



**Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas  
Centro de Estudios de Postgrado  
Especialización en Derecho Mercantil**

**La Medicina Prepagada y su Uso en el Exterior dentro del  
Marco de la Ley de la Actividad Aseguradora  
Trabajo Especial presentado para optar al Título de Especialista  
en Derecho Mercantil**

**Autora:** Andrea Granados

**Tutora:** Ninoska Bastardo

**Caracas, Junio de 2013**



**Central University of Venezuela  
Faculty of Law and Political Sciences  
Centre for Postgraduate Studies  
Specialization in Commercial Law**

**Prepaid Medicine and Abroad Use within the  
Framework Law on Insurance Activity  
Special Work submitted to qualify for the title of Specialist  
Commercial Law**

**Author:** Andrea Granados

**Tutor:** Ninoska Bastardo

**Caracas, June 2013**

**Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas  
Centro de Estudios de Postgrado  
Especialización en Derecho Mercantil**

**La Medicina Prepagada y su Uso en el Exterior dentro del  
Marco de la Ley de la Actividad Aseguradora**

**Autora: Andrea Inés Granados Romero  
Tutora: Ninoska Bastardo  
Fecha: Junio de 2013**

**RESUMEN**

El objeto de este trabajo es evidenciar la realidad venezolana y colombiana relativa a la constitución, funcionamiento e inmersión de las empresas de medicina prepagada en el mercado asegurador, así como la importancia práctica que ha tenido el surgimiento de dichas empresas en relación con los seguros que prestan servicios médicos-asistenciales a sus tomadores, asegurados o beneficiarios. Para ello se establecieron los siguientes objetivos específicos: a) Definir la medicina prepagada desde el punto de vista doctrinario en Venezuela y su relación con la Actividad Aseguradora; b) Señalar la regulación de la Medicina Prepagada dentro de la Ley de la Actividad Aseguradora; c) Comparar el uso de la medicina prepagada y de los seguros médicos en Venezuela con el tratamiento otorgado a los mismos en Colombia; d) Examinar la importancia práctica del uso de la medicina prepagada en el exterior. Las interrogantes que la investigación se planteó fueron las siguientes: ¿En qué consiste la medicina prepagada? ¿Cuáles son las diferencias de la medicina prepagada con los seguros médicos? ¿Cuál es el tratamiento legal que se le está dando a la medicina prepagada en Venezuela y Colombia? ¿Qué posibilidades existen de usar los servicios de medicina prepagada suscritos en Venezuela en el exterior? Para resolver dichas preguntas se efectuó una serie de indagaciones de carácter teórico y práctico. La metodología empleada fue de carácter cualitativo, pues con ella se determinaron las ventajas y desventajas del uso de los seguros médicos y de los servicios de medicina prepagada. El nivel de análisis del estudio fue concebido dentro de la modalidad de investigación documental e investigación de campo. La primera etapa se realizó a través de la revisión libros, revistas, internet, ponencias, leyes, decretos, resoluciones, dictámenes, códigos y demás instrumentos normativos que en virtud de su contenido, pueden ser aplicables a la

medicina prepagada. La segunda etapa de la investigación se efectuó a través del análisis y revisión de folletos, pólizas y otros documentos aportados por informantes cercanos que han suscrito los referidos contratos de medicina prepagada, seguros médicos y de asistencia en viajes. Las estrategias básicas empleadas dentro de este enfoque estaban conformadas por el método jurídico-dogmático, por cuanto se usó como base fundamental de estudio la doctrina, jurisprudencia, leyes, decretos y principios legales, relativos a la medicina prepagada como herramienta para sustituir los seguros médicos que se emplean a nivel internacional. Por último, de la investigación se generaron las siguientes conclusiones: a) Se delimitaron las definiciones y regulaciones normativas de la medicina prepagada relativas a la constitución y funcionamiento de dichas sociedades, así como lo relativo a los organismos estatales que supervisan sus actividades, en los ordenamientos jurídicos de referencia; b) Se presentaron algunas características diferenciadoras entre el contrato de seguros y el de medicina prepagada; y c) finalmente, se exhibió la situación venezolana en torno a la utilización de los seguros médicos de asistencia en viajes y la posibilidad de usar los servicios de medicina prepagada en el exterior.

**Descriptores: medicina prepagada, actividad aseguradora, seguros médicos, seguros de asistencia en viajes, mercado asegurador, organismo estatales de supervisión, etc.**

**Central University of Venezuela  
Faculty of Law and Political Sciences  
Centre for Postgraduate Studies  
Specialization in Commercial Law**

**Prepaid Medicine and Abroad Use within the  
Framework Law on Insurance Activity**

**Author: Andrea Inés Granados Romero**

**Tutor: Ninoska Bastardo**

**Fecha: June 2013**

**ABSTRACT**

The purpose of this paper is to show the reality of Venezuela and Colombia on the establishment, operation and immersion prepaid medicine companies in the insurance market, as well as the practical importance has been the emergence of such companies in relation to insurance health-care services provided to their policyholders, insureds or beneficiaries. This will set out the following objectives: a) Define the prepaid medicine from the point of view of doctrine in Venezuela and its relationship with the Insurance Activity b) Report the regulation of prepaid medicine within the Insurance Activity Act; c ) Compare the use of prepaid medical and health insurance in Venezuela with the treatment accorded to them in Colombia, d) Examine the practical importance of the use of prepaid medicine abroad. The research questions raised were: What is prepaid medicine? What are the differences with prepaid medical insurance? What is the legal treatment is being given to prepaid medicine in Venezuela and Colombia? What possibilities exist to use prepaid medical services in Venezuela signed overseas? To address these questions a number of inquiries made theoretical and practical. The methodology was qualitative, as it led to determined the advantages and disadvantages of using medical insurance and prepaid health services. The level of analysis of the study was conceived in the form of desk research and field research. The first stage was conducted through review books, magazines, internet, papers, laws, decrees, resolutions, orders, codes and other regulations that in virtue of their content, may be applicable to prepaid medicine. The second stage of the research was conducted through the analysis and review of brochures, policies and other documents provided by informants nearby that have signed those contracts prepaid medicine, medical insurance and travel assistance. The basic strategies used in this approach were shaped by the legal-dogmatic method, because it was used as the foundation of the doctrine study, case law, statutes, decrees and legal principles relating to medicine as

a tool to replace prepaid health insurance which are used internationally. Finally, research the following conclusions were generated: a) definitions and regulations delineated prepaid medicine regulations concerning the establishment and operation of such companies, as well as on state agencies that oversee their activities in the legal reference b) There were some distinguishing features between the insurance contract and prepaid medicine, and c) finally showed the Venezuelan situation regarding the use of medical insurance travel assistance and the possibility of using prepaid medical services abroad.

**Descriptors: prepaid medical, insurance business, insurance, travel assistance insurance, insurance market, state oversight agency, etc.**

## ÍNDICE GENERAL

|  | Pág. |
|--|------|
| RESUMEN  |      |
| ÍNDICE GENERAL   |      |
| INTRODUCCIÓN.....  | 01   |
| Capítulo I.  |      |
| Medicina Prepagada y Actividad Aseguradora en General.....   | 04   |
| 1.1. Antecedentes de la Actividad Aseguradora.....   | 04   |
| 1.2. Antecedentes de los Servicios de Medicina Prepagada.....  | 08   |
| 1.3. El Contrato de Medicina Prepagada.....  | 14   |
| 1.3.1. Definiciones.....   | 14   |
| 1.3.2. Características.....  | 16   |
| 1.3.3. Requisitos.....   | 18   |
| 1.3.4. Partes y Obligaciones.....  | 23   |
| 1.3.5 Clasificación de los Contratos de Medicina Prepagada.....  | 24   |
| 1.3.6. Cobertura de los Contratos.....   | 26   |
| Capítulo II.   |      |
| Comparación de la Medicina Prepagada con los Seguros Médicos.....  | 30   |
| 2.1. Relaciones Jurídicas que surgen en virtud del Contrato<br>de Medicina Prepagada y del Contrato de Seguro Médico.....  | 32   |
| 2.2 Responsabilidades derivadas de la ejecución del Contrato<br>de Medicina Prepagada y del Contrato de Seguro Médico..... | 37   |

### Capítulo III.

|   |    |
|---|----|
| Regulación de la Medicina Prepagada en Venezuela y Colombia.....  | 46 |
| 3.1. Definiciones Legales de Medicina Prepagada.....  | 46 |
| 3.2. Requisitos Legales para la Constitución de<br>Empresas de Medicina Prepagada.....                      | 49 |
| 3.3. Órgano Estatal que tutela las actividades desarrolladas<br>por las Empresas de Medicina Prepagada..... | 57 |

### Capítulo IV.

|  |       |
|--|-------|
| Uso de la Medicina Prepagada en el Exterior.....   | 63    |
| 4.1. Posibilidad de Usar los Servicios de Medicina<br>Prepagada Suscritos en Venezuela en el Exterior..... | 63    |
| 4.2. Los Seguros Médicos de Viajeros.....  | 66    |
| 4.3. Uso de la Medicina Prepagada en el Exterior<br>como sustituto de los Seguros de Viajeros.....         | 69    |
| Conclusiones.....  | 74    |
| Referencias Bibliográficas.....  | 76-78 |

## INTRODUCCIÓN

Desde los orígenes del mundo hasta nuestros días, el ser humano siempre ha estado propenso a padecer enfermedades de distinta naturaleza, las cuales en principio, eran curadas a través del consumo de bebedizos a base de plantas que tenían propiedades curativas o mediante el empleo de técnicas religiosas, en virtud de las que, los hombres primitivos recurrían a los Dioses para explicar lo inexplicable.

No obstante, con el pasar de los años, dichas técnicas fueron evolucionando, hasta que se llegó a la medicina tradicional que se conoce en nuestros días, destinada a preservar la salud y la vida de los seres humanos, es por ello que, vista su gran importancia, la prestación de los servicios médico- asistenciales en principio estuvo en manos del Estado.

Ahora bien, debido al crecimiento de la población mundial y a las crisis que han sufrido los países de Latinoamérica, el suministro de los servicios de salud por parte de los distintos Estados desmejoró de manera considerable su calidad, llegando en determinadas áreas a presentar condiciones precarias, permitiéndose en virtud de dichas circunstancias que los servicios de salud fuesen prestados por instituciones de carácter privado a cambio del pago de una contraprestación monetaria.

En consecuencia, se dio paso a la creación de clínicas y centros médicos de carácter privado, que brindan servicios óptimos de salud pero que debido a sus altos costos deben ser pagados por los clientes empleando para ello, los seguros médicos o los servicios de medicina prepagada, a los que se dedicará la presente investigación, por cuanto constituyen mecanismos que le evitan a sus usuarios desembolsos intempestivos de dinero que afectan su esfera económica.

Al respecto, es relevante destacar que, aunque en sus inicios, se

pretendió asimilar la medicina prepagada a los seguros, esa teoría fue desfasada y abandonada, siendo que, tanto en nuestro país, como en España, Ecuador; Perú y Colombia, países pioneros en la evolución y propagación de la misma, la presentan en sus ordenamientos jurídicos, regulada de manera distinta y separada de los seguros.

En esta oportunidad, se presentará un análisis comparativo amplio, en función del que se describirán las similitudes y diferencias relativas al surgimiento, constitución y funcionamiento de los seguros médicos y de las empresas de medicina prepagada, en el marco de las legislaciones venezolana y colombiana.

En la actualidad, tanto las empresas de medicina prepagada como los seguros, se han convertido en mecanismos beneficiosos para la población, por cuanto han venido a suplir las deficiencias de los sistemas de salud públicos de los países de referencia, permitiendo así, a los contratantes, tomadores, asegurados o beneficiarios de ambos servicios, sentirse despreocupados y seguros, respecto a los imprevistos de salud que puedan sufrir.

De igual manera, es menester significar que se pretende dar al lector un bosquejo de la realidad venezolana respecto a la suscripción y ejecución los servicios de medicina prepagada y de los seguros médicos, resaltando los aspectos positivos o negativos que se evidencian del uso de ambas modalidades a nivel nacional e internacional, dentro del marco de la Ley de la Actividad Aseguradora, pues esta constituye el instrumento de rango legal que desarrolla o enuncia las normativas aplicables a los dos tipos de modalidades contractuales *supra* señaladas.

## **CAPÍTULO I**

### **Medicina Prepagada y Actividad Aseguradora en General**

## **Capítulo I. Medicina Prepagada y Actividad Aseguradora en General**

### **1.1. Antecedentes de la Actividad Aseguradora**

Como punto previo al desarrollo de los orígenes de la actividad aseguradora en nuestro país, se deben mencionar los antecedentes de los seguros en general, como mecanismos a través de los que, los tomadores y asegurados trasladan sus riesgos a las respectivas empresas de seguros, quienes los asumen a cambio de una contraprestación dineraria.

Al respecto, es oportuno precisar que la doctrina no es cónsona al determinar los orígenes del seguro<sup>1</sup>. No obstante, dejando a un lado tales dificultades, de seguidas se presenta una explicación breve a objeto de sentar las bases históricas de lo que hoy en día se conoce como actividad aseguradora en nuestro país.

Los orígenes del seguro se remontan según diversos escritores al inicio de las primeras civilizaciones, es decir, al surgimiento de las civilizaciones griegas, romanas y aztecas, las cuales no conocían en detalle el cúmulo de relaciones que involucran los seguros.

Ahora bien, para aclarar exactamente el punto de arranque de lo que hoy conocemos como seguros, los estudiosos dentro de los que se destaca el autor nacional Hugo Mármol Marquí<sup>2</sup> dividieron la historia en tres o cuatro etapas. Sin embargo, vistas las dificultades que se plantean al intentar separar el comienzo y final de cada período, a los efectos de nuestro estudio

---

<sup>1</sup> Véase en ese sentido: BORJAS, Leopoldo. *Historia y Desarrollo del Seguro en Venezuela*. En: *Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas* N° 77. Caracas, Universidad Central de Venezuela. 1990. p. 85-88; CHANG DE NEGRÓN, Kimlem y Otro. *Seguros en Venezuela*. Caracas, Vadell Hermanos Editores. Primera Edición. 2011. p. 17-21.

<sup>2</sup> MARMOL MARQUÍZ, Hugo. *Fundamentos del Seguro Terrestre*. Caracas, Ediciones Liber. Quinta Edición. 2001. p. 55. El autor señala: "... Otras veces se ha referido una división tripartita: se habla de: 'prehistoria' hasta el siglo XIV, 'formación' desde los siglos XIV al XIV-XVII-XVIII; 'desenvolvimiento', desde esta última fecha hasta nuestros días, o bien cuatripartita: prehistoria, que comprende la antigüedad y la edad media, aparición de la póliza desde el siglo XIV hasta el XVII; aparición de las compañías desde el siglo XVII hasta el XIX; explotación moderna desde el siglo XIX hasta hoy."

explicaremos de manera breve los antecedentes del seguro, por fechas en que ocurrieron los acontecimientos.

Es así como en Grecia, según los historiadores en el siglo IX a. C, surgió la Ley de Rodas o Lex Rhodia, la cual dio nacimiento a lo que se conoció como echazón, que en pocas palabras se resumía en el auxilio mutuo que debían brindar todos los tripulantes de una embarcación para ayudar al propietario de las mercancías que fueron lanzadas al mar a los fines de salvar la nave y llegar a feliz término la travesía<sup>3</sup>.

Asimismo, se hace referencia al Código Hammurabi, creado en el año 1760 a.C., es uno de los ejemplares mejor conservados de este tipo de documentos, a través del que se aplica la Ley del Talión y se establecieron algunas normas vinculadas al seguro.

Seguidamente, surgió el llamado préstamo a la gruesa, que según algunos autores es uno de los antecedentes más remotos del seguro marítimo. El también denominado préstamo a la gruesa ventura, consistía en adelantar una cantidad de dinero, oro o especies al jefe de la expedición, quien tenía la obligación de devolverlo si la travesía llegaba a feliz término, en caso contrario, si el buque naufragaba se extinguía dicha obligación.

Posteriormente, se observa el surgimiento de las llamadas “Guildas”, que eran asociaciones de comerciantes, que se unían conformando especies de clubes y compartían odios y afectos. El objeto fundamental de esas uniones era para asistirse mutuamente en caso de enfermedades u otras catástrofes que afectasen su patrimonio, tales como los incendios, usando como medio de regulación la solidaridad.

---

<sup>3</sup> CHANG DE NEGRÓN, Kimlem y Otro. *Ob. Cit.*, p. 18. La autora afirma que “La mayoría de la doctrina hace referencia a la *echazón*, o *avería gruesa* por la que todos los participantes en una expedición marítima debían cooperar para ayudar al propietario de la mercancía que era echada por la borda a los fines de salvar a la nave. Se dice que en la Biblia, en el Digesto Justiniano se recoge esta práctica, la cual luego fue plasmada en la llamada Lex Rhodia...”.

Para el citado autor venezolano Leopoldo Borjas, el primer contrato de seguros marítimo fue en el año 1347, suscrito en Génova y en el año 1370, en virtud del cual se repartió el riesgo entre varios aseguradores.

Respecto al seguro de vida existen manifestaciones de este desde los años 1273 a 1280, siendo que las primeras pólizas de vida fueron suscritas aproximadamente entre 1583 y 1697. Sin embargo hay autores que afirman que las mismas distan de 1427.

Según afirma la citada escritora venezolana Kimlem Chang, los antecedentes de la póliza de vida fueron las “toninas” o “tontinas”, que recibieron este nombre en honor a su creador Lorenzo de Tonti, un banquero napolitano, a quien se le atribuye el mérito de idear un sistema de ahorro consistente en crear una mutualidad, con reparto periódico de intereses entre los mutualistas. El último sobreviviente de entre éstos recibía la totalidad del capital acumulado.

Inmediatamente, en el año 1680 se produjo la creación del Lloyd's de Londres, que fue un café creado por Edgar Lloyd, en el que se citaban los comerciantes de la época para suscribir contratos de seguros marítimos.

Asimismo, es menester destacar el incendio de la ciudad de Londres en el año de 1666, que acabó con gran parte de la ciudad y que condujo al médico Nicholas Barbón a crear el llamado “Fire Office”. Finalmente, hacia el año 1720 aparecieron las primeras empresas de seguros.

Por otra parte, desde el punto de vista legislativo el seguro evolucionó a partir de las leyes de Genova de 1369, iniciando la codificación con el Código de Comercio de Napoleón en el siglo XIX, hasta que definitivamente en el siglo XX se desarrolló la tendencia de los Estados a regular las actuaciones de las empresas de seguros, lo que conllevó a que

posteriormente se diera lugar a la creación de leyes específicas en materia de seguros, separadas de los Códigos de Comercio.

En tal sentido, de esa manera se presenta un resumen de los orígenes de los seguros a nivel mundial, siendo pertinente abocarnos a revisar los orígenes de la actividad aseguradora en Venezuela, habida cuenta que su evolución normativa constituye el foco central de esta investigación.

En principio en nuestro país, en materia de seguros sólo existían las regulaciones establecidas en el Código de Comercio, siendo que, según afirma la tantas veces mencionada Kimlen Chang, las empresas de seguros evolucionaron a partir de 1886, que se constituyó la C.A. De Seguros Marítimos, con sede en Maracaibo, la cual suspendió sus operaciones en 1919, dando paso a la creación de la Compañía Seguros Marítimos del Zulia.

En la misma época en Caracas, se fundó la Compañía de Seguros Comerciales “La Venezolana”, la cual en 1914 se fusionó con la C.A. La Previsora y en 1935 se creó “Seguros Fénix”, la cual fue fusionada en 1930 con La Previsora. Simultáneamente, en ese año, se establecieron en el país las compañías “Pan American Life Insurance Company” de origen norteamericano y “Sun Insurance Office Limited” de origen inglés.

En cuanto al desarrollo legislativo en materia de seguros, es oportuno resaltar que la primera ley que se promulgó para regular a las compañías de seguros y que, en consecuencia constituye el principal antecedente de la actividad aseguradora en Venezuela, fue la Ley de Inspección y Vigilancia de las Empresas de Seguros, de julio de 1935<sup>4</sup>, la cual fue derogada por la Ley de 1938<sup>5</sup>, cuyo Reglamento se dictó en 1939, el cual fue posteriormente derogado por el Reglamento de julio de 1948.

---

<sup>4</sup> Publicada en la Gaceta Oficial N° 18701 de fecha 17 de julio de 1935.

<sup>5</sup> Publicada en la Gaceta Oficial N° 19.648 de fecha 17 de agosto de 1938.

Consecutivamente, se promulgó la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros<sup>6</sup>, la cual sufrió una serie de modificaciones en el año 1975<sup>7</sup>, y en definitiva en 1994 se reformó, siendo que su Reglamento de aplicación también fue Reformado en abril de 1999<sup>8</sup>. Es así, como en el año 2001 se dictó una nueva Ley para regular el sector asegurador venezolano, cuya aplicación fue suspendida mediante una sentencia del Tribunal Supremo de Justicia de fecha 13 de agosto de 2002<sup>9</sup>, lo que permitió que continuase en vigencia la Ley anterior de 1999, hasta que en julio de 2010, entró en vigencia la actual Ley de la Actividad Aseguradora, la cual regula todo lo relativo al mercado asegurador venezolano<sup>10</sup>.

En tal sentido, es acertado mencionar que La Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional<sup>11</sup>, constituye uno de los pilares fundamentales de la actividad aseguradora en Venezuela, por cuanto a través de ella se controla y coordina el Sistema Financiero Nacional, dentro del cual se encuentra el sector asegurador venezolano, dirigido por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Organismo dependiente del Ministerio del Poder Popular de Finanzas, al que dedicaremos parte del Capítulo II de esta investigación.

## 1.2. Antecedentes de los Servicios de Medicina Prepagada

Desde los inicios de la humanidad el ser humano se ha visto afectado por una gran variedad de enfermedades, que en principio eran curadas a

---

<sup>6</sup> Publicada en la Gaceta Oficial Extraordinaria N° 964 del 9 de julio de 1965 y reimpresa en la Gaceta Oficial Extraordinaria N° 970 del 26 de julio de 1965.

<sup>7</sup> Publicada en la Gaceta Oficial N° 1.763 Extraordinario de fecha 8 de agosto de 1975.

<sup>8</sup> Publicada en la Gaceta Oficial N° 5.339 Extraordinaria del 27 de abril de 1999, a través del Decreto N° 3.232 del 20 de enero de 1999.

<sup>9</sup> Véase: Tribunal Supremo de Justicia/ Sala Constitucional, Sentencia N° 1911 del 13-08-2002, Expediente N° 02-1158, <http://www.tsj.gov.ve/decisiones/scon/Agosto/1911-130802-02-1158%20.htm>.

<sup>10</sup> Publicada en la Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario de fecha 29 de julio de 2010, reimpresa por error material en la Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N° 39.481 de fecha 5 de agosto de 2010.

<sup>11</sup> Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.447 de fecha 16 de junio de 2010.

través de bebedizos o remedios caseros, a base de hierbas y matas con propiedades curativas diversas.

No obstante, con el pasar de los años, surgió la medicina tradicional, en la que se dejaron de aplicar los referidos remedios caseros y se empezaron a usar para sanar las enfermedades los medicamentos elaborados químicamente por los laboratorios. En virtud de ello, se fue haciendo indispensable para el ser humano el uso de servicios médicos, los cuáles sólo eran prestados por las entidades del Estado.

Posteriormente, con la evolución del derecho a la salud, el cual se encuentra consagrado a nivel mundial, para poder garantizar éste a todos los ciudadanos de un país, se permitió que los servicios médicos fuesen prestados adicionalmente por instituciones de carácter privado, es así como surgen las clínicas, centros médicos y entidades de medicina prepagada de carácter privado, es decir, dirigidas por particulares.

Ahora bien, circunscribiéndonos a Colombia el nacimiento de la medicina prepagada ocurre debido a las deficiencias del Sistema de Salud, el cual en principio era totalmente de carácter público, toda vez que el Estado era quien únicamente prestaba los servicios de salud y cada vez se volvía más ineficiente.

Es así, como en los años sesenta surgen una serie de alternativas para determinados sectores de la población dentro de las que se destacan: a) el subsidio social, el cual era un aporte que le pagaban los trabajadores y grupo familiar al Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, a los fines de poder disfrutar del uso de clínicas y centros médicos que le permitiesen cubrir sus necesidades de atención médica y hospitalaria; b) las compañías aseguradoras, las cuales ofrecían en los mismos términos actuales los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad.

Inmediatamente, según lo reseñado por el autor colombiano Juan Carlos Galindo Vacha <sup>12</sup> a finales de la década de los setenta fue que emergió la primera compañía de medicina prepagada en Colombia, denominada Previsalud, la cual con el pasar de los años transfirió su cartera a Medisánitas, específicamente en el año 1992. Seguidamente surgió Colsanitas en el año 1980. En 1983, Salud Colpatria y poco tiempo después Fesalud como un programa de la clínica Fundación Santafé de Bogotá.

Es así, como sucesivamente se fueron constituyendo las diferentes personas jurídicas que prestan servicios de medicina prepagada en ese país, las cuales en principio no tenían regulación legal aplicable.

En tal sentido, el citado autor Galindo Vachá<sup>13</sup>, explica que la ausencia de regulación en la materia se mantuvo hasta el año 1990, con la publicación de la Ley 10 de ese año, en la que se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, se otorgaron facultades para que el Gobierno Nacional expidiera normas relativas a la organización y funcionamiento de los servicios de medicina prepagada, cualquiera fuese su modalidad, su régimen tarifario y las normas de calidad de los servicios, la prestación de estos mismos servicios por las instituciones de seguridad y previsión social, cuya inspección vigilancia y control estarían a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Con base en esa ley, se dictó el Decreto 1472 de 1990, por medio del cual se le asignaron facultades a la Superintendencia Nacional de la Salud para la inspección, control y vigilancia de la actividad de la medicina prepagada.

---

<sup>12</sup> GALINDO VACHÁ, Juan Carlos. *Amparos y Coberturas de la Salud, Seguridad Social, Medicina Prepagada y Seguros Privados*. Bogotá. Colombia. Grupo Editorial Ibañez. Pontificia Universidad Javeriana, 2011. p. 428.

<sup>13</sup> *Ibidem*. p. 429-433.

No obstante, este decreto fue derogado íntegramente por el Decreto 2165 de 1992, y seguidamente en ese mismo año se expidió el Decreto 800 de 1992, a través del cual se reglamentó la organización y funcionamiento de los servicios de medicina prepagada, siendo que, pocos meses después, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1570 del 13 de agosto de 1993, que reglamentó la actividad de la medicina prepagada, y por el cual se derogó el aludido Decreto 800 de 1992.

A pesar de ello, no fue hasta la publicación del Decreto 1570 de 1993 que se fijaron las reglas sobre la materia, en base a las cuales el órgano vigilante de las compañías de seguro manifestó que no eran asimilables los contratos de medicina prepagada y los contratos de seguros.

Seguidamente, a finales del año 1993 se publicó la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se expidió el régimen legal del Sistema General de Seguridad Social, que incluía el subsistema de salud y, en aras de dar consonancia, el Gobierno Nacional emitió el Decreto 1486 de julio de 1994, que modificaría el Decreto 1570 en diferentes aspectos.

En el año 1994, el Gobierno Nacional dictó el Decreto 1222 del 17 de junio de 1994, reglamentario de la Ley 10 de 1990. Posteriormente, a través del Decreto 806 de 1998 se reglamentaron los planes de coberturas en salud.

Iniciado el año 2000, se expidió el Decreto N° 046 de 2000, por medio del cual se adicionó el decreto número 882 de 1998, particularmente en lo relativo al margen de solvencia, se modifica el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, los artículos 2° y 19 del Decreto 1804 de 1999, y se expidieron otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

En ese mismo año, por medio del Decreto 783 de 2000 se constriñó a las empresas de medicina prepagada a realizar una provisión sobre servicios hospitalarios no cancelados y se les impuso la obligación de constituir el margen de solvencia según lo dispuesto por el Decreto 882 de 1998 para las entidades promotoras de salud.

En idéntico sentido, mediante el Decreto 800 de 2003, modificado por el Decreto 308 de 2004, se fijó el capital mínimo para las empresas de medicina prepagada en cinco mil salarios mínimos legales vigentes.

En definitiva, el régimen legal de la medicina prepagada en Colombia se encuentra conformado por los Decretos<sup>14</sup> 1570 de 1993, 1486 de 1994, 1222 de 1994, 806 de 1998, 783 de 2000, 800 de 2003 y 308 de 2004. De igual manera, es necesario señalar la Circular Única N° 47 de 2007 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, que recoge sistemáticamente los principales aspectos reguladores de las actividades bajo su control, y modificada posteriormente por las Circulares Externas 47,48,49,50,51 y 52 de 2008, 53,54,56,57,58 de 2009, y 59, 60, 61 y 62 de 2010.

Ahora bien, las causas que produjeron el **surgimiento de la medicina prepagada en Venezuela** son similares a las de Colombia, pues vista las crisis económicas y la ineficiencia de los sistemas públicos de seguridad social y salud, es que se da paso a la instauración de compañías prestadoras de servicios de salud de carácter privado, bajo la modalidad de planes de cobertura total o parcial a cambio de una contraprestación monetaria anticipada a la prestación de dichos servicios a cargo del contratante o afiliado.

---

<sup>14</sup> Véase en cuanto a la legislación colombiana en la materia: TORRES CORREDOR, Hernando. *Sistema de Seguridad Social Salud*. Legislación. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 2003. Pág.739-775.

La creación de dichas compañías se realizaba siguiendo los principios mercantiles básicos relativos a la constitución de sociedades, pero se encontraban carentes de regulación referida a la materia en específico de la medicina prepagada.

En tal sentido, visto el vacío normativo, se permitió al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), como Organismo del Estado, encargado de salvaguardar los derechos individuales y colectivos de las personas cuando actúan como consumidores o usuarios de los distintos servicios, que en virtud de tales facultades recibiese de manera temporal las denuncias de los afiliados o usuarios de los servicios de medicina prepagada, con el objeto de proceder a realizar actos conciliatorios que destinados a lograr acuerdos entre las partes, los cuales debían ser plasmados en una acta y homologados por la Sala de Sustanciación del respectivo Instituto para de esta manera poner fin al procedimiento.

No obstante, en caso de no acatar el acuerdo establecido en la conciliación los funcionarios respectivos podían solicitar que continuase el procedimiento para lo cual se notificaría a la parte y se efectuaría una audiencia de descargos, se realizaría la evacuación de pruebas para que posteriormente el Presidente del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios dictase mediante una Providencia Administrativa el acto de culminación del proceso, que contendría de manera precisa la sanción que debía aplicarse al infractor de la Ley, la cuáles podían ser desde la obligatoriedad de recibir o dictar charlas relativas a la materia por un tiempo mínimo de treinta (30) horas hasta la aplicación de multas.

El vacío legal existente y la aplicación supletoria de tales disposiciones continuó hasta que, en el año 2010 se incluyó dentro de los sujetos regulados por la Ley de la Actividad Aseguradora a las empresas de

medicina prepagada y se trataron de manera somera algunas de las condiciones que deben reunir las mismas, dejándose para desarrollar con mayor detalle el tema a través de normas prudenciales.

En tal sentido, mediante Providencia N° 000326 de fecha 7 de febrero de 2011<sup>15</sup>, el Superintendente de la Actividad Aseguradora, en pleno uso de sus facultades dictó las Normas para Regular las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada, a través de las que se organizó y estructuró todo lo relativo a la constitución y funcionamiento de las empresas de medicina prepagada y de los servicios que éstas prestan, incluyendo el régimen aplicable a los usuarios, los contratos y la publicidad que se debe brindar al público en general.

Asimismo, se estableció que el Órgano de Control de dichas empresas a nivel nacional es la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la cual es un servicio desconcentrado funcionalmente con patrimonio propio, adscrito al Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de finanzas, quién dirigido por el respectivo Superintendente concederá las autorizaciones para la Constitución y velará porque el funcionamiento de las mismas se ajuste a la Ley de la Actividad Aseguradora, su Reglamento y las Normativas Prudenciales que se dicten al respecto, tal como la comentada Providencia N° 000326.

### 1.3. El Contrato de Medicina Prepagada

En este punto nos adentramos a conocer los criterios de los distintos autores al momento de elaborar sus definiciones de la medicina prepagada, vista como una figura contractual con características propias que la diferencian de otras existentes en la esfera jurídica.

#### 1.3.1. Definiciones

---

<sup>15</sup> Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.617 de fecha 16 de febrero de 2011.

Con el pasar de los años se han ido elaborando una serie de definiciones, de las cuales se precisarán en esta oportunidad las presentadas por doctrinarios colombianos y venezolanos. En tal sentido, por la hermana patria se destacan los siguientes autores:

Las doctoras Lina Amador Villaneda y María del Rosario Lizarralde Macías en su tesis de grado denominada *Aspectos Jurídicos de la Medicina Prepagada en Colombia*, indican que se trata de un contrato de servicios y los definen como: “el acuerdo de voluntades entre una entidad de medicina prepagada y una persona natural o jurídica, en virtud del cual la primera se obliga a realizar la gestión de prestación de los servicios de salud y complementarios y/o la prestación directa de esos servicios y a asumir total o parcialmente los costos de tales servicios, previo el pago de una suma de dinero por parte del contratante.”<sup>16</sup>

Asimismo, Juan Carlos Galindo Vacha, en su libro *Amparos y Coberturas de la Salud, Seguridad Social, Medicina Prepagada y Seguros Privados*, afirmó que “el negocio jurídico de medicina prepagada es un contrato que posee una naturaleza específica propia, a través del cual la empresa de medicina prepagada brinda una garantía de atención médica, quirúrgica, hospitalaria y de medios diagnósticos cuando el usuario lo solicite y dentro de la red ofrecida -fuere propia o contratada-, sea por voluntad o porque hubiere sido víctima de una enfermedad o accidente, atención que implicará la prestación de variados servicios y el suministro de bienes que fueren necesarios para el restablecimiento de la salud del usuario”<sup>17</sup>.

Por otra parte, en Venezuela los profesores Kimlen Chang de Negrón y Emilio Negrón Chacín en su obra titulada *Seguros en Venezuela* definen la medicina prepagada como “todos aquellos servicios médico-asistenciales

---

<sup>16</sup> AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *Aspectos Jurídicos de la Medicina Prepagada en Colombia*. Bogotá, Tesis de Grado, Pontificia Universidad Javeriana, 1995, p.21.

<sup>17</sup> GALINDO VACHA, Juan Carlos. *Ob. Cit.*, p. 531.

prestados en forma directa o indirecta, que sean pagados periódica o totalmente por anticipado por los contratantes y que para la determinación de la prima se consideren factores aleatorios, estadísticos y cálculos técnicos actuariales se aplican a dichos contratos de medicina prepagada sus disposiciones, mientras no se dicte una legislación especial al efecto.”<sup>18</sup>.

Igualmente, el venezolano Rafael Badell, citado por los *supra* señalados autores en la obra mencionada, indicó que: “la actividad de **medicina prepagada** es un sistema de asistencia médica y hospitalaria prestado por una compañía y con el cual el contratante, previo el pago de una cantidad fija de dinero por cuotas y frecuencia estipuladas, recibe el servicio. Se puede concebir entonces la medicina prepagada como un servicio prestado por una empresa, mediante un abono mensual, al beneficiario y sus familiares, para cubrir sus problemas de salud que surgen con posterioridad a su incorporación, cumpliendo con lo que el contrato de afiliación haya estipulado.”<sup>19</sup>

Por lo antes expuesto, se considera prudente afirmar que la medicina prepagada es el contrato a través del cual una empresa prestadora de servicios de hospitalización cirugía y maternidad, ofrece a sus usuarios una serie de planes de salud, a los cuáles éstos acceden a cambio de una contraprestación dineraria, la cual debe precisarse al momento de la celebración del mismo.

Del contenido de las definiciones anteriores, es posible precisar con claridad los elementos característicos de la medicina prepagada, analizada desde el punto de vista contractual.

### 1.3.2. Características

---

<sup>18</sup> CHANG DE NEGRÓN, Kimlen y NEGRÓN CHACÍN, Emilio. *Ob. Cit.*, p. 98.

<sup>19</sup> BADELL, Rafael. *La Actividad de Medicina Prepagada en el Marco de la Legislación Venezolana [Documento en Línea]*. Disponible [http://www.w.w.badellgrau.com/medicina prepagada.html](http://www.w.w.badellgrau.com/medicina%20prepagada.html). [Consulta: 2007, diciembre 15].

Como cualquier otro contrato la medicina prepagada presenta características propias que le sirven como elementos distintivos, los cuales se desarrollarán a continuación:

Es solemne, porque requiere el cumplimiento de determinadas formalidades para su perfeccionamiento, tales como que se suscriba por las partes un documento en el que se deje sentado el acuerdo de voluntades y las cláusulas y condiciones generales de la contratación.

Es bilateral, dado que con su perfeccionamiento se generan obligaciones recíprocas para ambas partes, pues una debe cumplir con los pagos de las cuotas establecidas y la otra con la prestación de los servicios estipulados en el contrato.

De ejecución sucesiva, toda vez que sus prestaciones deben cumplirse en el transcurso del tiempo.

Nominado, porque en las distintas legislaciones se encuentra preestablecido y tipificado.

De adhesión, dado que la empresa de medicina prepagada es la que determina con anterioridad las condiciones generales y particulares que se desarrollan en el contrato y el usuario sólo se limita a aceptarlas y acceder al pago de la contraprestación.

Es oneroso, por cuanto ambas partes reciben beneficios de sus contraprestaciones recíprocas, la entidad de medicina prepagada percibe las sumas de dinero que los contratantes pagan como contraprestación y a su vez, éstos últimos satisfacen sus necesidades de atención médica, sabiendo que no verá disminuido su patrimonio por las posibles enfermedades que padezca pues ya pagó por anticipado las atenciones médicas que pueda requerir.

Es aleatorio, pues dependerá de una condición incierta que la empresa de medicina prepagada cumpla con su contraprestación, es decir, dependerá de que el usuario se enferme para que la respectiva entidad responda prestando los servicios de salud contratados.

Es mercantil, dado que las diferentes legislaciones en estudio establecen como requisito indispensable que los prestadores de servicios de medicina prepagada se constituyan en sociedades de comercio y, en definitiva los actos realizados por los comerciantes se consideran mercantiles.

Es intuitu personae, porque la entidad de medicina prepagada antes de contratar se reserva la potestad de indagar sobre el estado de salud de los usuarios y su edad, al efecto éstos deben llenar una solicitud de ingreso y dependiendo de la información allí contenida se establece la tarifa aplicable. En consecuencia, se concluye que este tipo de contrato es intransferible, en definitiva no puede cederse a otra persona distinta del usuario inicial.

### 1.3.3. Requisitos

Partiendo de la premisa de que la medicina prepagada es un contrato de servicios y que, encuadra en la teoría general de los contratos, es pertinente significar que el mismo debe cumplir con determinados requisitos que son esenciales para su existencia y validez<sup>20</sup>.

Al respecto, conviene destacar que los **requisitos de existencia** son aquellos necesarios para determinar que surgió o emergió en la esfera jurídica el contrato y doctrinariamente se ha establecido que son fundamentalmente tres requisitos indispensables para su perfeccionamiento, a saber:

---

<sup>20</sup> AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *Ob. Cit.*, p.32-50

1.-El consentimiento; que consiste en la manifestación de voluntades externas de las partes. En este caso, la voluntad se manifiesta a través de las distintas acciones que efectúen tanto el contratante como la empresa prestadora de los servicios de medicina prepagada, encaminadas a que se perfeccione el contrato.

2.- El objeto; entendido como la gestión destinada a la prestación de la atención médica integral a través de la suscripción de planes de salud bajo la modalidad prepago.

3.- Forma solemne; para que se repute válido el contrato es indispensable que la manifestación de voluntad de las partes se exteriorice con la rúbrica de los contratantes en un documento redactado en forma clara, que contenga los términos, condiciones y obligaciones o deberes que asumirán tanto el contratante como la entidad de medicina prepagada.

Ahora bien, la ausencia de alguno de éstos tres requisitos ocasiona la inexistencia del contrato, es por ello que, son imprescindibles a objeto de determinar que el contrato se celebró y que se encuentra libre de vicios.

Adicionalmente, es menester destacar que el contrato de medicina prepagada en si mismo, presenta elementos esenciales, sin los cuales o no produce efectos jurídicos o degenera en otro tipo de contrato, los cuales se precisan de seguidas:

El precio, que constituye la principal obligación del contratante, la cual ejecuta de manera anticipada, con el objeto de poder exigir posteriormente los servicios contratados.

Obligación condicional de la entidad de medicina prepagada, entendida así por cuanto esta supeditada a la condición futura e incierta de que el contratante se enferme para que haga uso de los servicios prestados por dicha entidad.

Por otra parte, se presentan los **requisitos de validez** del contrato de medicina prepagada, que son los parámetros que deben cumplir las partes para que el contrato sea válido y ajustado a las disposiciones legales vigentes, los cuales se definen a continuación:

1.- La Capacidad, que indica que los contratantes, sean personas naturales o jurídicas, deben cumplir una serie de condiciones que le permitan adquirir derechos y obligaciones.

En tal sentido, se advierte que para que una persona natural se considere capaz de acuerdo a las legislaciones venezolana y colombiana debe tener libre albedrío, ser mayor de edad y no estar sujeto a ningún tipo de interdicción o inhabilitación prevista en la normativa vigente que rige la materia relativa al estado y capacidad de las personas.

Asimismo, para determinar que una empresa de medicina prepagada es capaz, la misma debe haber sido constituida adoptando las condiciones previstas en el ordenamiento que regula la materia, en consecuencia: *i)* debe estar habilitada por el Órgano Estatal respectivo, para prestar los servicios de medicina prepagada; *ii)* para actuar y asumir derechos y obligaciones deberá estar representada por alguno de los miembros de su Junta Directiva; *iii)* en sus estatutos debe precisar que su objeto es la prestación de servicios de medicina prepagada.

La ausencia de alguno de los mencionados requisitos genera la incapacidad de la entidad y, por consiguiente la nulidad absoluta de los actos que ésta ejecute.

2.- Consentimiento exento de vicios, lo que quiere decir que los contratantes manifiesten de manera libre, coherente, espontánea y oportuna la voluntad de celebrar el contrato de medicina prepagada.

No obstante, en caso de que los contratantes incumplan los presupuestos *supra* señalados, incurrirán en los vicios del consentimiento, que se detallan a continuación:

2.1. El error; que consiste en tener una percepción incorrecta de la realidad, que lo lleva a tomar la decisión de suscribir el contrato. El caso más típico de error, es cuando la entidad de medicina prepagada contrata con una persona con condiciones de salud distintas de las específicas en el contrato, es decir, que presente alguna enfermedad preexistente a la suscripción del contrato.

En tal sentido, se analizarán los siguientes supuestos de hechos:

Si la empresa de medicina prepagada contrata con una persona que desconoce que presenta una enfermedad anterior a la contratación y no se le solicitó la realización de exámenes médicos antes de contratar, en caso de solicitarse la nulidad del contrato, la entidad de medicina prepagada debe indemnizar al contratante por los daños que pudiese ocasionarle tal nulidad.

Si el contratante conoce su estado de salud que presenta alguna enfermedad preexistente y no la declara al momento de la solicitud de suscripción del plan de salud, en cuanto se descubra dicha situación, la empresa de medicina prepagada solicita la nulidad del contrato y la indemnización respectiva por parte del contratante.

Si el contratante declara la verdad sobre las enfermedades que padeció anteriormente y la empresa de medicina prepagada le realiza exámenes médicos pero no los analiza con la precisión adecuada y posteriormente solicita la nulidad del contrato, ésta última por su negligencia debe indemnizar al contratante, pues éste actuó de buena fe y dio declaraciones apegadas a la verdad.

2.2. La fuerza; al efecto de éste análisis se entiende que el contrato de medicina prepagada esta viciado cuando cualquiera de las partes ha sido coaccionada o amenazada indicándole que su persona o sus familiares cercanos, tales como sus ascendientes o descendientes sufrirán una daño físico o moral irreparable en caso de que no se celebre el referido contrato.

2.3. El dolo; que se define como la artimaña fraudulenta de un sujeto para inducir a otro a que se celebre un contrato.

Respecto de este tipo de contratos, es posible observar que las entidades de medicina prepagada engañen a los contratantes y usuarios respecto a los servicios o planes que recibirán con el objeto de inducirlos a contratar.

Ahora bien, es oportuno señalar que los mencionados vicios ocasionan la nulidad relativa del contrato, lo que implica que el mismo puede ser convalidado por las partes y llegar a tener validez, produciendo así efectos en la esfera jurídica de los contratantes.

3.- Objeto lícito; en la legislación venezolana, específicamente en el artículo 1155 del Código Civil<sup>21</sup> esta previsto como una característica fundamental que todo contrato debe tener un objeto lícito.

En ese orden de ideas, se afirma que el contrato de medicina prepagada es lícito, cuando las previsiones establecidas en él no sean contrarias al ordenamiento jurídico vigente y, para que esto sea así, las partes deben cumplir con todas las disposiciones legales existentes en el país donde se contrate, tales como que la entidad de medicina prepagada se constituya previamente y esté autorizada para prestar los servicios por el Organismo Estatal respectivo; que el condicionado del contrato este adaptado a las normativas que regulen la materia y en general, que las

---

<sup>21</sup> Publicado en la Gaceta N° 2.990 Extraordinario de fecha 26 de julio de 1982.

partes cumplan con los requisitos que los hacen aptos para celebrar el contrato.

4.- Causa lícita; es decir, que las finalidades que persiguen las partes al contratar se encuentre ajustada al ordenamiento jurídico vigente.

Al respecto, es menester agregar que la finalidad que persigue la entidad de medicina prepagada es un fin de lucro; por su parte el contratante o afiliado tiene por finalidad que al momento de necesitarlo se le presten los servicios médicos que contrató.

En todo caso, si el contrato se elabora con previsiones que no ajustan a la moral, las buenas costumbres o con previsiones distintas a las contenidas en el ordenamiento jurídico vigente cualquiera de los intervinientes puede solicitar su nulidad absoluta.

#### 1.3.4. Partes y Obligaciones

Las partes son los sujetos que intervienen directamente en la relación contractual. En el contrato de medicina prepagada las partes son el contratante y la entidad o empresa que presta los servicios de medicina prepagada<sup>22</sup>.

En cuanto al contratante, se precisa que el mismo puede ser una persona natural o jurídica quien contrata para así o para terceros la prestación de los servicios de medicina prepagada, dando a cambio una contraprestación monetaria, es decir, pagando una suma de dinero consignada con anticipación al uso y disfrute del señalado servicio.

Respecto a las entidades de medicina prepagada, es relevante indicar que obligatoriamente deben constituirse en personas jurídicas y asumir a través de sus representantes la obligación principal de prestar los servicios

---

<sup>22</sup> AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *ibidem*, p.51-57.

de medicina integral y demás planes de salud, así como cualquiera otra estipulada en las cláusulas del contrato suscrito.

### 1.3.5 Clasificación de los Contratos de Medicina Prepagada

La referida Providencia N° 000326 de fecha 02 de febrero de 2011, a través de la cual se dictaron las Normas para Regular las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada, en su artículo 4 menciona las modalidades de prestación de los servicios de medicina prepagada, expresando en pocas palabras que los mismos pueden ser procurados de manera directa o indirecta.

Se entiende que el servicio se presta de manera directa, cuando las empresas de medicina prepagada ofrecen y satisfacen las necesidades de los usuarios a través de su propio personal especializado en la materia, sean técnicos o profesionales.

Se observa que el servicio es prestado de manera indirecta, cuando el servicio es suministrado mediante centros médicos y profesionales adscritos a la respectiva empresa de medicina prepagada.

Adicionalmente, en caso de que los servicios no puedan ser recibidos haciendo uso de las modalidades anteriores, se permite al usuario elegir el centro médico o profesional que considere apropiado para su atención, al cual podrá asistir siendo referido por la empresa de medicina prepagada.

Siguiendo con nuestro análisis comparativo, es menester señalar que para las tantas veces citadas Lina Amador y María del Rosario Lizarralde<sup>23</sup>, en Colombia, los contratos de medicina prepagada se clasifican tomando en consideración la forma como el usuario recibe la atención médica, distinguiéndose en:

---

<sup>23</sup>AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *ibidem*, p.58-60

*1.- Contratos para la prestación de servicios de salud por parte de profesionales y entidades adscritos.*

La empresa de medicina prepagada elabora y entrega a los usuarios un listado con los datos de referidos prestadores de los servicios de salud adscritos, resaltando en ese sentido que la actividad de la empresa de medicina prepagada es de cumplir las funciones de gestora, pero se libera de responsabilidad, habida cuenta que no presta de manera directa el servicio.

*2.- Contratos para la prestación de los servicios de salud por parte de la entidad.*

La empresa de medicina prepagada presta de manera directa el servicio, pues asume la obligación de gestionar la atención médica y a través de su propio personal o de sus instituciones brinda al usuario los servicios de salud que requiera.

En este caso, la entidad es responsable de manera integral por los resultados de la prestación del servicio de salud, pues dicha actividad se realizará con sus propios profesionales, en sus instalaciones y empleando sus equipos.

*3.- Contratos para la prestación de servicios de salud a libre elección del usuario.*

En esta modalidad se le faculta al usuario para escoger el médico o la institución que considera apropiados para satisfacer sus necesidades de atención médica. En tal virtud, la responsabilidad de la empresa se limita a cancelar sea al usuario directamente, a la institución prestadora del servicio o al respectivo médico el valor por los servicios prestados.

Al respecto, cabe destacar que tanto en Venezuela como en Colombia los sistemas de clasificación de los contratos de medicina prepagada son

muy similares, permitiéndose a los usuarios hacer uso de la libertad de contratación y decidir bajo cual de las tres modalidades anteriores desean contratar.

#### 1.3.6. Cobertura de los Contratos

La normativa legal venezolana en la materia no establece expresamente las coberturas de los contratos. No obstante, los doctrinarios y la Superintendencia de la Actividad Aseguradora han establecido que los servicios de medicina prepagada en nuestro país pueden dividirse en dos grandes sectores:

- a) Uno formado por los llamados planes de cobertura total en los cuales el paciente no realiza ninguna erogación adicional por su asistencia y
- b) El otro constituido por los planes de cobertura parcial en los que determinadas prestaciones estarán limitadas o excluidas o se debe realizar una erogación adicional por ciertos servicios.

De lo anterior se observa que existe un vacío legal al respecto, siendo que, en principio se dan unas definiciones genéricas de las coberturas de los contratos y de esa manera se da cabida a que cada empresa de medicina prepagada conforme como considere los respectivos planes de salud.

Ejemplo de ello, lo observamos a través de las modalidades que ofrece Sanitas de Venezuela<sup>24</sup>, la cual ha establecido un “Plan Integral de Salud Sanitas”, que comprende:

- Consultas médicas (sin límite de veces).
- Exámenes diagnósticos.

---

<sup>24</sup> Véase: *Guía del Usuario y Cuadro Médico 2007-2008*. Caracas. Sanitas Venezuela. Organización Sanitas Internacional. p. 6.

- Hospitalización, maternidad y cirugía.
- Rehabilitación y terapias.
- Descuentos en productos farmacéuticos en FarmaSánitas.
- OdontoSánitas, nuevos servicios odontológicos.
- CliniSánitas, su centro de atención médica y diagnóstico.

Igualmente, la citada empresa ha establecido que dicho plan aplica con protección ilimitada, sin límite de gastos médicos y sin límites de edad y para poder hacer uso del mismo el usuario debe estar afiliado bajo un contrato familiar o colectivo. Sin embargo, en dicho plan también se han establecido una serie de plazos y exclusiones importantes para poder hacer uso de dichos servicios.

En tal sentido, para evitar que se lesionen los derechos de los particulares que suscriben los respectivos contratos de medicina prepaga en Venezuela, se ha dispuesto como obligación para las empresas de medicina prepagada remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora los referidos contratos dentro de los diez (10) días hábiles siguientes la suscripción, lo que permitirá que se evalúen las condiciones generales de contratación de conformidad con lo previsto en la citada Providencia N° 000326 de fecha 02 de febrero de 2011, mediante la cual se establecieron las Normas para Regular las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada.

Por su parte, en **Colombia** se estableció en el decreto 1570 de 1993<sup>25</sup> en su artículo 6° que las compañías de medicina prepagada pueden ofrecer a los usuarios, los siguientes servicios:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

---

<sup>25</sup> Decreto 1570 de 12 de agosto de 1993. Ministerio de Salud. República de Colombia. "Por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada". Diario Oficial Año CXXIX N° 40989, 12 de agosto de 1993.

- Consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica.
- Hospitalización.
- Urgencias.
- Cirugía.
- Exámenes diagnósticos.
- Odontología.

Según lo afirma la autora Lina Amador<sup>26</sup>, los contratos podrán contemplar simplemente uno de los mencionados servicios o podrán contemplarlos todos, pero en todo caso el contrato deberá establecerse expresamente los servicios ofrecidos a los cuales tienen derechos los usuarios.

Igualmente, se observa que en los contratos se establecen unos períodos mínimos de afiliación, que revelan que, hasta que no se cumplan dichos tiempos no se puede hacer uso de determinados servicios. Situación similar a lo que ocurre en Venezuela con los denominados plazos de espera establecidos en los contratos de seguros y de medicina prepagada.

Adicionalmente, también se deben disponer en el contrato las preexistencias o exclusiones que son el conjunto de enfermedades o patologías que no se incluyen para ser cubiertas por los respectivos planes de salud.

---

<sup>26</sup> AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *Ob.Cit.*, p.60.

## **Capítulo II.**

### **Comparación de la Medicina Prepagada con los Seguros Médicos**

## **Capítulo II. Comparación de la Medicina Prepagada con los Seguros Médicos**

En esta etapa del desarrollo de la investigación, se despliega un análisis comparativo pero breve de la medicina prepagada con los seguros médicos desde una perspectiva general en Venezuela y en Colombia<sup>27</sup>.

De seguidas se presentan las diferencias más relevantes que se observan en la prestación de los servicios de medicina prepagada y los seguros médicos, a saber:

1.- En Colombia las entidades de medicina prepagada deben ser autorizadas para ofrecer dichos servicios por la Superintendencia Nacional de Salud y las empresas de seguros deben ser autorizadas como tal por la Superintendencia Financiera, mientras que, en Venezuela el Órgano que controla la autorización y funcionamiento de las empresas de medicina prepagada, así como a las empresas de seguros es la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

2.- En cuanto a la naturaleza de la actividad, tanto en Venezuela como en Colombia se evidencia que las empresas de medicina prepagada permiten el uso de los servicios médicos de manera preventiva, pues de ésta manera se preservará la salud de los afiliados y se evitarán gastos mayores, es decir, no requiere la existencia obligatoria de un daño o siniestro para poder hacer uso del servicio, lo cual dista de los servicios ofrecidos por los seguros que únicamente pueden ser empleados de manera curativa, es decir, se debe aguardar a que los beneficiarios estén enfermos, hayan sufrido un accidente o en términos generales la ocurrencia de un siniestro que active la posibilidad de emplear los servicios ofrecidos en la póliza de seguros.

---

<sup>27</sup> Véase en ese sentido: GALINDO VACHA, Juan Carlos. *Ob. Cit.*, p. 510-517; CHANG DE NEGRÓN, Kimlen y NEGRÓN CHACÍN, Emilio. *Ob. Ci.t.*, p. 91-99.

3.- Con relación a la operación del negocio, en Venezuela y Colombia es muy similar la situación, quedando de relieve que las empresas de medicina prepagada organizan su negocio como una atención en salud a sus usuarios. Por su parte, las empresas de seguros organizan su negocio basándolo en la gestión administrativa y financiera de los riesgos.

4.- Respecto a la finalidad perseguida, en las entidades de medicina prepagada, esta se circunscribe a la protección de la salud de los usuarios de manera preventiva y curativa, mientras que los seguros persiguen la protección del patrimonio del asegurado, pues su fin es indemnizatorio, lo que ocurre de manera similar en ambos países.

5.- En lo que refiere a la prestación de los servicios de salud, en Colombia se exhibe el siguiente escenario, las empresas de medicina prepagada pueden tener una red propia de servicios de salud o contratar la prestación de otros servicios con clínicas y proveedores. En consecuencia, el usuario sólo dispone de la gama de instituciones y profesionales de la salud contratados.

Las compañías de seguros, por lo general, no tienen una red de servicios de salud, pues se limitan a reembolsar al cliente las sumas de dinero que éste canceló al respectivo prestador de los servicios médicos.

En Venezuela, las empresas de medicina prepagada pueden prestar sus servicios de manera directa, a través de sus propias clínicas, instituciones o profesionales que tienen una relación laboral directa con ésta empresa, de manera indirecta cuando presta los servicios a través de profesionales e instituciones adscritos, en cuyo caso su función es de gestora y adicionalmente, se permite que el usuario decida tratarse en instituciones o con profesionales independientes, en cuyo caso la empresa de medicina prepagada se limita a pagar al usuario o a las referidas

instituciones o profesionales el valor correspondiente a los servicios suministrados.

En el caso de las compañías de seguros, se observa que éstas no tienen una red propia de servicios de salud. Sin embargo, se encuentran afiliadas a varios centros o instituciones para prestar los servicios médicos que ofrecen en las pólizas.

6.- En Venezuela y Colombia, de manera semejante, las empresas de medicina prepagada ofrecen una cobertura global de la salud, tomando en consideración las necesidades de cada afiliado. Caso diferente ocurre con los seguros, que se basan en una cobertura de riesgos económicos, en aquellos renglones de salud preestablecidos en las pólizas.

7. Respecto a la atención prestada, tanto en Colombia como en Venezuela, por las entidades de medicina prepagada, es oportuno destacar que la misma es fundamentalmente ambulatoria, en virtud de que se puede hacer uso de los servicios de manera preventiva, lo que evita gastos mayores. Por su parte, las compañías de seguros, promueven la hospitalización, dado que generalmente para poder hacer uso de las coberturas, es necesario la ocurrencia de un siniestro.

2.1. Relaciones Jurídicas que surgen en virtud del Contrato de Medicina Prepagada y del Contrato de Seguro Médico.

Como punto previo, es relevante precisar que debemos entender por relación jurídica el vínculo que se produce entre dos o más personas naturales o jurídicas cuyos efectos interesan al ordenamiento jurídico, pues existen derechos y deberes que serán acatados y exigidos por las partes respectivamente.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> OSORIO, Manuel. *Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales*. Buenos Aires, Editorial Heliasa S.R.L. 25 Edición. 1998. p. 860. El autor afirma "...Con más sencillez y sin reiterar el adjetivo definido, *el Diccionario de*

Si se observa detenidamente la actividad desarrollada por las empresas de medicina prepagada, se evidencia que para que éstas alcancen su objeto social se originan varias relaciones jurídicas a saber:<sup>29</sup>

2.1.1. Relación jurídica entre la empresa prestadora de los servicios de medicina prepagada y el contratante.

Este tipo de relación se da directamente entre las personas que suscriben el contrato, quienes regirán sus actuaciones por lo establecido en el mismo, el cuál debe ser redactado cumpliendo con los parámetros establecidos en la normativa legal vigente. Es decir, a través de las cláusulas del contrato se determinan con precisión los derechos y obligaciones que pueden exigir y cumplir los involucrados en la relación.

2.1.2. Relación jurídica entre la empresa prestadora de los servicios de medicina prepagada y el usuario.

Es importante en esta oportunidad aclarar que el usuario es el beneficiario, la persona que puede exigir la prestación de los servicios de medicina prepagada pero que no forma parte de la relación contractual, pues no lo suscribe. No obstante, es uno de los principales interesados en que se pueda ejecutar, pues es quien en definitiva obtiene el beneficio o hace uso del servicio.

Ahora bien, la relación entre el usuario y la entidad de medicina prepagada podrá variar según la responsabilidad que ésta última adquiera en la prestación de los servicios, siendo pertinente en tal sentido, traer a colación las modalidades de prestación de los servicios, las cuales fueron reseñadas en el capítulo I de esta investigación, a saber:

---

*Derecho Usual* la enfoca como ‘todo vínculo de Derecho entre dos o más personas, o entre una de ellas al menos y una cosa corporal o incorporal, con trascendencia en el ordenamiento jurídico vigente’”

<sup>29</sup> Véase en ese sentido: AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *Ob. Cit.*, p.102 y ss.

Cuando las empresas de medicina prepagada ofrecen y satisfacen las necesidades de los usuarios a través de su propio personal especializado en la materia y en instituciones de su propiedad, ésta es la responsable directa de que el servicio se preste de manera eficiente y en consecuencia, debe responder frente al usuario ante cualquier irregularidad.

Si el servicio es suministrado mediante centros médicos y profesionales adscritos a la respectiva empresa de medicina prepagada, la relación es indirecta, pues la entidad de medicina prepagada limita su responsabilidad a sus actuaciones como gestora, pero en efecto los servicios son prestados por su personal adscrito y el usuario sólo puede hacer uso de los servicios a través del listado de médicos o centros adscrito a la entidad.

En los casos en los que se permite al usuario elegir el centro médico o profesional que considere apropiado para su atención, al cual podrá asistir siendo referido por la empresa de medicina prepagada, ésta limita su responsabilidad al trámite de reembolsar al usuario el valor de las cantidades de dinero pagadas al respectivo médico o institución.

2.1.3. Relación Jurídica existente entre el usuario y los profesionales e instituciones prestadoras del servicio.

En estos casos, tal y como se indicó anteriormente, la empresa de medicina prepagada sólo realiza funciones de gestora, pero en realidad el servicio es prestado por parte de las instituciones y profesionales de la salud adscritos.

Ahora bien, la relación existente entre el usuario y los profesionales e instituciones adscritos se lleva a cabo bajo la modalidad de un contrato de prestación de servicios de salud, distinto e independiente del contrato de prestación de servicios de medicina prepagada.

En ese orden, es pertinente significar que las relaciones médico-paciente e institución-paciente se rigen por el contrato de servicios de salud, el cual igualmente debe establecerse respetando las leyes vigentes en la materia.

#### 2.1.4. Relación jurídica entre la Empresa de Medicina Prepagada y los Profesionales e Instituciones Prestatarios de los Servicios.

La relación entre estos se ejecuta en base a un contrato, en función del cual las instituciones y los profesionales adscritos se comprometen a prestar el servicio a los usuarios, siendo que la empresa de medicina prepagada se limita a pagar el valor de los servicios ofrecidos y efectivamente prestados.

Las funciones ejecutadas por las entidades y profesionales adscritos, se realizan por su propia cuenta y riesgo, por cuanto no presentan ningún tipo de subordinación ni vinculación laboral con la empresa de medicina prepagada.

Mientras que, cuando la propia empresa de medicina prepagada presta los servicios, los médicos e instituciones de los que se vale para la prestarlos actúan por cuenta y a nombre de la misma.

Las relaciones que unen a la empresa de medicina prepagada y a los profesionales e instituciones son diversas, permitiéndose que se de, una relación laboral o un subcontrato con terceros, en cuyos casos siempre será responsable la empresa de medicina prepagada frente al usuario por los servicios prestados.

Adicionalmente, es menester destacar que en relación a los contratos en los que se da libertad al usuario de decidir la institución o el profesional que desea le preste el servicio, la empresa de medicina prepagada se limita

a efectuar las gestiones destinadas a reembolsar las sumas pagadas por el usuario.

Por otra parte, antes de reseñar las relaciones jurídicas derivadas del **contrato de seguros médico**, es pertinente indicar que éste tipo de seguro es el que se suscribe entre el asegurado y la empresa de seguros, la cual se compromete a cubrir los gastos en que incurra el tomador o los beneficiarios del contrato, relativos a hospitalizaciones, cirugías y maternidad, es decir, que se produzcan por enfermedades, accidentes o situaciones sobrevenidas que hagan necesario el uso de tratamientos para mejorar el estado de salud del afectado.

En sentido similar, han elaborado los doctrinarios una serie de definiciones para explicar lo que debe entenderse por seguros destinados a preservar la salud de los beneficiarios, permitiéndose la suscripción de manera individual o colectiva.

Ahora bien, una vez analizada la cadena de sujetos involucrados en la suscripción y consumación del uso del contrato de seguro médico, se observa que surgen una serie de relaciones jurídicas<sup>30</sup>, que se explicarán a continuación:

#### 2.1.5. Relación jurídica existente entre la aseguradora y el asegurado.

En este tipo de relación, el fin perseguido por el asegurado es proteger su patrimonio de los posibles gastos en que podría incurrir por enfermedades o accidentes que desmejoren sus condiciones de salud y la de sus beneficiarios, es por ello que, para alcanzar dicho fin, accede a pagar una prima a la empresa de seguros, a cambio de que la aseguradora asuma los riesgos *in comento*.

---

<sup>30</sup> Véase en ese sentido: CHANG DE NEGRÓN, Kimlen y NEGRÓN CHACÍN, Emilio. *Ob. Cit.*, p. 215-217.

2.1.6 Relación jurídica entre el prestador del servicio y la empresa de seguros.

Llama la atención, que el objeto de la relación por parte de los prestadores del servicio es suministrar los respectivos servicios médicos asistenciales u hospitalarios a los beneficiarios, incluyendo al tomador si también es incluido como beneficiario, y pagar el valor monetario de dichos servicios por parte de la aseguradora.

En efecto, se justifica la existencia de esta relación jurídica contractual en el hecho de que a través del prestador del servicio la empresa de seguros se libera frente al tomador de esta obligación, pues la cumple a través de dichos prestadores de servicios, quienes como contraprestación obtienen un pago.

Atendiendo a las consideraciones anteriores, es oportuno aclarar que aunque se afirme que existe una relación contractual la misma puede ser verbal o escrita y puede concretarse para múltiples usos, uno sólo, de manera eventual o a requerimiento del beneficiario del seguro.

2.1.7. Relación jurídica entre el prestador del servicio y el asegurado.

En este caso, el interés de las partes involucradas en la relación se evidencia, en que el asegurado alcanzará la satisfacción de su necesidad, mediante la obtención del servicio médico asistencial u hospitalario según corresponda, mientras que su contraparte consigue el pago establecido por prestar dicho servicio, lo que en definitiva le permite obtener un enriquecimiento lícito.

. 2.2. Responsabilidades derivadas de la ejecución del Contrato de Medicina Prepagada y del Contrato de Seguro Médico

En este punto de la investigación también juega un papel significativo la clasificación de los contratos de medicina prepagada o modalidades de prestación de los servicios, las cuales se analizarán a los fines de determinar los niveles de responsabilidad de las entidades de medicina prepagada<sup>31</sup>.

2.2.1.-Cuando el servicio es prestado por la propia empresa de medicina prepagada, estamos en presencia de la modalidad de prestación directa, en la que corresponde a dicha empresa asumir todas las responsabilidades derivadas de la ejecución del contrato.

En ese orden, la empresa responde por los daños o perjuicios que ocasione su personal a los usuarios del servicio en sus instituciones, que pueden ser derivados de acciones u omisiones, tales como daños ocasionados por fallas del personal técnico o profesional al prestar o dejar de prestar el servicio. No obstante, los afectados pueden ejercer de manera independiente las acciones legales que consideren pertinentes en contra del personal médico que los atendió.

Como complemento, se debe agregar que aunque la responsabilidad derivada de ésta prestación directa del servicio es contractual, podrían presentarse casos excepcionales de tipo extracontractual, en los que se le ocasione un perjuicio directo a un tercero como consecuencia de las actuaciones u omisiones de la entidad.

2.2.2.- Cuando el servicio es prestado de manera indirecta, a través de instituciones y profesionales adscritos a las empresas de medicina prepagada.

Sobre el particular, conviene recordar que la actuación de la empresa de medicina prepagada se limita a fungir como gestora, siendo que, en efecto

---

<sup>31</sup> Véase: AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *Ob. Cit.*, p.153-170.

los servicios son prestados por las referidas instituciones y profesionales adscritos.

Lo anteriormente expuesto, permite resaltar que la obligación de la empresa de medicina prepagada se circunscribe a seleccionar los profesionales e instituciones que prestarán los servicios, observando para tal actividad la diligencia de un buen padre de familia, por cuanto debe comprobar la eficiencia de los prestadores de los servicios, para lo que debe verificar que cuenten con instalaciones, equipos médicos y recursos adecuados; así como que cumplan con las autorizaciones para desarrollar sus actividades profesionales, incluyendo todo lo relativo a normativas sanitarias y legales respectivas.

Asimismo, una vez que la empresa determine que los profesiones e instituciones adscritos son adecuados para la prestación del servicio, deberá mantener una supervisión periódica de los mismos, a objeto de conservar actualizada una lista, la cual les entregará a sus usuarios para que éstos de manera confiable puedan decidir a que centros médicos o asistenciales acudir en caso de requerir los servicios.

En este sentido, si la empresa ha cumplido a cabalidad con los deberes antes mencionados, la misma se exonera de responsabilidad en cuanto a los resultados de la prestación de los servicios médicos, pues sus funciones eran de gestora.

Igualmente, si la empresa de medicina prepagada no manifiesta oportunamente a los usuarios los cambios en la lista de médicos o instituciones adscritas será responsable por los daños o perjuicios que les ocasione tal omisión.

En líneas generales, la empresa de medicina prepagada será responsable por los daños que sufra el usuario, cuando éstos sean el

resultado de su mala actuación como gestora, es decir, cuando no se brinde la atención médica como consecuencia del incumplimiento de los deberes de la empresa en relación con los acuerdos que suscribió con los profesionales o instituciones adscritas.

En los supuestos de demandas ejercidas por los usuarios, la empresa de medicina prepagada únicamente podrá exonerarse de responsabilidad si consigue probar que en sus tareas como gestora empleó la diligencia de un buen padre de familia, siendo que, el daño se produjo por causas no imputables a ella, en cuyo caso, de probarse tales circunstancias, el demandante sólo podría requerir el resarcimiento de los daños o perjuicios sufridos de la institución o profesional adscrito cuyas actuaciones u omisiones los hubiesen generado, toda vez que se exterioriza es el incumplimiento de una obligación derivada del contrato de prestación de servicios de salud.

2.2.3.- Cuando los servicios son prestados por centros médicos y profesionales de la salud que son escogidos por el usuario.

En principio, se debe aclarar que se permite ésta modalidad de manera excepcional, es por ello que, se restringe un poco al usuario constriéndolo a que para poder emplearla requiere de la emisión de una referencia por parte de la empresa de medicina prepagada.

Visto que el usuario es quien decide los profesionales o instituciones que le prestarán el servicio, la empresa de medicina prepagada se libera totalmente de responsabilidad en cuanto a la prestación de los servicios, dado que ella no realiza ningún tipo de gestión, ni presenta ningún tipo de relación con los profesionales o instituciones escogidos por el usuario.

La empresa de medicina prepagada en su relación con el usuario se limitará a reembolsar las sumas de dinero que éste haya pagado por los

servicios médicos y únicamente será responsable en situaciones de incumplimiento o retardo en los respectivos reembolsos.

Por otra parte, interesa a nuestro estudio esbozar las **responsabilidades derivadas de la ejecución del contrato de seguros médicos**, siendo importante destacar que a nivel doctrinario poco se ha escrito. Sin embargo, la autora venezolana Kimlem Chang<sup>32</sup>, explica que en los contratos de seguros existen dos modalidades mediante las cuales la empresa de seguros puede cumplir con sus obligaciones y responsabilidades, las cuales se detallan a continuación:

2.2.4. Cumplimiento de la aseguradora mediante la prestación del servicio.

La empresa de seguros dispone de varias modalidades para cumplir con sus obligaciones, dentro de las cuales se encuentran: *i)* la posibilidad de liberarse del cumplimiento de su obligación de indemnizar mediante la entrega de una suma de dinero; *ii)* el otorgamiento de claves de ingreso o cartas avales necesarias para acceder a los centros médicos u hospitalarios.

Al respecto, resulta relevante enfatizar que es facultativo para la compañía de seguros la forma en la que cumplirá con su obligación, es por ello que, se considera que cuando entrega una cantidad de dinero se ejecutó la forma de cumplimiento principal y cuando otorga cartas avales o claves de ingreso satisface al asegurado mediante la prestación del servicio por los sujetos especializados para ello.

En ese orden, conviene destacar que lo antes expuesto no aplica para casos de emergencia, por cuanto la Ley de la Actividad Aseguradora dispone expresamente la obligación de conceder la clave en los casos de urgencias,

---

<sup>32</sup> CHANG DE NEGRÓN, Kimlen y NEGRÓN CHACÍN, Emilio. *Ob. Cit.*, p. 218-227.

pues en estos es menester preservar la vida del beneficiario que requiere la atención médica.

Retomando el tema en revisión, relativo a las particularidades del cumplimiento de las obligaciones de las empresas de seguros, es oportuno señalar:

En primer lugar, en el supuesto de que la empresa de seguros pague una cantidad de dinero a objeto de cumplir con su obligación, se entiende que dicha operación es válida cuando existe identidad de sujetos, objeto y causa, es decir, debe existir la voluntad de extinguir la obligación, el pago debe ser ejecutado por el deudor en favor del acreedor y que lo que se paga sea lo que se debe. Una vez que se verifiquen los presupuestos anteriores y que, en efecto se configure el pago se entiende que la empresa de seguros ha resarcido los daños que el siniestro ocasionó al asegurado.

En segundo lugar, cuando la obligación se cumplió mediante claves de ingreso o cartas avales, se evidencia que cuando la empresa contratada presta el servicio, en la mayoría de los casos, antes de que el asegurado abandone la institución se le presenta un documento que debe firmar en señal de que esta conforme con las atenciones que recibió, lo que pone de manifiesto que con éste servicio se pretende dar cumplimiento a la obligación de la empresa de seguros de indemnizar el siniestro ocurrido.

De lo anterior se colige, que estamos ante la transmisión pasiva de obligaciones en la que la empresa contratada como prestadora del servicio paga por cuenta de la aseguradora, es decir, cumple con su responsabilidad derivada del contrato.

No obstante, la empresa de seguros sólo se libera de su obligación cuando oportunamente paga la respectiva deuda a la empresa prestadora del

servicio, pues en ese momento es que ya no existiría en su patrimonio ningún perjuicio derivado del siniestro.

Asimismo, el asegurado continúa siendo responsable por el pago de los servicios que le fueron suministrados, hasta tanto la compañía de seguros pague las cantidades de dinero adeudadas a la empresa prestadora de los servicios, momento en el cual se entenderá que el siniestro fue indemnizado.

#### 2.2.5. Pago del asegurador por cuenta y orden del asegurado.

Se entiende que se esta dentro de este supuesto, cuando la empresa prestadora del servicio médico u hospitalario, dirige el cobro directamente contra la empresa de seguros, toda vez que ésta se ha hecho responsable por cuenta del asegurado.

En todo caso, opera un tipo de compensación, dado que la compañía de seguros responde por las obligaciones del asegurado frente a la empresa prestadora de servicio, lo que se traduce en el pago de una cantidad de dinero, con lo cual libera al asegurado de su responsabilidad y, a su vez, compensa dicho pago efectuado, con el pago que por indemnización en virtud del siniestro ocurrido debe al referido asegurado.

En resumen, el asegurado sigue siendo responsable ante la empresa prestadora del servicio hasta que la aseguradora no haya pagado las sumas de dinero adeudadas a dicha empresa, independientemente de que medie una carta aval u orden de prestación de servicios.

Por otra parte, se presenta la posibilidad del pago contrareembolso, en el que el asegurado o beneficiario paga directamente a la empresa prestadora del servicio y al final del tratamiento médico, consigna en la compañía de seguros las facturas y demás recaudos establecidos en el contrato, para que la empresa de seguros una vez efectuado el análisis de los mismos proceda a reembolsar los gastos incurridos, lo que generalmente

se realiza a través de la emisión de un cheque a favor del beneficiario, quien a su vez debe firmar un finiquito.

En tal sentido, es necesario aclarar que los montos a indemnizar no podrán exceder de la suma asegurada, pues éste sería el límite máximo de responsabilidad de la empresa de seguros.

Por último, resulta forzoso afirmar que tanto la compañía de seguros como la empresa prestadora de los servicios médicos son responsables de manera independiente por sus actuaciones, es por ello que, en casos de mala praxis médicas la demanda debe incoarse directamente contra la empresa prestadora del servicio y sus médicos o empleados, sin que ello afecte la relación directa entre el asegurado y la compañía de seguros.

**Capítulo III. Regulación de la Medicina Prepagada en Venezuela y  
Colombia**

### **Capítulo III. Regulación de la Medicina Prepagada en Venezuela y Colombia**

La prestación de los servicios médicos, asistenciales u hospitalarios, revierte gran importancia para los distintos países, toda vez que a través de ella se procura preservar derechos fundamentales consagrados a nivel mundial como lo son la salud y la vida.

En tal sentido, como los derechos a la vida y a la salud son primordiales e inherentes al ser humano, corresponde a los Estados velar porque quienes presten los servicios médicos asistenciales u hospitalarios, se ajusten a las normativas legales en la materia, es por ello que, tanto en Venezuela como en Colombia se han establecido diversas normativas legales a las que las empresas de medicina prepagada deben adaptar su constitución y funcionamiento.

Asimismo, para garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales por parte de las referidas empresas, se han instaurado Organismos del Estado a los que las mismas deben rendir cuentas de su gestión y a los que se les ha facultado para ejercer la potestad sancionatoria sobre sus sujetos regulados.

En virtud de las consideraciones anteriores, de seguidas se presenta la respectiva revisión de la normativa legal aplicable en Venezuela y en Colombia a las empresas de medicina prepagada.

#### **3.1. Definiciones Legales de Medicina Prepagada**

La Ley de la Actividad Aseguradora<sup>33</sup> aplicable en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, en su Capítulo XV, instaura en apenas 3

---

<sup>33</sup> Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario de fecha 29 de julio de 2009, reimpresa por error material en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.481 de fecha 5 de agosto de 2010.

artículos los preceptos fundamentales inherentes a la medicina prepagada, indicando específicamente en su artículo 138, la siguiente definición:

*“Se entiende como medicina prepagada, todos aquellos servicios médico-asistenciales prestados en forma directa o indirecta, que sean pagados periódica o totalmente por anticipado por los contratantes y que para la determinación de la prima se consideren factores aleatorios, estadísticos y cálculos técnicos actuariales”*

Asimismo, a través de la citada Providencia Administrativa N° 000326 de fecha 2 de febrero de 2011, dictada por el Superintendente de la Actividad Aseguradora, en ejercicio de las atribuciones que le concedió la aludida Ley de la Actividad Aseguradora y en aras de complementar la regulación establecida para las empresas de medicina prepagada, se establecieron las Normas para Regular las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada, destacando en los literales a) y b) del artículo 2, referido a las definiciones lo que debe entenderse por medicina prepagada y empresas de medicina prepagada, a saber:

*“a) **Medicina Prepagada:** Es la actividad desarrollada por empresas autorizadas, conforme a la Ley de la Actividad Aseguradora, a su Reglamento y a las presentes Normas, dedicadas exclusivamente a la gestión de la prestación integral de los servicios médico-asistenciales relacionados con la atención y tratamiento de la salud de las personas, según los términos y límites pactados; bien de manera directa o indirecta, estando estos servicios incluidos en un plan de salud, mediante el cobro periódico o total por anticipado de un precio, previamente establecido y pagado por el contratante.*

*b) **Empresa de Medicina Prepagada:** Sociedad Mercantil constituida de conformidad con la Ley, cuyo objeto social es exclusivamente la gestión para la prestación de servicios médico-*

*asistenciales de salud, pagados por el contratante de los planes de salud de medicina prepagada, según lo previsto en las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora, en su Reglamento y en estas Normas.”*

De las normas *supra* transcritas, se colige que la medicina prepagada constituye la prestación de servicios médicos-asistenciales de salud, los cuales únicamente pueden ser desplegados por empresas debidamente autorizadas por el Organismo competente y que deben adaptar su estructura y funcionamiento a las normas establecidas en el ordenamiento jurídico venezolano, toda vez que de esta manera se brinda al contratante o a los beneficiarios seguridad y tranquilidad al suscribir éste tipo de contratos en los que deben erogar determinadas cantidades de dinero para obtener a cambio la prestación del señalado servicio.

Respecto a las definiciones de medicina prepagada en **Colombia**, es relevante indicar que de conformidad con lo previsto en el artículo 1° del Decreto 1486 de 1994<sup>34</sup>, la medicina prepagada es:

*“El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente Decreto, para la gestión de la atención médica y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.*

*No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios.”*

---

<sup>34</sup> Véase: Decreto 1486 de 1994. Ministerio de Salud. República de Colombia. “Por el cual se reglamenta el estatuto orgánico del sistema general de seguridad social en salud en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada, se modifica el decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones”. Publicado en el Diario Oficial Año CXXX No. 41.443, del 15 de julio de 1994.

De lo anterior se deduce que la medicina prepagada en Colombia también es prestada por entidades que requieren una autorización previa para su constitución, la cual como veremos más adelante debe ser concedida por un Organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social de ese país.

### 3.2. Requisitos Legales para la Constitución de Empresas de Medicina Prepagada

Los ciudadanos que deseen constituir y operar una empresa de medicina prepagada en **Venezuela** deben acatar una serie de disposiciones legales destinadas a obtener la respectiva autorización.

Sobre el particular, la citada Ley de la Actividad Aseguradora únicamente enuncia que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora concederá la autorización a las empresas de medicina prepagada, previo el cumplimiento de los requisitos técnicos que para el ejercicio de esta labor se desarrollarán en el Reglamento de la presente.

Sin embargo, vista la ausencia del referido reglamento y que actualmente se encuentra en aplicación el Reglamento General de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el cual no contiene disposiciones relativas a medicina prepagada, el Superintendente de la Actividad Aseguradora haciendo uso de su potestad para dictar normas prudenciales, procedió mediante la aludida Providencia Administrativa N° 000326 de fecha 2 de febrero de 2011, a dictar las Normas para Regular las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada, en las que se desarrolló todo lo concerniente a organización y funcionamiento de dichas compañías.

En ese orden, es menester destacar que la reseñada providencia fue estructurada por capítulos, en los que se desarrollo; la terminología técnica indispensable para que el lector entienda con exactitud su contenido, el

funcionamiento de las empresas de medicina prepagada y el régimen aplicable a los usuarios, los contratos y la publicidad.

En esta etapa de la investigación interesa resaltar los aspectos relativos a la constitución de la empresa, los cuales han sido expuestos en los títulos II y III.

Uno de los temas primordiales que se debe analizar al decidir constituir una empresa de medicina prepagada es que el objeto social se encuentra preestablecido, toda vez que dichas empresas deben tener como actividad exclusiva la gestión o prestación de servicios médicos y asistenciales.

Igualmente, para requerir la autorización de constitución de una empresa de medicina prepagada ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, los futuros accionistas deben reunir una serie de requisitos de solvencia, experiencia y honorabilidad individuales, así como otros recaudos indispensables para la adquisición de la personalidad jurídica.

Al respecto, es menester señalar que de conformidad con lo previsto en el artículo 5 de la Providencia *in comento*, las empresas de medicina prepagada requerirán autorización para su funcionamiento, sujeta a las siguientes condiciones:

- “1. Adoptar la forma de sociedad anónima.*
- 2. Poseer un capital mínimo pagado equivalente a noventa mil Unidades Tributarias (90.000 U.T.).*
- 3. Que todas las acciones sean nominativas y de una misma clase.*
- 4. Agregar a su razón social la expresión ‘Medicina Prepagada’.*
- 5. El objeto social deberá contener como actividad exclusiva la gestión de la prestación directa o indirecta del servicio integral médicos asistenciales de salud, bajo la forma de prepago.*

*6. Tener un mínimo de cinco (5) accionistas de comprobada solvencia económica y moral, al menos dos tercios (2/3) de ellos con experiencia comprobada en la actividad aseguradora de por lo menos cinco (5) años y el restante deberá tener experiencia comprobada en materia de salud no menor a cinco (5) años.*

*7. Especificar el origen de los recursos económicos utilizados para la constitución de la sociedad mercantil y proporcionar la información necesaria para su verificación; si los mismos provienen de personas jurídicas, deben anexar toda la documentación legal y financiera de la misma, salvo aquellas cuyos fondos provengan de instituciones regidas por la Ley especial en materia bancaria.*

*8. Presentar copia de la Reserva de la denominación comercial en el Registro Mercantil, y copia de la búsqueda computarizada o reserva de la marca por ante el Servicio Autónomo de la Propiedad Intelectual.*

*9. Constituir la Garantía a la Nación prevista en la Ley de la Actividad Aseguradora.”*

Ahora bien, en cuanto a la autorización para la promoción de las empresas de medicina prepagada, una vez cumplidos los extremos de ley, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dentro de un lapso de sesenta (60) días hábiles contactos a partir de que se consignó la solicitud, decidirá sobre la concesión o negativa de la autorización para constituir la empresa de medicina prepagada.

Es de advertir, que los promotores de las empresas de medicina prepagada de conformidad con lo previsto en el artículo 9 de la Norma Prudencial en revisión, deben cumplir una serie de requisitos destinados a la autorización para la promoción, que se detallan a continuación:

- “1. No podrán ser menos de cinco (05), dos tercios (2/3) de ellos con experiencia comprobada en la actividad aseguradora, y el restante deberá tener experiencia comprobada en materia de salud;*
- 2. Tener comprobada solvencia económica y reconocida condición moral;*
- 3. Constituir la garantía a la Nación exigida en la Ley de la Actividad Aseguradora;*
- 4. Estudio económico financiero que justifique el establecimiento de la empresa.”*

Una vez aprobada la solicitud de promoción de la empresa, los interesados deben publicar en uno de los diarios de mayor circulación, así como en un diario de la localidad donde se pretenda constituir la empresa, si su sede no fuese en Caracas y, en un lapso no mayor de diez (10) días continuos, contados a partir de la notificación del respectivo acto administrativo, un resumen del mismo y de la solicitud, con el contenido que previamente determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En idéntico sentido, de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Providencia *in comento*, al otorgarse la autorización para la promoción y durante su lapso de duración, los promotores deben someter a la aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, todos sus planes de publicidad y/o su oferta de acciones, la cuál decidirá en un lapso de quince (15) días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

Igualmente, si se trata de oferta pública de acciones de la sociedad, los promotores deben cumplir los parámetros establecidos en la ley que regula el mercado de valores, siendo que si la publicidad se efectuase sin autorización previa la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tiene la potestad de revocar la respectiva autorización de promoción.

Además, interesa enfatizar que dentro de un lapso no mayor de tres (3) meses contados a partir de la notificación de la autorización de promoción, se debe requerir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora la autorización de constitución y funcionamiento de la Empresa de Medicina Prepagada, siendo que, de conformidad con lo previsto en el artículo 12 de las Normas que Regulan las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada, es menester cumplir los siguientes requisitos:

- 1. Anexar todos los documentos necesarios para comprobar que los accionistas, los miembros de la junta directiva y quienes tengan la dirección diaria de la empresa que se proyecta constituir, cumplen con los requisitos establecidos en la Ley de la Actividad Aseguradora, su Reglamento y las normas prudenciales que dicte la Superintendencia de la Actividad Aseguradora. En el caso de personas jurídicas, deben incluir los datos que permitan determinar con precisión que las personas naturales que son propietarias de las acciones cumplen con los requisitos anteriormente mencionados;*
- 2. Especificar el origen de los recursos y proporcionar la información necesaria para su verificación; si los mismos provinieren de personas jurídicas, indicación expresa de las actividades a las cuales se dedican y, a su vez el origen de los recursos que constituyen su capital social;*
- 3. Demostrar que los recursos aportados por los accionistas se encuentran dentro del territorio nacional;*
- 4. Actualizar toda la información remitida con la solicitud de autorización de promoción cuando haya sufrido modificación en el lapso transcurrido desde la solicitud de autorización de promoción o la que la Superintendencia determine necesaria para complementarla;*

5. *Demostrar que poseen los productos, los sistemas de información, la estructura organizativa y consignar un ejemplar del manual de gobierno corporativo y del manual de prevención y control de legitimación de capitales;*
6. *Presentar los planes de control interno, contable y administrativo que se proponga establecer la dirección de la empresa;*
7. *Enviar los documentos que según el tipo de plan de salud de que se trate hayan de utilizar en sus relaciones con el público, los usuarios y contratantes;*
8. *Consignar las tarifas de los montos de afiliación a aplicar y los planes técnicos correspondientes, los cuales deben ser el resultado de estudios actuariales.”*

En ese orden, una vez analizada la solicitud y sus anexos, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante actos de carácter particular podrá solicitar de considerarlo pertinente cualquier documentación o recaudo que estime indispensable para autorizar la constitución de la empresa de medicina prepagada.

Del mismo modo, verificados los requisitos exigidos, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora practicará, en un lapso no mayor de diez (10) días, una inspección destinada a determinar que la empresa efectivamente cumple con las condiciones apropiadas para su funcionamiento.

Finalmente, en un lapso no mayor de sesenta (60) días hábiles, tiempo prorrogable por el mismo período, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora deberá decidir sobre la solicitud de constitución de la empresa de medicina prepagada. En consecuencia, si transcurre dicho lapso sin que se produzca la decisión, se entenderá que la respectiva autorización ha sido negada.

Es importante recalcar, que en caso de aprobación de la autorización para constituir y operar una empresa de medicina prepagada, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, concederá dicha autorización a través de Acto Administrativo motivado, el cual se publicará en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela y, devolverá a los accionistas de la empresa un ejemplar del documento constitutivo estatutario, debidamente sellado, a los fines de que se proceda a Registrar la empresa *in comento*.

Por otra parte, si transcurren más de tres (3) meses después de haberse notificado la autorización de promoción de la empresa y, no se ha realizado formalmente la solicitud de constitución, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora revocará dicha autorización.

Ahora bien, el objeto social de las empresas de medicina prepagada en **Colombia**, según lo previsto en el artículo 25 del Decreto 47 de 2000<sup>35</sup>, se circunscribe a:

*“Las entidades de medicina prepagada tendrán objeto social exclusivo, sin perjuicio de la explotación por ramo del plan obligatorio de salud, conforme las disposiciones legales. Para este efecto, a más de la actividad principal, estarán habilitados para realizar las operaciones propias del objeto social conexo, como la celebración de contratos de mutuo, el otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros en operaciones vinculadas y demás relacionadas con su objeto social.”*

En todo caso, las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada estarán sujetas a la supervisión y control de la

---

<sup>35</sup> Véase: Decreto 47 de 2000. Ministerio de Salud. República de Colombia. “*Por el cual expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones*”. Publicado en Diario Oficial No. 43882 del 7 de febrero de 2000.

Superintendencia Nacional de Salud de la República de Colombia, quien les concederá el certificado de funcionamiento.

En consecuencia, las Cámaras de Comercio deberán abstenerse de inscribir sociedades cuyo objeto social haga referencia a la prestación de servicios de medicina prepagada, hasta tanto éstas presenten el respectivo certificado expedido por la señalada Superintendencia.

En cuanto a los requisitos para constitución de entidades de medicina prepagada en el territorio colombiano, es necesario dando cumplimiento al numeral 3 del artículo 2 del Decreto 1570 de 1993<sup>36</sup>, que la solicitud esté acompañada de la documentación que se menciona a continuación:

*“a) Copia de los estatutos sociales, según la naturaleza de la entidad;*

*b) El monto del capital social, que no será menor al requerido por las disposiciones pertinentes al presente decreto;*

*c) La hoja de vida de las personas que se han asociado y de las que actuarían como administradores, así como la información que permitirá establecer su carácter, responsabilidad, idoneidad y situación patrimonial;*

*d) Estudio sobre la factibilidad de la empresa, dependencia o programa el cual deberá demostrar la viabilidad financiera de la empresa, las tarifas proyectadas de acuerdo con los niveles de clientela estimados en los dos años iniciales, sistema de auditoría médica a implantar, una proyección del presupuesto para el primer año y copia de los planes de salud respectivos que proporcionará en el mercado, y*

---

<sup>36</sup> Véase: Diario Oficial Año CXXIX No. 40989. 12 de agosto de 1993 En: *Régimen de Seguridad Social en Colombia*. Bogotá. Legis Editores S.A., 2012.p. 220 a 228.

*e) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para los fines previstos en el numeral 5° del presente artículo.”*

La intención de obtener el certificado para constituirse y operar como una empresa de medicina prepagada debe manifestarse con la publicación de un aviso en un diario de amplia circulación nacional, el cual debe ser autorizado por el Superintendente Nacional de Salud, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación *supra* señalada.

Dicho aviso debe ser publicado por los interesados en dos oportunidades con un intervalo de siete (7) días entre cada publicación y en su contenido debe expresar el nombre de las personas que se asociaron, de la institución, dependencia o programa, el lugar donde funcionarán y el monto del capital social.

El objeto de efectuar las indicadas publicaciones es permitir a los terceros interesados que se opongan dentro del lapso de diez (10) días siguientes a la fecha de la última publicación, a la constitución de la empresa de medicina prepagada.

Finalmente, de conformidad con el numeral 5 del artículo 2° del referido Decreto 1570 de 1993, el Superintendente Nacional deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, siempre y cuando los peticionarios hayan cumplidos con los parámetros legales establecidos en el ordenamiento jurídico colombiano para constituir y operar una entidad de medicina prepagada.

### 3.3. Órgano Estatal que tutela las actividades desarrolladas por las Empresas de Medicina Prepagada

Como punto previo, es necesario significar que las empresas que se dedican a la prestación de los servicios de medicina prepagada en el

territorio de la **República Bolivariana de Venezuela**, constituyen uno de los sujetos regulados por la Ley de la Actividad Aseguradora.

Así pues, deben regir su constitución y funcionamiento por la aludida Ley, su Reglamento y las Normas Prudenciales que han dictado al efecto, cuyo cumplimiento será supervisado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la cual es un servicio desconcentrado funcionalmente con patrimonio propio, adscrito al actual Ministerio del Poder Popular de Finanzas, que está bajo la dirección, administración y responsabilidad del Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Sobre el particular, concierne recalcar que el Superintendente de Actividad Aseguradora como funcionario encargado de garantizar el cumplimiento por parte de los sujetos regulados de las obligaciones y deberes establecidos en el ordenamiento jurídico que regula la materia, debe asumir una serie de atribuciones establecidas en el artículo 5 de la Ley de la Actividad aseguradora, de las que nos atañe distinguir las que describen competencias específicas en materia de medicina prepagada, a saber:

*“...Omissis...”*

*21. Limitar o suspender preventivamente, dentro del procedimiento administrativo correspondiente, la suscripción de contratos de medicina prepagada, así como su promoción, ya autorizados, cuando exista presunción o causa probable para la aplicación de las medidas administrativas o sancionatorias a las que se refiere la presente Ley.*

*29. Asistir técnicamente en materia de la actividad aseguradora, al Poder Público a los efectos de la contratación de pólizas de seguros, contratos de medicina prepagada y fianzas, en el marco de los procedimientos de selección establecidos en la Ley de Contrataciones Públicas.*

*40. Resolver con el carácter de árbitro arbitrador, en los casos contemplados en esta Ley, las controversias que se susciten entre los sujetos regulados y entre éstos y los tomadores, asegurados, beneficiarios de seguros, contratantes de medicina prepagada, asociados y las financiadoras de primas, cuando las partes lo hayan establecido de mutuo acuerdo.*

*...Omissis...*

No obstante, el mismo artículo presenta una serie de atribuciones del Superintendente de la Actividad Aseguradora, que son de carácter genérico y que, en consecuencia aplican a todos los sujetos regulados, tales como la facultad de solicitarles información que estime relevante en cualquier momento o emitirles, suspenderles o revocarles la respectiva autorización para constituirse y operar efectuando actividades que estén incluidas dentro del marco de aplicación de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Corresponde en esta oportunidad, hacer referencia al Organismo que controla y supervisa a las entidades de medicina prepagada en **Colombia**, es decir, la Superintendencia Nacional de Salud, la cual de conformidad con lo previsto en el Decreto 1018 de 2007<sup>37</sup>, constituye la cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

A este respecto, es oportuno añadir que la aludida Superintendencia será dirigida por el Superintendente Nacional de Salud, quien ejercerá sus funciones como representante legal del Organismo, constituyéndose así, en

---

<sup>37</sup> Véase: Decreto 1018 de 2007. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. "Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones". Publicado en el Diario Oficial Año CXLII No. 46586. 30 de marzo de 2007 En: ACOSTA RUBIO, Norberto. *El Derecho de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia y las Autoridades Administrativas en Vía Gubernativa*. Bogotá. Ediciones Doctrina y Ley LTDA, 2008.p. 175-202.

el encargado directo de velar por el cumplimiento del ordenamiento jurídico vigente en la materia.

De igual manera, es menester señalar que las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud están establecidas en el artículo 6 del reseñado Decreto 1018 de 2007, las cuales se aplican de manera genérica a todas las empresas promotoras de salud, dentro de las que se encuentran las entidades que ofrecen programas de medicina prepagada.

Sin embargo, atañe destacar que sólo una de las cuarenta y cinco (45) funciones de la aludida Superintendencia, hace mención específica a las empresas de medicina prepagada, la cual es del tenor siguiente:

*“30. Fijar, con sujeción a los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia y a las instrucciones del contador general de la nación, cuando sea del caso, los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar los hospitales, las empresas de medicina prepagada, las empresas sociales del estado, las entidades especiales de previsión social, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas promotoras de salud, cuando no estén sujetas a la inspección, vigilancia y control de esta autoridad”.*

Lo antes expuesto, pone de manifiesto que los servicios prestados por las empresas de medicina prepagada son considerados de gran importancia para la colectividad y, en consecuencia se encuentran dentro de las actividades fuertemente reguladas y vigiladas por el Estado Colombiano.

Por último, vale apuntar que la actividad de las empresas de medicina prepagada se encuentra regulada en ambos Estados, porque los servicios prestados por dichas entidades en principio, sólo debían ser procurados por éstos, pero vistos los déficit de los sistemas públicos de salud, se vieron en la imperiosa necesidad de delegar tales funciones, reservándose en tal sentido,

la potestad de vigilar, controlar y supervisar todas las actividades que se desarrollen en el sector, pues con ellas se debe garantizar el derecho a la salud y a la vida de los ciudadanos del respectivo país.

## **Capítulo IV. Uso de la Medicina Prepagada en el Exterior.**

## **Capítulo IV. Uso de la Medicina Prepagada en el Exterior.**

Antes de abordar el tema que nos ocupa, consideramos necesario precisar que en este capítulo no se efectuará –como se ha hecho en los anteriores- un análisis comparativo de lo que ocurre en los ordenamientos jurídicos venezolano y colombiano, al contrario y aunque resulte un tanto discordante la perspectiva del uso de la medicina prepagada en el exterior, sólo será enfocada tomando como fundamento la realidad fáctica de lo acontecido en nuestro país, habida cuenta que lo que se pretende es resaltar la carencia de instrumentos normativos que sirvan para regular las actuaciones de los sujetos regulados y para garantizar los derechos de los usuarios del sistema.

### **4.1. Posibilidad de Usar los Servicios de Medicina Prepagada Suscritos en Venezuela en el Exterior**

Para adentrarnos en la materia, resulta beneficioso traer a colación que la tantas veces citada Ley de la Actividad Aseguradora -instrumento normativo de mayor jerarquía en el mercado asegurador- prevé en su artículo 2 la definición de medicina prepaga, la cual fue esbozada en capítulos anteriores de esta investigación e indica que forma parte de la actividad aseguradora los servicios de medicina prepagada.

Asimismo, en su artículo 3, presenta una amplia gama de sujetos regulados, empezando por las empresas de seguros y reaseguros, los intermediarios, las oficinas de representación y sucursales tanto de empresas de reaseguros como de sociedades de corretaje de reaseguros extranjeras, los auditores externos, actuarios independientes, inspectores de riesgos, peritos evaluadores, ajustadores de pérdidas, para finalmente incluir a las empresas financiadoras de primas, las cooperativas que realicen operaciones de seguro y las empresas que se dedican a la medicina

prepagada, siendo valioso enfatizar que sólo podrán realizar actividad aseguradora dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Por lo antes expuesto, afirmamos como premisa general, que ninguno de los sujetos *supra* señalados puede realizar operaciones relativas a la actividad aseguradora en el exterior, por consiguiente, mal podría cualquier ciudadano residenciado en Venezuela pretender suscribir un contrato de medicina prepagada en este país y posteriormente exigir que se le brinde cobertura en cualquier otro lugar del mundo.

Es así, como la habilitación administrativa concedida a las empresas Rescarven Medicina Prepagada, S.A.<sup>38</sup> y Novosalud Medicina Prepagada, S.A.<sup>39</sup>, para el ejercicio de los servicios *in comento*, las cuales quedaron inscritas bajo los Nos. 1 y 2, respectivamente, en el Registro de Empresas de Medicina Prepagada que al efecto lleva la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, no hace ningún tipo de referencia a la prestación de los aludidos servicios en el exterior.

No obstante, de manera paralela e irregular funcionan varias empresas que prestan servicios de medicina prepagada sin haber sido todavía autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, dentro de las que interesa destacar a Sanitas de Venezuela<sup>40</sup>, la cual ofrece a sus usuarios la posibilidad de contratar con la empresa AIG, con una tarifa preferencial la prestación de los servicios médicos que requieran en el extranjero, incluyendo la protección de emergencias médicas, hospitalarias y odontológicas en cualquier país del mundo.

---

<sup>38</sup> Autorizada mediante la Providencia N° 2-2-002769 de fecha 25 de agosto de 2011. Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.759 de fecha 16 de septiembre de 2011.

<sup>39</sup> Autorizada mediante la Providencia N°2-5-000749 de fecha 08 de marzo de 2013. Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.140 de fecha 04 de abril de 2013.

<sup>40</sup> Véase: *Guía del Usuario y Cuadro Médico 2007-2008. Ob. Cit.* p. 17-18.

Igualmente, Sanitas de Venezuela, le ofrece a sus usuarios la posibilidad de que en sus viajes a países como Colombia o España, pueda contar con el respaldo de la Organización Sanitas Internacional, indicando específicamente que: *i)* en Colombia podrá gozar de todos los servicios estipulados en su contrato de Asistencia Médica Integral que tiene con Sanitas de Venezuela, a través del cuadro médico de Colsanitas y que éste servicio se brindará durante el transcurso de su viaje; *ii)* en España se les brindará el apoyo a través de la Caja de Salud de ese país y únicamente en casos de emergencia, estando vigente el servicio sólo dentro de los primeros seis (6) meses de estadía.

En virtud de lo anterior, resulta forzoso concluir que aunque la normativa legal vigente en materia de actividad aseguradora y que abarca las actividades desplegadas por las empresas de medicina prepagada constituidas en Venezuela no permite la prestación de dichos servicios fuera del territorio de la República, de manera paralela se observa que efectivamente es posible la suscripción de contratos de medicina prepagada en Venezuela cuyos servicios pueden ser prestados de manera temporal en otros países.

Uno de los problemas principales que plantea la situación antes descrita, es que al no ser la empresa Sanitas de Venezuela, una sociedad mercantil debidamente autorizada para constituirse y operar como prestadora de servicios de medicina prepagada, mal podría la Superintendencia de la Actividad Aseguradora como Órgano de Control imponerle ningún tipo de sanciones administrativas en casos de que vulneren los derechos de los usuarios o contratantes de los servicios.

En consecuencia, no queda más que aguardar a que dicho Organismo, cuando lo estime pertinente se pronuncie de manera formal, indicando su postura jurídica respecto a las diversas empresas que se

encuentran realizando actividades en el campo de la medicina prepagada sin haber requerido la habilitación administrativa correspondiente, pues de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de la Actividad Aseguradora cuando exista presunción relativa a que las operaciones descritas en esa ley, sean realizadas por personas jurídicas distintas a los sujetos regulados –debidamente autorizados para ejercer la señalada actividad- el Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá aplicar con la cooperación de otros organismo del estado diversas medidas, dentro de las que interesa destacar la suspensión de las actividades o el cierre de los establecimientos.

De igual manera, a tenor de lo previsto en el artículo 151 de la comentada Ley de la Actividad Aseguradora, si se llegase a probar que existen personas jurídicas que sin estar autorizadas se encuentran usando en su razón o denominación social la expresión medicina prepagada, con el ánimo de hacer creer al público en general que se encuentran habilitadas para ejercer la referida actividad, se les sancionará con multa de dos mil unidades tributarias (2.000 U.T) a cinco mil unidades tributarias (5.000 U.T.), sin menoscabo de la aplicación de las medidas antes señaladas, ni de la responsabilidad penal a la que haya lugar.

#### 4.2. Los Seguros Médicos de Viajeros.

Iniciaremos este punto advirtiéndole que, en Venezuela los seguros médicos como se afirmó anteriormente son aquellos en virtud de los que la aseguradora se obliga a asumir los riesgos relativos a gastos derivados de alteraciones de la salud del tomador o de los asegurados, los cuales pueden ser concertados de manera individual o colectiva.

Este tipo de seguros, son suscritos para ser usados dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, para lo que, las distintas

compañías de seguros entregan a sus clientes una lista amplia de los diversos centros médicos-asistenciales ubicados en los diferentes estados, a los que pueden acudir en caso de enfermarse o de sufrir accidentes que deterioren su salud.

Sin embargo, de manera adicional, algunas empresas de seguros a objeto de ampliar los servicios que prestaban a sus tomadores y asegurados, solicitaron a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la autorización para ofrecer los seguros médicos de viajeros con carácter internacional, a través de los que, pudiesen conceder coberturas a sus cliente en cualquier lugar del mundo.

Es así como, la existencia de este tipo de seguros se admitió y aprobó por el Órgano de Control de la Actividad Aseguradora de manera individual por empresa de seguros, a medida que cada una requirió la respectiva autorización, lo que ocurrió en distintos años, tal es el caso de Banesco Seguros C.A. y Mercantil Seguros, cuyos anexos de asistencia en viajes fueron aprobados en los años 2005 y 2006 respectivamente.

Resulta de suma importancia anotar que, las pólizas de seguros de viaje, sólo ofrecen como período de cobertura, el comprendido desde el día indicado como fecha de salida del viaje y el referido como fecha de llegada del viaje, dentro del cual la aseguradora está facultada para amparar en líneas generales y según lo convenido en la póliza, algunas de las coberturas siguientes:

- Muerte accidental,
- Evaluación médica,
- Gastos médicos por accidente o enfermedad,
- Medicamentos debidamente prescritos por un médico

- Gastos odontológicos por accidente o enfermedad,
- Recuperación en hotel –cantidad de días indicados en el cuadro póliza-,
- Repatriación de restos mortales,
- Perdida de equipaje,
- Cancelación del viaje.

De lo anterior se infiere que, podrían existir cuadros pólizas con otras coberturas adicionales a las *supra* señaladas, pues todo va a depender de la solicitud de seguro en virtud de la que, el tomador colocará en conocimiento a la empresa de seguros de lo servicios que considera podría necesitar y ésta a su vez le ofrecerá un paquete de coberturas, según considere se adapte a sus requerimientos, siempre y cuando lo solicitado se encuentre dentro de los límites legales permitidos y aprobados en su condicionado general.

Asimismo, interesa destacar que aunque se les haya catalogado a dichos seguros médicos de viajes como anexos de asistencia en viajes, éstos constituyen un tipo de seguros totalmente independiente de las pólizas de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad que generalmente los ciudadanos suscriben anualmente con la empresa de seguros de su preferencia y que tienen cobertura a nivel nacional, siendo importante señalar que dentro de su condicionado general existe una cláusula referida a la territorialidad que explica que la protección que otorga la póliza se aplicará para siniestros que ocurran en cualquier lugar el mundo, excluyendo aquellos ocurridos dentro de la República Bolivariana de Venezuela.

El tratamiento otorgado a este tipo de seguros, se convierte en una excepción a la regla general de que la autorización concedida a las

empresas de seguros es únicamente para realizar actividad aseguradora dentro de Venezuela, pues de esta manera se permite que contratos de seguros suscritos en territorio venezolano, tengan por finalidad amparar riesgos relativos a la salud de los asegurados en cualquier lugar del mundo, independientemente que los servicios médicos sean prestados por empresas extranjeras, toda vez que éstas actúan por cuenta de una empresa de seguros constituida y autorizada para operar en la República Bolivariana de Venezuela.

#### 4.3. Uso de la Medicina Prepagada en el Exterior como sustituto de los Seguros de Viajeros.

De lo señalado en los temas anteriores, se evidencia que fácticamente tanto los servicios de medicina prepagada como los seguros médicos de viajeros suscritos y pagados en Venezuela, están siendo usados en distintos países del mundo, pues las aludidas compañías, sin autorización las primeras y autorizadas las segundas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, han procedido a satisfacer de esta manera las necesidades de los contratantes, tomadores y asegurados.

En ese orden, si lo que se pretende es abrir las puertas a la evolución de la prestación de servicios incluidos dentro de la denominada Actividad Aseguradora a que sean prestados de manera temporal fuera de Venezuela, toda vez que se ha permitido a través de los referidos seguros médicos de viajeros que los usuarios gocen de coberturas al requerir la asistencia médica en el exterior, nada obsta para que una vez que las distintas empresas que se encuentran habilitadas para prestar servicios de medicina prepagada en el territorio de la República, puedan previo el cumplimiento de las formalidades pertinentes solicitar la autorización para prestar dichos servicios en el exterior.

Ahora bien, ¿que pasaría si las empresas de medicina prepagada habilitadas para prestar dichos servicios en Venezuela solicitan la autorización para ampliar sus límites y proceder a prestar sus servicios más allá de las fronteras de nuestro país?

Existen dos supuestos que podrían ser aceptados para que las empresas de medicina prepagada presten sus servicios en el exterior, a saber: *i)* si se faculta a la empresa de medicina prepaga a prestar sus servicios en el exterior en cualquier viaje del contratante, en base al contrato suscrito anualmente, para amparar los gastos médicos surgidos dentro de Venezuela, o en su defecto *ii)* se exige a la empresa de medicina prepagada que para poder brindarle cobertura al contratante debe exigirle la suscripción de un nuevo contrato, en virtud del que se limitará el servicio al tiempo que dure su viaje, siendo menester que suscriba cuantos contratos sean necesarios anualmente, en atención a la cantidad de viajes que efectúe.

Debemos advertir que, nuestro criterio va orientado a sugerir que se permita a las empresas de medicina prepagada prestar sus servicios en el exterior en función de la segunda modalidad esbozada anteriormente, toda vez que de esta manera se preservaría la igualdad con relación a la forma como se le facultó a las compañías de seguros la suscripción de pólizas de viajes, todo ello con el fin de que se preserve la libre competencia y se genere un impacto favorable en el mercado asegurador venezolano.

Al respecto, es menester proponer que se haga un estudio previo de la manera como se efectuaría la prestación de servicios en el exterior, dado que podrían presentarse lugares donde pueda verificarse de manera indirecta a través de entes concertados u otros de manera directa donde se cuente con la presencia de sucursales de la empresa, todo ello a los fines de garantizar la satisfacción de los usuarios.

Nuestra visión respecto a que se permita a las empresas de medicina prepagada prestar sus servicios fuera de las fronteras de nuestro país, en los mismos términos y condiciones en que se ha facultó a las empresas aseguradoras hacerlo, se fundamenta en el presupuesto constitucional según el cual no se permitirán posiciones de dominio en ningún mercado de bienes o servicios o en casos extremos, que no se permitirán monopolios, de conformidad con lo previsto en el artículo 113 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela<sup>41</sup>.

Sobre la base de las ideas expuestas, no queda más que aseverar que no se considera adecuado patrocinar la hipótesis de que los servicios de medicina prepagada usados en el exterior puedan llegar a convertirse en sustitutos de los seguros médicos de viajeros, pues como se explicó el mercado asegurador venezolano funcionará mejor si se permite a los contratantes elegir libremente la empresa de seguros o de medicina prepagada que cubrirá los riesgos a los cuales están expuestos, para lo cual es indispensable que se cuente con una amplia gama de modalidades de servicios, lo que favorecerá a su vez la libre competencia en el aludido mercado.

Por otra parte, llama la atención y es indispensable revelar que la doctrina patria respecto a los temas tratados en este capítulo es insuficiente, siendo que pocos escritores nacionales han emitido pronunciamientos o desarrollado criterios con relación a la prestación de los servicios de medicina prepagada en el exterior o al uso de los seguros médicos de viajeros.

Es conocido a nivel general, que son pocos los estudiosos que se han atrevido a incursionar en el mercado asegurador para dedicarse a plasmar de

---

<sup>41</sup> Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.980 Extraordinario de fecha 19 de febrero de 2009.

manera teórica el entramado de circunstancias jurídicas que envuelven la constitución y el desarrollo de las actividades ejecutadas por las empresas de seguros y las de medicina prepagada, quizás la falta de interés en cuanto al tema de las empresas de medicina prepagada radica en que apenas fueron incluidas como sujetos regulados de la Ley de la Actividad Aseguradora a partir de su entrada en vigencia en el año 2010 y que, como se destacó sólo existen dos empresas de medicina prepagada autorizadas para operar dentro de la República Bolivariana de Venezuela.

No obstante, en cuanto a los seguros de asistencia en viajes, los cuales tienen un poco más de tiempo de haber sido aprobados -de manera individual por empresas de seguros- y puestos a disposición de los ciudadanos que realizan viajes al exterior, la doctrina patria tampoco a emitido consideraciones o criterios que permitan a los lectores -interesados en conocer del tema- crearse una visión clara de la importancia que reviste y los beneficios que conlleva gozar de servicios médicos en el exterior, sobretodo cuando se estima pasar ciertos períodos de tiempo fuera del país.

En consecuencia, para alcanzar el objeto de este capítulo, que es mostrarle al lector una visión clara de la realidad venezolana en torno a la suscripción y posterior uso de los seguros médicos de asistencia en viajes a nivel internacional y a la posibilidad de usar los servicios de medicina prepagada suscritos en Venezuela en el exterior, efectuamos varias investigaciones de campo, en razón de las que, obtuvimos los folletos, pólizas y otros documentos entregados por ambos tipos de empresas a sus contratantes, los cuales fueron revisados, analizados y finalmente descritos, forjando así las breves consideraciones que se desglosaron anteriormente.

De cualquier manera, aunque hemos dejado claro nuestra postura en cuanto al tratamiento permisible que debe dársele a las empresas de medicina prepagada para que presten sus servicios en el exterior -en

términos similares a los que se han concedido a las empresas de seguros- corresponde aguardar a que sean dichas empresas las que de considerarlo pertinente soliciten la respectiva autorización para operar a nivel internacional y que posteriormente el legislador patrio proceda a regular éste conjunto de situaciones, ampliando a través del Reglamento de la Ley de la Actividad Aseguradora -el cual se encuentra en período de revisión por el Organismo competente en la materia- y de Normas Prudenciales las normativas contenidas en ella, pues se estima prudente que mediante los referidos instrumentos normativos se de a conocer con precisión a los usuarios del Sistema Asegurador Venezolano los diversos servicios que se ofrecen y que éstos a su vez puedan evaluar si consideran pertinente o no el uso de los mismos en su vida cotidiana.

Finalmente, consideramos que es necesario que se efectúe una posterior reforma de la Ley de la Actividad Aseguradora a los fines de incluir otras disposiciones relativas a la medicina prepagada, en las que se desarrollen de manera individual las sanciones administrativas aplicables a dichas empresas por el incumplimiento de sus obligaciones dentro del ámbito nacional como internacional, en caso de permitirse la referida prestación de los servicios a nivel mundial.

## **Conclusiones**

La realidad venezolana y en general de los países de Latinoamérica relativa a la situación hospitalaria o en general de los sistemas de salud públicos es bastante precaria y deprimente, situación esta, que ha conllevado el surgimiento de empresas de carácter privado, que a cambio de una contraprestación dineraria ofrecen servicios óptimos a sus clientes.

Es así como, desde hace varios siglos surgieron los seguros destinados a la prestación de servicios médicos-asistenciales a sus tomadores, asegurados o beneficiarios a cambio de una contraprestación y, hace unas pocas décadas se ha observado la evolución de las empresas de medicina prepagada tanto en Venezuela como en Colombia.

El tratamiento otorgado a las empresas de medicina prepagada en los dos países de referencia ha sido diametralmente distinto, por cuanto en Venezuela apenas en el año 2010 fueron incluidas en la Ley de la Actividad Aseguradora y en el 2011, fue que se desarrollo el tema en Normas Prudenciales, lo que coloca a Colombia en una situación de gran ventaja, toda vez que este país tiene aproximadamente dos décadas de evolución e inclusión de las regulaciones de las aludidas empresas en sus Decretos, lo que ha permitido que algunos doctrinarios Colombianos se hayan motivado a escribir sobre el tema, pues en la actualidad existen más de diez (10) empresas habilitadas para desempeñar dichas funciones y así contribuir a mejorar el Sistema de Seguridad Social en el hermano país.

En principio, en Venezuela se pretendía asimilar a las empresas de medicina prepagada a los seguros, pues presentan varias características similares, postura esta que fue adoptada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en el año 2004. Sin embargo, esta hipótesis fue variando, al punto de que fueron incluidas en la aludida Ley de la Actividad

Aseguradora como un sujeto regulado para el qué se establecería una normativa aparte, pues se logró determinar que su naturaleza jurídica es la de un contrato de servicios.

Por su parte, en Colombia siempre se catalogó a las empresas de medicina prepagada como sociedades totalmente distintas de las aseguradoras, siendo que, hasta son supervisadas por Organismo Estatales distintos, es decir, las primeras son autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud y las segundas por la Superintendencia Financiera.

En todo caso, lo que importa a ambos países es que la prestación de los servicios de medicina prepagada o de los seguros se efectúe de acuerdo a las normativas vigentes, procurando siempre garantizar que los derechos de los contratantes, tomadores, asegurados o beneficiarios no sean vulnerados, pues son éstos quienes ocupan la posición de débiles jurídicos en las distintas relaciones contractuales.

En el contexto que nos atañe, es menester enfatizar que los amparos y coberturas de la salud por instituciones privadas como las compañías de seguros y las empresas de medicina prepagada se encuentran incluidos dentro de la denominada actividad aseguradora, la cual revierte carácter económico, se encuentra fuertemente reglada y debe ejecutarse cumpliendo los principios del Estado Social de Derecho.

Por último, si bien es cierto que esta investigación se circunscribió a presentar una verificación comparativa de las legislaciones venezolana y colombiana relativa a los seguros y a la medicina prepagada, no es menos cierto que ésta última ha evolucionado en distintos países como Chile, Argentina y España, convirtiéndose en un mecanismo de gran ayuda para descongestionar y mejorar la prestación de los servicios médicos requeridos por los ciudadanos en general.

## **Referencias Bibliográficas**

AMADOR, Lina y LAZARRALDE, María del Rosario. *Aspectos Jurídicos de la Medicina Prepagada en Colombia*. Bogotá, Tesis de Grado, Pontificia Universidad Javeriana, 1995

BORJAS, Leopoldo. *Historia y Desarrollo del Seguro en Venezuela*. En: *Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas N° 77*. Caracas, Universidad Central de Venezuela. 1990.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.908 Extraordinario de fecha 19 de febrero de 2009.

CHANG DE NEGRÓN, Kimlem y Otro. *Seguros en Venezuela*. Caracas, Vadell Hermanos Editores. Primera Edición. 2011.

Decreto 1570 de 12 de agosto de 1993. Ministerio de Salud. República de Colombia. “Por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada”. Publicado en el Diario Oficial Año CXXIX N° 40989, 12 de agosto de 1993.

Decreto 1486 de 1994. Ministerio de Salud. República de Colombia. “Por el cual se reglamenta el estatuto orgánico del sistema general de seguridad social en salud en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada, se modifica el decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones”. Publicado en el Diario Oficial Año CXXX No. 41.443, del 15 de julio de 1994.

Decreto 47 de 2000. Ministerio de Salud. República de Colombia. “Por el cual expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones”. Publicado en Diario Oficial No. 43882 del 7 de febrero de 2000.

Decreto 1018 de 2007. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. “Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia

Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”. Publicado en Diario Oficial Año CXLII No. 46586. 30 de marzo de 2007 En: ACOSTA RUBIO, Norberto. *El Derecho de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia y las Autoridades Administrativas en Vía Gubernativa*. Bogotá. Ediciones Doctrina y Ley LTDA, 2008.

GALINDO VACHÁ, Juan Carlos. *Amparos y Coberturas de la Salud, Seguridad Social, Medicina Prepagada y Seguros Privados*. Bogotá. Colombia. Grupo Editorial Ibañez. Pontificia Universidad Javeriana, 2011. *Guía del Usuario y Cuadro Médico 2007-2008*. Caracas. Sanitas Venezuela. Organización Sanitas Internacional.

Ley de la Actividad Aseguradora. Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario de fecha 29 de julio de 2009, reimpressa por error material en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.481 de fecha 5 de agosto de 2010.

MARMOL MARQUÍZ, Hugo. *Fundamentos del Seguro Terrestre*. Caracas, Ediciones Liber. Quinta Edición. 2001.

OSORIO, Manuel. *Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales*. Buenos Aires, Editorial Heliasa S.R.L. 25 Edición. 1998

Providencia N° 000326 de fecha 7 de febrero de 2011, mediante la cual se dictan las Normas para Regular las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.617 de fecha 16 de febrero de 2011.

Providencia N° 2-2-002769 de fecha 25 de agosto de 2011, mediante la cual se autoriza la constitución y funcionamiento de la sociedad mercantil Rescarven Medicina Prepagada, S.A. Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.759 de fecha 16 de septiembre de 2011.

Providencia N° 2-5-000749 de fecha 08 de marzo de 2013, mediante la cual se autoriza la constitución y funcionamiento de la sociedad mercantil Novosalud Medicina Prepagada, S.A. Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.140 de fecha 04 de abril de 2013.

*Régimen de Seguridad Social en Colombia*. Bogotá. Legis Editores S.A., 2012.

TORRES CORREDOR, Hernando. *Sistema de Seguridad Social Salud*. Legislación. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 2003.

### **Electrónicas**

BADELL, Rafael. *La Actividad de Medicina Prepagada en el Marco de la Legislación Venezolana [Documento en línea]*. Disponible <http://www.badellgrau.com/medicinaprepagada.html>. [Consulta: 2007, diciembre 15].

Tribunal Supremo de Justicia/ Sala Constitucional, Sentencia N° 1911 del 13-08-2002, Expediente N° 02-1158, <http://www.tsj.gov.ve/decisiones/scon/Agosto/1911-130802-02-1158%20.htm> [Consulta 2013, junio 3].