

El tema de este panel: Dilemas de Regulación con Pequeños Aseguradores y Sociedades de Beneficio, cobra cada vez mayor vigencia dentro de los diferentes mercados. Ejemplo de estas actividades son los planes de salud en los hospitales particulares, planes de entierro o gastos funerarios (generalmente desarrollados por las cooperativas), planes de talleres de automóvil, tarjetas de crédito, arrendadoras de automóviles, etc.

Me voy a circunscribir al mercado panameño, compartiendo con ustedes las experiencias de mayor trascendencia que hemos tenido y que tenemos en esta materia para luego darles mi opinión y reflexión sobre el tema.

En este sentido, puedo referirles un caso que se remonta a finales de los 80, principios de los noventa, en donde existió en Panamá una empresa llamada Pansánitas. Se trataba de una sociedad de médicos de diferentes especialidades que a cambio de una cuota mensual, ofrecían servicios médicos a menor costo. Luego empezó a surgir la competencia creando este tipo de sociedades mutualistas médicas. Su función era simplemente negociar con los médicos las tarifas y con los Centros Hospitalarios los costos de sus servicios por volumen, dirigir hacia esos Centros Médicos a los miembros y pagar los servicios ofrecidos. Estos sistemas fueron entonces utilizados por aquellas personas que no contaban con la seguridad social porque o no cotizaban o no eran dependientes de un cotizante, o porque no tenían la posibilidad de obtener un seguro privado. Estas empresas no establecían reservas, ni contaban con ningún tipo de transferencia de riesgos y mucho menos con reaseguro.

Actualmente en Panamá existe un hospital que desde hace más de 15 años ha promovido un Plan Médico con costos que van desde \$ 16.00 mensuales y que incluye personas mayores de 60 años o más con un costo de \$ 40.00 mensuales. (Ellos le llaman cargos, no primas).

Hasta donde hemos podido investigar, incluyendo a algunos consumidores, este plan les ha proveído a ellos el acceso a un hospital privado para clase

media, a un costo razonable, cosa que no les resultaría posible de tratarse de un plan tradicional de seguros. Generalmente, las personas que se deciden por estos planes son aquellas que no son asegurables o no pueden pagar los productos que ofrecen las compañías de seguros y/o aquellas que sobrepasan la edad de ingreso o que han llegado a la edad límite en los planes colectivos de salud. Generalmente, se ofrece cobertura para una enfermedad definida, sea cáncer, sida, etc. limitando los beneficios que pueden ser otorgados a cambio de una cuota a su vez que brinda el servicio de consulta (estableciendo cuántas al año).

Me atrevo a asumir que las sociedades de beneficio son una opción real y apropiada para el consumidor en cuanto a que cubre un vacío que actualmente se da en algunos mercados y más notoriamente en lo referente a salud.

En Panamá se distinguen claramente dos grupos que poseen este tipo de servicios, uno, como ya mencionamos es un servicio de salud, orientado a un hospital privado clase media y el otro a un servicio funerario. Ambos servicios tienen un buen grado de aceptación, sobre todo el servicio funerario que se ofrece mucho más a un mercado medio-bajo y bajo, quienes pagan ya sea semanal, quincenal o mensualmente una cuota que les garantiza “un entierro digno” en caso de fallecimiento.

Otros planes que se pueden ver en el mercado, pero en mucha menor escala, son aquellos creados por los odontólogos: los famosos planes dentales, en los cuales por una cuota se otorga un número de visitas al año. Este mismo esquema ha sido aplicado por algunos oftalmólogos para revisión de la vista.

Otro caso que se enmarca en el tema objeto de debate corresponde al de las empresas arrendadoras de automóviles, quienes le brindan a sus clientes un “supuesto” seguro. En la práctica, muchas de estas empresas se autoaseguran y a su vez lo que hacen es que contratan una cobertura con un deducible alto. Así frente al público hacen ver que se están asegurando, lo cual de cierto modo es verdad, pero deberían decir que ese es un seguro que la empresa está asumiendo per sé. Al imponer esa obligatoriedad de utilizar únicamente sus

servicios, actuando como aseguradores , obligan a que las diferencias tengan que irse por la vía de los Tribunales Civiles para poder deslindar responsabilidades, porque las arrendadoras de automóviles le cobran los daños ocasionados a sus clientes si son declarados culpables . Por otro lado, en cuanto a las coberturas estos son seguros muy limitados a precios muy elevados, con lo que le hacen ver a las personas que tienen seguros completos, cuando en realidad no es así. No obstante, tampoco le dan la oportunidad de que la persona presente otras alternativas de seguros.

Todos estos sistemas son derivaciones de los seguros.

Aunque cada actividad en particular se ha cuidado de redactar sus contratos de forma tal que no mencionen la palabra cobertura o seguro en ninguna de sus cláusulas, si uno toma uno de estos contratos y lo analiza a profundidad observará que en esencia se trata de un seguro porque su objetivo es la diversificación de un riesgo común entre varias personas que pudiesen verse afectadas por una pérdida. Es más, los contratos que utilizan para llevar a cabo la transacción, muchos son copias exactas de una póliza de seguro, modificando las palabras claves por sinónimos.

Al respecto en nuestra ley de seguros se incluye un artículo que lee así: "Quedan también sometidas a las disposiciones de la presente Ley, las entidades que tiendan a promover coberturas o planes de salud, fondos de pensiones o jubilaciones, fondos de inversión o de ahorro que conlleven la expedición de pólizas o contratos, salvo aquellas que sean autorizadas por leyes especiales"

Ahora bien, ¿Cuál es la diferencia entre una industria regulada y una no regulada dentro del ámbito que estamos analizando?

Estos sistemas de Centros Médicos o los estilo Pansanitas fallaron precisamente por la falta de creación de reservas y por la agresiva actitud de las compañías de seguros las cuales tenían mayor capacidad para ofrecer

otros productos. Una compañía de seguros, al ser regulada, debe por ley cumplir con la suficiente capacidad financiera para responder a sus usuarios incluyendo los contratos de reaseguro que forman parte de dicha capacidad de respuesta. Por otro lado, las sociedades de beneficio, al no tener una capacitación técnica, se les dificulta la administración de las operaciones apropiadamente y en caso de existir desviaciones no cuentan con las coberturas de reaseguros que les permitan responder por esas desviaciones. Anteriormente, esas diferencias impactaron el sistema.

Por otro lado, hubo personas que no recibieron los beneficios, porque los mismos se descontinuaron o terminaron. Estas empresas tenían limitaciones, pero no las divulgaban todas. Por lo que hubo muchas sorpresas y sorprendidos.

En contrario sensu, las compañías de seguros, al ser reguladas, deben someter para aprobación de la Superintendencia de Seguros los modelos de contratos y sus fundamentos técnicos antes de poder ser mercadeados. Las exclusiones y limitaciones, así como las causales de terminación del contrato deben aparecer en la carátula de la póliza de forma resaltada.

Otra diferencia marcada es que los asegurados pueden recurrir en un momento dado ante la Superintendencia de Seguros en caso de considerar que no están recibiendo el servicio por parte de las personas reguladas. Y aunque la Superintendencia no tiene fuerza coercitiva, una situación puede ser resuelta sin necesidad de recurrir a una instancia civil. En los sistemas no regulados los usuarios tendrían que someter sus conflictos ante un tribunal de arbitraje o entablar un proceso civil ante una instancia judicial para poder demandar que lo que habían recibido no era por lo que ellos habían pagado. Esto implica un costo que muchas veces no está dentro de la capacidad económica del usuario y adicionalmente la solución de estos procesos en estas esferas pueden tomar tiempos prolongados. En la experiencia anterior, los usuarios no contaban con instancias como la Superintendencia porque la concepción del producto era simplemente la prestación de un servicio de un grupo de personas que se habían asociados para cubrirse y si se acababa el fondo pues simplemente se

acababa. Un producto de seguros no se trata de una invención simplemente para sacar un beneficio a corto plazo por parte de los promotores, sino que es un negocio que es analizado actuarialmente, más científicamente porque se toman en consideración las tendencias de la misma sociedad.

Otra ventaja de las compañías de seguros al ofrecer los planes de salud es la de tener médicos que puedan brindar segundas y terceras opiniones. Esta es una parte muy importante. Empresas como por ejemplo Pansanitas eran médicos que a la vez eran accionistas con el propósito de aumentar sus niveles de demanda. Surgen entonces los conflictos de intereses. Muchas veces los pacientes no requerían de las operaciones o los tratamientos realizados, pero era una manera de obtener un beneficio de ese sistema, de ese tipo de sistema que no tenía ninguna regulación. Así mismo, si los usuarios requerían de ciertos servicios estos se limitaban, sacrificando la calidad por la ganancia o rentabilidad que debía generar el plan.

La falta de una regulación pone en peligro la estabilidad de la cobertura, porque en el momento en que las cifras no resulten atractivas, no hay un amparo en el reaseguro que ayude a distribuir la pérdida.

El hecho que el usuario común no tenga un concepto claro de qué producto está regulado y cuál no, conlleva a que en caso de mala experiencia de un sistema de beneficios no regulado, a su vez impacte negativamente en la confianza de aquel sector sí regulado.

Lo preocupante de un mercado sin regulación suele ser los abusos que se cometen contra los consumidores quienes quedan al margen de cualquier ley que los proteja contra personas inescrupulosas que aprovechan estas coyunturas para recoger dinero fácil.

En el caso específico de Panamá nuestra experiencia no ha sido negativa, como puede haber sido en mercados más masivos y sobre el particular la razón puede ser que al tratarse de un país pequeño, en donde en broma y en serio decimos que "todo el mundo se conoce", es fácil detectar irregularidades

de esta naturaleza, especialmente porque saltan rápidamente a la luz pública, sin embargo, también tenemos que admitir que nuestro mercado está cambiando, producto de la globalización y liberación de mercados.

Aún cuando en Panamá no hemos tenido experiencias muy negativas con este tipo de servicios, sí consideramos que es peligroso dejarlo sin una debida supervisión.

Estamos conscientes de que las sociedades de beneficio sirven a un propósito muy particular al que nuestros planes tradicionalmente no llegan, sobre todo, porque el término "seguro privado" cohibe a este tipo de mercado. No obstante, es esta precisamente la razón por la cual personas inescrupulosas se sirven del desconocimiento e ignorancia del consumidor para sacar provecho financiero.

Lo anterior me lleva a abordar un tema que me resulta trascendental al momento de debatir si una actividad que tiene un interés público como lo es el seguro, aunque se disfrace con otros términos, debe o no ser regulada. Si bien es cierto que para tomar una decisión es necesario realizar un análisis de costo-beneficio, para lo cual cada jurisdicción debería llevar a cabo un estudio de las Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de las actividades propias de su mercado y cómo se encajaría a largo plazo en el sistema de seguros tradicional, también es cierto que en la actualidad los costos de no regular son cada vez mayores para la sociedad.

En el entorno comercial hace solo unos años, al pensar en riesgo se identificaban casos fortuitos o actos de la naturaleza. Si observamos bien, hoy día los riesgos que corremos como parte del entorno económico y social han variado drásticamente. Los cambios climatológicos son causantes de muchas pérdidas. Sin embargo, las mayores pérdidas han sido, en los últimos años, las causadas por el hombre. Imperios comerciales han perecido gracias a la "creatividad" y a la falta de ética profesional. Del riesgo del terrorismo, ni hablar. Eso es algo que se viene dando desde hace décadas. El punto central es que el ser humano se aprovecha y se destruye a sí mismo. La política del

Estado es la proteger efectivamente a todos sus miembros, pero haciendo énfasis en los más desvalidos, y proteger a aquellos que no tienen suficiente capacidad para defenderse efectivamente: la parte más débil.

Considero que es necesario que se regulen estas empresas o sociedades, pero siempre y cuando se contemple que va dirigido a una población sencilla que requiere de este producto y que tal regulación también tiene que ser sencilla, conservando la esencia del negocio y estableciendo reglas claras que protejan a los usuarios.