una reserva de liquidez para los pagos periódicos. Por otra parte, existieron otros cambios que ampliaron el alcance y el nivel de la cobertura de los afiliados, y con impacto en el seguro, ya que tuvieron aplicación retroactiva.

Esta combinación de hechos introducía volatilidad en la determinación de la prima futura; debido a los cambios en las reglas del juego, desnaturalizaban el seguro; y potenciaban los efectos adversos del funcionamiento del mercado, mencionados anteriormente.

El debate de fondo en ese momento, hacia fines del año 2006, fue si mantenía el esquema de seguro genuino, tal como había estado pensado originalmente y funcionaba desde el año 1994, o si cambiaba por un mecanismo distinto, como el mutualismo, en el que los afiliados asumen directamente el riesgo de la cobertura sin la intermediación de las compañías de seguros de vida.

Dentro de la “lógica del seguro” se analizaron tres esquemas alternativos: el primero fue mantener la contratación anual a través de licitaciones convocadas por las AFJP con las compañías de seguros de vida sin restricciones. El segundo fue de licitación anual, pero prohibiendo la participación de la compañía de seguros de vida del mismo grupo económico. La tercera opción estudiada, como la que se aprobó en Chile luego de la reforma del año 2008, había sido la realización de una licitación internacional con un padrón único de aportantes.

Otra alternativa examinada, distinta a la anterior y más parecida al caso mexicano, fue delegar la gestión del seguro al Estado.

El tercer modelo de gestión, que finalmente prosperó, fue la mutual. En este caso, se analizaron dos opciones: la primera fue un mutualismo en cada uno de los fondos de jubilaciones y pensiones, en el que los afiliados a cada AFJP absorbían la siniestralidad propia. La segunda alternativa, denominada “mutualismo integrado”, consiste en transferir el riesgo de la siniestralidad de los afiliados al régimen de capitalización entre todos los fondos de jubilaciones y pensiones, para generar así una redistribución en función de las distintas siniestralidades registradas entre los afiliados a cada una de las AFJP.

Ventajas y riesgos del mutualismo

La ley aprobada en el 2007, establece un concepto de mutualidad integrada entre los fondos de jubilaciones y pensiones. La primera ventaja que puedo señalar está relacionada con el costo final para los afiliados: en el caso de las pólizas colectivas periódicas, la compañía de seguros calcula la prima sobre la base de los siniestros estimados, más los gastos operativos y un porcentaje de utilidad para la compañía; en cambio, el mutualismo solo carga a los afiliados los gastos siniestrales del período, de modo que si bien les transfiere el riesgo de la siniestralidad, funciona sin costos operativos (de administración y de comercialización) y sin la utilidad a favor de la compañía. Adicionalmente, al desaparecer el esquema de licitación anual, desaparece también el problema de la falta de transparencia y de los precios de transferencia, que mencioné antes.

Por otra parte, en esta forma de mutualismo integrado surge un concepto discutible: la equidad. La redistribución del costo siniestral entre todos los afiliados al sistema puede dar lugar a distintas interpretaciones, dado que siempre hay visiones alternativas sobre el tema de la equidad.

Aunque podría ser o no una desventaja, innegablemente es un hecho que se abandonó la lógica del seguro. Ahora el riesgo es transferido íntegramente a los afiliados, un actor desapareció y también la función de control. Este control sobre el funcionamiento de las comisiones médicas que dictaminan en cada caso el grado de minusvalía del afiliado y el acceso a la pensión por invalidez se ejercía por oposición de intereses. Esta función de control de gestión es un elemento clave –aún en discusión en Argentina– y se hace en forma cooperativa con las administradoras. Lo que se busca es controlar el funcionamiento del mutualismo para evitar que suban artificialmente la siniestralidad y el costo final para los afiliados.

En principio, el compromiso que han asumido las administradoras, y lo están cumpliendo, es mantener el grupo de “veedores” que tenían las compañías de seguros de vida, que asistían a las juntas médicas de revisión de los afiliados con posible minusvalía, dentro del proceso de tramitación de la invalidez. Por ahora, mantémos un signo de interrogación respecto al mecanismo que finalmente se consolidará para controlar el funcionamiento del mutualismo, para disminuir los riesgos de que la siniestralidad se dispare artificialmente.

Es importante hacer una aclaración: llegué como superintendente en enero de este año, cuando la ley ya estaba aprobada y había que reglamentarla, así es que entré en un barco en movimiento; mi primer objetivo fue encauzar el timón, y emitir las regulaciones que reglamentaron el funcionamiento del esquema sancionado en la reforma previsional, con la ayuda de las administradoras, es decir, instrumenté un modelo definido previamente a mi llegada, pero creo que muy sensatamente.

La transición entre el seguro y el mutualismo:

El mutualismo fue sancionado en febrero del año 2007, con entrada en vigencia a partir del mes de enero del año siguiente. En el momento de promulgación de la ley había una póliza de seguro que vencía el 30 de junio del mismo año, por lo que había que pensar cómo organizar la cobertura en el último semestre del 2007.

La transición debía evitar el riesgo de “trasladar” siniestros hacia adelante dado que serían cargados al mutualismo, lo cual aumentaría los costos en sus primeros meses de funcionamiento. Se diseñó una póliza, denominada de “administración”, para el período julio-diciembre del año 2007, que consistió en mantener la licitación de la AFJP con una compañía de vida, pero estableciendo “topes” a los gastos de administración (equivalentes a 5% del monto de siniestros pagados) y a la utilidad de la compañía de vida (de 5% del monto de siniestros del período); en consecuencia, de existir excedente de póliza al finalizar el semestre, se debía transferir al respectivo fondo de jubilaciones y pensiones.

En los hechos, ocurrió que la prima promedio del segundo semestre pasado fue equivalente a 1,4% del salario promedio de los cotizantes, similar a la vigente al momento de la licitación, y se transfirieron AR\$ 194 millones a los fondos de jubilaciones y pensiones en concepto de excedentes de utilidades, lo que representó 22% del resultado de la póliza.

Funcionamiento del mutualismo

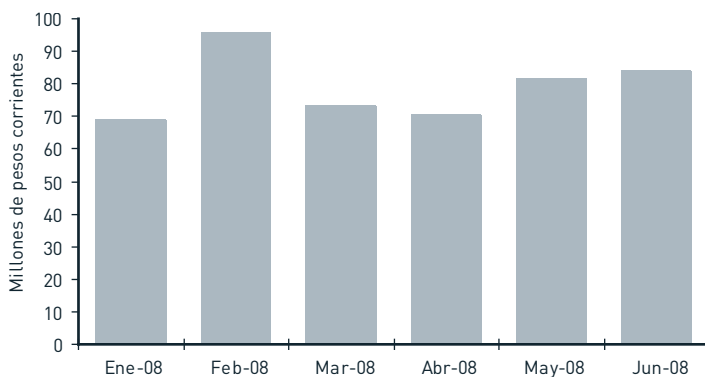
El primer paso consiste en constituir el Fondo de Aportes Mutuales (FAM) mediante la deducción de un porcentaje de la rentabilidad nominal uniforme para todos los fondos de jubilaciones y pensiones, para no alterar la rentabilidad relativa obtenida de inversiones en los distintos activos financieros. Seguidamente, se realizan devoluciones de “x” cantidad de cuotas a las cuentas individuales de los afiliados que no tienen cobertura de invalidez y fallecimiento y no les corresponde el pago para el financiamiento de la siniestralidad; como ejemplo, puedo mencionar: afiliados que están cobrando retiro programado, afiliados que han pasado al régimen de reparto y mantienen abierta su cuenta individual, afiliados irregulares (no han registrado al menos 18 cotizaciones en los últimos 36 meses), entre otros. A lo largo del mes se pagan los siniestros registrados de invalidez y fallecimiento (integraciones de capitales por invalidez y muerte y pagos periódicos de retiros transitorios de invalidez). A continuación, se establece la siniestralidad promedio del período y se realizan las compensaciones: desde los fondos de pensiones con menor siniestralidad hacia los fondos de pensiones con mayor siniestralidad respecto al promedio del sistema. Luego, de ser necesario, se realiza una nueva constitución de fondos para que cada FAM pueda financiar la siniestralidad del período siguiente, y así continúa el ciclo de funcionamiento del mutualismo.

Es importante destacar que el cambio del modelo de cobertura no modificó el proceso de determinación de la invalidez vigente hasta entonces: las solicitudes para el acceso a las prestaciones de invalidez y muerte continúan presentándose ante la AFJP respectiva, para que esta realice la gestión, la determinación y el pago, en caso de corresponder, de las prestaciones previsionales. Las Comisiones Médicas Periféricas y la Comisión Médica Central –en tanto instancia de apelación administrativa– mantienen la responsabilidad de dar respuesta a las solicitudes presentadas por los afiliados. Como se mencionó anteriormente, las AFJP han continuado la tarea –realizada antes de la reforma por las compañías de seguros de vida (CSV)– de concurrir a la Comisión Médica Periférica para asistir a los procedimientos de calificación de la invalidez de sus respectivos afiliados, a través de médicos veedores propios, dado el interés legítimo que mantienen por su deber fiduciario.

Evolución del fondo de aportes mutuales (FAM) en el primer semestre del 2008

A continuación presentaré los datos que hemos elaborado en la superintendencia para los primeros seis meses de funcionamiento. Dado que se trata de un período de puesta en funcionamiento del sistema, debemos analizarlos con prudencia: en el primer semestre del 2008 se pagaron desde el FAM AR\$ 475 millones por siniestros netos, cuya evolución mensual se presenta en el Gráfico 1.

GRÁFICO 1
SINIESTROS PAGADOS DESDE EL FAM



FUENTE: ELABORADO POR EL AUTOR.

Los componentes de la evolución del FAM son: su constitución (y re-constituciones sucesivas), las devoluciones de partidas no vinculadas (afiliados que no tienen co-

bertura de invalidez y fallecimiento), las compensaciones entre AFJP (para igualar el impacto de la siniestralidad en términos de cada fondo administrado), la siniestralidad neta antes comentada y, por último, la “rentabilidad” o el rendimiento nominal de los saldos remanentes del FAM.

En el Cuadro 1 se muestra el comportamiento del FAM para cada fondo de jubilaciones y pensiones: en el primer semestre del 2008, la constitución total (primera columna) fue de AR\$ 1.311 millones, que, neta de devoluciones (segunda columna) por AR\$ 560 millones, se redujo a una constitución neta (tercera columna) de AR\$ 751 millones. Las compensaciones entre AFJP dan un total neto nulo, pero implicaron movimientos por AR\$ 58 millones. Como ya mencioné, se pagaron siniestros netos por AR\$ 475 millones (quinta columna) y la rentabilidad del saldo del FAM mensual, que se ajusta por la variación del valor-cuota, fue de AR\$ 3 millones. En consecuencia, el saldo al 30 de junio de 2008 fue de AR\$ 280 millones.

CUADRO 1
COMPONENTES DEL FAM, SEGÚN AFJP (ENERO-JUNIO DEL 2008, EN MILES DE AR\$)

AFJP	Constitución total	Devolución partidas no vinculadas	Constitución neta	Compensación	Siniestralidad	Rentabilidad	FAM al cierre
ARAUCA BIT	134.902	41.983	92.920	-24.340	-28.438	84	40.225
CONSOLIDAR	239.817	103.281	139.537	-17.543	-63.067	412	56.339
FUTURA	17.223	8.662	8.560	7.153	-14.645	49	1.117
MÁXIMA	155.957	72.618	83.339	7.149	-64.390	367	26.464
MET	243.328	97.238	146.090	-11.848	-77.678	701	57.264
NACIÓN	194.638	82.947	111.691	-3.312	-69.383	766	39.762
ORÍGENES	241.106	115.021	126.085	30.814	-111.392	584	46.090
PREVISOL	31.955	13.996	17.959	-310	-11.323	302	6.627
PROFESIÓN + AUGE	16.371	6.642	9.729	-960	-6.591	126	2.304
PRORENTA	22.843	12.480	10.364	9.583	-18.723	74	1.298
UNIDOS	12.715	5.149	7.567	3.615	-8.980	-18	2.183
TOTAL	1.310.586	560.016	750.840	0	-474.611	3.445	279.674

58.314

FUENTE: ELABORACIÓN DEL AUTOR.

Para analizar el impacto y los diferenciales de los diversos componentes es preferible comparar indicadores relativos para los distintos FAM, tal como se observa en el Cuadro 2.

CUADRO 2
INDICADORES DEL FAM POR AFJP (ENERO-JUNIO DEL 2008)

AFJP	Proporción de devolución	Compensación / total compensado	Siniestros / constitución neta (en %)	Siniestros / constitución Total	Distribución del FAM al cierre	FAM 30-06-08/siniestros mensuales
ARAUCA BIT	31,0	-41,7	30,6	21,1	14,4	8,5
CONSOLIDAR	43,1	-30,1	46,2	26,3	20,1	5,4
FUTURA	50,3	12,3	171,1	85,0	0,4	0,5
MÁXIMA	46,6	12,3	77,3	41,3	9,5	2,5
MET	40,0	-20,3	53,2	31,9	20,5	4,4
NACIÓN	42,6	-5,7	62,1	35,6	14,2	3,4
ORÍGENES	47,7	52,8	88,3	46,2	16,5	2,5
PREVISOL	43,8	-0,5	63,1	35,4	2,4	3,5
PROFESIÓN + AUGE	40,6	-1,6	67,7	40,3	0,8	2,1
PRORENTA	54,6	16,4	180,7	82,0	0,5	0,4
UNIDOS	40,5	6,2	118,7	70,6	0,8	1,5
TOTAL	42,7	-	63,2	36,2	100,0	3,5

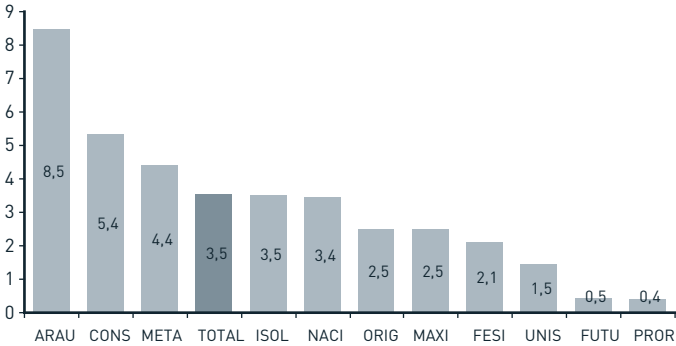
FUENTE: ELABORACIÓN DEL AUTOR.

La devolución por partidas no vinculadas (primera columna) es equivalente a 43% de la constitución total, con significativas diferencias por AFJP que van de 31% en Arauca Bit a 55% en Prorenta. Los diferenciales de devolución entre AFJP se explican en parte por algunas características selectas: la relación aportantes/afiliados (a menor relación corresponde mayor cantidad de afiliados irregulares sin derecho a la cobertura, a los que no se les deduce el gasto de siniestralidad de sus cuentas individuales) y la proporción masculina de aportantes.

El saldo remanente del FAM, de AR\$ 280 millones al mes de junio, representa tres meses y medio de prestaciones, con significativas diferencias por AFJP: desde 8,5 para Arauca Bit a 0,4 para Prorenta y 0,5 para Futura (véase el Gráfico 2).

GRÁFICO 2

MESES DE PRESTACIONES PAGADAS CON EL SALDO DEL FAM (AL 30 DE JUNIO DE 2008)

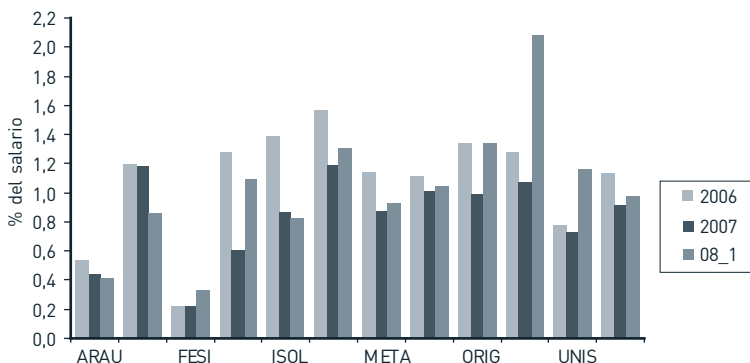


FUENTE: ELABORACIÓN DEL AUTOR.

Para optimizar su funcionamiento, estamos estudiando un método alternativo, consistente en realizar el cálculo de la siniestralidad promedio y las compensaciones entre fondos de jubilaciones y pensiones antes de realizar los pagos periódicos y las integraciones de capitales, para poder funcionar con un esquema denominado “FAM cero”.

De mayor interés resulta el impacto de los siniestros en términos de la masa salarial imponible. Los pagos realizados en el 2006 y el 2007, así como los efectuados por el FAM durante el primer semestre del 2008, oscilaron alrededor de 1% de los salarios, con significativas diferencias por AFJP (véase el Gráfico 3). De modo que hasta ahora no se observa desvío de mayor siniestralidad en estos primeros meses, y se sigue “monitoreando” de cerca esta evolución.

GRÁFICO 3
PAGO DE SINIESTROS EN PORCENTAJE DE LA MASA SALARIAL



Perspectivas del mutualismo

En cuanto a las perspectivas, cabe destacar que los cambios normativos instrumentados en los traspasos, señalados anteriormente, generaron impactos en la cantidad y en la composición etaria de los aportantes al régimen de capitalización: la cantidad de cotizantes proyectada para el año 2008 es 21% menor que la registrada en el año 2007. El régimen de capitalización se ha “rejuvenecido”: en junio del 2007, 27% de los cotizantes tenían más de 45 años; y en la actualidad (mayo) esa proporción se redujo a 19%.

Por lo tanto, dada la relación directa entre siniestralidad y edad, se debe esperar una disminución de la siniestralidad del régimen de capitalización como resultado de la reforma previsional.

Sin embargo, considerando el lapso de tiempo entre el siniestro y la integración de capitales, existirá un impacto retardado hasta que se registre como menores gastos del Fondo de Aportes Mensuales (FAM). Los casos de retiro transitorio por invalidez acordados en el año 2008 se convertirán en retiros definitivos (con integración de capitales) luego de tres años; mientras que los fallecimientos demoran, en promedio, trece meses entre el hecho, la denuncia ante la AFJP, y la integración de capitales.

Según nuestras estimaciones, la siniestralidad futura será menor: en el caso de la mortalidad, mientras que con la estructura de afiliados de junio del 2007 (previa a las reformas) se esperaba un promedio de 2,0 fallecimientos anuales por cada 1.000

expuestos, con las mismas tasas y debido al “rejuvenecimiento” del régimen, un año más tarde se puede esperar 1,5 por mil. Esta reducción, debida de manera exclusiva al llamado “efecto estructura”, es del orden de 27%. En el caso de la invalidez, el efecto de la estructura etaria es aun mayor: mientras que con la composición de junio del 2007 (previa a las reformas) se esperaban 1,2 nuevos casos anuales por cada 1.000 expuestos, con las mismas tasas por edad, en junio del 2008 se puede esperar un promedio de 0,7 por 1.000, con una reducción de 36%.

CONCLUSIONES

El tema central de este esquema de mutualismo es mantener el control de gestión sobre la instancia de dictamen de la invalidez, para evitar otra vez que comportamientos corruptos o anómalos “inflen” artificialmente la siniestralidad y el costo para los afiliados.

De mantenerse el sistema funcionado eficientemente, dado que se espera menor siniestralidad por el efecto de “rejuvenecimiento” de la población del régimen de capitalización luego de la reforma previsional, y considerando que desaparecen los gastos de las compañías de vida y sus utilidades, el mutualismo debería significar menores costos para los afiliados y mayor capitalización de sus aportes personales.

La verdad es que hay que esperar para decir cuál es el resultado final, ya que es un sistema que recién está empezando.

Hacen falta, como mínimo, dos años de historia para realmente comparar cuál ha sido el costo para el afiliado entre un sistema y el otro. Estamos empezando, es un proceso, y para la conclusión se va a necesitar un poco de paciencia.