



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO MERCANTIL

**LA EDAD COMO LÍMITE EN LA COBERTURA DE LOS CONTRATOS DE
MEDICINA PREPAGADA EN VENEZUELA**

Trabajo Especial de Grado como requisito para optar al título de Especialista
en Derecho Mercantil

Tutora:

Chang, Kimlen

Abogada Especialista en Derecho Mercantil

Autora:

Marino Maglione, Adriana

Abogada

Caracas; octubre 2016

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO MERCANTIL

**LA EDAD COMO LÍMITE EN LA COBERTURA DE LOS CONTRATOS DE
MEDICINA PREPAGADA EN VENEZUELA**

Autora: Adriana Marino Maglione

Tutora: Kimlen Chang

Fecha: Octubre 2016

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación es determinar cómo influye la edad del asegurado en la cobertura del riesgo en los contratos de hospitalización y cirugía que ofrecen las Empresas de Medicina Prepagada en Venezuela. Para ello se establecieron los siguientes objetivos específicos: a) Identificar la importancia de las Empresas de Medicina Prepagada en el sector asegurador venezolano; b) Explicar el derecho a la salud consagrado como principio constitucional en el ordenamiento jurídico venezolano; c) Analizar las consecuencias jurídicas que se derivan de los límites por razón de edad, en la cobertura de las pólizas de seguro de Hospitalización y Cirugía en Venezuela. Las interrogantes planteadas en la investigación fueron las siguientes: ¿Cuál es la importancia que tienen las Empresas de Medicina Prepagada en el sector asegurador Venezolano?, ¿En qué consiste el derecho a la salud del ser humano consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela?, ¿Cuáles son las consecuencias jurídicas que se derivan de los límites por razón de edad en la cobertura de hospitalización y cirugía que emiten las Empresas de Medicina Prepagada?. El trabajo de investigación fue de tipo documental, realizado conforme a la norma jurídica existente en la materia, por ello, se ubica en el modelo de investigación jurídico- dogmática. La investigación documental como proceso científico que involucra la revisión o redescubrimiento de la información documental y bibliográfica existente, aplica a lo largo de su desarrollo los pasos del método científico en sus distintos niveles. Los pasos de la investigación documental son: 1) Elección y delimitación del tema o problema de investigación. 2) Acopio de la información. 3) Organización de los Datos: 4) Análisis de los Datos y Organización de la Monografía. 5) Redacción de la Monografía. Para la recolección de información, se emplearon una serie de técnicas tales como la revisión documental, presentación resumida del texto, análisis crítico e interpretación jurídica. Las principales conclusiones

alcanzadas fueron las siguientes: en lo relativo a la edad como elemento condicionante para adquirir la cobertura de pólizas de seguro de Hospitalización y Cirugía en Venezuela, la Ley no señala que sea una limitante, sin embargo, las empresas aseguradoras manejan el límite de edad para aceptar el contrato de seguros en virtud del vacío legal existente, además de que esto se estipula en los acuerdos usuario-empresa. Muchas son las personas que quedan excluidas de los beneficios de este tipo de contratos. En lo que se ha llamado desigualdad social, hasta hace poco un alto porcentaje de la población no poseía beneficios médico-asistenciales, por lo cual el gobierno nacional ha dispuesto de políticas y organizado el ordenamiento legal para proteger a esta población desposeída. En este sentido, la medicina prepagada ofrece opciones que pueden ser asumidas por personas de bajos recursos. De manera que se han creado, por medio de Ley, los servicios solidarios, obligatorios para las empresas aseguradoras venezolanas y que van dirigidos a todos aquellos sectores más necesitados del país, pensionados, jubilados, adultos mayores, personas con discapacidad que tengan enfermedades físicas y por razones de edad las empresas privadas no los asumen. Por último, la importancia de la investigación consiste en analizar la legalidad en los límites de la cobertura del riesgo de acuerdo a la edad del asegurado en los contratos de Hospitalización y Cirugía que ofrecen las Empresas de Medicina Prepagada en Venezuela y determinar si existe violación del derecho a la salud consagrado como principio constitucional en el ordenamiento jurídico venezolano, fundamentado en la hipótesis de señalar si la edad del contratante es un elemento esencial que influye en el riesgo.

Descriptor: Medicina prepagada, asegurado, póliza, cobertura, edad, hospitalización y cirugía, seguros solidarios.

CENTRAL UNIVERSITY OF VENEZUELA
FACULTY OF LEGAL AND POLITICAL SCIENCE
GRADUATE STUDIES CENTER
SPECIALIZED IN CORPORATE LAW

AGE AS A LIMIT ON COVERAGE FOR PREPAID MEDICINE

CONTRACTS IN VENEZUELA

Author: Adriana Marino Maglione

Tutor: Kimlen Chang

Date: October, 2016

SUMMARY

The overall objective of this research is to determine how age of the insured in the coverage of insurance policies Hospitalization and Surgery offered by prepaid medicine companies in Venezuela. For this purpose the following specific objectives were established: a) Identify the importance of prepaid medicine companies in the Venezuelan insurance sector; b) Explain the right to health enshrined as a constitutional principle in the Venezuelan legal system; c) Analyze the legal consequences of the limits on grounds of age, in the coverage of insurance policies of hospitalization and surgery in Venezuela. The questions posed in the research were: What is importance of prepaid medicine companies in the Venezuelan insurance sector?, What is the right to health of human beings enshrined in the Constitution of the Bolivarian Republic of Venezuela?, what are the legal consequences of the limits on grounds of age in the coverage of hospitalization and surgery insurance policies emanating from prepaid medicine companies?. The research was documentary type, made according to the legal standard in this area; therefore, it lies in the dogmatic legal-research model. Documentary research as a scientific process involving the review or rediscovery of existing documentary and bibliographic information, applies throughout its development steps of the scientific method at different levels. The steps of documentary research are: 1) Selection and delimitation of the topic or research problem. 2) Gathering information. 3) Organization of data: 4) Data Analysis and Organization Monograph. 5) Writing the essay. For data collection, a series of techniques such as document review, summarized text presentation, critical analysis and legal interpretation were used. The main

conclusions were as follows: with respect to age and conditioning element for acquiring insurance coverage for hospitalization and surgery in Venezuela, the law does not state that it is a limitation; however, insurance companies handle the limit old to accept the insurance under the existing legal vacuum, besides this it stipulated in the user-company agreements. There are many people who are excluded from the benefits of this type of contract. In what has been called social inequality, until recently a high percentage of the population did not have these medical-care benefits, so that the national government has had policies and organized the legal system to protect this destitute population. In this sense, prepaid medicine offers options that can be taken by people with low incomes. So were created, through Law, solidarity services, mandatory for Venezuelan insurance companies and are aimed at all those needy sectors of the country, pensioners, retirees, seniors, people with disabilities who have physical illnesses and based on age where private companies do not assume. Finally, the importance of the research is to examine the legality within the limits of risk coverage according to the age of the insured in contracts Hospitalization and Surgery offered by prepaid medicine companies in Venezuela and determine whether there is violation of right to health enshrined as a constitutional principle in the Venezuelan legal system, based on the assumption age indicate whether the contractor is an essential element that influences the risk.

Descriptors: Prepaid Medicine, insured, policy, coverage, age, hospitalization and surgery insurance solidarity.

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen, por permitirme el logro de las metas propuestas, porque lo que quiero, comienza a cultivarse en mí.

A mis padres, Rosa y Tony, pilares fundamentales de mi vida, por su infinito amor del cual me nutro.

A mi abuela materna Filomena, por sus sabios consejos y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A mi tutora, **Kimlen Chang**, quien con su sabiduría me apoyó y asesoró en todo momento, a ella se debe, sin duda la plasmación del esfuerzo realizado en el presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	10-15
CAPÍTULO I. MARCO METODOLÓGICO.....	16-24
CAPÍTULO II. LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA EN EL SECTOR ASEGURADOR VENEZOLANO.....	25-31
1. Diferencias de las Empresas de Medicina Prepagada con las Empresas de Seguros.....	32
2. Marco Regulatorio en Venezuela.....	33-35
3. Medicina Prepagada.....	36-39
4. Naturaleza Jurídica.....	40-49
5. Contratos de Medicina Prepagada.....	50-53
6. Principales Empresas de Medicina Prepagada en Venezuela.....	54-58
 CAPÍTULO III. EL DERECHO A LA SALUD CONSAGRADO COMO PRINCIPIO CONSTITUCIONAL EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO VENEZOLANO.	
1. El Derecho a la Protección de la Salud en la Constitución de 1999.....	59-62
2. La Constitución como Norma Jurídica Fundamental.....	63-65
3. Principios Constitucionales.....	66-68
4. Principios establecidos en Tratados Internacionales.....	69-72

CAPÍTULO IV. CONSECUENCIAS JURÍDICAS QUE SE DERIVAN DE LOS LÍMITES POR RAZÓN DE EDAD EN LA COBERTURA DE LOS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA EN VENEZUELA

1. Régimen Jurídico aplicable a las Empresas de Medicina Prepagada.....	73-75
2. El Contrato de Medicina Prepagada.....	76-81
3. El Riesgo en el Contrato de Seguro de Medicina Prepagada.....	82-100
4. La Cobertura en los Contratos de Medicina Prepagada.....	101-103
5. La Protección del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado.....	104
6. Aplicación de las Normas de Seguros Solidarios y Póliza Única a los Contratos de Medicina Prepagada.....	105
6.1 Seguros Solidarios.....	106-108
6.2 Bondades de los Seguros Solidarios.....	109
6.3 Cobertura de Póliza de Salud.....	110
6.4 Accidentes Personales.....	111
6.5 Póliza Funeraria.....	112
6.6 Póliza de Seguro de Salud Individual.....	113-117
7. Contratos Colectivos.....	118-121
CONCLUSIONES.....	122-126
REFERENCIAS.....	127-131

INTRODUCCIÓN

A medida en que se va desarrollando la actividad comercial del hombre, surge la posibilidad de resguardarse. En la antigüedad, al aparecer la actividad mercantil, los grupos de comerciantes tenían la necesidad de proteger sus mercancías, es por ello que la institución de la echazón constituyó una forma de responder por los bienes que, en caso de naufragio, se echaban al mar para salvar el buque entre los interesados en su salvamento.

Para Morles, casi todos los documentos sobre el comercio de la antigüedad se refieren al comercio marítimo, al cual se le atribuye haber dado lugar a las primeras instituciones jurídicas mercantiles, a pesar de que fue precedido en el tiempo por el comercio terrestre; por ello este autor establece que el primer seguro en conocerse es el seguro marítimo¹.

Hoy en día, en la legislación venezolana se distinguen los seguros de personas frente a los seguros indemnizatorios de daños, que protegen los bienes. El presente trabajo de investigación se limitará a analizar un aspecto dentro de los seguros de personas, específicamente aquellos seguros contra enfermedades y accidentes personales, hoy en día denominados seguros de salud por la nueva normativa que rige los contratos emitidos por las empresas del sector asegurador.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política y/o condición económica o social. El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales toda persona pueda vivir lo más saludablemente posible ².

¹ MORLES HERNÁNDEZ, Alfredo: *Curso de Derecho Mercantil. Introducción. La Empresa. El Empresario*, 10a. edición, Caracas. Universidad Católica Andrés Bello, 2010. p. 79.

² OMS (2012). Informe anual sobre salud. [Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html. Fecha de Consulta: 21 de abril 2015.

Este derecho, no se limita al derecho de estar sano, sino que comprende la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. De acuerdo con la Ley Orgánica de Salud, vigente en Venezuela, el artículo 2 señala que la salud no sólo es ausencia de enfermedades, sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental ³. El derecho a la salud se encuentra consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos, así como también en las Constituciones de países de todo el mundo.

La salud en Venezuela es una garantía social y un derecho establecido en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, caracterizado por la universalidad, interdependencia e irrenunciabilidad⁴.

La universalidad, consiste en que todo ciudadano o ciudadana tiene el derecho a la protección de su salud de manera igualitaria y sin discriminación por raza, condición sexual, religión, preferencia política, entre otras. La interdependencia, radica en que el derecho a la salud depende de que otros derechos se encuentren también garantizados, como por ejemplo, el derecho a la alimentación, al trabajo, a una vivienda digna y medio ambiente sano. La irrenunciabilidad se relaciona que nadie puede exigírsele que se renuncie a ese derecho⁵.

Ahora bien, en Venezuela en los últimos años, se han constituido una serie de empresas distintas de las compañías aseguradoras que ofrecen servicios médicos bajo diferentes modalidades, entre estas empresas se encuentran las compañías que ofrecen planes de Medicina Prepagada.

³ Ley Orgánica de Salud, Gaceta Oficial N° 37.973 de fecha 6 de julio de 2004, Art. 2.

⁴ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 5.453 de fecha 24 marzo 2000, Art. 83.

⁵ Caritas de Venezuela. Conferencia Episcopal Venezolana. [Disponible en: http://caritasvenezuela.org.ve/wp/wp-content/uploads/CC2013_Folleto-Por-el-Derecho-a-la-Salud.pdf] Fecha de consulta: 1 de abril 2015.

La actividad de Medicina Prepagada se define como un servicio médico-asistencial prestado en forma directa o indirecta, pagado periódica o totalmente por anticipado, dónde para determinar la prima se consideran factores aleatorios, estadísticos y cálculos técnicos actuariales.

Los asociados pueden ingresar al sistema en forma directa o a través de contratos colectivos con empresas, estableciendo los servicios del prepago mediante el aporte individual o colectivo.

La Medicina Prepagada es el sistema mediante el cual, una empresa presta directa o indirectamente un servicio médico a sus contratantes, los cuales a su vez se obligan al pago periódico de una suma de dinero, como contraprestación a eventuales servicios prestados por la empresa. En Venezuela, las empresas de Medicina Prepagada se han constituido bajo la forma jurídica de sociedades mercantiles cuyo objeto social es la venta y administración de servicios de consulta médica (en diversas especialidades) y hospitalización, en centros de asistencia médica a través de un sistema de afiliación, teniendo capacidad para la realización de cualquier acto lícito de comercio para el logro del objeto social⁶.

A pesar de los avances en materia de seguros y la necesidad de captación de clientes potenciales, muchas de estas empresas de Medicina Prepagada limitan la cobertura en los contratos a personas debido a su edad, lo cual se convierte en un aspecto determinante en la cobertura de los contratos, situación ésta que atenta contra el derecho a la salud en el país, por lo cual, es necesaria la revisión de los aspectos legales que apoyan o no esta limitante para adquirir una afiliación en las empresas de Medicina Prepagada.

⁶ Sudeaseg. [Disponible en: <http://www.sudeseg.gob.ve/dictamenes/397>] Fecha de consulta: 1 de abril 2015

De acuerdo con la vigente legislación venezolana que rige esta materia, es necesario señalar que la Providencia N° 3856 emanada de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Número 40.316, de fecha 16 de diciembre de 2013, establece entre las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Salud Individual, las personas asegurables en este tipo de seguro, consagrando condiciones especiales para los asegurados con ochenta (80) o más años de edad, quienes han debido permanecer amparados de manera ininterrumpida por al menos veinticinco (25) años en este tipo de póliza, para así poder beneficiarse de la cobertura en las mismas condiciones y sin pago de prima, ya que por ser personas de la tercera edad, el riesgo de sufrir enfermedades aumenta.

Como puede evidenciarse, nuestra Ley establece el principio de indisputabilidad, es decir, es indiscutible el hecho de que la póliza única tiene condiciones especiales para la contratación de este tipo de seguros en personas mayores de ochenta (80) años de edad, ya que el riesgo de padecer enfermedades aumenta, de manera tal que todo lo expresado anteriormente permite justificar la razón por la cual se abordó el tema de la legalidad de la discriminación de personas de edad avanzada en la contratación de las pólizas de seguro de salud por parte de las empresas que prestan servicios de asistencia médica de carácter privado.

Finalmente, la línea de investigación del presente trabajo se relaciona con el Derecho de Seguros, el cual pertenece al área de Derecho Mercantil o Derecho Comercial, ya que éste es un conjunto de normas relativas a los comerciantes en el ejercicio de su profesión, a los actos de comercio legalmente calificados como tales y a las relaciones jurídicas derivadas de éstos, en términos amplios, es la rama del Derecho que regula el ejercicio del comercio.

Todo lo referente con el Derecho de Seguros, es materia de Derecho Mercantil tal y como lo establece el Código de Comercio Venezolano vigente, en el artículo dos, numeral doce, al consagrar expresamente que son actos de comercio, ya de parte de todos los contratantes, ya de parte de algunos de ellos solamente los seguros terrestres, mutuos o a prima, contra las pérdidas y sobre las vidas. ⁷Es por esta razón, que todo lo relacionado al Derecho de Seguros es considerado un acto objetivo de comercio de acuerdo con la ley venezolana, por tanto, de naturaleza esencialmente mercantil. Cabe destacar, que las empresas de Medicina Prepagada así como toda empresa mercantil, pretenden percibir un lucro o ganancia debido a las actividades que realizan.

En resumen, en el presente estudio se analizará el derecho a la salud consagrado como principio constitucional en el ordenamiento jurídico venezolano, así como el rol que cumplen las Empresas de Medicina Prepagada en el sector asegurador y las consecuencias jurídicas que se derivan de los límites por razón de edad en la cobertura de los seguros de salud en Venezuela.

⁷ Código de Comercio Venezolano, Gaceta Oficial N° 475 Extraordinario, Año: 1955, Art. 2, numeral 12

Para ello, el presente trabajo especial de grado se estructura en los siguientes capítulos:

Capítulo I, señala el Marco Metodológico establecido para desarrollar la investigación.

Capítulo II, identifica la importancia de las Empresas de Medicina Prepagada en el sector asegurador venezolano.

Capítulo III, refiere los elementos fundamentales del derecho a la salud consagrado como principio constitucional en el ordenamiento jurídico venezolano.

Capítulo IV, resalta las consecuencias jurídicas que se derivan de los límites por razón de edad en la cobertura de las pólizas del seguro de salud en Venezuela.

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO

Las investigaciones jurídicas utilizan generalmente el método histórico, el cual es fundamental, pues con él se analizan las instituciones del derecho, se verifican los hechos pasados y se garantiza la previsión de los futuros, de esta manera, se le puede dar valor a los mismos partiendo de las opiniones y juicios tomados de los relatos anteriores que han realizado diferentes autores o historiadores.

En el caso de las investigaciones en el campo del derecho se hace necesaria la revisión de documentos, leyes, jurisprudencia y demás textos que puedan apoyar el estudio legal, en este caso, todo aquello que fundamenta lo establecido legalmente en relación con la edad del asegurado como elemento fundamental en la adquisición de contratos de los que ofrecen las empresas de medicina prepagada en Venezuela.

Tipo de Investigación

La investigación responderá al paradigma cualitativo, considerado un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales, que se fundamenta en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, la interacción social, empleando métodos de recolección de datos no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus correspondientes protagonistas. En concordancia con lo expuesto y tomando como base los objetivos que se plantearon en la investigación, el estudio será de tipo documental.

Este tipo de investigación permite profundizar en la problemática a través de trabajos previos, información impresa o electrónica, lo cual es totalmente válido. Sobre todo se revisarán leyes, códigos, decretos, leyes, jurisprudencia, convenciones internacionales que tienen inherencia en el tema de estudio.

Así, hemos desarrollado este trabajo conforme a la norma jurídica existente en la materia, por ello se ubica en el modelo de investigación jurídico – dogmática, que es aquella que concibe el problema jurídico desde una perspectiva estrictamente formalista.

Según la estrategia empleada por el investigador, la investigación se clasifica en documental, de campo y experimental. El presente trabajo es de tipo documental, pues la estrategia se basa en el análisis de datos obtenidos de diferentes fuentes de información, tales como informes de investigaciones, libros, monografías y otros materiales informativos. Son ejemplos de investigaciones documentales: las investigaciones históricas y literarias, investigaciones descriptivas y narrativas y ensayos o estudios bibliográficos sobre determinados temas. La estrategia del autor está basada en el análisis de diferentes fuentes de información (libros, revistas, enciclopedias, documentos, entre otros) que recogen los resultados de los estudios hechos por diferentes autores sobre los diversos aspectos del conocimiento, que ofrece la materia en sus múltiples manifestaciones.

La investigación documental constituye un procedimiento científico y sistemático de indagación, organización, interpretación y presentación de datos e información alrededor de un determinado tema, basado en una estrategia de análisis de documentos.

La documentación es una técnica, cuyo propósito está dirigido principalmente a racionalizar la actividad investigativa, para que ésta se

realice dentro de condiciones que aseguren la obtención y autenticidad de la información que se busca, en relación con el estudio de un tema particular.

La documentación se basa en el estudio de documentos, entendiendo por tales: todo aquello que bajo una forma de relativa permanencia puede servir para suministrar o conservar una información. Estos documentos pueden ser bibliográficos, gráficos y audiovisuales. Para desarrollar esta estrategia de investigación, el estudiante debe poseer un conjunto de destrezas y habilidades, principalmente en las técnicas y procedimientos para la comprensión de material escrito, tales como: la lectura, la localización de ideas principales, el subrayado, la elaboración de resúmenes y análisis críticos de las diversas fuentes de información.

Pasos de la Investigación Documental

La investigación documental como proceso científico que involucra la revisión o redescubrimiento de la información documental y bibliográfica existente, aplica a lo largo de su desarrollo los pasos del método científico en sus distintos niveles, al adecuar sus procedimientos a las características del tipo de problemas que se estudian aplicando esa estrategia de investigación.

Los pasos de la investigación documental son:

- 1. Elección y delimitación del tema o problema de investigación:**
es la primera tarea que debe acometer el investigador para la realización de un estudio y consiste en identificar una situación o dificultad, aún no resuelta, la que es necesaria delimitar con precisión, para luego valorarla críticamente y proceder a su estudio sistemático hasta alcanzar su solución.

La situación debe ser relevante, concreta y factible de ser estudiada. La elección de un problema de investigación responde a interrogantes, motivaciones, intereses, etc. Una vez elegido el tema, de acuerdo con la relevancia o importancia que el mismo sugiera, el investigador procede a su delimitación, la cual consiste en plantear de manera precisa, clara y concreta el tema objeto de investigación, es decir, formula el problema, para luego describir la situación o contexto donde éste se enmarca, lo que significa ubicar su marco conceptual de referencia.

Una vez determinado el campo donde está inserto el tema a estudiar, se procede a delimitarlo con la mayor precisión posible de manera de reducirlo a términos más concretos. Finalmente, se formula un esquema de trabajo donde se precisen los objetivos y alcances, la manera como se concibe la situación (hipótesis) y cómo se piensa abordarla.

- 2. Acopio de la información:** este paso constituye el momento crucial del proceso investigativo, cuando el investigador fija la estrategia y efectúa la recolección de datos. En este momento el investigador acude a fuentes directas de información donde puede obtener los datos requeridos para la compilación de una bibliografía general sobre el tema. Posteriormente, deberá abordar una bibliografía seleccionada con instrumentos apropiados al quehacer investigativo: lecturas analíticas y críticas del material informativo, resúmenes y elaboración de fichas bibliográficas y de contenido, relevantes al tema de investigación.
- 3. Organización de los Datos:** después de haber efectuado el acopio de datos, elaborado las fichas y, en general, seleccionado,

sintetizado y analizado el material bibliográfico, éste deberá conservarse adecuadamente para facilitar su uso. Con este propósito se debe organizar un fichero de trabajo. El fichero permite clasificar la información en relación con los diferentes aspectos o subtemas delimitados en el esquema. La organización que damos al material seleccionado puede estar en función de los autores consultados o de los diferentes aspectos que nos plantea el tratamiento dado al tema. Por ejemplo, en el caso de la investigación que se ha venido analizando, el material recopilado podría organizarse en relación con los siguientes elementos, que orientan la agrupación de dicho material: bases conceptuales, bases legales, aspectos económicos y sociales, situación actual en Venezuela y datos y fuentes estadísticos.

- 4. Análisis de los Datos y Organización de la Monografía:** una vez organizada la información necesaria para el tratamiento del tema, sigue este paso, en el cual se señalan los procedimientos de análisis e interpretación de los datos y su posterior generalización. En esta etapa el investigador estructura y organiza los datos obtenidos en un esquema que le permitirá el desarrollo de la monografía sobre el tema tratado. Para ello, el investigador procede a evaluar los datos a fin de determinar su validez interna y externa para precisar su consistencia dentro del estudio, la cual una vez identificada para cada dato, conducirá a la selección predefinitiva de la información a utilizar en el desarrollo de la investigación, es decir, a la selección de los datos. Cubierta esta fase, se está en capacidad de elaborar el esquema final de la monografía, que orientará el análisis e interpretación de los datos en función de la organización de los resultados para la presentación del informe de la investigación.

5. Redacción de la Monografía: constituye la fase final del quehacer científico en el caso de la investigación documental. Una vez que los datos se han analizado e interpretado, se da comienzo a la redacción de la monografía en función del plan que se elaboró en la fase anterior. Aquí se presentarán los resultados y hallazgos sobre el tema y se darán a conocer las conclusiones a las cuales llegó el investigador. Para ello, es conveniente tener en cuenta algunos factores que, en conjunto contribuyen a facilitar la función que cumple el informe, que no es otra que la de comunicar los hallazgos alcanzados en la investigación. Entre esos factores están las normas e indicaciones para la estructuración de la información, es decir, los elementos estructurales mediante los cuales se organizan los datos dentro del informe, los aspectos formales, constituidos por los materiales de referencia o aparato crítico, que además de facilitar la comprensión de la estructura y el contenido, evidencian la riqueza y calidad del material que ha servido de apoyo a la investigación y, por último, las normas de redacción, las características de estilo y los requisitos de presentación de la monografía, todo lo cual coadyuva a exponer en forma clara y objetiva lo que se pretende dar a conocer en el informe. Finalmente, en atención a lo expuesto, se procede a dar forma y estilo a la monografía o presentación de los resultados, resaltando los aspectos estructurales y mostrando los argumentos y conclusiones de la manera más coherente, clara y sencilla, para facilitar la comprensión del trabajo ⁸.

⁸ Técnicas de Documentación e Investigación I. (2000). Caracas. Universidad Nacional Abierta. (p. 67)

Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Información

En función de los objetivos definidos para el presente estudio de tipo documental, se utilizarán las técnicas e instrumentos propios de este tipo de investigación con miras a recolectar y optimizar el contenido de la información suministrada por las fuentes bibliográficas. Dichas técnicas son: la revisión documental, presentación resumida del texto, fichaje, subrayado, entre otras.

Revisión Documental: se realizará a partir de la lectura general cumpliendo dos fases: lectura inicial y lectura detenida y rigurosa de los textos a fin de extraer los datos de mayor utilidad para la investigación.

Presentación Resumida del Texto: permite plasmar de manera general y sintetizada las ideas básicas que contienen las obras consultadas. Este modelo de trabajo se basa en la capacidad de síntesis del autor, lo cual permitirá extraer las ideas principales.

Resumen Analítico: su meta principal es desarrollar síntesis, pero que en este caso se reduce a lo conceptual y se desarrolla analíticamente.

Análisis Crítico: consiste en una apreciación definitiva de un texto jurídico y se realiza posterior a la presentación resumida, con el objeto de evaluar la organización y la construcción de las obras consultadas, limitándose al análisis estructural, comprobando su elaboración lógica y construcción organizada de las partes y el conjunto de las mismas⁹.

⁹ Hochman, E. y Montero, M. (2005). Investigación Documental. Técnicas y Procedimientos. Caracas. Editorial Panapo. (p. 94)

Técnicas para el Análisis e Interpretación de la Información

En cuanto a las técnicas para la interpretación de la información, se debe iniciar por definir la interpretación jurídica. En tal sentido, se señala que “(...) es la parte de la Teoría General del Derecho destinada a desentrañar el significado último del contenido de las normas jurídicas cuando su sentido normativo no queda claro a partir del análisis lógico-jurídico interno de la norma (...)”¹⁰. Siendo la interpretación una actividad humana, según el sujeto o autor que la realiza, la interpretación puede ser doctrinal o científica o judicial y auténtica o legislativa.

Interpretación Doctrinal o Científica: es aquella practicada por los doctrinarios, es decir, por los teóricos, juristas o tratadistas del Derecho, lo cual hace que se denomine también como científica.

Interpretación Judicial o Jurisprudencial: Es aquella practicada por los jueces y tribunales para emitir sus decisiones (sentencias y demás resoluciones motivadas jurídicamente) en las cuales esta interpretación queda plasmada ¹¹.

Interpretación Auténtica o Legislativa: persigue encontrar la interpretación correcta a través de la búsqueda de la voluntad del legislador ¹².

Interpretación Literal: consiste en atribuirle a un enunciado normativo su significado más inmediato o intuitivo, el que corresponde a las reglas semánticas y sintácticas de la lengua¹³.

¹⁰ Franco, C. (2007). La Interpretación Jurídica. 3ª edición. México: Técnica Editora. UNAM. (p. 181)

¹¹ Couture, E. (1979). Estudios de Derecho Procesal Civil. Tomo III. 3ª edición. Buenos Aires: Ediciones De palma. (p. 252)

¹² Witker, J. (1995). Técnicas de Investigación Jurídica. México: Universidad Autónoma de México. (p. 201)

Interpretación Estructural: sostiene que una norma no es un mandato aislado, sino que responde al sistema jurídico normativo orientado hacia un determinado rumbo en el que, conjuntamente con otras normas, se encuentra vigente ¹⁴. En este caso, la fundamentación legal que sustenta la presente investigación se debe interpretar de manera coordinada a fin de no producir contradicciones entre las leyes.

Según lo expuesto en este capítulo, se concluye que para desarrollar la presente investigación ha sido necesaria la revisión de distintas leyes, decretos y providencias administrativas para analizar la legislación vigente que rige la materia objeto de estudio, así como, la consulta de diversos textos jurídicos y páginas Web para la búsqueda de información. El trabajo es de tipo documental y de investigación jurídico-dogmática. Las técnicas de recolección de información han sido la revisión documental, presentación resumida del texto y análisis crítico mientras que la interpretación de la misma se llevó a cabo por medio de la autenticidad legislativa y estructural.

¹³ Franco, ob.cit. (p. 190)

¹⁴ Carrión, L. (2004). La Interpretación de la Norma. Buenos Aires: McGraw Hill Interamericana. (p. 233)

CAPÍTULO II: LA IMPORTANCIA DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA EN EL SECTOR ASEGURADOR VENEZOLANO

Es importante comenzar este capítulo de la investigación, definiendo lo que se entiende por seguro.

El seguro es un acuerdo contractual en el cual una empresa aseguradora, compensa al beneficiario llamado asegurado por la pérdida debida a un acontecimiento fortuito. El asegurador obtiene recursos acumulando pequeñas contribuciones de quienes quieren protegerse del riesgo de sufrir un daño aleatorio, creando así un fondo que permite recompensar a aquellos que sufren el daño.

Los seguros privados son aquellos que cubren los riesgos y las necesidades de los particulares por iniciativa y contrato de los mismos particulares¹⁵. En Venezuela, las Empresas de Medicina Prepagada forman parte de los seguros privados. Los seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, hoy seguros de salud privados que prestan dichas empresas, cubren tan sólo el siete por ciento (7%) de la población del país, a diferencia de la seguridad social que abarca un cuarenta por ciento (40%) de la misma, ya que según autores como Carlos Sabino y Jesús Eduardo Rodríguez, en su libro *La Seguridad Social en Venezuela*, la cobertura o alcance poblacional que tiene la seguridad social en el país, está dirigida básicamente a la población trabajadora, sector que en Venezuela llega a constituir casi un 40% de la población económicamente activa.

Para Gerardo Arenas Monsalve, la seguridad social puede definirse como un instrumento estatal específico de protección de necesidades sociales. El derecho de seguridad social es catalogado como un derecho humano fundamental, y es por esta razón que el Estado tiene la obligación de garantizarles a sus ciudadanos este derecho.

La seguridad social es además, un derecho, irrenunciable y obligatorio: es irrenunciable porque se trata de un derecho humano, por lo cual cada hombre por el simple hecho de su condición de tal, tiene derecho a la seguridad social y como derecho humano no le puede ser desconocido.

Es obligatorio en el sentido de que surge de una imposición normativa; la ley obliga a asegurar con independencia de la voluntad privada a diferencia de la autonomía de la voluntad para regular las cláusulas contractuales, característica del seguro privado. En la contratación de un seguro, la voluntad de las partes juega un papel determinante, pues ésta es la que mueve a las partes a realizar la negociación, esto es consecuencia de que se está frente a una institución de derecho privado.

Aunque tanto de la seguridad social como del contrato de seguro se derivan derechos subjetivos, la naturaleza de estos será diferente ya que, se reitera, el origen del derecho subjetivo a la seguridad social se encuentra en la condición humana, mientras que en los derechos subjetivos que surgen del contrato de seguro son independientes de dicha condición y tiene su origen en actos jurídicos precedentes. La seguridad social y la previsión social tienen por objeto la protección de la población contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica. El derecho a la seguridad social va atado a la posibilidad de vivir dignamente y solo mediante un régimen en el que participen todas las clases sociales, es que es posible hacerlo sostenible mediante la solidarización de las contingencias¹⁶.

En Venezuela, el tema de la seguridad social se regula en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.600, de fecha 30 de diciembre de 2002. Dicho cuerpo normativo establece que el Estado, por medio del

Sistema de Seguridad Social, garantizará a las personas comprendidas en el campo de aplicación de la citada Ley, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en la norma, además, se señala en su artículo cuarto que la seguridad social es un derecho humano y social fundamental e irrenunciable, garantizado por el Estado a todos los venezolanos residentes en el territorio de la República y a los extranjeros residenciados legalmente en él, independientemente de su capacidad contributiva, condición social, actividad laboral, salarios o ingresos.

El artículo 5 de la nombrada Ley define al sistema de seguridad social como el conjunto integrado de sistemas y regímenes prestacionales, complementarios entre sí e interdependientes, destinados a atender las contingencias objeto de la protección de dicho Sistema. Entre los principios del sistema de seguridad social, el artículo 8 de la Ley señala que este será universal, integral, eficiente, de financiamiento solidario, unitario y participativo, de contribuciones directas e indirectas. Su gestión será eficaz, oportuna y en equilibrio financiero y actuarial.

En cuanto al carácter del sistema, el artículo 9 de la Ley establece que el sistema de seguridad social es de carácter público y las normas que lo regulan son de orden público, es decir, no pueden relajarse por convenios particulares¹⁷.

¹⁵ TINOCO, Alejandro: *Anotaciones de Derecho Mercantil*. Caracas. Editorial La Torre, 1977.

¹⁶ Vásquez Vega, Daniel: Diferencias entre el Derecho de Seguridad Social y el Derecho de Seguros. Disponible en: [\[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/1065/2/Diferencia_derecho_seguridad_social_derecho_seguros.pdf\]](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/1065/2/Diferencia_derecho_seguridad_social_derecho_seguros.pdf). Fecha de consulta: 12 de diciembre 2015

¹⁷ Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 37.600, de fecha 30 de diciembre de 2002.

Las empresas de medicina prepagada, al estar reguladas por la Ley de la Actividad Aseguradora forman parte de este sistema. Aunque son una de las últimas instituciones en aparecer, han venido surgiendo para paliar carencias en los servicios de salud ofrecidos por las aseguradoras. Entre los beneficios que la colectividad ha encontrado en el sistema se encuentran la cobertura de consultas externas y gastos que las pólizas de salud tradicionales no cubrían, tales como servicios odontológicos y oftalmológicos.

Es indudable que las empresas de medicina prepagada han influenciado a las pólizas de salud emitidas por las compañías aseguradoras, las cuales han ido incluyendo nuevos riesgos y opciones dentro de las pólizas, como son los gastos odontológicos, oftalmológicos, consultas externas o intervenciones que no requieren hospitalización, los cuales tradicionalmente no se encontraban cubiertos.

La Aseguradora o empresa de seguros es aquella que toma a su cargo la compensación de los pagos que realiza la mutualidad. Es quien se obliga a cubrir el riesgo previsto¹⁸. Dentro del sector privado asegurador, se encuentran las Empresas de Medicina Prepagada. La Medicina Prepagada es pues, el sistema mediante el cual una empresa presta directa o indirectamente un servicio médico a sus contratantes, los cuales a su vez se obligan al pago periódico de una suma de dinero, como contraprestación a eventuales servicios prestados por la empresa.

La prestación del servicio de manera directa, se realiza a través de las clínicas de la empresa, a diferencia de la prestación de forma indirecta que se ofrece a través de los centros médicos y profesionales adscritos.

La prestación de este servicio de Medicina Prepagada, se hace a través de compañías anónimas, las cuales prestan un servicio de salud. Ahora bien, es menester resaltar qué se entiende por compañía o sociedad anónima. Según el Código de Comercio Venezolano vigente actualmente,

específicamente en el artículo 201, ordinal 3°, la compañía anónima es definida como aquella sociedad de capital en la cual las obligaciones sociales están garantizadas por un capital determinado y en la que los socios no están obligados sino por el monto de su acción. Estas empresas persiguen fines eminentemente lucrativos, no son de beneficencia pública.

La Medicina Prepagada, constituye una forma de actividad aseguradora sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG) y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora, publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria N° 6.211, de fecha 30 de diciembre de 2015, reimpresso el 15 de marzo de 2016 mediante Decreto N° 2.178 publicado en la Gaceta Oficial N° 6.220, así como también con las normas específicas para este sector dictadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, tales como el Código de Cuentas y Normas de Contabilidad para empresas de medicina prepagada, consagrado en la Providencia N° 287 de fecha 10 de marzo de 2016, las Normas para regular operaciones de las empresas de medicina prepagada, señaladas en la Providencia N° 326 de fecha 2 de febrero de 2011 y el Proyecto de Normas para el contrato de seguro, el cual regula la Medicina Prepagada en su “Título VI”.

Las empresas cuyo objeto sea la medicina prepagada, brindan un servicio de salud, el cual es público. Para fundamentar esta afirmación, es importante señalar que la actividad aseguradora se encuentra inserta dentro del marco del Sistema Financiero Venezolano. Este sistema está constituido por muchos y variados tipos de empresas, los cuales tienen como denominador común el hecho de que de una forma u otra reciben recursos con la intención de canalizarlos hacia otros sectores de la economía. En el caso del sector asegurador, mediante la celebración de contratos de seguros

y el cobro de las primas, se genera en la empresa aseguradora una serie de recursos que ésta coloca en la economía en general¹⁹.

La Ley Orgánica del Sistema Financiero en su artículo 5, señala cómo está conformada la estructura del sistema financiero nacional. El citado artículo establece que este sistema está integrado por un conjunto de instituciones financieras públicas, privadas, comunales y cualquier otra forma de organización que operan en el sector bancario, el sector asegurador, el mercado de valores y cualquier otro sector o grupo de instituciones financieras que a juicio del órgano rector deba formar parte del mismo. También se incluyen las personas naturales y jurídicas usuarias de las instituciones financieras que lo integran²⁰.

Con la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional, se introduce un nuevo órgano de supervisión de este sistema, llamado Órgano Superior del Sistema Financiero Nacional, por sus siglas OSFIN, el cual ejerce funciones de control político con facultades supervisoras. El sector asegurador, es en consecuencia, una de las ramas del Sistema Financiero Venezolano, que si bien tiene una función muy propia, que es permitir la traslación de los riesgos, por el hecho de manejar recursos del público, las primas que capta, y por hacerlo en volúmenes importantes dentro de la economía, tiene una regulación especial y muy detallada.

De acuerdo con la Ley Orgánica del Sistema Financiero, el artículo 9 establece que el sector asegurador está constituido por: empresas que mediante el cobro de una prima se obligan a indemnizar el daño producido al usuario o usuaria, o a satisfacerle un capital, una renta u otras prestaciones convenidas y permitidas por la ley; así como por las empresas de este sector que toman a su cargo, en totalidad o parcialmente, un riesgo ya cubierto por otra empresa de este tipo, sin alterar lo convenido entre ésta y el usuario o usuaria. Las alternativas especiales destinadas a brindar cobertura a los

riesgos agrarios, de las cooperativas y de las comunidades populares deben ser establecidas por el ente regulador de este sector.

Según lo expresado anteriormente, puede evidenciarse que el Estado Venezolano interviene en la actividad financiera del país, ya que el sector asegurador capta recursos del público siendo necesario proteger la confianza e intereses de los particulares. Dentro de esta área de la economía, las empresas de medicina prepagada constituyen un nuevo actor que ha venido a cubrir necesidades específicas de la colectividad.

¹⁸ MÁRMOL MARQUIS, Hugo: *Fundamentos del Seguro Terrestre*, 2da edición. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello, 1980.

¹⁹ CHANG, Kimlen y NEGRÓN Emilio: *Seguros en Venezuela*, 2da. Edición, Caracas. Vadell hermanos editores, 2014. p. 13.

²⁰ Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional, Gaceta Oficial N° 39.447 de fecha 16 de junio de 2010, Art. 5.

1. Diferencias de las Empresas de Medicina Prepagada con las Empresas de Seguros

Según Rafael Badell, la actividad de medicina prepagada es un sistema de asistencia médica y hospitalaria prestado por una compañía y con el cual el contratante, previo pago de una cantidad fija de dinero por cuotas y frecuencia estipuladas, recibe el servicio. La medicina prepagada es 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. El seguro por el contrario es un contrato por el cual una parte (empresa de seguros) se obliga, mediante una prima, a indemnizar las pérdidas o los que puedan sobrevenir a la otra parte (el asegurado) en casos determinados, fortuitos o de fuerza mayor. Son elementos típicos del contrato de seguro, el interés del asegurado con el bien objeto del seguro, el riesgo asegurado y el daño que al verificarse da lugar al pago de la indemnización.

Las empresas de medicina prepagada que tienen clínicas, cuentan con estructuras para proveer servicios de salud, en consecuencia, atienden emergencias y consultas, así como también practican exámenes de laboratorio y cirugías. Por su parte, las empresas de seguros fundamentalmente cumplen con sus obligaciones no sólo a través del reembolso sino mediante el otorgamiento de cartas avales a centros de salud con los cuales tienen convenios. La diferencia fundamental entre ambas es que la primera ofrece un servicio de salud, bien sea que lo haga directa o indirectamente. Las aseguradoras, por el contrario, se centran en asumir el riesgo y obligarse a la cobertura del gasto.

2. Marco regulatorio de las Empresas de Medicina Prepagada en Venezuela

Como la mayoría de las instituciones del derecho mercantil, las empresas de medicina prepagada surgieron sin una regulación específica y posteriormente, el legislador se ha visto en la necesidad de regularlas. A finales del siglo pasado estas compañías comenzaron a constituirse sin ningún tipo de trámite, requisitos o regulación. Alegaban que no eran compañías de seguros y que, en consecuencia, no estaban sujetas al control del órgano de supervisión de la actividad aseguradora. A la par, señalaban que no le eran aplicable las normas que regían para el contrato de seguros.

La derogada Ley del Contrato de Seguro, específicamente en su artículo 1, señalaba entre sus Disposiciones Fundamentales el objeto de dicha Ley, el cual consistía en regular el contrato de seguro en sus diferentes modalidades y en este sentido se aplicaba dicho cuerpo normativo de manera supletoria a aquellos contratos en los que se cobrara una cantidad de dinero sujeto a la ocurrencia de un riesgo, mientras no se legislaran expresamente, por lo tanto es fundamental hacer referencia a que, mientras no se dictara esa Ley especial, la Ley del Contrato de Seguro se aplicaba a los servicios prepagados²¹.

Por otro lado, los artículos 1, 2 y 3 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora (2015) incluye a las empresas de medicina prepagada como sujetos regulados por la Ley, tal como se evidencia en los referidos artículos de dicho texto normativo, los cuales disponen lo siguiente:

El artículo 1 consagra el objeto y ámbito de aplicación de la Ley. El objetivo consiste en el control, vigilancia, supervisión, autorización, regulación y funcionamiento de la actividad aseguradora, a fin de garantizar

los procesos de transformación socioeconómico que promueve el Estado, en tutela del interés general representado por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los contratos de seguros, de reaseguros, los contratantes de los servicios de medicina prepagada y de los asociados de las cooperativas que realicen actividad aseguradora de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional.

En cuanto al ámbito de aplicación del Decreto Ley, éste se aplicará a toda la actividad aseguradora desarrollada en Venezuela o materializada en el extranjero, que tenga relación con riesgos o personas situados en ésta, realizada por los sujetos regulados, definidos en el Decreto Ley, y por todas aquellas personas naturales o jurídicas que desarrollen operaciones y negocios jurídicos calificados como actividad aseguradora, de prestadores de servicio de medicina prepagada, así como a las personas que representan el interés general objeto de dicho marco normativo.

El artículo 2 del referido Decreto, define lo que se entiende por actividad aseguradora. La actividad aseguradora es toda relación u operación relativa o conexas al contrato de seguro al de reaseguro o al contrato de administración de riesgos, en los términos establecidos en las normas que regulen la materia. De igual manera, forman parte de la actividad aseguradora la intermediación, la inspección de riesgos, el peritaje avaluador, el ajuste de pérdidas, los servicios de medicina prepagada, las fianzas y el financiamiento de primas o cuotas y el fideicomiso relacionado con la materia de seguros. A tenor de este artículo puede evidenciarse que la medicina prepagada se encuentra incluida dentro del sistema de seguros.

El artículo 3 señala de manera taxativa cuáles son los sujetos regulados por la Ley, previa autorización por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, estos sujetos son los siguientes: las empresas de seguros, las asociaciones cooperativas que realizan actividad aseguradora,

las empresas de medicina prepagada, las empresas de reaseguros, las empresas financiadoras de primas o cuotas, las empresas administradoras de riesgos, los intermediarios de la actividad aseguradora, los auditores externos, los actuarios independientes, los inspectores de riesgos, los peritos evaluadores, los ajustadores de pérdidas, que realicen operaciones de seguro, administración de riesgos y las oficinas de representación o sucursales de empresas de reaseguros extranjeras, así como las sucursales de corretaje de reaseguros del exterior ²².

²¹ Ley del Contrato de Seguro, Gaceta Oficial N° 5.553, Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001, Art. 1.

²² Decreto Ley de la Actividad Aseguradora, Gaceta Oficial N° 6.211, Extraordinario de fecha 30 de diciembre 2015, Arts. 1, 2 y 3.

3. Medicina Prepagada

De acuerdo con el artículo cuarto, numeral 16 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora (Decreto N° 2.178 del año 2015), la medicina prepagada se define como un servicio médico-asistencial prestado en forma directa o indirecta, pagado periódica o totalmente por anticipado por el usuario.

El término prepagado, hace referencia al convenimiento y/o pago previo que se hace a un grupo de profesionales de la salud integrados en una estructura biomédica, que incluye todos los recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud.

Según las definiciones anteriores, se concluye que la medicina prepagada es el sistema mediante el cual una empresa presta directa o indirectamente un servicio médico a sus contratantes, los cuales a su vez se obligan al pago periódico de una suma de dinero, como contraprestación a eventuales servicios prestados por la empresa.

La cobertura asistencial de la medicina prepagada se puede dividir en dos grandes sectores: el primero de ellos, formado por los llamados planes de cobertura total, en los cuales el paciente no realiza ninguna erogación adicional por su asistencia, y otro constituido por los planes de cobertura parcial en los que determinadas prestaciones estarán limitadas, excluidas o se debe realizar una erogación adicional por ciertos servicios.

La realización del acto médico se hará a través de los llamados sistemas cerrados cuando el mismo se cumple a través de una determinada nómina de profesionales y/o instituciones asistenciales; o bien a través del sistema abierto en el cual el afiliado tiene la libertad de elección de su médico y/o institución asistencial, en este último sistema la empresa se convierte en un intermediario entre el contratante y la clínica o centro hospitalario.

Los sistemas de atención médica prepagada, que en la actualidad se conocen en Estados Unidos por las siglas HMO, aparecen por primera vez en el noroeste del país al comienzo del siglo XX. Se iniciaron cuando un médico en la ciudad de Tacoma, Washington, fundó la Clínica Western y otros dos médicos le hicieron la competencia con la creación de la Compañía Bridge.

El Plan de Salud es una central coordinadora y administrativa, no lucrativa, dirigida por un director no médico. Sus funciones incluyen la captación de nuevos afiliados, el cobro de cuotas al comienzo de cada mes, la contratación con los entes que prestan los servicios y la supervisión de la calidad de las prestaciones. A diferencia de una compañía de seguros, este plan se responsabiliza por la financiación y provisión de los servicios. El Plan de Salud contrata con un Grupo Médico la provisión de todos los servicios profesionales, y con uno o más hospitales la provisión de aquellos servicios que pertenecen estrictamente al hospital²³.

De acuerdo con las Normas para regular operaciones de las empresas de medicina prepagada, establecidas en la Providencia N° 326 de fecha 2 de febrero de 2011, emanadas de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, se señalan las distintas modalidades para la prestación del servicio médico. El artículo 4 de dicha normativa consagra las formas directa e indirecta. La directa se realiza por las propias empresas de medicina prepagada, a través de sus propios recursos, personal técnico y profesional mientras que la indirecta se lleva a cabo por medio de centros médicos y profesionales adscritos con los cuales se celebren contratos civiles de prestación de servicios de salud, o también mediante ambas modalidades. Excepcionalmente, cuando el servicio no pueda brindarse bajo las formas descritas, el contratante o usuario elegirá el centro médico y profesional de salud, previa referencia de la empresa de medicina prepagada.

²³ Gutiérrez, C., Molina, C.G., Wullner, A. (2006). Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Caracas: IESA.

Las Empresas de Medicina Prepagada

Tal como se mencionó anteriormente, las empresas de medicina prepagada al ser sujetos regulados por el Decreto Ley de la Actividad Aseguradora, están sometidas en su constitución, funcionamiento y extinción a normas prácticamente iguales a las aplicables a las empresas de seguros y de reaseguros:

1. Las empresas de medicina prepagada son sociedades anónimas de objeto único, capital mínimo, número mínimo de accionistas y acciones nominativas de una misma clase que han de ser constituidas mediante el sistema de promoción previsto en la Ley.
2. Están obligadas a obtener autorización de promoción, autorización para la publicidad, autorización para su funcionamiento y autorización para el uso de contratos, folletos, documentos y recibos.
3. Deben constituir garantía a favor de la Nación, a pagar la contribución especial destinada a financiar el funcionamiento de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, y a pagar el aporte anual al Fondo del Sistema Público de Salud.
4. Deben constituir reservas técnicas, mantener patrimonio propio no comprometido y cumplir con las reglas de margen de solvencia.
5. Pueden reasegurar la cartera de los contratos de servicios que celebren.
6. Están sujetas a la intervención y liquidación administrativa prevista en la Ley para las empresas de seguros y reaseguros y excluidas de la quiebra y del beneficio de atraso ²⁴.

²⁴ MORLES, Alfredo: *Derecho de Seguros*, 1era. Edición, Caracas. Universidad Católica Andrés Bello, 2013. p. 251-252.

Por otro lado, en cuanto a las diferencias de las empresas de medicina prepagada con las empresas de seguros, la autora Kimlen Chang señala las siguientes:

1. En primer lugar existen planes de medicina prepaga que difieren de la cuota a pagar dependiendo de la edad o el sexo del contratante de este servicio, sin embargo existen seguros en donde no se hace tal discriminación.
2. Las empresas de medicina prepagada cubren también la prevención de enfermedades mientras que las pólizas no.

Ahora bien, después de analizar las semejanzas y diferencias de las empresas de medicina prepagada con las empresas de seguros, se concluye que el nuevo Decreto Ley de la Actividad Aseguradora del año 2015 considera a las empresas de medicina prepagada como un tipo distinto de empresa con respecto a las aseguradoras, sin embargo la normativa administrativa aplicable para ambos tipos de servicio será la establecida en esa misma Ley, por tanto deben aplicarse las mismas reglas. La medicina prepagada se define como un servicio médico asistencial prestado en forma directa o indirecta, pagado periódica o totalmente por anticipado por el usuario y es considerada parte de la actividad aseguradora a tenor del artículo 2 del referido Decreto.

4. Naturaleza Jurídica de los Servicios de Medicina Prepagada

Uno de los aspectos fundamentales que se estudia al analizar cualquier contrato es su naturaleza jurídica. Con ello se refiere la doctrina al análisis de la institución jurídica a que se refiere, comparándola con instituciones jurídicas preexistentes. En el caso que nos ocupa, la principal discusión que ha existido es si este contrato es o no un contrato de seguros.

Para determinar la naturaleza de este tipo de contrato, es necesario partir de un análisis de sus elementos esenciales, es decir, aquellos indispensables para su existencia y validez. De acuerdo con la teoría general del contrato, son elementos esenciales el objeto, la causa, el consentimiento y la capacidad.

En cuanto al objeto del contrato, éste debe reunir las características de ser lícito (no contrario al ordenamiento jurídico), posible (susceptible de ser realizado materialmente), determinado o determinable (que su contenido se encuentre perfectamente establecido y delimitado, o bien existan medios a través de los cuales pueda llegar a determinarse).

La mayoría de los autores consideran que el objeto del contrato no sería más que estudiar el objeto de la obligación y referirse a la noción de objeto del contrato sería poco técnico e impreciso, siguiendo esta posición, es necesario estudiar el objeto de las obligaciones que surgen del contrato de medicina prepagada, así como el estudio del objeto de las prestaciones de dichas obligaciones.

El objeto de la obligación de la empresa aseguradora es la cobertura del riesgo, el cual se define como el grado de probabilidad existente de que el siniestro llegue a ocurrir, y una vez ocurrido éste, se hace exigible una obligación consistente en el pago de la indemnización o de la prestación debida. No puede olvidarse que en el sector asegurador venezolano se han

implementado modalidades de asistencia médica directa, en la cual la aseguradora se obliga a la prestación del servicio médico ²⁵.

La doctrina ha señalado que el riesgo es el objeto del contrato de seguros y se define como aquel suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado, del beneficiario, del usuario o afiliado, cuya materialización da origen a la obligación indemnizar. Tal como se evidencia en la normativa, el hecho que constituye el riesgo debe ser probable y determinado en el contrato. Es probable a razón de que tiene que haber incertidumbre, la cual debe ser objetiva, es decir, el hecho debe ser físicamente posible de ocurrir.

Ahora bien, en el caso de los seguros de salud el riesgo será complejo siempre, pues consiste en la enfermedad y el gasto médico por lo que ambos deben darse en cualquier póliza.

En el contrato de medicina prepagada el objeto de la obligación de la empresa es una obligación de hacer, la prestación del servicio médico, que como se ha indicado supra se reduce o está ligado, en definitiva, a la cobertura de un riesgo, que consiste en la posibilidad de que el afiliado requiera o no, durante la vigencia de contrato, la prestación del servicio médico. Sin embargo, en cuanto a este punto el autor Rafael Badell sostiene la inexistencia del riesgo en los contratos de medicina prepagada en el sentido de que en este tipo de relación contractual los servicios son prestados por expresa voluntad del usuario, sin que sea necesario que éste se encuentre enfermo o al menos indispuesto, pues basta que lo desee potestativa y voluntariamente con fines eminentemente preventivos para que se le preste el servicio requerido.

²⁵ Sánchez, C. (2011). *Guía práctica del Contrato de Seguro*, S.L. Madrid: Grupo editorial el Derecho y Quantor.

En atención a la aseveración que hace el citado autor, pareciera que no hay fundamento alguno para alegar que en las empresas de medicina prepagada no existe riesgo pues el contratante no puede decidir cuándo obtener el servicio y cuándo no, si se tiene en cuenta que ningún plan o programa de salud podría sostener un tipo de contrato en el que se le da una puerta abierta para que el contratante use o gaste tanto como quiera.

Disintiendo entonces del autor citado, consideramos que si bien en el contrato de medicina prepagada el objeto es la prestación, directa o indirecta del servicio médico, éste está asociado al riesgo, que es la necesidad del servicio médico, la cual puede o no ocurrir. Esa necesidad del acto médico a su vez se encuentra afectada por dos elementos, la enfermedad y el gasto, porque ambos deben existir para que el contrato surta sus efectos.

En cuanto al elemento causa del contrato, se puede definir como la finalidad que han perseguido las partes al contratar, la cual debe ser lícita. En el contrato de medicina prepagada la causa o finalidad perseguida por el contratante es obtener la prestación de una actividad, que consiste en la prestación de la asistencia hospitalaria por parte de entidades distintas a las empresas de medicina prepagada; por otra parte la causa del contrato para la empresa es la obtención de un lucro (representado por un porcentaje del monto que paga por adelantado el afiliado) como consecuencia de la actividad desplegada por ella.

El interés ha sido considerado como la causa de los contratos de seguros, el cual debe existir en el momento en que se contrate y subsistir junto con el contrato. Para el asegurador el interés consiste en la realización de un negocio lucrativo, encontrándose que tanto en el contrato de seguro como en el de medicina prepagada la causa es igual tanto para la empresa de seguros como para la de medicina prepagada, la obtención de un lucro (es necesario observar que la finalidad de obtener un lucro no es exclusiva del contrato de seguro, ya que se presenta en gran variedad de contratos).

Tanto en el contrato de seguro como el de medicina prepagada, el interés para el tomador es el de precaverse de un riesgo, en definitiva las actividades que realizan tanto las empresas de seguro como las de medicina prepagada se asimilan, en el sentido de que ambas tienden a garantizarle al contratante la prestación del servicio médico ²⁶. La anterior afirmación sería más precisa si señalamos que lo que se protege es la erogación que se tendría que hacer en el caso de ser necesario el acto médico.

Según lo expresado anteriormente, se evidencia que los contratos de medicina prepagada y los contratos de seguro presentan similitudes ya que en ambos casos se manejan los mismos elementos esenciales de todo contrato, los cuales son: 1) el consentimiento o manifestación de voluntad del tomador, asegurado, beneficiario o usuario de suscribir el contrato de seguro o de medicina prepagada, el cual debe ser válidamente manifestado, libre de vicios como error, dolo o violencia; 2) el objeto, que debe ser lícito, posible de ocurrir y determinado, siendo las obligaciones de ambas partes contratantes similares en ambos casos, pues la empresa de seguro o empresa de medicina prepagada asume la responsabilidad de riesgos ajenos, es decir, de indemnizar o pagar cierta cantidad de dinero por la materialización del riesgo cubierto por un contrato.

En tercer lugar tenemos, la causa o finalidad, la cual, en ambos contratos, es evitar el impacto del gasto como consecuencia de un acto médico. Sin embargo esto se obtiene de manera diferente, en unos casos, mediante la prestación de un servicio de asistencia médica y hospitalaria a cambio del pago de una prima o de cantidades periódicas convenidas, como ocurre en la medicina prepagada, o bien mediante el reembolso del gasto, que es lo que sucede en el seguro de salud. Para la empresa contratante, en ambas situaciones se genera un fin lucrativo y provecho económico.

²⁶ Ven Economía. Disponible en: [www.veneconomía.com]. Fecha de consulta: 21 de abril 2015

Ahora bien, en cuanto a las características de ambos contratos, tanto el contrato de seguro como el de medicina prepagada se caracterizan por su bilateralidad, es decir, se establecen claramente desde el inicio del mismo, obligaciones para ambas partes; para las empresas se establece una obligación de hacer, frente al contratante, que consiste en la realización de una actividad orientada a garantizar la prestación del servicio médico (actividad que consiste en la contratación del centro hospitalario).

En el mismo orden de ideas comparten ambos contratos el ser mercantiles, al ser actividades comerciales de prestación de servicios con ánimo de lucro y son además onerosos, cada parte busca un provecho por un equivalente; de ejecución sucesiva, porque las obligaciones no se cumplen en un mismo momento. Estas características serán analizadas posteriormente con mayor detalle.

Indudablemente nacen en la empresa una serie de obligaciones, ya no frente al contratante, sino con los entes que prestan el servicio médico-hospitalario, tratándose en este caso de una obligación de dar consistente en el pago de una cantidad de dinero como contraprestación del servicio prestado. Es evidente que la obligación de la empresa de medicina prepagada frente al contratante se encuentra sometida a una condición o evento futuro, como lo es el hecho de que el afiliado requiera o no de la atención médica.

En lo que concierne a las obligaciones del contratante o afiliado, se encuentra el pago de una cierta cantidad de dinero como prestación adelantada del servicio que le será prestado a futuro por la empresa de medicina prepagada. Esta obligación se podría asimilar a la prima, ya que lo que debe pagar el afiliado durante la vigencia del contrato, equivale al servicio que debe garantizar la empresa de medicina prepagada, existiendo la posibilidad de que durante la vigencia del contrato no sea necesario la utilización de tal servicio, sin que exista la obligación por parte de la empresa

de restituir parte del pago, lo cual evidencia que en definitiva la verdadera obligación de tales empresas más que prestar el servicio, es correr con el riesgo de que el mismo sea exigido por el contratante.

En conclusión, la actividad realizada por las empresas de medicina prepagada es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de salud, antes de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M.), con lo cual puede reducirse a una actividad propia del mercado asegurador y no de una verdadera medicina prepagada, en vista de que cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella se encuentra²⁷. Es importante destacar que las empresas de medicina prepagada no realizan actividades distintas de las empresas de seguros por cuanto ambos tipos de empresas cubren los mismos riesgos, en ambas el asegurado ve satisfechas sus necesidades de cobertura de los gastos en que debe incurrir como consecuencia de sus enfermedades.

En los términos de la legislación venezolana, la actividad de medicina prepagada tendría naturaleza aseguradora, toda vez que una parte (la empresa de medicina prepagada) se obliga a prestar el servicio a la otra mediante el pago de los gastos médicos que se ocasionen o perjuicios que pueden sobrevenir (esos gastos médicos, hospitalización, cirugía y maternidad), por caso fortuito o de fuerza mayor (en efecto sólo se pagan los gastos médicos que puedan existir con posterioridad a la celebración del contrato, no se cubren enfermedades preexistentes).

²⁷ Rodríguez, G. (2011). Ley del Contrato de Seguro y de la Actividad Aseguradora Comentadas. 1ª Edición, Caracas, Ediciones Paredes

Adicionalmente, el contrato de medicina prepagada para hospitalización, cirugía y maternidad, presenta una serie de estipulaciones comunes a la póliza de seguro del riesgo en comento:

1. El objeto directo o indirecto es cubrir los gastos incurridos como consecuencia de una enfermedad o accidente.
2. Los beneficios ofrecidos generalmente son: hospitalización (bajo este beneficio se indemnizan los posibles gastos de internación en una institución médica, incluyendo alojamiento o habitación, alimentos, cuidados del personal paramédico, uso de salas de operaciones, anestesia, oxígeno, transfusiones de sangre, radiografías, exámenes de laboratorio, medicinas y material de cura, diagnósticos especiales y servicios especiales), quirúrgicos (bajo este beneficio se indemnizan los posibles gastos de las diferentes intervenciones quirúrgicas), maternidad (se indemnizan los gastos como consecuencia del parto incluyendo cesárea y curetaje por aborto terapéutico).
3. Se establece una serie de exclusiones y plazos de espera, debido a la exigencia de que la pérdida sea la consecuencia de una contingencia eventual o de un hecho imprevisto, que es la característica principal de un contrato de seguro, es decir, ser aleatorio, (que debe existir incertidumbre en cuanto a la pérdida), de otro modo no habría riesgo; las pólizas del seguro de salud incluyen dentro de sus estipulaciones cláusulas de exclusión de enfermedades (preexistentes y congénitas entre otras) y de plazos de espera.

Asimismo, se encuentra otras similitudes con las condiciones de las pólizas de seguro, tales como la anulación anticipada, la vigencia, las cláusulas de renovación, el domicilio legal y la designación de beneficiarios, entre otras. El contrato de medicina prepagada tiene muchas de las características de un contrato de seguro.

Es preciso destacar que las empresas de medicina prepagada utilizan tarifas basadas en estadísticas y estas tarifas deben estar calculadas por actuarios, lo cual trae como consecuencia que las mismas se obtengan en forma muy semejante a las empleadas por las compañías de seguros.

En síntesis de lo precedentemente expuesto, las empresas que suministran servicios de medicina prepagada, deben ser sometidas al control del Estado como una institución económico-social, dado que constituye un elemento de fondo que caracteriza al contrato en comento que el correcto funcionamiento del sistema de prepago descansa en la compensación y neutralización de los riesgos mediante la distribución de la carga económica entre un número significativo de personas sometidas a los mismos riesgos.

Esto es, la atención médica, en cualquiera de sus modalidades, implica la transferencia a una persona jurídica de las consecuencias dañosas para la hipótesis de realización del hecho mediante la agrupación de una multitud de afiliados que contribuirán proporcionalmente con cada uno de sus aporte al mantenimiento de un fondo común.

En resumen, la medicina prepagada funciona como una mutualidad que se materializa en una asociación de hecho de personas, en una comunidad de riesgos y en la contribución a un fondo, a fin de aminorar los efectos patrimoniales que ocasiona la atención médico-asistencial. Es importante hacer referencia que la medicina prepagada cobra siempre una cantidad aunque sea residual.

Como consecuencia, las empresas de medicina prepagada administran una fuerte masa de capital constituida por los aportes percibidos por cada contrato celebrado. Es preciso que dichos fondos, que tienen como propósito el resarcimiento o reparación de un daño o el cumplimiento de una prestación convenida si ocurre el suceso, no sean desviados del fin específico a que están destinados, de allí que el Estado deba supervisar dicha actividad en consideración a la protección que requiere la mutualidad, todo ello con el objeto de que se garantice a los beneficiarios el debido

cumplimiento de las obligaciones contraídas por la empresa, que se concreta en el pago de la indemnización correspondiente mediante una adecuada y pronta liquidación.

En ello consiste la razón esencial que justifica la vigilancia estatal de la vida de quienes desarrollan actividad calificada como aseguradora, desde la aprobación para operar hasta su disolución; de manera que el control de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora debe regir la actividad de las empresas de seguros así como también aquellas que se dediquen a la medicina prepagada y esto se justifica ya que se debe garantizar el debido cumplimiento de ambas empresas a las obligaciones contraídas, de manera que la protección de los contratantes y beneficiarios constituye una de las razones esenciales de la vigilancia del Estado.

En efecto, se trata de que dichas compañías cumplan una serie de obligaciones con relación a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a fin de que pueda verificarse su capacidad patrimonial para atender los compromisos adquiridos. Así se tiene, en el caso de las aseguradoras que éstas deben observar una serie de requisitos como son:

Adoptar la forma de sociedad anónima, con no menos de cinco accionistas, una junta administradora con no menos de cinco miembros, disponer de un capital social suscrito mínimo, de acuerdo con el o los ramos en que operen, enterar en caja en dinero en efectivo para la constitución de la empresa por lo menos el 50% del capital mínimo exigido, que al menos dos de los accionistas promotores y dos de los administradores estatutarios estén relacionados con la actividad aseguradora.

Igualmente deben constituir y mantener las reservas técnicas y para prestaciones y siniestros pendientes de pago y llevar la contabilidad de acuerdo con las normas establecidas al efecto. Toda esta normativa que regula la actividad aseguradora no es posible aplicarla a las sociedades mercantiles que no se encuentren autorizadas para actuar como empresas de seguros.

Por lo tanto, no existe manera de verificar que los recursos que se constituyan con los aportes de los contratantes no sean desviados por dichas empresas de la función específica de la satisfacción de los compromisos adquiridos con sus contratantes y en consecuencia puedan atender las reclamaciones de indemnización que se presenten. De manera que resulta necesario que las empresas que se dedican a la actividad aseguradora se encuentren sometidas al control, supervisión, inspección y vigilancia por parte de la Superintendencia de Seguros.

5. Contratos de Medicina Prepagada

En primer lugar, es importante referir la definición legal de contrato establecida en el Código Civil Venezolano vigente, en su artículo 1133, el cual consagra que es una convención entre dos o más personas para constituir, reglar, transmitir, modificar o extinguir entre ellas un vínculo jurídico.

Según Maduro Luyando, el contrato constituye una especie de convención puesto que involucra el concurso de voluntades de dos o más personas conjugadas para la realización de un determinado efecto jurídico; que puede consistir en la creación, regulación, transmisión, modificación o extinción de un vínculo jurídico de naturaleza patrimonial.

Todo contrato es un acuerdo de voluntades, por ello a los contratos de medicina prepagada le son aplicables las normas del Código Civil especialmente aquella que obliga a las partes ligadas por el contrato a ejecutarlo atendiendo a los postulados de buena fe. Estos contratos son ley para los contratantes que por él se obligan.

El contrato de medicina prepagada se caracteriza por ser consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, principal y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil. Es consensual pues se requiere el consentimiento de las partes; es bilateral porque obliga a ambas partes contratantes; oneroso al producirse ventajas o provecho económico para una de las partes; es principal por no depender de la existencia de un contrato previo y por último es de tracto o ejecución sucesiva pues se consuma en el tiempo.

Además, como se indicó en el desarrollo del presente Capítulo, los elementos esenciales del contrato de medicina prepagada son el acuerdo de

voluntades de las partes contratantes (consentimiento), el objeto que es la prestación del servicio, asociado al riesgo de enfermedad al cual está expuesto el usuario, el cual debe estar cubierto en las cláusulas del contrato y la causa o finalidad del mismo, que viene siendo el interés asegurable.

También, el contrato de medicina prepagada al ser oneroso y en el que una de las partes intervinientes es una empresa (comerciante), es un contrato mercantil y pertenece a la categoría de los actos objetivos de comercio, tal y como lo establece el Código de Comercio Venezolano en su artículo 2, ordinal 12 señalando que serán actos objetivos de comercio los seguros terrestres, mutuos o a prima, contra las pérdidas y sobre las vidas.

Esta afirmación se entiende realizando una interpretación analógica entre el contrato de seguro y de medicina prepagada, el cual hoy en día es un contrato nominado y distinto al contrato de seguros. No obstante, incluso para quienes sostengan que no encuentran el contrato de medicina prepagada en la enumeración del artículo 2 de nuestra ley de comercio general, las empresas que ofrecen este contrato deben ser sociedades anónimas, como se sabe, comerciantes por su forma, por lo cual sus actos serán siempre mercantiles según lo estipulado en el artículo 3 del Código de Comercio, que, como se sabe, regula los actos subjetivos.

Ahora bien, de acuerdo con el autor López Cabana, el sistema de medicina prepagada puede definirse como aquel en virtud del cual una parte llamada empresa de medicina prepagada, contrata con terceros la prestación de un contrato de derecho comercial, es decir una empresa prestadora de servicios médicos contrata con terceros quienes son los adherentes al sistema, los cuales se comprometen a su vez al abono de un canon periódico.

Según esta definición, el contrato de medicina prepagada es un contrato comercial por el cual una empresa prestadora de servicios médicos contrata con particulares la prestación de dichos servicios, a cambio del pago de un precio cierto, en forma periódica y por adelantado. Dicho contrato es centrado necesariamente en el sistema de medicina prepaga que lo sustenta.

Para Titelman, los usuarios de este servicio determinan los grados de cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado individual o para el afiliado y su grupo familiar. En cuanto a las obligaciones de ambas partes, el citado autor señala que el contrato de medicina prepagada es un contrato particular entre el usuario y la entidad prestadora del servicio, en el cual el primero se obliga a la cancelación de una suma periódica o precio y la segunda a la atención médica incluida en un plan de salud preestablecido y consignado en el contrato.

En Venezuela, el contrato de medicina prepagada está considerado como de adhesión y las cláusulas del respectivo contrato han debido ser aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Laguado señala que en un contrato de adhesión las cláusulas se definen exclusivamente por una de las partes contratantes. Para Aguiar Guevara, el contrato de adhesión es aquel previamente determinado por uno sólo de los contratantes quien predispone su contenido y el adherente tiene tan solo la posibilidad de aceptarlo o rechazarlo. En este tipo de contratos intervienen grandes empresas, como puede verse también en los contratos bancarios. Por su parte, Hugo Mármol señala que los contratos de adhesión implican la satisfacción de una necesidad pública, la existencia de un documento pre redactado y el mantenimiento de una oferta a persona indeterminada.

Los contratos de medicina prepagada tienen por objeto exclusivo la prestación del servicio de salud, por ello involucran la inspección y vigilancia por parte del Estado. En la ejecución del contrato no solo entran en juego intereses de tipo económico dado que en él están comprometidos derechos constitucionales como la salud, integridad personal y en especial la vida humana.

Igualmente los contratos en comento son hoy en día contratos nominados al haber sido regulados expresamente por las Normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora. Un contrato es nominado al estar previsto y tipificado en la ley.

6. Principales Empresas de Medicina Prepagada en Venezuela

El concepto prepago, ampliamente utilizado en el sector de telecomunicaciones, ha sido exitosamente probado en materia de salud en países como España, Colombia y Chile, para citar tan sólo algunos ejemplos. Como su nombre lo indica, quien se afilia a una compañía de medicina prepagada, paga una cuota mensual a cambio de lo cual recibe servicios de salud, cuando éstos son requeridos, que van desde una simple consulta médica preventiva hasta procedimientos quirúrgicos, atención de maternidad y hospitalización, de acuerdo con el plan y la compañía con la que se haya suscrito.

Las compañías han optado por diseñar planes de acuerdo con las necesidades particulares de sus usuarios, especialmente cuando se trata de contratos colectivos dirigidos a empresas, en donde las tarifas varían según el número de afiliados y tienen algunos incentivos particulares.

A pesar de las diferencias que se pueden apreciar entre las compañías, la esencia de la medicina prepagada, y lo que la distingue de las pólizas de salud ofrecidas por compañías aseguradoras es que no maneja términos como riesgo, indemnización, daño o prima y, fundamentalmente, se centra en las ventajas de la medicina preventiva garantizándole a sus afiliados el acceso a consultas médicas, exámenes y tratamientos.

En la actualidad, hay alternativas para cualquier disponibilidad económica de los venezolanos. Entre las empresas de medicina prepagada en Venezuela, las más importantes y consideradas con mayor credibilidad en este mercado, son Sanitas de Venezuela, Rescarven y Cruzsalud, las cuales ofrecen a los usuarios y a sus clientes diferentes tipos de planes y servicios. Los venezolanos tienen a su disposición un surtido abanico de opciones al momento de seleccionar una compañía de medicina prepagada que les

permita cuidar de su salud y enfrentar alguna enfermedad con cierto nivel de tranquilidad, económica, por lo menos.

Se podría decir que Sanitas Venezuela, compañía privada venezolana que forma parte de la Organización Sanitas Internacional, es pionera en medicina prepagada en Venezuela desde 1997, año en que ingresó al mercado. Rescarven, que se inició con el servicio de ambulancias hace 20 años ha ido introduciendo nuevos servicios y aunque no se denomina a sí misma como compañía de medicina prepagada, maneja ciertos conceptos similares. Por su parte, Cruzsalud ha comenzado actividades con el objetivo de convertirse en un sistema privado de salud popular para personas de bajos recursos.

La compra de bonos o vales para pagar los servicios brindados por los profesionales y por las instituciones afiliadas, los trámites para solicitar autorizaciones para la realización de ciertos procedimientos especializados y las restricciones a escoger a los especialistas entre los médicos adscritos a las compañías, son tal vez los aspectos que los usuarios consideran menos llamativos al momento de vincularse a una compañía de medicina prepagada.

Por su parte, la no existencia de topes por costo de tratamientos y días de hospitalización y la tranquilidad de recibir la atención necesaria sin desembolsar dinero son las principales ventajas.

Sanitas Venezuela ofrece a sus más de 156.000 afiliados un plan integral de salud con protección ilimitada, sin tope de gastos médicos y sin límite de edad. Bajo un contrato individual, familiar o colectivo los usuarios pueden acceder a consultas médicas, exámenes de diagnóstico, hospitalización, maternidad y cirugía, así como rehabilitación y terapias. Por cada acto médico que requiera, el usuario debe pagarle al médico o a la institución que lo asista un bono, cuyo costo actual es incalculable. Sanitas Venezuela cuenta con más de 200 instituciones adscritas en alrededor de 20 ciudades del país donde está presente.

Los usuarios de Sanitas Venezuela tienen a su disposición una línea de atención al cliente durante las 24 horas del día donde se les brinda asistencia en caso de emergencia, dudas e inquietudes. Igualmente cuentan con unidades móviles de atención domiciliaria. Las cirugías programadas, así como ciertos exámenes especializados deben ser previamente autorizados por la compañía, en un proceso que puede llevar hasta 72 horas, en donde, previa consulta con el médico tratante, se expide un volante de autorización que el usuario debe presentar al momento de ser atendido ²⁸.

De acuerdo con el portal web corporativo de la Organización Sanitas Internacional, Sanitas de Venezuela ingresó al mercado venezolano con el respaldo de este organismo, fundado en España en 1954. En la actualidad Sanitas es la compañía líder en cuanto a clientes de seguros privados de asistencia médica y salud en España con 1706 millones de socios ²⁹.

Según datos obtenidos en la publicación emanada del Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA) referente a la empresa Cruzsalud, el autor Horacio Viana señala que la compañía privada de medicina prepagada Cruzsalud se lanzó al mercado como la opción dirigida a 82% de la población venezolana que no cuenta con seguridad en materia de salud distinta a la que le ofrece el Estado. Con un capital inicial pagado de 3.000 millones de Bs y una sede de más de 3.000 metros cuadrados en la zona industrial Lebrún de Petare, Cruzsalud tuvo como meta afiliar a más de 300.000 personas en los primeros cinco años y demostrar que sí es posible ofrecer servicios médicos de calidad a las clases menos favorecidas.

Conscientes de las necesidades en materia de salud en dichos sectores, la compañía contrató la realización de un estudio de campo para consultarle a la población de los estratos C, D y E de Caracas sobre lo que les gustaría recibir y cuánto podían pagar para contar con algún tipo de seguridad en materia de salud. Con base en dicha experiencia, Cruzsalud se lanzó al mercado con tres planes: Cruzsalud Kit, Cruzsalud Cuídame y Cruzsalud

Total, con los que aspira dar respuesta a las necesidades de este sector de la población.

Los planes de afiliación contemplan diversos servicios disponibles, entre los que figuran: atención y asesoría médica ilimitada las 24 horas de día los 365 días del año y, cuando lo amerite, atención médica domiciliaria; servicios de ambulancia para emergencias y el suministro de insumos para la atención médica o quirúrgica, así como de materiales requeridos para emergencias y hospitalización.

Según el estudio constatado por Cruzsalud, la población sí confía en los servicios que ofrece el Estado a través de sus instituciones de atención y no tiene reparos en acudir al hospital o ambulatorio más cercano, no obstante la falta de insumos y materiales para realizar los procedimientos requeridos fue señalada como el principal problema que enfrentan cuando van a este tipo de entidades ³⁰.

Por otro lado, la organización Rescarven cuenta con tres clínicas propias y cuatro edificios de consultorios en Caracas ofreciendo una gran variedad de planes de salud de tipo individual y colectivo. Según datos obtenidos en la página web de este organismo, Rescarven está conformado por las empresas Ambulancias Rescarven, Planes de Salud Clínicas Rescarven, Convida, Farmacias Rescarven, Consultorios Médicos Rescarven, Ópticas Rescarven y Clínicas Rescarven contando en la actualidad con más de 115.000 afiliados ³¹.

Además del tradicional servicio de ambulancias donde cada persona paga un valor mensual por su afiliación y gracias al cual puede acudir a cualquiera de los consultorios de Rescarven. Los servicios a que tienen derecho los afiliados a este plan son: atención médica domiciliaria las 24 horas del día, asesoría médica telefónica, servicio de óptica, laboratorio, radiografía, ultrasonido, mamografía y ecografías al costo, descuentos de hasta 45% en Farmacias Rescarven y atención odontológica. Desde el primer día de

afiliación el plan cubrirá los tratamientos e intervenciones quirúrgicas que requieran o no de hospitalización por lesiones físicas que deriven de accidentes. Las cirugías y tratamientos ambulatorios que requieran o no hospitalización tendrán 30% de descuento a partir del primer día del quinto mes.

El tratamiento de enfermedades crónicas tendrían el mismo descuento a partir del décimo tercer mes de afiliación. Las clínicas Rescarven ubicadas en El Paraíso y Santa Cecilia cuentan con más de 100 camas y están equipadas para prestar servicio de emergencia, hospitalización, cirugía, maternidad y terapia intensiva. Desde 2005 se inauguró una tercera clínica en Chuao, con la que la organización aspiraba seguir creciendo en este segmento de atención que le permite tener un mayor control sobre los costos y la calidad del servicio.

Rescarven cuenta con casi 500 profesionales de planta para atender a sus afiliados. Una central telefónica le asigna la cita al usuario y el médico recibe el valor de la consulta que se cobra por la misma. Adicionalmente los afiliados a cualquiera de los planes Rescarven cuentan con la atención de un médico de guardia para contestar las dudas e inquietudes.

Sanitas Venezuela, Cruzsalud o Rescarven son sólo algunas de las opciones existentes en el mercado de la salud. Hay quienes no cambian las pólizas de salud, otros que han descubierto las bondades del prepago y quienes todavía dependen de los servicios públicos que ofrece el Estado.

²⁸ Disponible en: [<http://www.veneconomía.com>]. Fecha de consulta: 21 de abril 2015.

²⁹ Disponible en: [<http://corporativo.sanitas.es/>]. Fecha de consulta: 17 de octubre 2016.

³⁰ González, A. y Viana H. (2010) Informe Analítico Caso Cruzsalud. IESA

³¹ Disponible en: [www.rescarven.com]. Fecha de consulta: 21 de agosto de 2016.

CAPÍTULO III: EL DERECHO A LA SALUD DE TODA PERSONA CONSAGRADO COMO PRINCIPIO CONSTITUCIONAL

1. El Derecho a la Protección de la Salud en la Constitución de Venezuela de 1999

De acuerdo con los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la salud es un derecho social fundamental, y es obligación del Estado garantizarlo como parte del derecho a la vida. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la gestoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

En ese sentido, la Exposición de Motivos de la Constitución Nacional, señala que se garantiza para todos la seguridad social, la cual debe responder a los conceptos de solidaridad, universalidad, participación y eficiencia. La salud asociada indisolublemente a la calidad de vida y al desarrollo humano, constituye un derecho social fundamental que el Estado garantiza a partir de un sistema sanitario de servicios gratuitos, definido como único, universal, descentralizado y participativo.

En la actualidad, a través de diversos mecanismos legales promulgados por el legislador, se ha institucionalizado la concepción del reparto de competencias entre los niveles político-territoriales menores y sobre todo, a las comunidades y grupos vecinales, como requisito indispensable para la prestación eficaz de los servicios públicos, en el nuevo orden constitucional venezolano y para la puesta en práctica de la Democracia Participativa, se han encontrado serios obstáculos de orden estrictamente jurídico entorpecerían la realización de dicho propósito.

Según la opinión de Morles Hernández, la atribución que tiene el Ejecutivo de fijar la oportunidad en que deben ocurrir las transferencias de poder, podría desencadenar un proceso tardío, como el que devino de una Ley Orgánica de Descentralización, promulgada 38 años después de la vigencia de la Constitución de 1961. Hoy en día, las competencias de los consejos comunales en lo relativo a seguridad social y derecho a la salud son casi nulas ³².

La seguridad social prevista en una ley orgánica especial, es regulada como un servicio público no lucrativo, de carácter universal, integral, eficiente, de financiamiento solidario, unitario, participativo y de contribuciones directas e indirectas.

La seguridad social es un derecho humano y social fundamental e irrenunciable garantizado por el Estado a todos los venezolanos residentes en el territorio de la República y a los extranjeros residenciados legalmente en él, independientemente de su capacidad contributiva, condición social, actividad laboral, medio de desenvolvimiento, salarios, ingresos y renta, tal como lo establece el artículo 4 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

El servicio de salud se consagra constitucionalmente como integrado al sistema de seguridad social (como un subsistema) y se concibe como gratuito y universal, lo que no guarda relación alguna con el sistema de seguridad social que se establece para los afiliados o asegurados. El servicio de salud tiene esas características, pero siempre que esté fuera del sistema de seguridad social ³³.

La Constitución establece que las cotizaciones obligatorias de los trabajadores, integrarán junto con los recursos fiscales y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley, el financiamiento del sistema público de salud; sin embargo, no se contempla la distribución de la atención del

sistema de seguridad social a niveles públicos menores o las comunidades organizadas; antes bien se define al mismo, como unitario ³⁴.

Por su parte, el Plan Nacional de Salud establece los Objetivos, Políticas, Proyectos y Medidas consideradas estratégicas para alinear la gestión del Estado venezolano orientada a garantizar el derecho a la salud para el período 2009- 2013-2018, de acuerdo con los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Bajo la conducción y liderazgo del Ministerio del Poder Popular para la Salud, como Rector del Sistema Público Nacional de Salud, el plan articula en forma coordinada los aportes del conjunto del Estado y los órganos del Poder Popular en la producción social, preservación y recuperación de la salud para defender y la constitucionalidad del Derecho a la salud.

Estos planes han sido formulados con los aportes de 22 Ministerios, bajo el liderazgo conjunto del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (MPPPD), y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para lo que se ha designado como uno de los elementos vitales en el alcance de la suprema felicidad social. Así, una de las estrategias planteadas con respecto a la orientación de la Suprema Felicidad Social, consiste en: Profundizar la atención integral en salud de forma universal, para la cual se plantean los siguientes objetivos:

³² Morles, A. (2010) *Curso de Derecho Mercantil. Introducción. La Empresa. El Empresario*, 10a. edición, Caracas. Universidad Católica Andrés Bello.

³³ Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, Gaceta Oficial N° 37.600 de fecha 30 de diciembre 2002, Art. 8

³⁴ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 5.453 de fecha 24 marzo 2000, Art. 86

- Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita.
- Reducir la tasa de mortalidad materno–neonatal y post-neonatal en niños de uno a cinco años.
- Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica.
- Incrementar la prevención de accidentes y hechos violentos.
- Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y rehabilitación de la población afectada.

2. La Constitución como Norma Jurídica Fundamental

La Constitución Nacional establece en su primer título, el cual está referido a los principios fundamentales, la organización jurídico-política que adopta la nación como un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social, y, en general la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo, en procura del bienestar de los venezolanos para que todos puedan desarrollar libremente su personalidad, dirigir su destino y disfrutar de los derechos humanos, económicos, culturales, sociales, entre otros; de esta manera incorpora una cláusula general de Estado de Derecho, la cual se desarrolla a lo largo del entramado constitucional.

En las disposiciones fundamentales se establecen los principios de supremacía y el carácter normativo de la Constitución, al disponer en su artículo 7 que la Constitución es la norma suprema y el fundamento del ordenamiento jurídico, dichos principios constituyen el fundamento de los sistemas constitucionales, piedra angular de la democracia y de la justicia constitucional.

García De Enterría, en su libro *La Constitución como Norma Jurídica y el Tribunal Constitucional* sostiene lo siguiente: “...*Se entiende por Constitución (...)*

1°. Establecer un orden político determinado, definido en su estructura básica y en su función;

2°. Pero, a la vez, en esa estructura ha de participar de manera predominante, sino exclusiva, el propio pueblo, de modo que los ejercitantes del poder serán agentes y servidores del pueblo y no sus propietarios, y, por su parte, esas funciones han de definirse como limitadas, especialmente por la concreción de zonas exentas al poder, reservadas a la autonomía privada (libertades y derechos fundamentales) ³⁵.

Del anterior planteamiento se desprende que el texto constitucional es la expresión de la autodeterminación del pueblo, el cual comprende el principio de la limitación del poder y del establecimiento de zonas exentas del poder de manera congruente para alcanzar los fines del Estado. En ese sentido, García De Enterría ha expresado que ese axioma limitativo del poder y de definición de zonas exentas del poder o de libertad individual constituye, a su vez, un principio esencial del constitucionalismo, en virtud de ser la libertad consustancial con la idea misma del poder y el concepto de un poder absoluto o ilimitado es intrínsecamente contradictorio, dado que nadie puede estar sometido completamente a otro semejante sin que niegue su propia esencia humana.

Para Manuel Aragón Reyes³⁶ la Constitución, por una parte, posee una vocación transformadora del orden social y, por la otra, la Constitución no sólo suele ser el reflejo de un orden ya que también es un instrumento para intentar legitimarlo, y que a veces este segundo cometido prevalece sobre el primero, añadiendo que esas consideraciones no sirven más que para confirmar la importancia política que el concepto de Constitución tiene, no sólo para quienes la elaboran, o para los beneficiarios del orden en cuestión, sino también para toda la comunidad a la que está destinada.

³⁵ GARCÍA DE ENTERRÍA, Eduardo: *La Constitución como Norma Jurídica y el Tribunal Constitucional*. Editorial Civitas, S.A., Madrid, 1994, p. 44-45.

³⁶ ARAGÓN REYES, Manuel: *Constitución y Control del Poder. Introducción a una Teoría Constitucional del Control*. Bogotá. Universidad Externado de Colombia, 1999. p. 86-87.

La Constitución es un instrumento jurídico cuya finalidad esencial es garantizar los derechos fundamentales que aseguren el libre desenvolvimiento de todos los ciudadanos en cualquier ámbito, y que, a la vez, le permitan su participación en el funcionamiento y en el control del sistema político. Es esa característica de legitimación del Poder Público, mediante la consagración de las normas atributivas de competencias a los órganos de éste, la que da esa importancia de ser la Norma Jurídica Fundamental, sobre la que descansa el ordenamiento jurídico, por lo cual es el derecho constitucional, el que informa e irradia al resto del sistema jurídico de los principios fundamentales.

Ahora bien, lo expresado en el punto de este capítulo permite concluir que la Constitución Nacional es la norma suprema sobre la cual se derivan las demás leyes de la República, por lo cual ninguna disposición legal puede contrariar lo establecido en la misma. Un Tratado nunca puede estar por encima de la Constitución. En el cuerpo normativo de la Carta Fundamental se reconocen los derechos humanos y es obligación del Estado venezolano velar por su cumplimiento y protección. Cabe destacar que toda Ley aprobada en Venezuela, así como cualquier actuación por parte de los diferentes organismos del Estado, debe ser respetada y acorde con los principios establecidos en las normas internacionales de protección de derechos humanos.

En el presente trabajo de investigación se hace mayor énfasis en el derecho a la salud el cual forma parte de los derechos sociales y es inherente a la cualidad del ser humano, por lo que resulta necesario el estudio de nuestra norma suprema así como también los principios constitucionales establecidos en la misma para así poder entender el origen de este derecho.

3. Principios Constitucionales

Según la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, publicada el 24 de marzo del año 2000, el Título III se refiere a los derechos humanos y garantías, y específicamente en el primer capítulo que trata de las disposiciones generales, su artículo 19 señala lo siguiente:

Artículo 19:

“El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público, de conformidad con esta Constitución, con los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la República y con las leyes que los desarrollen.”

El derecho a la igualdad: es de gran importancia resaltar la protección que el ordenamiento jurídico venezolano otorga con relación a este derecho, el cual está consagrado como principio constitucional en el artículo 21, numeral 2° de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, estableciendo lo siguiente:

Artículo 21:

“Todas las personas son iguales ante la ley; en consecuencia:

No se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, la condición social o aquellas que, en general, tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades de toda persona ³⁷.”

³⁷ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 5.453 de fecha 24 marzo 2000, Art. 21

Es fundamental que el Estado Venezolano garantice un derecho pleno a la igualdad de todos sus habitantes, ya que de lograrse efectivamente esta igualdad no existiría espacio para que exista alguna discriminación entre individuos que se encuentran en una condición especial, como es el caso de las personas de edad avanzada las cuales en la mayoría de los casos no pueden valerse por sí mismos y son más vulnerables en verse afectados en sus derechos con relación al individuo de edad promedio.

Es obligación del Estado garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida. El derecho a la salud está consagrado como derecho constitucional en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, los cuales establecen lo siguiente:

Artículo 83:

“La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.

Artículo 84:

“Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.”

Artículo 85:

“El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.

Según el artículo 156, numeral 32 de la Carta Magna fundamental, es competencia del Poder Público Nacional la legislación en materia de seguros. El artículo 129 de la Ley de la Actividad Aseguradora en su numeral segundo consagra que son derechos de los tomadores, los asegurados o los

beneficiarios de los seguros y los contratantes de planes o servicios de salud de Medicina Prepagada, los siguientes:

3. Acceder al sistema asegurador sin ningún tipo de discriminación.

4. Principios establecidos en Tratados Internacionales: El artículo 23 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, consagra que los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas por esta Constitución y en las leyes de la República, y son de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del Poder Público.

Entre los Pactos Internacionales que reconocen y protegen el derecho a la salud que tiene toda persona, Venezuela ha suscrito el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado el 24 de junio de 1969 y ratificado el 10 de mayo de 1978. Dicho Tratado señala en su artículo 12 que los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

La Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece los siguientes estándares para el derecho a la salud:

Disponibilidad: Los Estados deben crear toda la infraestructura de salud necesaria en todo su territorio. Esta infraestructura debe contar con agua, electricidad, personal capacitado y todos los medicamentos necesarios.

Accesibilidad: La infraestructura y los servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación. Esto incluye: 1) Accesibilidad física. Los centros de salud deben estar ubicados cerca de todas las comunidades. 2) Accesibilidad económica. Todas las personas deben tener acceso al nivel más alto posible de servicios de salud independientemente de sus ingresos. 3) Las personas también deben tener acceso a información pertinente sobre los problemas de la salud.

Aceptabilidad: La infraestructura de salud debe estar de acuerdo con la cultura y las prácticas de las comunidades a las que atiende.

Calidad: La infraestructura de salud debe ser científica y médicamente apropiada, contando con todos los equipos y el personal necesario, y con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas ³⁸.

³⁸ Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Disponible en: www.escrnet.org/docs/i/427013]. Fecha de consulta: 15 de abril 2015.

De acuerdo con lo expuesto en el presente Capítulo, se puede concluir que en Venezuela la salud está consagrada como derecho constitucional y como tal es un derecho humano fundamental, por esta razón el Estado no puede negar el acceso a este derecho a ninguno de sus ciudadanos, independientemente de su raza, sexo, religión, clase social o cualquier otra condición. Los derechos humanos son inherentes a todos los individuos sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles pues el avance de uno facilita el avance de los demás, de la misma manera, la privación de un derecho afecta negativamente a los demás.

Los derechos humanos universales están contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados y otras fuentes del derecho internacional. Los Estados que suscriben dichos Convenios se comprometen a respetar y proteger los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que deben abstenerse de interferir o limitar el disfrute de estos derechos mientras que el deber de protegerlos exige que impidan los abusos contra individuos y grupos.

El derecho a la salud forma parte de los derechos económicos, sociales y culturales. Estos derechos tienen como objetivo fundamental garantizar el bienestar económico, el acceso al trabajo, a la educación y a la cultura, de tal forma que asegure el desarrollo de los seres humanos y de los pueblos. Son derechos colectivos, es decir benefician a todos los grupos de seres humanos y no a uno en particular. Es deber del Estado garantizar estos derechos a través de una equitativa distribución de los recursos públicos en beneficio de todos los habitantes.

El derecho a la salud exige a los Estados el contar, entre otros elementos con una infraestructura suficiente para garantizarlo. Durante décadas en Venezuela no ha sido cumplida esa obligación estatal y es ello lo que explica que las pólizas de salud se hayan creado como un mecanismo para permitir a la ciudadanía el acceso a este derecho tan sagrado, por parte de prestadores de servicios médicos privados.

Se reconoce que es posible argumentar que en Venezuela existe un sistema de salud público con casi ningún costo para los pacientes y que las pólizas son un beneficio adicional, un artículo si se quiere de lujo o accesorio. Si ello es así el Estado y los particulares pueden refugiarse en el argumento de que el derecho a la salud ya se encuentra suficientemente protegido.

Tal consideración es inconsistente con el hecho de que una parte considerable de las pólizas colectivas de este tipo sean suscritas precisamente por entes públicos para sus trabajadores.

Hoy en día si bien hay una infraestructura pública para atender ciertas necesidades de la población, lo cierto es que la misma no ofrece grandes garantías de protección, por falta de centros médicos, equipos, médicos, suministros o medicinas, a tal punto que la póliza de salud y los contratos de medicina pregada se constituyen en el instrumento que otorga seguridad del servicio médico a los habitantes.

CAPÍTULO IV: CONSECUENCIAS JURÍDICAS QUE SE DERIVAN DE LOS LÍMITES POR RAZÓN DE EDAD EN LA COBERTURA DE LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA EN VENEZUELA

1. Régimen Jurídico aplicable a las Empresas de Medicina Prepagada:

En primer lugar, antes de analizar si existen consecuencias jurídicas que se derivan de los límites por razón de edad, en la cobertura de las pólizas de seguro de Hospitalización y Cirugía de las Empresas de Medicina Prepagada en Venezuela, se debe hacer mención expresa del marco jurídico que rige la actividad de estas empresas. En Venezuela, a lo largo de la historia se han promulgado diversas legislaciones en materia de seguros. El 17 de Julio de 1935, se promulga la primera Ley denominada Ley de Inspección y Vigilancia de las Empresas de Seguros. Dicha Ley, permitió regular, controlar, fiscalizar y registrar, a través de un proceso de inscripción, a las empresas de seguros, teniendo vigencia durante tres años solamente.

El 18 de Julio de 1938, se implanta la Ley de Inspección y Vigilancia de las Empresas de Seguro, este Proyecto estuvo a cargo del antiguo Ministerio de Fomento, siendo realizado, su respectivo Reglamento, el 15 de abril de 1939, es decir un año después. El 9 de Julio de 1965 es publicada la Ley de Empresas de Seguro y Reaseguro, la cual provee las regulaciones y controles necesarios para ejercer la actividad aseguradora, requerida sobre todo por la crisis de los avales que atravesaba la industria venezolana a principios de los años sesenta. Esta Ley, también permitió la actualización de la legalización de los seguros a la realidad del país.

Posteriormente se sanciona un Decreto-Ley de Empresas de Seguro y Reaseguro publicado en la Gaceta Oficial N° 1763 de fecha 8 de agosto de 1975, el cual derogó la Ley anterior. El 23 de diciembre de 1994 se publica una nueva Ley de Empresas de Seguro y Reaseguro, reimpresa el 8 de marzo de 1995, la cual fue producto de reformar y reimprimir en un solo texto el decreto-ley publicado el 22 de mayo de 1975 y reimpresso el 8 de agosto de 1975. En su versión reformada, se trató de una ley propiamente dicha, por oposición a un Decreto-Ley ³⁹.

El 12 de noviembre de 2001, se publica en la Gaceta Oficial N° 5.553 Extraordinario la Ley del Contrato de Seguro y en agosto del año 2002, el TSJ suspende la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, hasta que el 29 de julio del 2010 se promulga la Ley de la Actividad Aseguradora, reimpresa por error material el 5 de agosto de 2010.

Durante el período comprendido entre los años 2001 y 2015, la actividad aseguradora se regulaba por las referidas normativas y es hasta el 30 de diciembre del 2015 que se publica el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora mediante Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.211, el cual deroga la regulación anterior.

Con este Decreto, el Ejecutivo Nacional trata de recoger un ordenamiento jurídico sólido, que no ofreciera debilidades jurídicas o administrativas y que garantice el crecimiento armónico y solvente del sector asegurador en beneficio del asegurado, público en general, sus actores y el Estado, otorgando la preeminencia a la participación del débil jurídico como lo son los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados mediante la creación de la figura del Defensor de los mismos, en busca del equilibrio entre los actores del sector asegurador. El citado Decreto del año 2015 consagra en su artículo 129 que el ministro con competencia en materia de finanzas autorizará la creación de las dependencias de la

Superintendencia de la Actividad Aseguradora a quien corresponde ejercer la defensa de los derechos en beneficio de estas personas.

Esta Ley, se ajusta a la Ley Orgánica del Sistema Financiero, aprobada el 23 de marzo del año 2010, la cual regula, supervisa, controla y coordina todo el sector financiero del país, es decir; a los bancos, al sector asegurador y al mercado de valores, siendo uno de sus principales objetivos orientar el uso y la inversión de los recursos del sistema financiero venezolano en el interés público, a fin de constituir un Estado social de derecho y de justicia.

Dentro de la normativa que reglamenta la actividad aseguradora en Venezuela, es importante mencionar las Normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, emanadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° 900661, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973 de fecha 24 de agosto de 2016. Dichas Normas contienen un Capítulo referido al contrato de medicina prepagada. En los artículos 136 y siguientes se señala la definición y alcance del contrato de medicina prepagada, el objeto y la causa del mismo, así como también las partes contratantes.

A las empresas de medicina prepagada se les deben aplicar las normas establecidas en la Póliza de Seguro de Salud Individual, según la Providencia N° 3856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316, emanada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora así como también las normas referentes a los seguros y planes solidarios comprendidas en el Decreto-Ley de la Actividad Aseguradora del año 2015, cuya regulación se desarrollará en otro punto del presente Capítulo.

³⁹ BORJAS, Leopoldo: *Historia y Desarrollo del Seguro en Venezuela*. Universidad Central de Venezuela. Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, N° 77. Caracas.

2. El Contrato de Medicina Prepagada: Hoy seguro de salud.

La póliza de salud y los contratos de medicina prepagada en la práctica se confunden con el régimen de seguridad social que para el sector salud utilizan los estados. En Venezuela, hasta las recientemente promulgadas leyes de seguridad social, que incluyen la Ley Orgánica de Seguridad Social, la Ley que Regula el Subsistema de Pensiones y la Ley que Regula el Subsistema de Salud, cuando se hacía referencia al mecanismo por el cual la República cumplía con su obligación de hacer efectivo el derecho de los venezolanos a la salud se hacía referencia a los seguros sociales, dando la idea de un sistema de seguros de derecho público y que en otros países implica una confusión aún más con las pólizas a que hacemos referencia por cuanto en dichos países sus sistemas de seguridad pública se denominan como “seguros de enfermedad”.

El Capítulo IV de la derogada Ley del Contrato de Seguro (2001), regulaba lo referente al seguro de Hospitalización y Cirugía. La definición legal de seguro de Hospitalización y Cirugía se señalaba en el artículo 113, el cual consagraba que este seguro era aquel mediante el cual la empresa de seguros se obligaba a asumir, dentro de los límites de la ley y de la póliza, los riesgos de incurrir en gastos derivados de las alteraciones a la salud del asegurado ⁴⁰.

El seguro al cual se refiere la anterior descripción es un seguro de enfermedad y asistencia hospitalaria. Los seguros podrían cubrir todos o sólo algunos de los gastos en que incurriera el asegurado con motivo de la asistencia médica, de acuerdo con los términos definidos en la póliza. Según ello, se puede evidenciar que el reembolso de los gastos y la asistencia sanitaria debían estar establecidos en la póliza.

El seguro de enfermedad ha sido definido como aquél en cuya virtud, en caso de enfermedad del asegurado, se le entrega la indemnización prevista en la póliza. A su vez el seguro de asistencia sanitaria se define en

el Diccionario de Seguros Mapfre como “aquel que cubre el riesgo de enfermedad o accidente del asegurado, proporcionándole servicios médicos y quirúrgicos, farmacéuticos e internamiento en clínicas o centros médicos, dentro de las especialidades y con los límites que figuren en la póliza”.

Las recientes normas aprobadas definen el seguro de salud como aquel en virtud del cual la empresa de seguros asume los riesgos de incurrir en gastos derivados de las alteraciones a la salud del asegurado. La aseguradora se obliga a indemnizar los gastos en que éste incurra con motivo de la asistencia médica, a través del reembolso de los gastos o mediante la prestación del servicio de salud que éste requiera por medio de un profesional de la medicina o de una institución hospitalaria.

Dichas normas también definen el contrato de medicina prepagada en su artículo 136, el cual dispone que es aquel en el que una empresa de medicina prepagada o asociación cooperativa que realiza la actividad aseguradora se compromete con una persona natural, denominada usuario o afiliado, a gestionar la atención médica y la prestación, directa o indirecta de servicios médicos-asistenciales relacionados con la atención y tratamiento de su salud mediante el cobro periódico por anticipado de una cuota, previamente establecida y pagada por el contratante.

Luego de analizar estas definiciones legales, se concluye que la diferencia que existe entre el seguro de salud y el contrato de medicina prepagada es que en el seguro de salud, la aseguradora asume los riesgos y gastos por la suscripción del seguro, por lo cual se obliga a indemnizar al asegurado los gastos en que éste incurra, por el contrario en el contrato de medicina prepagada, la empresa simplemente ofrece atención médica en virtud del servicio que presta a cambio del cobro por anticipado de cuotas previamente establecidas, es decir no indemniza al asegurado.

Hoy en día, la crisis que enfrenta Venezuela en cuanto al sistema de seguridad social, en particular al subsistema de salud (llamado Seguro Social

Obligatorio), le ha dado un gran auge a estos contratos, los cuales se han convertido en un instrumento de previsión casi indispensable de la clase media y en uno de los ramos más importantes de explotación del negocio de seguros.

En cuanto a la cobertura, el artículo 114 de la Ley del Contrato de Seguros supra citada, señalaba que los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad podían cubrir todos o sólo algunos de los gastos enunciados y que dichos seguros se obligaban a indemnizar al asegurado los gastos en que éste incurriese con motivo de la asistencia médica. La empresa podía indemnizar mediante el reembolso de los gastos en que el asegurado hubiera incurrido o mediante la prestación del servicio de salud que éste requiriese a través de un profesional de la medicina o de un centro médico asistencial.

A partir de los artículos 115 al 118, la derogada Ley del Contrato de Seguro, regulaba los plazos de espera, su preexistencia, indisputabilidad, anulación, renovación y el régimen aplicable. En cuanto a los plazos de espera, la Ley establecía que el contrato de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad no podía prever estos plazos por períodos superiores a los de su vigencia. Se entendía como plazo de espera aquel período, dentro de la vigencia de la cobertura durante el cual la empresa de seguros no cubría determinados riesgos establecidos en el contrato.

Por otro lado, la enfermedad preexistente era aquella que podía comprobarse siendo adquirida con anterioridad a la fecha de la celebración del contrato de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad y conocida por el tomador, asegurado o beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubrían las enfermedades preexistentes. Además, la norma respectiva señalaba que la empresa de seguro debía probar que una determinada enfermedad era preexistente si así lo alegaba. El asegurado estaba obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le

requería la empresa de seguro a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se consideraba que la enfermedad no era preexistente.

Con relación a la indisputabilidad, anulación y renovación del contrato, la Ley establecía que transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato de hospitalización, cirugía y maternidad, la empresa de seguro no podía alegar como causal de rechazo la preexistencia, ni podía anular o negarse a renovar, siempre que el tomador o el asegurado pagara la prima. No obstante, desde el inicio del contrato las partes podían establecer que ciertas enfermedades no estaban cubiertas, siempre que hubiera sido mediante acuerdo debidamente firmado por los contratantes. Según lo establecido en este artículo, puede evidenciarse que la intención del legislador era evitar que a los adultos mayores no se les renovaran las pólizas de seguro de hospitalización y cirugía o que se las anularan.

Por último, en cuanto al régimen aplicable se establecía que los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad se regulaban en lo atinente a la indemnización conforme a lo dispuesto para el seguro de daños y respecto del seguro de accidentes, en cuanto sean compatibles con este tipo de seguro.

La anterior normativa debe compararse con lo establecido expresamente en las Normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, publicadas mediante Providencia Administrativa N° 00661 en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973 del 24 de agosto de 2016 ya que de acuerdo con el artículo 152 las Normas del Seguro de Salud se aplican subsidiariamente. Dicho artículo señala que las disposiciones establecidas en las referidas Normas para el contrato de seguro son aplicables al contrato de medicina prepagada en lo que corresponda.

Los seguros de salud, cuentan con coberturas opcionales como maternidad, gastos funerarios, servicios odontológicos, oftalmológicos,

dermatológicos, entre otros. Antes de suscribir un contrato, toda persona debe conocer la cobertura de este tipo de seguro, en qué situaciones o patologías lo ampara, cuánto debe pagar, entre otras cosas ⁴¹.

En muchas empresas aseguradoras, las pólizas anteriormente denominadas de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) cubren el básico de salud que es hospitalización y cirugía más las coberturas opcionales dentro de las cuales se encuentra la maternidad. Con relación a la cobertura de maternidad, la Póliza Única Individual de Salud asegura a toda persona de sexo femenino cuya edad no exceda de cincuenta (50) años.

Según información obtenida en el periódico digital Mercado de Dinero Venezuela, para Seguros Ávila “esta cobertura opcional de maternidad no se le puede ofrecer como cobertura obligatoria a quien no reúna los requisitos para encajar dentro de la maternidad, como por ejemplo ser menor de edad o pasar de 48 años”.

Se le llama opcional porque aún si la persona está en edad fértil, decide si la desea tomar. Otras coberturas opcionales son el llamado combo, es decir, cobertura de gastos funerarios, accidentes personales, servicio odontológico, oftalmológico, dermatológico; ambulancia con atención domiciliaria y medicina preventiva.

Hay compañías que reciben a personas desde 60 a 65 años pero con ciertas limitantes como por ejemplo la suma asegurada, ya que por ser de la tercera edad los riesgos aumentan y no se les puede ofrecer altas sumas. Además, existen planes que no pueden brindarse a estas personas, tal es el caso de la maternidad, sin embargo al ser un servicio ofrecido en combo, bajaría la suma asegurada para el adulto mayor. El costo de una póliza de

salud o prima anual total depende porque hay variaciones de una empresa a otra, de la suma asegurada y del tipo de servicio que ofrece.

Según datos publicados en la prensa virtual Mercado de Dinero Venezuela, existen otras empresas que establecen como suma asegurada 700.000 Bs pero dependiendo de la edad de la persona así será la prima anual total. Por ejemplo puede tratarse con una persona de 58 años que tome una póliza de salud con una suma asegurada de 300.000 Bs y que puede pagar 10.000 Bs mensuales o más. La prima anual total va a en función de la suma asegurada y de la edad de la persona, también de los servicios que ofrezca la empresa aseguradora.

En el país, las pólizas de HCM se pueden adquirir de forma financiada, algunas compañías especializadas otorgan financiamiento después de que esté emitida la póliza. Hay empresas que al cotizar dan financiamiento pero no con carácter de contrato de financiamiento sino como propuesta para que la persona tenga una referencia de cuántas cuotas tiene que pagar y cuánto de inicial ⁴².

⁴⁰ Ley del Contrato de Seguro, Gaceta Oficial N° 5.553, Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001.

⁴¹ RODRÍGUEZ DE BELLO, Gladys: Ley del Contrato de Seguro y de la Actividad Aseguradora Comentadas. 1ª Edición, Caracas, Ediciones Paredes, 2011.

⁴² Disponible en: [www.mercadodedinerove.com/Seguros/7464-que-cubre-la-poliza]. Fecha de consulta: 13 diciembre 2015.

3. El Riesgo en el Contrato de Medicina Prepagada:

En primer lugar para comprender este punto es importante definir el riesgo. Para Garrido y Comas el riesgo puede entenderse como una situación de hecho concreta, referida a un momento presente o futuro dado, relativa a personas o cosas y considerada desde el punto de vista de que, dada tal situación, exista un grado determinado de probabilidades de que se produzca el acontecimiento previsto. Para este autor, el objeto del contrato de seguro es transferir al patrimonio del asegurador esta posibilidad, es decir, el riesgo, mediante un convenio por virtud del cual dicho asegurador responderá, dentro de ciertos límites, de las consecuencias que puedan derivarse de la actualización del riesgo, o dicho en otros términos, de su conversión de un hecho posible en un hecho cierto. De igual forma expresa este autor que el riesgo debe cumplir con ciertos requisitos a saber:

- a) El riesgo debe referirse a un suceso futuro, que ha de ser incierto para ambas partes, por lo menos en lo que respecta al momento en que tendrá lugar dicho suceso.
- b) Independiente de la voluntad del asegurado en lo que concierne a su realización.
- c) No referirse a hechos delictivos o prohibidos por la ley, por oponerse a su asunción los principios generales del derecho de obligaciones y ordenar así las normas de orden público.
- d) Tratarse de hechos respecto de los cuales exista una experiencia estadística que permita conocer a priori el grado de posibilidad relativa de su realización.
- e) Ser un riesgo posible, ya que de ser imposible su realización, no existiría el riesgo, y el contrato carecería de objeto, siendo por tanto nulo.

Para Efréen Ossa el riesgo es un suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.

Según Le Boulengé el riesgo en el seguro significa la probabilidad de un evento, dañoso o no, futuro e incierto, cuya realización, que no puede depender exclusivamente de la voluntad de las partes, obligará al asegurador a pagar total o parcialmente, la suma prevista en el contrato ⁴³.

Mármol define el riesgo como el grado de probabilidad de que el siniestro ocurra. Para este autor no hay riesgo sin siniestro ni siniestro sin riesgo. Así, siniestro es simplemente el hecho que ocasiona la exigibilidad del pago garantizado por el asegurador. Es pues un acontecimiento futuro, incierto al menos en cuanto al tiempo, no exclusivamente dependiente de la voluntad del beneficiario, cuya realización implica la exigibilidad de la prestación prometida por el asegurador. Para Mármol las características del riesgo son las siguientes:

1. **Posible:** todo riesgo deberá ser posible, esto quiere decir que no hay riesgo si el evento no puede ocurrir de ninguna manera, pues de ser así las posibilidades de su realización serán inexistentes, iguales a cero. En general, no puede hablarse de riesgo cuando éste no existe al tiempo de celebración del contrato o cuando el hecho que se temía ya ocurrió. En tales casos, habrá nulidad absoluta del contrato de seguro.
2. **Lícito:** todos los riesgos, en cuanto a tales, son lícitos. Las posibilidades matemáticas nunca pueden estar contra la legalidad. Por ejemplo sería ilícito el riesgo que trate de amparar daños derivados del propio hecho intencional.
3. **Determinado:** tal determinación del riesgo será indicada por las partes en el contrato y si éstas nada disponen será suplida por la Ley.

Según el Diccionario Mapfre de Seguros a los caracteres esenciales del riesgo se añaden los siguientes:

- **Incierto o aleatorio:** sobre el riesgo ha de haber una relativa incertidumbre, pues el conocimiento de su existencia real haría desaparecer la aleatoriedad, principio básico del seguro. Ahora bien, esa incertidumbre no sólo se materializa de la forma normal en que generalmente es considerada (ocurrirá o no ocurrirá), sino que en algunas ocasiones se conoce con certeza que ocurrirá, pero se ignora cuándo.
- **Posible:** ha de existir posibilidad de riesgo; es decir, el siniestro cuyo acaecimiento se protege con la póliza debe poder suceder. Tal posibilidad o probabilidad tiene dos limitaciones extremas: de un lado, la frecuencia; de otro, la imposibilidad.
- **Concreto:** el riesgo ha de ser analizado y valorado por la aseguradora en dos aspectos, cualitativo y cuantitativo, antes de proceder a asumirlo. Sólo de esa forma la entidad podrá decidir sobre la conveniencia o no de su aceptación y, en caso afirmativo, fijar la prima adecuada. Una designación ambigua del riesgo que pretende asegurarse, una inconcreción de sus características, naturaleza, situación, etc., imposibilitan el estudio y análisis previos a la aceptación del mismo. Igualmente, no puede garantizarse un riesgo cuya valoración cuantitativa escape de todo criterio objetivo basado en la experiencia o en unos cálculos actuariales que determinen, al menos con aproximación, la prima que habría de establecerse.

- **Lícito:** el riesgo que se asegure no ha de ir, según se establece en la legislación de todos los países, contra las reglas morales o de orden ni en perjuicio de terceros, pues de ser así, la póliza que lo protegiese sería nula automáticamente. Este principio de la licitud tiene, sin embargo, dos excepciones aparentes, materializadas en el seguro de vida, en el que se puede cubrir el riesgo de muerte por suicidio (circunstancia que lesiona el principio de orden público) y en el seguro de responsabilidad civil, en donde pueden garantizarse los daños causados a terceros cometidos por imprudencia (aspecto legalmente sancionado por el ordenamiento penal de cualquier país).

- **Fortuito:** el riesgo debe provenir de un acto o acontecimiento ajeno a la voluntad humana de producirlo. No obstante, es indemnizable el siniestro producido a consecuencia de actos realizados por un tercero, ajeno al vínculo contractual que une a la entidad y al asegurado, aunque en tal caso la aseguradora se reserva el derecho de ejercitar las acciones pertinentes contra el responsable de los daños (principio de subrogación), como también es indemnizable el siniestro causado intencionadamente por cualquier persona, incluido el propio contratante o asegurado, siempre que los daños se hayan producido con ocasión de fuerza mayor o para evitar otros más graves.

- **Contenido económico:** la realización del riesgo ha de producir una necesidad económica que se satisface con la indemnización correspondiente ⁴⁴.

Por otro lado, en cuanto a las clases de riesgo, Mármol hace la siguiente clasificación. Como el riesgo es una probabilidad matemática deducida por vía estadística, puede ser clasificado en base a los datos dados por la propia estadística en riesgos constantes y riesgos variables. Son

riesgos constantes aquellos en los cuales el grado de probabilidad permanece invariable por la fuerza misma de los hechos, mientras no se modifique el sustrato técnico que fue tomado en cuenta para la elaboración de los cálculos. Un ejemplo de riesgo constante sería el incendio de una casa.

Riesgo variable es en cambio, aquel que por la fuerza misma de las cosas se modifica día por día y de manera apreciable, año por año. Es el clásico caso del seguro de vida en caso de muerte en el cual cada año que pasa habiendo envejecido más el asegurado, es más probable su muerte y, consecuentemente es mayor el riesgo del siniestro.

La importancia de esta clasificación radica en el cálculo de la prima. En el riesgo constante la prima tiene un monto uniforme a diferencia del riesgo variable en el que cada año es mayor debido al aumento del riesgo ⁴⁵.

Según el artículo 4, numeral 20 del Decreto Ley de la Actividad Aseguradora (Decreto N° 2.178), el riesgo se define como aquel suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado, del beneficiario, del usuario o afiliado, cuya materialización da origen a la obligación de indemnizar ⁴⁶.

⁴³ RODRÍGUEZ, Gladys. Observaciones sobre el Contrato de Seguro. Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, N° 76. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1988.

⁴⁴ Diccionario Mapfre de Seguros. Documento en línea. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/wdiccionario/terminos/vertermino.shtml?r/riesgo.htm>. Fecha de consulta: 20 de agosto 2016.

⁴⁵ MARMOL MARQUIS, Hugo: *Fundamentos del Seguro Terrestre*. 2da edición. Caracas. Universidad Católica Andrés Bello, 1.980, p.192.

⁴⁶ Decreto Ley de la Actividad Aseguradora, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.211 Extraordinario de fecha 30 de diciembre de 2015.

Evidentemente, a efectos del contrato de salud lo primero que debe determinarse es qué se considera riesgo. Es obvio que si consideramos que el riesgo es el grado de probabilidad de que el hecho que da lugar a la prestación se materialice, sabiendo que dicho hecho es el gasto médico, dado que es éste y no otra cosa lo que hace surgir en cabeza del asegurador una responsabilidad, no quedaría más que especificar que el riesgo existe en la medida en que dicho gasto pueda producirse, siendo determinante para ello que se produzca una enfermedad. Se hace necesario entonces una patología, de los tipos descritos en la póliza.

Como vimos en el desarrollo de la presente investigación, se ha señalado que el riesgo en las pólizas de salud suscritas para las personas de la tercera edad por parte de las empresas de medicina prepagada en Venezuela, será complejo ya que éste está conformado por la enfermedad y el gasto médico pues debido a la edad, los adultos mayores serán más propensos a padecer enfermedades y por tanto mayor será la prima a pagar. Este aspecto es fundamental para comprender cómo la edad del asegurado influye incrementando el riesgo, pues a mayor edad se incrementa la probabilidad de que ocurra el siniestro.

Para fundamentar esta afirmación es necesario señalar los conceptos de edad y enfermedad.

La edad: de acuerdo con la Póliza Única, la edad es aquella que corresponde a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la póliza ⁴⁷.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), la edad “es el tiempo que ha vivido una persona” mientras que la tercera edad es “el

período avanzado de la vida de las personas en el que normalmente disminuye la actividad laboral⁴⁸. En la etapa del envejecimiento, los seres humanos experimentan un mayor deterioro funcional tanto a nivel mental como físico. Los adultos mayores pertenecen a una población de alto riesgo a padecer enfermedades y afecciones. La edad asegurable es aquella permitida para que una persona pueda ser objeto de la cobertura del seguro.

La edad del asegurado incide en la póliza de salud y en los contratos de medicina prepagada pues la empresa toma a su cargo la responsabilidad, asume el riesgo para darle cobertura a la persona por medio del contrato. Teniendo claro que el riesgo es aquel suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado, beneficiario, usuario o afiliado, cuya materialización da origen a la obligación de indemnizar, con la edad se aumentan las probabilidades de padecer accidentes, enfermedades o emergencias médicas, por lo que el pago de la indemnización o la prestación del por parte de la empresa de seguro o de medicina prepagada se daría en corto plazo aunque no se justifica bajo ningún concepto negar o condicionar el acceso al derecho a la salud de estas personas pues son quienes más lo necesitan.

La enfermedad: se entiende aquella alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.

⁴⁷ Póliza de Seguro de Salud Individual, publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316, de fecha 16 de diciembre de 2013.

⁴⁸ Diccionario de la Real Academia Española. 1ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006.

Según lo señalado anteriormente, es menester resaltar que la enfermedad es un problema metajurídico pero es fundamental para que exista el contrato. Si afirmamos que el riesgo en el contrato de salud es la enfermedad y el gasto médico, es claro que la edad es un elemento que influye en ese riesgo porque es sabido que a mayor edad, las probabilidades de padecer enfermedades son mayores. Si la enfermedad es una alteración de la salud que reduce la capacidad funcional de la persona, a mayor edad disminuirá esta capacidad física o mental, por tanto la persona se enfermará más. Se deben tomar los elementos del objeto del contrato de seguros siendo que la enfermedad debe ser lícita, posible, determinada o determinable al menos y aplicar esto específicamente a la misma.

Para demostrar que efectivamente el riesgo en el contrato de salud es la enfermedad y el gasto que ésta produce, analicemos cuáles son las características que debe tener el riesgo para verificar que ésta cumple con las mismas. La doctrina ha dicho, en primer lugar, que como todo riesgo el de hospitalización, cirugía y maternidad debe ser lícito, posible, determinado o determinable. Adicionalmente se ha dicho que debe ser incierto, no debe depender exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario y su realización debe dar origen a la obligación del asegurador.

- a) El riesgo debe ser lícito. No queda duda de que no existe ningún elemento ilegal en el hecho de sufrir una enfermedad razón por la cual cubrir la probabilidad de que una persona deba hacer erogaciones por concepto de gastos de atención médica u hospitalaria no implica ninguna ilicitud.
- b) El riesgo debe ser posible, es decir, debe poder ocurrir, no puede asegurarse una probabilidad que no sea susceptible

de que ocurra. Desde este punto de vista, considerada la enfermedad y el gasto que ésta ocasiona como riesgo la misma también cumple con esta característica.

- c) El riesgo debe ser capaz de ser determinado. Esto alude a que deben indicarse expresamente cuáles son los riesgos cubiertos. Normalmente las pólizas son muy claras en establecer exactamente cuáles enfermedades y gastos médicos están cubiertas.
- d) El riesgo debe ser un suceso incierto y debe ser futuro. En este sentido debemos señalar también que si se entendiera que es cualquier gasto por atención médica el que da lugar al siniestro, el mismo podría perder su grado de incertidumbre, en virtud de ello, la enfermedad como tal encuadra mejor como objeto del contrato de seguro, dado que la misma no se sabe si va a ocurrir o no. La enfermedad se halla enmarcada dentro de los límites de imposibilidad y de certeza absoluta, límites en los que el seguro no resulta posible, dado que como hemos señalado no pueden cubrirse, ni los riesgos absolutamente posibles ni los totalmente seguros de que van a ocurrir.
- e) El riesgo no debe depender absolutamente de la voluntad del asegurado. En este sentido también la enfermedad cumple con esta característica dado que la misma, de ordinario, se produce por causas externas o internas que no dependen del

asegurado, el cual difícilmente querrá enfermarse voluntariamente. En todo caso las enfermedades autoprovocadas no se consideran cubiertas por el seguro de hospitalización, cirugía y maternidad.

- f) La realización del riesgo da origen a la obligación del asegurador. La doctrina en esta materia, entre ellos Ossa (1984), ha señalado que *“Realizado el riesgo, configurado el siniestro (art. 1072) –que es el riesgo en estado de daño– nace ipso facto, por ministerio de la ley (art. 1054), la obligación actual del asegurador, la de pagar la prestación asegurada conforme a las estipulaciones del contrato y a los principios legales que la gobiernan”*.

Bajo estas características el riesgo de la póliza en estudio cumple todas estas características, en efecto, tanto la enfermedad como el gasto son hechos posibles, en el sentido de que pueden darse y en efecto se dan, son determinables y son lícitos en el sentido de que no existe ninguna ilegalidad en cubrir este tipo de eventualidad. Sin embargo, es muy importante destacar que si la persona ya está muy enferma o se sabe que se va a enfermar debido a su edad, podría decirse que en estos casos el riesgo ya ocurrió, lo cual desnaturaliza una característica fundamental de todo riesgo que es la incertidumbre.

Ahora bien, si el riesgo, está en parte formado por la enfermedad e influenciado por la edad, es claro que ésta es parte del riesgo. Además, al momento de calcular la prima que es un equivalente técnico del riesgo, la edad influenciaría el monto de la misma y también la contratación.

En los contratos de salud, la edad del contratante determina la variación del riesgo por tanto es claro que cada año que pasa el riesgo se hace entonces más probable lo que trae consigo el aumento de la prima. Por otra parte, sabemos que si una persona ya está muy enferma, el seguro no puede tener una prima igual al de una persona sana.

Si la persona ya está enferma o se sabe que se va a enfermar debido a su edad, podría decirse que si la aseguramos se estaría celebrando un seguro sobre un riesgo que ya ocurrió y de ser así, el contrato sería nulo porque no puede celebrarse sobre riesgos que son completamente seguros de ocurrir ni sobre los que ya ocurrieron porque no existe riesgo y, en consecuencia, no existiría objeto en este contrato.

Esto fundamentado en que una de las características del riesgo es que sea posible de ocurrir, no que ya haya ocurrido, tal y como lo menciona el autor Hugo Mármol.

Una de las preguntas que surgen a partir de la nueva normativa es si habiendo regulado al contrato de medicina prepagada las consideraciones que se hacían y que hemos realizado en los párrafos anteriores sobre el objeto del contrato de seguro son aplicables al contrato de medicina prepagada. Las nuevas normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora definen el contrato de medicina prepagada de la siguiente forma; aquel mediante el cual la empresa de medicina prepagada o cooperativa que realiza la actividad aseguradora se compromete con una persona natural, denominada usuario o afiliado, a gestionar la atención médica y la prestación, directa o indirecta de servicios médicos-asistenciales relacionados con la atención y tratamiento de su salud mediante el cobro periódico por anticipado de una cuota, previamente establecida y pagada por el contratante.

El artículo 137 define el objeto del contrato de medicina prepagada como toda clase de prestación de servicios médico-asistenciales mediante el cobro de una cuota periódica por anticipado. La normativa no hace referencia en ninguna parte a la enfermedad y al gasto médico como elementos constitutivos del contrato.

Pareciera claro, para nosotros, que la nueva normativa distingue claramente al contrato de medicina prepagada de la póliza de salud, lo convierte en un contrato nominado y establece claramente el objeto que es, la prestación directa o indirecta del servicio y el pago de la cuota.

Uno de los aspectos que puede llevar a conclusión lo constituye el artículo 137 de las Normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora, el cual señala que el objeto del contrato cubre toda clase de servicios médicos. Si esto se interpreta en el sentido de que todo gasto médico debe estar cubierto entonces sería difícil hablar de riesgo, pero si, por el contrario, consideramos que lo que se señala es que puede cubrirse todo acto médico, debemos luego continuar analizando el riesgo de que ocurra la enfermedad –y la influencia de la edad en ésta- en el contrato de medicina prepagada.

La pregunta entonces sería cómo vincular la edad, al objeto. Y la respuesta no parece nada fácil si se tiene en cuenta que la norma no se refiere para nada al riesgo y menos a la enfermedad o a la edad. Desde este punto de vista el análisis pareciera concluir que las consideraciones que se han realizado sobre el riesgo en el contrato de seguros no son aplicables al contrato de medicina prepagada.

Para realizar la vinculación debe señalarse entonces que algunos autores en Colombia, país en donde la medicina prepagada se encuentra muy desarrollada, han considerado que no existe riesgo en este contrato, debido a que:

El artículo 1045 del Código de Comercio Colombiano señala los elementos esenciales del contrato de seguros, entre los cuales se encuentra el riesgo asegurable. En efecto, el artículo 1054 del mismo ordenamiento define el riesgo asegurable como “...el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador...”. Aplicado tal concepto a los eventos previstos en el contrato de prestación de servicios de medicina prepagada, se observa que a partir del perfeccionamiento del contrato queda la empresa obligada a través de los diversos médicos adscritos a ella a prestar el servicio de consulta que se lleva a cabo por expresa voluntad del usuario, sin requerirse que se encuentre enfermo pues basta que lo desee mediante conducta potestativa con fines puramente preventivos ⁴⁹.

Consideramos que lo anterior no resulta del todo cierto toda vez que el contrato de medicina prepagada no cubre cualquier gasto médico, sino que está condicionado a los riesgos cubiertos por el mismo, por tanto dichos gastos no pueden ser ilimitados.

El otro argumento que sirve para fundamentar que la enfermedad y la edad, como factor determinante que influye en ésta, es el hecho de que la actividad de medicina prepagada esté regulada como parte de la actividad aseguradora, es así como la Ley de carácter administrativa que las regula las obliga a constituir reservas y a que sus tarifas estén calculadas científicamente.

⁴⁹ LÓPEZ BLANCO, Hernán F. *Comentarios al Contrato de Seguro*. Dupre Editores, p. 9.

El artículo 45 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora del año 2015, considera dentro de las reservas técnicas las siguientes: reservas matemáticas, para riesgos y cuotas en curso, para prestaciones y siniestros pendientes de pago, para siniestros ocurridos y no notificados, para servicios prestados y no notificados, para riesgos catastróficos y para reintegro por experiencia favorable. La norma también establece que en aquellos casos en que las empresas de seguros reciban la contraprestación por equivalente u otorguen coberturas o beneficios adicionales por la suscripción del contrato de seguro original o principal, deben constituir, representar y mantener la reserva técnica correspondiente, en los términos establecidos en el Decreto Ley.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictará las normas relativas a la oportunidad en que se constituirán las reservas, la forma y términos en que las empresas de seguros y de medicina prepagada que realizan actividad aseguradora, deben reportarle todo lo concerniente a la constitución de sus reservas técnicas. Además, el artículo 141 del referido Decreto consagra que las empresas de medicina prepagada deben constituir, mantener y representar las reservas técnicas.

Debe también resaltarse que la nueva normativa que regula el contrato de medicina prepagada remite subsidiariamente a las disposiciones sobre el contrato de seguros en todo lo no regulado expresamente para ese contrato. El artículo 152 de las Normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora señala que las disposiciones establecidas en estas Normas para el contrato de seguro son aplicables al contrato de medicina prepagada, en lo que corresponda.

Según información obtenida en artículo publicado en la prensa virtual colombiana dinero.com de fecha 18 de febrero de 2016, la medicina prepagada y las pólizas de salud aumentan sus tarifas cada año con unos ajustes que no son homogéneos, pues cambian según la empresa y el

afiliado. A diferencia de otros servicios, como los alquileres o la educación, cuyas alzas se hacen con la variación anual en el costo de vida, la salud tiene muchos componentes que hacen que el cálculo de las tarifas y sus posteriores aumentos sean variables y cambien de empresa en empresa.

Así, si una compañía tiene entre sus afiliados muchas personas con enfermedades catastróficas, demasiadas cirugías, partos y pacientes que acuden con elevada frecuencia al médico, las tarifas son mayores que aquellos que tienen personas más sanas. Otro factor que encarece es la edad de los usuarios, dado que si tiene un grupo grande de mayores de 60, los precios son definitivamente más altos. Además, si los planes de salud se compran a través de empresas o en grupo familiar, cambian las tarifas.

Ibette Guzmán, directora de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud de la Supersalud en Colombia, explica que, si bien este tipo de servicios son voluntarios e implican una relación entre privados, es necesario que las empresas informen los supuestos que usan para incrementar sus tarifas, lo que se conoce como nota técnica. La funcionaria agrega además que este es un mercado con libertad tarifaria, y las alzas son distintas por los factores de riesgo de cada empresa y los servicios que ofrecen. Si los incrementos no están justificados y el alza es elevada, se sanciona a la empresa y se le obliga a que le restituya los recursos al afiliado. En los planes de medicina prepagada y pólizas de salud no solo hay diferencias en las tarifas a partir de los 60 años, también se cobran tarifas distintas para menores de edad y mayores de 70 o de 80 años. Por eso, hoy en día es factible que las personas de mayor edad paguen una tarifa más elevada por este servicio ya que es esa la edad en que comienzan a usar más los servicios médicos ⁵⁰.

⁵⁰ Disponible en: [<http://www.dinero.com/edicion-impresa/pais/articulo/ajustes-de-los-precios-la-medicina-prepagada-y-las-polizas-de-salud-en-colombia/219427>]. Fecha de consulta: 28 de septiembre 2016.

Según artículo de la prensa virtual colombiana El Espectador, publicado el 1ero de septiembre del año 2014, Margarita Escobar quien es la Superintendente Delegada de Procesos Administrativos, sancionó a Coomeva Medicina Prepagada por hacer cobros diferenciados a uno de sus afiliados. Agrega esta funcionaria que dichos cobros se hicieron por razones de la edad del usuario, si estar amparado en ninguna de las cláusulas contractuales suscritas y sin su consentimiento. La Supersalud impuso una sanción por considerar que dicha práctica no puede ser tolerada y debe ser severamente sancionada por el ente de control. Para Escobar, es importante resaltar que las pólizas de cobertura si tienen autorización para tarifas diferenciadas, de acuerdo con ciertos grupos etarios, por ejemplo los adultos mayores sin embargo en el caso específico, como el contrato estaba en ejecución y una cláusula del mismo no permitía ningún cobro diferenciado de tarifa por razón de la edad, se consideró que se estaban haciendo ajustes no consentidos sin justificación legal alguna ⁵¹.

Se hace preciso entonces concluir y demostrar efectivamente que la enfermedad, en la cual influye la edad, está vinculada al contrato de medicina prepagada. Para ello, debemos revisar la normativa y el condicionado de los contratos de medicina prepagada.

Revisadas las nuevas normas que regulan este contrato podemos concluir que muy poco contribuyen a aclarar el tema, dado que nada señalan sobre la enfermedad o el riesgo. No prohíben esas normas cubrir enfermedades preexistentes, lo cual podría ayudar en la búsqueda de entender como enfoca el legislador el problema del riesgo.

⁵¹ Disponible en: [<http://www.elespectador.com/noticias/salud/supersalud-interpuso-millonaria-sancion-coomeva-medicin-articulo-514020>]. Fecha de consulta: 28 de septiembre 2016.

El artículo 151 en su primer aparte hace referencia a plazos de espera y exclusiones temporales, lo cual nos indica que no todo acto médico está cubierto y, además, si permite este tipo de limitación se deriva que enfermedades preexistentes no están cubiertas, lo que lleva a una primera idea de que debe existir algún tipo de riesgo.

Ante la deficiencia de la regulación legal es necesario determinar lo que señalan los contratos de medicina prepagada. Dentro de los condicionados de los contratos de medicina prepagada y las exclusiones que poseen señalaremos los siguientes:

Según el portal web corporativo de la Organización Sanitas Venezuela S.A., empresa de medicina prepagada inscrita en el Registro de Empresas de Medicina Prepagada de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. 5, dentro de las Condiciones Generales del Contrato Marco de Servicios de Asistencia Médica, la cláusula N° 5 establece:

CLÁUSULA N° 5: VIGENCIA

“El contrato se entenderá renovado en forma automática al día siguiente de su vencimiento, siempre que conste el pago de la prima o cuota mensual vigente para el período correspondiente conforme a la edad alcanzada al momento del pago, a menos que SANITAS VENEZUELA o el Contratante manifieste por escrito, con un (1) mes de anticipación a la culminación de la vigencia, su intención de no renovarlo, salvo lo dispuesto en la Cláusula N°: 8: RENOVACIONES de estas Condiciones Generales. Queda entendido y convenido que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior...”⁵²”

En esta cláusula puede evidenciarse que la empresa Sanitas Venezuela toma en cuenta la edad del contratante al momento de efectuar el pago de la cuota mensual.

⁵² Disponible en: [<http://www.sanitasvenezuelaemp.com/>]. Fecha de consulta: 18 de octubre 2016.

Esto evidencia que el monto de dicha cuota varía dependiendo de la edad del contratante.

Además, el modelo de contrato familiar de servicios de asistencia médica establece en su cláusula segunda, numeral 9 lo siguiente:

“CLÁUSULA SEGUNDA. DISPOSICIONES COMUNES:

9. Clasificación de Usuarios: *para efectos de determinar el valor de la cuota por cada usuario, se establece la siguiente clasificación:*

9.1 Usuarios del grupo básico familiar:

9.1.1 *Titular menor de sesenta y cuatro (64) años en la fecha de afiliación.*

9.1.2 *Cónyuge o compañera(o) permanente del titular, menor de sesenta y cuatro (64) años en la fecha de afiliación.*

9.1.3 *Hijos solteros del titular y/o de su cónyuge o compañero(a) permanente, menores de veinticinco (25) años en la fecha de afiliación.*

9.1.4 *Padres del titular, menores de sesenta y cuatro (64) años en la fecha de afiliación, siempre y cuando en el respectivo grupo familiar no estén inscritos en calidad de usuarios del grupo básico familiar cualesquiera de las personas descritas en los numerales 9.1.2 y 9.1.3 anteriores; porque estando así inscritas tales personas, los padres del titular se clasificarán en el grupo “Otros Usuarios”.*

9.2 Otros usuarios:

Personas no comprendidas en el grupo anterior, menores de sesenta y cuatro (64) años en la fecha de afiliación, que tengan con el titular algún parentesco por consanguinidad o por afinidad, o sean dependientes económicos de él.

9.3 *Personas mayores de sesenta y cuatro (64) años en la fecha de afiliación a SANITAS: Estos usuarios tendrán un contrato independiente, con las mismas condiciones del presente contrato pero con una tarifa superior, salvo*

que la afiliación sea por traslado de un contrato anterior y la afiliación se hubiera iniciado antes de dicha edad, cumpliendo con lo establecido en la Cláusula Octava del presente contrato”.

Como vemos, de acuerdo con lo señalado en la cláusula anterior si el usuario del servicio de medicina prepagada es un adulto mayor de sesenta y cuatro (64) años de edad en la fecha de afiliación del servicio existe una contratación independiente, distinta de los demás usuarios, pues a este grupo de personas le corresponde el pago de una cuota superior, lo cual parece ser una condicionante para la suscripción del servicio de salud.

Es importante destacar que de acuerdo con el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora, publicado en la Gaceta Oficial N° 6.211, de fecha 30 de diciembre de 2015, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora como Órgano de Control en defensa del interés general representado por los derechos y garantías de los usuarios, afiliados y contratantes de los contratos de servicios de medicina prepagada ha establecido que los mismos no están en la obligación de pagar aumentos no autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

La SUDEASEG ha establecido que las tarifas y sus ajustes deben ser aprobados previamente conforme a lo dispuesto en las Normas para regular las operaciones de las empresas de medicina prepagadas publicadas en Gaceta Oficial N° 39.617, del 16 de febrero de 2011, en concordancia con los artículos 42 y 43 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora, publicado en la Gaceta Oficial N° 6.211, Extraordinario, de fecha 30 de diciembre de 2015.

4. La Cobertura en los Contratos de Medicina Prepagada:

A pesar de los avances en materia de seguro y captación de clientes potenciales, muchas empresas aseguradoras limitan el acceso a las pólizas de seguros a personas según la edad, lo que determina la cobertura, situación ésta que atenta contra el derecho a la salud en el país, por lo cual, es necesaria la revisión de los aspectos legales que apoyan o no esta limitante para adquirir una afiliación en las empresas reguladas por la Ley de la Actividad Aseguradora.

De acuerdo con lo investigado anteriormente, puede evidenciarse que hoy en día en Venezuela no existe señalamiento alguno en la legislación vigente en cuanto a la edad como limitante para suscribir un contrato de salud o de medicina prepagada, sin embargo, en la Póliza Única de Salud Individual vemos el caso del adulto mayor de ochenta (80) o más años de edad que para optar por el beneficio de esta Póliza de manera gratuita, debe haber permanecido amparado por al menos veinticinco (25) años ininterrumpidos bajo una póliza de seguro. Esto es una seria condicionante o limitante, que establece una discriminación en función de la edad, cuya constitucionalidad resulta seriamente discutible.

Además, en la práctica, las empresas que prestan servicios de medicina prepagada así como las aseguradoras, manejan ciertas condiciones para asegurar a personas de la tercera edad, lo cual no debería darse ya que esto restringe el acceso a la salud de estas personas, quienes no pueden estar desamparadas ni desprotegidas. La obligación de garantizar el derecho a la salud como derecho humano fundamental le corresponde al Estado Venezolano, quien debe velar por su efectivo cumplimiento.

Ahora bien, en vista del vacío legal existente, se concluye que cada empresa de Medicina Prepagada, posee sus propias normas internas y las

condiciones son acordadas entre dicha empresa y el usuario de este servicio, aun cuando no deberían hacerlo, ya que todos los modelos de pólizas, cuadros recibos o cuadros pólizas y demás documentos utilizados con ocasión de los contratos de seguros, deben ser aprobados previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, tal como lo dispone el artículo 42 del Decreto Ley de la Actividad Aseguradora del año 2015.

A su vez, el artículo 41 del mismo establece las prohibiciones que deben regir para las empresas de medicina prepagada, entre las cuales se pueden mencionar no condicionar la contratación de un servicio o plan de salud a la contratación de otros servicios o planes, así como también negar o condicionar la cobertura inmediata en casos de emergencia previstos en el contrato de salud. También, el artículo 160 del Decreto Ley de la Actividad Aseguradora (2015) dispone que las empresas de medicina prepagada que condicionen la contratación de un contrato, la administración de un fondo, servicio o plan de salud, a la contratación de otros contratos, servicios o planes serán sancionados con multas de 4.000 a 48.000 UT.

Las empresas de medicina prepagada no deberían limitar el acceso al derecho a la salud a personas de la tercera edad pues éstas son vulnerables y merecen total protección.

La condición precedente es una cláusula que le permite a las compañías de seguros excluir la cobertura e indemnizaciones a los titulares de seguros de salud cuando, a pesar de que el asegurado disfrutaba de buena salud al someterse a los exámenes previos para poder ser asegurado, el médico tratante supone que la enfermedad ya existía al momento de contratarse el seguro. La cláusula de exclusión de responsabilidad del asegurador en base a una condición precedente, según Morles Hernández, “ha de ser considerada abusiva porque desnaturaliza el contrato de seguro de enfermedad, es contraria a la buena fe y restringe severamente los derechos del asegurado. Una alternativa que evitaría controversias es que

los aseguradores calculen el riesgo que supone que alguien ya enfermo o con una enfermedad incubada, de buena fe contrate un seguro, incorporen esta eventualidad en los cálculos actuariales y cobren el incremento correspondiente de la prima. Los datos estadísticos deberían ser suficientes para que esta alternativa se aplicara. La cláusula de condición precedente contiene una transferencia indebida de riesgos del asegurador al asegurado y contraría las expectativas razonables del asegurado”⁵³.

Cualquier persona que lo desee puede contratar una póliza de seguro contra enfermedad, para poder mantenerse cubierto ante estas situaciones preexistentes que lo dejan incapacitado para realizar su trabajo y disponer de una entrada de dinero. Sin embargo, las condiciones de seguros contra enfermedad no aceptan a personas que tengan altas probabilidades de enfermarse, ya que sólo son urgencias. En este grupo se incluye a las personas que padezcan de enfermedades incurables, enfermedades crónicas, enfermedades psicológicas, dependencia de drogas o alcohol, entre otras. Así también, las personas mayores de 65 años quedan excluidas por ser más propensas a enfermarse.

⁵³ MORLES HERNÁNDEZ, Alfredo: *Curso de Derecho Mercantil. Los Contratos Mercantiles. Derecho Concursal*, Caracas. Universidad Católica Andrés Bello, 2006, p. 2451-2452.

5. La Protección del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado

Entre los derechos de los tomadores, asegurados, beneficiarios o contratantes, respecto a los sujetos regulados, el artículo 128 del Decreto Ley de la Actividad Aseguradora del año 2015, menciona los siguientes: el derecho de elegir libremente la empresa de seguros o de medicina prepagada que cubrirá los riesgos a los cuales está expuesto; acceder al sistema asegurador sin ningún tipo de discriminación; escoger libremente los proveedores de insumos o servicios para satisfacer sus necesidades cubiertas por el contrato; obtener información adecuada sobre las diferentes pólizas, planes o servicios de salud; protección de sus intereses económicos y a ser indemnizados por los daños y perjuicios ocasionados; educación, instrucción y orientación sobre la adquisición y utilización de las pólizas, planes o servicios de salud, formular peticiones, consultas, reclamos y sugerencias en defensa de sus derechos e intereses; solicitar la intervención de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en la resolución de los conflictos o controversias con ocasión de la ejecución del contrato; recibir un trato justo, respetuoso, oportuno y digno por parte de los funcionarios de la Superintendencia y de los sujetos regulados, entre otros ⁵⁴.

Es importante destacar que los derechos establecidos en la norma citada son de carácter enunciativo y en ningún caso taxativos. Además, la Ley consagra el principio de irrenunciabilidad de los derechos en su artículo 132, en el sentido de que se consideran nulas las estipulaciones que establezcan la renuncia a tales derechos o el compromiso de no ejercerlos en instancias administrativas o jurisdiccionales.

⁵⁴ Decreto Ley de la Actividad Aseguradora, Gaceta Oficial Extraordinaria N° 6.211, de fecha 30 de diciembre de 2015, Art. 128.

6. Aplicación de las normas de Seguros Solidarios y Póliza Única a los Contratos de Medicina Prepagada

A lo largo de la presente investigación se ha señalado que las empresas que se dedican a la medicina prepagada, forman parte de la actividad aseguradora y como tal son sujetos regulados en el Decreto-Ley de la Actividad Aseguradora, por tanto deben cumplir con las obligaciones establecidas en dicho cuerpo normativo. Las normas de Seguros o Planes Solidarios de Salud, se regulan en el artículo 134 de la citada Ley, el cual impone claramente la obligación de cumplir y ofrecer planes solidarios por parte de las empresas de medicina prepagada.

Asimismo, la normativa prevista en la Providencia Administrativa N° 3856, de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 y emanada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, denominada Póliza de Seguro de Salud Individual (Póliza Única) debe aplicarse a los contratos de medicina prepagada ya que en los mismos se asumen riesgos en virtud de la prestación del servicio médico-asistencial.

Como puede verse las referidas normas son aplicables a las empresas de medicina prepagada.

6.1 Seguros Solidarios

En Venezuela, dentro de los objetivos del Estado de proteger a las clases más desposeídas, se han creado los llamados Seguros o Planes Solidarios los cuales extienden su campo de aplicación a las cooperativas de seguros y la medicina prepagada. Los seguros solidarios son aquellos que permiten el acceso de los sectores menos favorecidos a obtener una póliza de seguro y están destinados a proteger riesgos tales como hospitalización, cirugía, maternidad, accidentes personales y funerarios.

La obligación de ofrecer planes de seguros solidarios está destinada para un cierto sector de la población. Dichos planes solidarios son ofrecidos por las empresas de medicina prepagada en Venezuela, tales como Rescarven, Novosalud, Sanitas, Planisalud, Salud Vital y Cuidasalud. Las personas de la tercera edad se encuentran amparadas en este tipo de seguros solidarios, ya que abarca a los jubilados, pensionados y adultos mayores. Las tarifas de éstos serán aprobadas previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora siempre que estén ajustados a los principios de inclusión, equidad y justicia social.

La población objeto de la medida es definida ampliamente por la Ley a los jubilados, pensionados, adultos mayores, personas con discapacidad, con enfermedades físicas o mentales y aquellas personas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a un salario mínimo mensual.

Los seguros solidarios constituyen una propuesta de inclusión social que garantiza el proceso de transformación socioeconómico que impulsa el Estado, cuyo propósito es elevar el nivel de vida de la población, permitiendo la adquisición de un servicio que le permita la cobertura del gasto médico a quienes han sido excluidos del sistema asegurador, es decir a las personas menos favorecidas.

Bajo esta óptica se encuentran inmersas las providencias Números 2992, 2993 y 2994, en las que se especifican la suscripción de pólizas de seguros solidarios de salud, accidentes personales y servicios funerarios, el número mínimo de pólizas de seguros asignadas a las empresas de seguros así como las medidas que constituirán el Registro Único de Seguros Solidarios (R.U.S.S.) de acuerdo con lo publicado en la Gaceta Oficial N° 39.762 de fecha 21 de septiembre de 2011. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y los intermediarios están obligados a ofrecer y suscribir las pólizas o planes de salud solidarios.

Dentro de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro Solidario publicadas según la Providencia N° 2992, emanada de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el objeto de este tipo de seguro es que el Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en el Contrato de Seguro Solidario, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Recibo.

En cuanto a las personas asegurables, la Providencia las define de la siguiente manera:

- Jubilados: personas beneficiarias de una prestación económica por el cumplimiento de los requisitos previstos para el cese laboral.
- Pensionados: personas que reciben la prestación dineraria, otorgada en virtud de una disposición jurídica que tiene como finalidad garantizar al ciudadano bienestar y seguridad social, que dependiendo de su situación puede ser por vejez, invalidez, incapacidad o sobreviviente. En esta categoría se incluyen a los pensionados por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S).
- Adultos Mayores: persona con edad igual o mayor a sesenta (60) años.
- Personas con Discapacidad: aquellas que por causas congénitas o adquiridas presentan alguna disfunción u ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas.

- Personas con Enfermedades Físicas: aquellas que tengan una alteración de la salud y resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional.

- Personas con Enfermedades Mentales: aquellas que tengan un trastorno mental, del comportamiento de la actividad intelectual o del estado de ánimo. La condición deberá ser diagnosticada por el médico especialista en el área.

En relación a la prima solidaria, la Providencia la define como aquella contraprestación que en función del riesgo debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del Contrato de Seguro Solidario.

En el tema específico que nos ocupa debemos indicar que la edad es un elemento fundamental incluso en esta póliza solidaria, lo cual hace incluso discutible esa idea de solidaridad, pero sin entrar en ese aspecto, debemos señalar que la misma providencia entiende que la edad es un factor de riesgo al establecer incluso en este plan de tipo social mayores primas para mayor edad, como se evidencia de la tarifa de prima establecida por la Superintendencia y que copiamos seguidamente.

Tarifa de Seguro Solidario de Salud
Año 2012

Suma Asegurada (Bs.)
30.000,00

Prima Solidaria (Bs.)

Edades	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
(Años)				
00-65	2.889	1.445	722	241
66-70	3.756	1.878	939	313
71-75	4.334	2.167	1.083	361
76-80	5.056	2.528	1.264	421
81-85	5.778	2.889	1.445	482
86-90	6.501	3.250	1.625	542
91 y más	7.223	3.611	1.806	602

Por otro lado, la Providencia N° 2993 señala la suscripción mínima de seguros solidarios asignadas a las empresas de seguros. Por último la Providencia N° 2994 regula las Normas que establecen el Registro Único de Seguros Solidarios (R.U.S.S). Por Registro Único de Seguro Solidario se entiende aquél mecanismo destinado a la recopilación de la información relacionada con las emisiones, renovaciones, suscripciones mínimas, siniestros, prestación de servicios y cualquier otra referida a los Seguros Solidarios ⁵⁵.

De acuerdo con el artículo 134 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora (Decreto N° 2.178), los seguros y planes solidarios de salud están diseñados para cubrir a los jubilados, pensionados, adultos mayores, personas con discapacidad, con enfermedades físicas o mentales y todas aquellas personas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a un salario mínimo mensual. Igualmente, podrán incluirse los dependientes del titular (cónyuge o persona con quien el asegurado mantenga unión estable de hecho, padres, hijos menores a 25 años) en los planes de salud y funerarios ⁵⁶.

6.2 Bondades de los Seguros Solidarios:

1. Están destinados a proteger riesgos tales como enfermedades, maternidad, servicios funerarios y accidentes personales.
2. Es un instrumento de protección social. Se incorporan a los adultos mayores al sistema asegurador.
3. Permite mantener el nivel de vida de la población.
4. Aumenta el compromiso social entre el Estado y las empresas de seguros, reaseguros y otros actores (sujetos regulados).

5. Se contemplan coberturas para enfermedades preexistentes una vez transcurridos los plazos de espera fijados.
6. No tiene deducibles.
7. Se acortaron los plazos de espera atendiendo las recomendaciones de los médicos profesionales según las enfermedades correspondientes.
8. Proporciona facilidades de pago de las primas en forma mensual, trimestral, semestral o anual, sin intereses.
9. Fija sumas aseguradas ajustadas a las necesidades de la población vulnerable.
10. La comisión de los intermediarios de seguros se establece en un porcentaje que impide el encarecimiento de las pólizas.

6.3 Cobertura de Póliza de Salud

Ofrecen una cobertura para tratamientos médicos, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimientos médicos, medicinas, suministros y equipos especiales necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del asegurado. La póliza de salud ofrece además la posibilidad para ampliación de maternidad para la titular, cónyuge o persona con quien el asegurado mantenga unión estable de hecho, sin límite de edad. Estarán cubiertos los gastos ocasionados por parto normal, cesárea y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones, hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura.

6.4 Accidentes Personales

Ampara al asegurado contra los riesgos de muerte accidental, invalidez permanente y gastos médicos hasta el monto total contratado, incluyendo gastos de farmacia y servicios de ambulancia.

6.5 Póliza Funeraria

Ofrece una cobertura para el asegurado y sus dependientes, si el fallecimiento ocurre durante la vigencia de la póliza y hasta el monto total de la suma asegurada. Incluye beneficio por cremación e inhumación.

Todo lo expresado anteriormente evidencia que en Venezuela los seguros solidarios constituyen una propuesta de innovación, al establecer la inclusión social a favor de las personas menos favorecidas. En los seguros solidarios, la población asegurada es de alto riesgo y la siniestralidad elevada. Este tipo de seguro va dirigido a los adultos mayores, a personas de bajo estrato social y a los discapacitados.

En virtud de que las compañías de seguros persiguen fines eminentemente lucrativos, pues no se consideran de beneficencia pública, es obligatorio para éstas colocar este tipo de pólizas. El artículo 134 del Decreto Ley de la Actividad Aseguradora establece que las empresas de seguros y las de medicina prepagada están obligadas a ofrecer y suscribir contratos de seguros y planes de servicios de salud solidarios que amparen a este tipo de personas. El incumplimiento de la suscripción de este tipo de cobertura, genera el pago de multas a los sujetos que no cumplan con el número mínimo de pólizas o planes que establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tal y como lo establece el artículo 180 del referido Decreto.

De acuerdo con los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, es obligación del Estado garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida. El Estado Venezolano debe crear un sistema de seguridad social a fin de prevenir enfermedades pues el artículo 156, numeral 32 del texto constitucional consagra como atribución del Poder Público Nacional legislar en materia de previsión y seguridad social.

Distinto a lo anterior es la diatriba existente en torno a si el mecanismo para alcanzar la protección constitucional es la póliza solidaria. Lo que ha buscado el legislador venezolano parece ser el traspolar los fundamentos de los microcréditos que existen en el sector bancario con esta póliza solidaria, algo así como incluir un concepto de responsabilidad social en el sector de seguros, lo cual resulta obviamente discutible. No porque las aseguradoras no tengan que cumplir con sus obligaciones sociales, sino porque tal vez este no es el mecanismo.

En un Estado organizado y cumplidor de sus obligaciones, el derecho a la salud está garantizado por los sistemas públicos de seguridad social. Resulta al menos cuestionable que la ineficiencia estatal sea paleada por mecanismos como los seguros solidarios, en donde la solidaridad como tal puede jurídicamente resultar discutible en el contrato del seguro al sustituir el elemento “riesgo” y hacer abstracción –al menos parcial- de su análisis, para suplirlo con la idea de solidaridad, presente y fundamental en la seguridad social. Se confunde así la seguridad social y el contrato de seguros tan claramente definidos en otros sistemas y a los que nos referimos previamente.

⁵⁵ Providencia de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Gaceta Oficial N° 39.762 de fecha 21 de septiembre de 2011.

⁵⁶ Decreto Ley de la Actividad Aseguradora, Gaceta Oficial Extraordinaria N° 6.211, de fecha 30 de diciembre de 2015, Art. 134.

6.6 Póliza de Seguro de Salud Individual

En fecha 18 de noviembre del año 2013, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dicta la Providencia N° 3856 la cual contiene las condiciones generales y particulares que deben tener la póliza de seguro de salud individual. Las condiciones generales comprenden definiciones acerca de lo que debe entenderse por asegurador, tomador, asegurado, beneficiario, edad, cuadro póliza, prima, vigencia del contrato, entre otras. Dentro de estas definiciones, se resaltan las siguientes:

La edad: la Póliza Única señala que la que se tendrá en cuenta corresponde a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la póliza. Esta consideración específica en la regulación nos refiere que la edad es un elemento importante en el contrato y que existen variaciones que dependen de ésta, dado que de lo contrario, no puede explicarse la precisión del legislador sobre la edad.

Cuadro Póliza Recibo: se define como aquel documento en el cual se debe indicar como mínimo el número de la póliza, identificación completa del asegurador y de su domicilio principal así como también la del tomador, asegurados y beneficiarios, sus direcciones, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, vigencia del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible si lo hubiere y las firmas del Asegurador y Tomador. Para Alejandro Tinoco, la póliza es el documento en el que está contenido un contrato de seguro. Etimológicamente viene del italiano “Poliza” que quiere decir cédula o boleta⁵⁷.

⁵⁷ TINOCO, Alejandro: *Anotaciones de Derecho Mercantil*. Caracas. Editorial La Torre, 1977, p. 272.

Suma asegurada: es el límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo. La suma asegurada de cada Asegurado será aplicada por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

Resulta necesario señalar que en los contratos de medicina prepagada se debe identificar al asegurado indicando su edad y el monto de la suma asegurada. Pudiera entenderse que el exceso en el límite de la cobertura de la suma asegurada no obliga a la empresa de medicina prepagada a cubrir los gastos médicos por el excedente ya que la suma asegurada es el límite máximo de responsabilidad.

En cuanto a las condiciones particulares de la póliza única, éstas contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura. Dentro de este condicionado se interpretan términos tales como accidente, emergencia médica, enfermedad, tratamiento médico, entre otras, así como también los gastos cubiertos por parte de la empresa de seguro.

Por accidente se entiende aquel suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del tomador o asegurado, que le cause a éste último lesiones corporales.

La emergencia médica es aquella condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

Por enfermedad se entiende aquella alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con

relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.

El tratamiento médico es el conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

En cuanto a los gastos cubiertos, la póliza única consagra entre sus condiciones particulares, específicamente en la Cláusula Segunda que el Asegurador cubrirá el cien por ciento (100%) de los gastos médicos hasta la suma asegurada contratada.

Los gastos médicos serán aquellos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible, si lo hubiere, y hasta la suma asegurada contratada. La suma asegurada y el deducible de cada Asegurado serán aplicados por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

En relación a las personas asegurables, la póliza única individual señala en la Cláusula Novena de su condicionado particular, al asegurado titular, al cónyuge del asegurado titular o con quien mantenga unión estable de hecho, a sus hijos menores de veinticinco (25) años de edad o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, a sus padres, familiares, dependientes económicamente de éste o trabajadores que presten servicios en el hogar del asegurado titular o que estén a su servicio personal o de su familia. Los Asegurados con ochenta (80) o más años de edad que hayan permanecido amparados de manera ininterrumpida por al menos veinticinco (25) años, seguirán asegurados bajo la cobertura de la Póliza, en las mismas condiciones y sin pago de prima ⁵⁸.

Como puede evidenciarse, esta Póliza otorga seguros sin pago de primas a los mayores de ochenta (80) años de edad bajo ciertas condiciones. Lo que pudiera aplicarse a su vez a los contratos de medicina prepagada.

Como vimos, la póliza única tiene condiciones especiales para la contratación de este tipo de seguros en personas mayores de ochenta (80) años de edad, ya que el riesgo de padecer enfermedades aumenta, de manera que, todo lo expresado anteriormente permite justificar la razón por la cual se abordó el tema de la discriminación de personas de edad avanzada en la contratación de la medicina prepagada, ya que en la práctica se evidencia cómo estas empresas restringen el acceso a la salud a personas de la tercera edad, que como se ha señalado, es un derecho fundamental que tiene todo ser humano y que está consagrado en la Constitución venezolana.

Sin embargo, a lo largo de la presente investigación, se ha concluido que en Venezuela el riesgo al que se exponen las personas de la tercera edad, al contratar una póliza con una empresa de seguros, específicamente con aquellas empresas que ofrecen planes de medicina prepagada, se incrementa pues estas personas presentan mayor probabilidad de padecer enfermedades. Al ser el riesgo la enfermedad y el gasto médico, este gasto aumentaría por parte de las empresas aseguradoras.

Como vimos, existen razones para que las empresas de seguro nieguen la contratación de pólizas por la edad del asegurado pues a mayor riesgo se elevaría el gasto médico y a mayor edad, mayor riesgo. Si una persona ya está muy enferma o se sabe que se va a enfermar debido a su edad, podría decirse que el riesgo ya ocurrió y de ser así, el contrato estaría viciado de nulidad absoluta porque no puede celebrarse sobre riesgos que son completamente seguros de ocurrir ni sobre los que ya ocurrieron porque jurídicamente no se cubre con el concepto de riesgo pues como se ha dicho, la doctrina establece que dentro de los caracteres esenciales del riesgo éste

debe ser incierto o aleatorio, es decir debe haber una relativa incertidumbre, pues el conocimiento de su existencia real haría desaparecer la aleatoriedad, principio básico del seguro.

Es importante destacar que en Venezuela, el régimen legal actual aplicable en materia de seguros se rige por la Providencia N° 3856, de fecha 18 de noviembre de 2013, emanada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (póliza de seguro de salud individual), la cual debe aplicarse a las Empresas de Medicina Prepagada, debido a que brindan un servicio médico-asistencial a los usuarios asumiendo los riesgos indicados en el contrato de seguro hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza, tal como se indica en la referida Providencia.

A diferencia de la Póliza de Seguro de Salud Individual, se encuentran los seguros colectivos, que por el contrario, van dirigidos a un grupo de personas que tienen un nexo en común, como por ejemplo a los trabajadores de una empresa.

⁵⁸ Póliza de Seguro de Salud Individual, publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316, de fecha 16 de diciembre de 2013.

7. Seguros Colectivos

En oposición a la Póliza de Salud Individual se encuentran los seguros colectivos. Las pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad presentan adicionalmente como una característica especial, el hecho de que las mismas pueden ser contratadas de manera colectiva. Es decir, un contrato de seguro que no cubre a un solo asegurado sino a un conjunto de asegurados en una sola póliza y con las mismas condiciones.

Según Morles Hernández, el seguro colectivo o seguro de grupo tiene su origen en la práctica aseguradora norteamericana de comienzos del siglo XX. En su forma original más común, el seguro de grupo suministraba cobertura de vida y de salud a los empleados de una empresa. Hoy en día, la fórmula grupal se ha extendido a otros contextos, tales como a grupos de acreedores-deudores, sindicatos, grupos industriales que incluyen a los empleados de varios patronos, grupos de comerciantes y asociaciones profesionales ⁵⁹.

Al hacer referencia al seguro colectivo, Zurita ha señalado que “los seguros de personas pueden ser concluidos colectivamente, es decir, un conjunto de personas unidas por un solo Contrato frente a un único Asegurador, sobre quien pesará el mismo número de obligaciones como cabezas aseguradas existan en el interior del contrato, de allí la denominación Seguros Colectivos. Desde el punto de vista jurídico el Seguro Colectivo y/o de Grupo se caracteriza por ser un Contrato Global, suscrito por una persona jurídica de Derecho Público o Privado, (generalmente un Patrono), por cuenta y en beneficio de otros (por ejemplo; sus trabajadores) para protegerlos contra eventualidades de la vida, tales como: La Muerte; La Enfermedad; la incapacidad total o parcial; La Vejez; El Nacimiento; el Matrimonio, etc. Quedando el Asegurador obligado a cubrir a los Asegurados en contra de cualquiera de los riesgos garantizados, dentro de las Condiciones Generales y/o Particulares contenidas en el Contrato Póliza.

Debemos recalcar aquí que la existencia de múltiples asegurados por sí misma no convierte al seguro de hospitalización, cirugía y maternidad en un seguro colectivo, porque en el caso típico de un padre de familia que asegura a todo su grupo familiar el seguro sigue siendo individual, en virtud de que el grupo es estable en el sentido de que no existe la frecuencia de ingresos y egresos, la prima proviene de una sola persona y es ésta quien tiene capacidad para decidir sobre todos los aspectos del contrato.

De acuerdo con el artículo 119 de la derogada Ley del Contrato de Seguro, el seguro colectivo se definía como aquel que se toma entre un grupo de personas que tienen un nexo en común distinto al sólo interés de asegurarse. Por regla general, el tomador del seguro es un tercero que actúa por cuenta de los integrantes del grupo. Es una modalidad de seguro utilizada con frecuencia en beneficio de los trabajadores de una empresa o de un ente público o para organizaciones profesionales.

Según el artículo 120 de la citada Ley, el tomador del seguro colectivo podía ser miembro del grupo y beneficiario de la prestación, así como también podía ser designado beneficiario de la prestación que corresponde al riesgo de vida o de salud de algún otro integrante del grupo, siempre que exista algún interés lícito de parte del tomador.

Las reglas generales que se aplicaban al seguro colectivo eran las siguientes: a) Las condiciones de incorporación al grupo asegurado deben ser fijadas en el contrato de seguro, b) el examen médico obligatorio sólo puede pactarse en el caso de seguros colectivos de vida, c) cuando se requiera examen médico previo, la incorporación queda supeditada a éste, d) la empresa de seguros está obligada a hacer efectuar el examen médico en los quince días siguientes a la fecha en que se le haya notificado la incorporación, e) quienes dejen de pertenecer al grupo asegurado quedan excluidos del seguro desde ese momento, salvo pacto en contrario, debiendo

la empresa de seguros devolver la porción de prima no consumida a quien la haya pagado.

En el seguro colectivo contra accidentes la prestación debía ser pagada en forma de capital, siempre que conste que el siniestro ha causado al asegurado una disminución en su capacidad para el trabajo que deba estimarse como permanente. También, se podía estipular expresamente que la prestación convenida se cubra en forma de renta, es decir mediante el pago de cuotas periódicas a cuenta de la indemnización definitiva mientras se constata el grado de incapacidad ⁶⁰.

De acuerdo con las Normas del Contrato de Seguros, el artículo 119 define el seguro colectivo como aquel que se toma entre un grupo de personas que tienen un nexo en común, distinto al solo interés de asegurarse. No constituyen grupos de personas asegurables el formado por la familia y aquéllos que se constituyan con el propósito de asegurarse.

En cuanto a los derechos de los beneficiarios de este tipo de seguro, el artículo 120 de las referidas Normas, consagra que el tomador puede ser beneficiario del mismo, si tiene el mismo interés del grupo. El tomador puede ser igualmente beneficiario cuando tenga un interés económico lícito, respecto de la vida o salud de los integrantes del grupo, en la medida del perjuicio concreto. Como vemos, las normas de la derogada Ley del Contrato de Seguro y del nuevo Proyecto mantienen prácticamente las mismas estipulaciones.

Por último, para diferenciar la Póliza de Seguro de Salud Individual de los seguros colectivos, se puede concluir que los seguros individuales son aquellos contratados por una persona natural para cubrirse de los gastos que le ocasione los trastornos de salud que presente el tomador o cualquier otro de los miembros del grupo familiar o de sus dependientes, aunque se refieren a ellos como individual no quiere decir que sean para una sola persona mientras que los seguros colectivos por el contrario son tomados por

un grupo de personas que tienen entre ellos un vínculo en común distinto al simple interés de asegurarse, como son por ejemplo los tomados por empresas para sus trabajadores, los seguros tomados por grupos profesionales, asociaciones civiles, entre otros.

Ahora bien, dentro del tema que nos ocupa es importante señalar que la mayoría de los seguros colectivos en Venezuela se refieren a pólizas de salud y de vehículos tomadas por asociaciones profesionales o por patronos para cubrir a sus trabajadores. Distinto a los seguros individuales en los seguros colectivos no existe la tendencia a realizar exclusiones en razón de la edad. Ello podría explicarse por dos razones: en primer lugar se tiene en cuenta que en el seguro colectivo el riesgo tiende a repartirse entre todos los integrantes del grupo y, en general, siendo la población venezolana relativamente joven, las personas aseguradas de edad avanzada son muy pocas. Por otra parte, tratándose mayoritariamente de organizaciones laborales las personas de avanzada edad son pocas.

Esto último merece consideración especial en el caso de pólizas colectivas que amparan a pensionados y jubilados. Debe señalarse que incluso en estos casos el seguro colectivo como tal, a pesar del aumento del riesgo por la edad, sigue siendo atractivo para el asegurador, dado que en la mayoría de los casos en los que existen personas de la llamada tercera edad, el grupo asegurado en estos contratos colectivos es tan alto que el riesgo se diluye.

⁵⁹ MORLES, Alfredo. *Derecho de Seguros*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, 2013, p.509.

⁶⁰ Ley del Contrato de Seguro, Gaceta Oficial N° 5.553, Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001.

CONCLUSIONES

En Venezuela, la actividad aseguradora, se rige por el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora, publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria N° 6.211 de fecha 30 de diciembre de 2015, mediante Decreto Presidencial N° 2.178, de la misma fecha, y tal como indica su primer artículo, este Decreto tiene por objeto establecer el marco normativo para el control, vigilancia, supervisión, autorización, regulación, funcionamiento de la actividad aseguradora.

Dentro del sector privado asegurador, se encuentran las Empresas de Medicina Prepagada. Las empresas de medicina prepagada son sujetos regulados en esta normativa. Los sujetos regulados son aquellas personas naturales o jurídicas que sólo podrán realizar actividad aseguradora en el territorio nacional previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Según el Decreto Ley, la medicina prepagada es considerada un servicio médico asistencial prestado en forma directa o indirecta, pagado periódica o totalmente por anticipado por el usuario. La Medicina Prepagada es aquel sistema mediante el cual una empresa presta directa o indirectamente un servicio médico a sus contratantes, los cuales a su vez se obligan al pago periódico de una suma de dinero, como contraprestación a eventuales servicios prestados por la empresa. La prestación del servicio de manera directa, se realiza a través de las clínicas de la empresa, a diferencia de la prestación de forma indirecta que se ofrece a través de los centros médicos y profesionales adscritos.

Después de analizar la doctrina nacional y extranjera, así como también la normativa legal que regula la cobertura relacionada con los problemas de salud que ofrecen las Empresas de Medicina Prepagada en Venezuela, se puede concluir que actualmente la Ley no señala que la edad de la persona

que contrata este tipo de seguro, sea limitante en la cobertura, sin embargo, en la práctica, las empresas de medicina prepagada manejan el límite de edad para ingresar a sus contratantes en virtud del vacío legal existente, además de que esto se estipula en los acuerdos usuario-empresa. Muchas son las personas que quedan excluidas de los beneficios de este tipo de contratos.

Las empresas de medicina prepagada deben cumplir con las obligaciones que le señala la Ley y estar sujetas a los lineamientos que ordena la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, que es el órgano competente para la inspección, supervisión y vigilancia de la actividad aseguradora en Venezuela, por esta razón todo contrato de medicina prepagada debe estar previamente revisado por este organismo. Está prohibido para las empresas de medicina prepagada y el resto de los sujetos obligados, condicionar la contratación de una póliza, servicio o plan de salud a la contratación de otras pólizas, servicios o planes.

En cuanto a la protección del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, la Ley establece de manera enunciativa una serie de derechos entre los cuales se puede mencionar el derecho de acceder al sistema asegurador sin ningún tipo de discriminación.

Hoy en día, la Providencia N° 3856 de fecha 18 de noviembre del año 2013, publicada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316, conocida como Póliza de Seguro de Salud Individual, debería ser aplicada a los contratos de medicina prepagada pues estas empresas ofrecen servicios médicos a través de planes de salud y asumen los riesgos indicados en el contrato hasta la suma asegurada. Sin embargo, en cuanto a las personas asegurables, dicha Providencia establece ciertas condiciones al consagrar

que los asegurados con ochenta (80) o más años de edad que hayan permanecido amparados de manera ininterrumpida por al menos veinticinco (25) años, seguirán asegurados bajo la cobertura de esta póliza en las mismas condiciones y sin pago de prima. En este caso puede evidenciarse que para gozar de este beneficio en la cobertura de manera gratuita, los adultos mayores deben reunir ciertas condiciones, lo cual implica que este servicio sea excluyente de cierta manera.

De acuerdo con la derogada Ley del Contrato de Seguro del año 2011, en lo referente a la indisputabilidad, anulación y renovación del seguro de hospitalización y cirugía, se señalaba que una vez transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, la empresa de seguros no podía alegar como causal de rechazo la preexistencia ni tampoco anular o negarse a renovar, siempre que el tomador o el asegurado pagase la prima. De acuerdo con este artículo, vemos que la intención del legislador era precisamente evitar que a los adultos mayores no se les renovaran las pólizas de seguro de hospitalización y cirugía o se las anularan.

Por otro lado, en Venezuela los seguros y planes solidarios de salud, han constituido una propuesta de innovación, al establecer la inclusión social a favor de las personas menos favorecidas. En este tipo de seguros la población asegurada es de alto riesgo y la siniestralidad elevada. Los solidarios van dirigidos a los jubilados, pensionados, adultos mayores, personas con discapacidad, de bajo estrato social y a los discapacitados. En virtud de que las compañías de seguros persiguen fines eminentemente lucrativos, pues no se consideran de beneficencia pública, es obligatorio para éstas colocar este tipo de pólizas. Sin embargo este tipo de seguro solidario es limitado y podemos decir, hoy en día insuficiente para garantizar el derecho a la salud consagrado constitucionalmente.

De acuerdo con los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, es obligación del Estado garantizar el derecho a la

salud como parte del derecho a la vida. En Venezuela este derecho posee rango constitucional y como tal es un derecho humano fundamental, por esta razón el Estado, ni los particulares, pueden negar el acceso a este derecho a ninguno de sus ciudadanos, independientemente de su raza, sexo, religión, clase social o cualquier otra condición. Los derechos humanos son inherentes a todos los individuos sin discriminación alguna.

Los derechos humanos universales están contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados y otras fuentes del derecho internacional. Los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional de respetar y proteger los derechos humanos. El derecho a la salud forma parte de los derechos económicos, sociales y culturales. Estos derechos tienen como objetivo fundamental garantizar el bienestar económico, el acceso al trabajo, a la educación y a la cultura, de tal forma que asegure el desarrollo de los seres humanos y de los pueblos.

El Estado Venezolano debe crear un sistema de seguridad social a fin de prevenir enfermedades pues el artículo 156, numeral 32 del texto constitucional consagra como atribución del Poder Público Nacional legislar en materia de previsión y seguridad social.

Por otra parte, el artículo 23 de la Constitución Nacional, establece que los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas por esta Constitución y en las leyes de la República, y son de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del Poder Público.

Si bien es cierto que no se debe restringir el derecho a la salud de ninguna persona por ser un derecho humano fundamental, en Venezuela las empresas de Medicina Prepagada ofrecen servicios privados de salud y en sus contratos la edad del contratante, afiliado o usuario de este plan de salud

determina la variación del riesgo. Si afirmamos que el riesgo es la enfermedad y el gasto médico, sabemos que éste aumenta con la edad del contratante por tanto es claro que cada año que pasa el riesgo se hace entonces más probable de ocurrir lo que trae consigo el aumento de la siniestralidad y con ella el incremento del monto que la empresa debe cobrar. Sabemos que si una persona ya está muy enferma, por ser muy mayor, el precio por la prestación del servicio que ofrece la empresa de medicina prepagada no puede ser igual al de una persona sana.

Sin embargo, el problema jurídico planteado se contrapone al derecho a la salud que corresponde tanto a quien ya está enfermo como al que goza de buena salud, y todo ello de manera independiente a la edad del sujeto. Entonces, el derecho de seguros venezolano debe encontrar la forma idónea de equilibrar los dos aspectos planteados, los cuales difícilmente se encuentran en otros países en donde la póliza de salud es un sistema paralelo pero no el principal para garantizar la salud de la persona humana.

REFERENCIAS

Publicaciones en Medios Impresos:

- ARAGÓN REYES, Manuel: *Constitución y Control del Poder. Introducción a una Teoría Constitucional del Control*. Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1999.
- BORJAS, Leopoldo: *Historia y Desarrollo del Seguro en Venezuela*. Universidad Central de Venezuela. Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, N° 77. Caracas.
- CARRIÓN, L.: *La Interpretación de la Norma*. McGraw Hill Interamericana, Buenos Aires, 2004.
- COUTURE, E.: *Estudios de Derecho Procesal Civil. Tomo III*. 3ª Edición. Ediciones de Palma. Buenos Aires, 1979.
- CHANG, Kimlen y NEGRÓN, Emilio: *Seguros en Venezuela*. 2da Edición. Vadell Hermanos Editores. Caracas, 2014.
- Diccionario de la Real Academia Española. 1ª edición. Espasa Calpe, Madrid, 2006.
- FRANCO, C.: *La Interpretación Jurídica*. 3ª edición. Técnica Editora. UNAM, México, 2007.
- GARCÍA DE ENTERRÍA, Eduardo: *La Constitución como Norma Jurídica y el Tribunal Constitucional*. Editorial Civitas, S.A., Madrid, 1994.
- GONZÁLEZ, A. y VIANA H.: Informe Analítico Caso Cruz Salud. IESA, Caracas, 2010.
- GUTIÉRREZ, C., MOLINA, C.G., WULLNER, A.: *Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social*. IESA, Caracas, 2006.

- HOCHMAN, E. y MONTERO, M.: *Investigación Documental. Técnicas y Procedimientos*. Editorial Panapo. Caracas, 2005.
- LÓPEZ BLANCO, Hernán: *Comentarios al Contrato de Seguro*. Dupre Editores.
- MÁRMOL MARQUIS, Hugo: *Fundamentos del Seguro Terrestre*. Segunda Edición, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, 1980.
- MORLES HERNÁNDEZ, Alfredo: *Curso de Derecho Mercantil. Introducción. La Empresa. El Empresario*, Tomo I, Décima Edición, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, 2010.
- MORLES HERNÁNDEZ, Alfredo: *Curso de Derecho Mercantil. Los Contratos Mercantiles. Derecho Concursal*, Tomo IV, Caracas. Universidad Católica Andrés Bello, 2006.
- MORLES HERNÁNDEZ, Alfredo: *Derecho de Seguros*. 1era Edición, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, 2013.
- RACHADEL, M.: *Una Propuesta para la Descentralización, la Delimitación y Transferencia de Competencias entre el Poder Nacional y los Estados*. COPREILDIS, Caracas, 2003.
- RIVAS, Julián y BELLORÍN Luisa: *Técnicas de Documentación e Investigación I. Estudios Generales I*. Universidad Nacional Abierta. Caracas, 2.000.
- RODRÍGUEZ DE BELLO, Gladys: *Ley del Contrato de Seguro y de la Actividad Aseguradora Comentadas*. Primera Edición, Ediciones Paredes, Caracas, 2011.
- RODRÍGUEZ, Gladys: *Observaciones sobre el Contrato de Seguro*. Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, N° 76. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1988.
- SÁNCHEZ, C.: *Guía práctica del Contrato de Seguro*, S.L. Grupo Editorial el Derecho y Quantor, Madrid, 2011.
- *Técnicas de Documentación e Investigación I. Estudios Generales I*. Universidad Nacional Abierta, Caracas, 2000.

- TINOCO, Alejandro: *Anotaciones de Derecho Mercantil*. Colección Universitaria. Editorial La Torre. Caracas, 1977.
- WITKER, J. *Técnicas de Investigación Jurídica*. Universidad Autónoma de México, México, 1995.

Publicaciones en Medios Electrónicos:

- Diario El Espectador. Sección Salud. Disponible en: [<http://www.elespectador.com/noticias/salud/supersalud-interpuso-millonaria-sancion-coomeva-medicin-articulo-514020>].
- Diccionario Mapfre de Seguros. Documento en línea. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/wdiccionario/terminos/vertermino.shtml?r/riesgo.htm>.
- Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas. Sudeaseg. Disponible en: http://www.sudeaseg.gob.ve/publico/archivos/estadisticas/esta_merc/merc_10_9_2015.php
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>.
- Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Red-DESC). Disponible en: <http://www.escrnet.org/docs/i/427013>.
- Página Web Oficial de la Empresa de Medicina Prepagada Rescarven. Disponible en: <http://www.rescarven.com>.
- Página Web Oficial de la Organización Sanitas Internacional. Disponible en: [<http://corporativo.sanitas.es/>].
- Página Web Oficial de la Organización Sanitas Venezuela. Disponible en: [<http://www.sanitasvenezuelaemp.com/>].
- Prensa virtual Dinero.com. Sección País. Disponible en: [<http://www.dinero.com/edicion-impresa/pais/articulo/ajustes-de-los->

precios-la-medicina-prepagada-y-las-polizas-de-salud-en-colombia/219427].

- Superintendencia de la Actividad Aseguradora. Disponible en: <http://www.sudeseq.gob.ve/dictamenes/397>].
- Mercado de Dinero. Publicación para los Consumidores y Emprendedores. Disponible en: <http://www.mercadodedinerove.com/Seguros/7464-que-cubre-lapoliza>.
- Ven Economía. Disponible en: <http://www.veneconomia.com.volumen22N°7>.
- Vásquez Vega, Daniel: Diferencias entre el Derecho de Seguridad Social y el Derecho de Seguros. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/1065/2/Diferencia_derecho__seguridad_social_derecho_seguros.pdf].

Normativa Consultada:

- Código de Comercio Venezolano (1995). Gaceta Oficial N° 475, Extraordinaria.
- Código Civil de Venezuela. Gaceta N° 2990 Extraordinaria, de fecha 26 de julio de 1982.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5453 de la República Bolivariana de Venezuela, en fecha 24 de marzo de 2000.
- Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora, N° 2.178, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.211 Extraordinario, de fecha 30 de diciembre de 2015.
- Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro. Gaceta Oficial N° 5553, Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001.
- Ley de la Actividad Aseguradora. Gaceta Oficial N° 5.990, Extraordinario, de fecha 29 de julio de 2010.

- Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial N° 37.973, de fecha 6 de julio de 2004.
- Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional. Gaceta Oficial N° 39.447, de fecha 16 de junio de 2010.
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta Oficial N° 37.600, de fecha 30 de diciembre de 2002.
- Providencia N° 326 de fecha 2 de febrero de 2011, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.617, dictada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la cual se regulan las Operaciones de las Empresas de Medicina Prepagada.
- Providencia N° 2992 de fecha 19 de septiembre de 2011, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.762, dictada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la cual se regulan a las Empresas de Seguros para el Acceso, Comercialización y Suscripción de las Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, Accidentes Personales y Funerario.
- Providencia N° 3856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316, dictada por La Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la cual se regula la Póliza de Seguro de Salud Individual.
- Providencia N° 00661 de fecha 11 de julio de 2016, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973, dictada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, denominada Normas que regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora.