

La Ley de Seguros en el banquillo

Fabiana Culshaw

Periodista de negocios y psicóloga empresarial

Mientras que el gobierno anuncia la democratización de los servicios de salud y seguros en el país, para las empresas privadas del sector la nueva ley sólo ha traído caos y déficit. Como siempre: dos caras de una moneda. Lo cierto es que muchas medidas del gobierno, supuestamente tomadas para el bien de la población, terminan en contra de ella.

Uno de los artículos más cuestionados de la Ley de Seguros y Reaseguros de 2010 es el 40, según el cual las empresas del sector tienen prohibido negarse a otorgar cobertura inmediata en casos de emergencia, condicionada a la emisión de claves o autorizaciones de acceso. Esa intención de que ningún ciudadano quede fuera del sistema —propuesta loable— está generando graves problemas en las clínicas y empresas aseguradoras.

¿Por qué? Porque, si bien las claves de emergencia nunca ayudaron a la agilización del servicio médico (todo lo contrario), las verificaciones de cobertura tienen la contrapartida de garantizar que las clínicas no sufran déficit o quiebren. De hecho, desde que se eliminaron esos controles, la tasa de incobrabilidad en las clínicas ha aumentado treinta por ciento. A la fecha, las salas de emergencia están desbordadas de pacientes, con la obligación de atenderlos como sea, so pena de sanción. Parecería que la Ley, en vez de democratizar el acceso a los servicios médicos, como supuestamente era su intención, sólo traslada las deficiencias del sistema público al privado.

Al igual que en otros sectores de la economía nacional esta Ley de seguros se orienta a una mayor centralización y regulación. Además de eliminar las claves de emergencia, establece incrementos del aporte en 400 por ciento a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, un aporte de uno por ciento para el nuevo Fondo del Sistema Público Nacional de Salud y la obligatoriedad de «seguros solidarios», los cuales suenan muy humanitarios, pero, tal como están planteados, comprometen las finanzas de las compañías. Y en casos de incumplimiento, el peso de las sanciones es excesivo.

Los casos de morosidad o de créditos incobrables ya no son causales de

anulación de las pólizas financiadas y la Ley obliga, además, a dar cobertura a usuarios con enfermedades preexistentes, lo que empuja a las compañías a verdaderas situaciones de riesgo financiero. Ahora las empresas de seguros y reaseguros no pueden otorgar préstamos (una alternativa para la colocación de sus reservas), tampoco pueden financiar las primas de seguros (lo que origina desasistencia en un sector importante de la población) y deben asumir nuevos riesgos obligatorios, como la cobertura de proyectos agrícolas y planes de las comunas.

Diversas autoridades del sector salud y seguro privado han manifestado en los medios de comunicación que están de acuerdo con la intención de extender los servicios a toda la po-

Los casos de morosidad o de créditos incobrables ya no son causales de anulación de las pólizas financiadas y la Ley obliga, además, a dar cobertura a usuarios con enfermedades preexistentes

blación y acabar con la especulación que, reconocen, muchas veces existe; pero no poniendo en riesgo la supervivencia del sistema de salud, que a la larga será perjudicial para el conjunto social. En un plazo de cinco años, desde la entrada en vigencia de la Ley (promulgada hace algo más de un año), todos los entes de la Administración Pública deberán mudar sus planes de seguros a las aseguradoras públicas y al Sistema Nacional de Salud, lo que significará más control y discrecionalidad en el funcionamiento general.

Con la supuesta meta de evitar la especulación, el artículo 136 de la Ley señala que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora establecerá pólizas, tarifas y demás documentos con carácter general y uniforme para la comercialización, lo que en la práctica podría representar un tope a la calidad de los servicios. Así, en vez de buscar la complementariedad de los

sistemas de salud público y privado, la Ley obliga a este último a suplir las carencias del primero y lo arrastra hacia el mismo derrotero. Bien es sabido que la oferta del Estado en materia de salud no es buena, y los hospitales públicos, módulos Barrio Adentro y dispensarios de atención gratuita sufren muchas carencias.

La situación de la salud en Venezuela es desorganizada y linda con el caos. La presión es grande a todo nivel. Muchas empresas privadas hacen el esfuerzo de ajustarse a la normativa, mediante la adaptación de sus servicios a las nuevas exigencias, pero a un alto costo que no saben por cuánto tiempo podrán cubrir. Los déficits financieros aumentan y la calidad del servicio está más que comprometida.

Muchas empresas de seguros compensan las pérdidas económicas de los seguros de salud con las ganancias obtenidas por otros negocios (el de los carros, por ejemplo), pero esta medida no es sostenible. Mientras tanto, el gobierno afirma que la caída que se observa responde a un sistema de salud que no funciona bien, porque es propio del modelo capitalista. Pero que, leyes y otras medidas mediante, la realidad cambiará en beneficio de todos los venezolanos. La confianza del chavismo está puesta en un «Plan Socialista de la Nación», que aún no arroja resultados convincentes.

Aunque las percepciones sobre las causas de este problema social son disímiles hay consenso en que la asistencia y la cobertura médica son prioritarias para quienes viven en Venezuela. Paralelamente, una gran parte de los médicos de este país hace maletas en busca de mejores horizontes —en España u otros lares donde hay una gran demanda de profesionales de la salud— y los enfermeros mantienen una huelga de hambre de larga data para conseguir un sueldo digno.

Se dice que la próxima medida del gobierno será disminuir el número de horas extras de los médicos, para dar oportunidad de empleo a otros recién graduados. ¿Qué significará esto en la práctica? Más empleos sí, pero a costa unos de otros, con nuevas limitaciones en los ingresos y en la calidad de vida. ■