

Las patologías preexistentes
en los contratos de seguros de salud
y de medicina prepagada, frente
a los derechos de las personas
en el acceso a los bienes y servicios

*Pre-existing pathologies in Contracts of
Health Insurance and Prepaid Health,
compared to the People's rights to
Access to Goods and Services
(consumer law)*

Efrén E. Navarro Cedeño*

*Abogado, graduado de la Universidad Católica Andrés Bello (1996), con Especialización en Derecho Administrativo en la Universidad Central de Venezuela (2003), ocupó el cargo de Consultor Jurídico de la Superintendencia para la Promoción y Protección de la Libre Competencia (2000-2005), Abogado Asesor en la Procuraduría General de la República (2005-2009), Juez Vicepresidente de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo (2010-2011), Juez Presidente de la referida Corte, desde enero del 2012.

RESUMEN

El artículo a continuación es producto del análisis sobre la situación jurídica actual, a la luz del Derecho venezolano y de la jurisprudencia reciente, de las denominadas Preexistencias o Patologías Preexistentes en los contratos de seguros de salud o de asistencia sanitaria, así como en aquellos contratos de medicina prepagada, en los que repetidamente se presentan diferencias y controversias durante su ejecución, en particular en el momento en que el responsable de brindar la cobertura requerida por el beneficiario del contrato opone razones justificativas para eximirse de cumplir con su obligación de reconocimiento de gastos y costos médicos, específicamente mediante la alegación de una patología preexistente en el paciente beneficiario, sea o no el tomador de la póliza o el titular del contrato de medicina prepagada.

Palabras clave: patologías preexistentes, seguros de salud, medicina prepagada, cobertura médica.

ABSTRACT

The article below is the result of analysis on the current legal situation in Venezuelan law and recent cases decided by Administrative Courts on the so-called "Pre-existing" or "Pre-existing Diseases" in health insurance contracts or health care, as well as those prepaid health and medical contracts, which are repeatedly disputed during implementation, particularly in the time while the responsible for providing the coverage required by the contract recipient refuses to comply with its obligation to recognize expenses and costs, in filing the claim of a pre-existing pathology in the recipient patient as the cause of exemption.

Key words: pre-existing diseases, health insurance, prepaid health, health care.

I. Introducción

Durante las últimas décadas, el auge de la contratación de seguros privados de salud y planes de medicina prepagada ha estado influenciado a nivel mundial por el incremento poblacional, nuevas y recurrentes patologías de la vida moderna, y por supuesto la dinámica gubernamental en la adopción de medidas alternativas para brindar efectivos y eficientes servicios sanitarios y asistenciales.

No obstante, la mayoría de los ordenamientos jurídicos del Derecho Continental se han ido adecuando a las realidades sectoriales del seguro y la medicina prepagada, vinculando la normativa sobre las actividades prestacionales del aseguramiento y cobertura de riesgos sobre la salud y vida de las personas, conjuntamente con los cuerpos normativos y regulatorios que determinan fundamentalmente el derecho de protección al consumidor, y en nuestro país particularmente lo relativo a la protección de las personas en el acceso a los bienes y servicios.

Así, la idea de este trabajo es ofrecer una breve referencia sobre la actualidad jurídica respecto al tratamiento legal y jurisprudencial que se viene definiendo en la República Bolivariana de Venezuela, en cuanto a las denominadas Preexistencias o más exactamente las Patologías Preexistentes del Beneficiario de los seguros privados de salud y medicina prepagada.

Resulta pertinente anunciar desde este momento que nuestro estándar de protección ante las situaciones de incumplimiento contractual objeto del presente análisis, se encuentra apuntalado en derechos constitucionalmente garantizados y en permanente ajuste jurisprudencial.

II. El seguro de salud y la medicina prepagada.

Elementos y requisitos esenciales

El aseguramiento y reducción de los riesgos económicos derivados de la atención médica y sanitaria, frente a la multiplicidad de padecimientos de la era actual, ha adquirido gran importancia y dinamismo. Ante tal situación, desde la perspectiva jurídica, no pasa por alto la diversidad de mecanismos contractuales existentes para brindar a las personas determinadas opciones de resguardo económico por tales motivos.

Sin ahondar en la gama de ofertas que tanto el sector asegurador como el de atención médica colocan a disposición de los ciudadanos, principalmente mantienen capital relevancia los denominados seguros de salud y vida, en sus diversos tipos, y los contratos de medicina prepagada.

El marco legal que ofrece el ordenamiento jurídico venezolano para normar tales expresiones de la actividad aseguradora y de cobertura de riesgos, en la actualidad, se erige en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros¹ y en la Ley de la Actividad Aseguradora², y se complementa con las resoluciones, normas prudenciales, dictámenes y decisiones de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (Ente Rector) y del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), cuyos criterios permanentemente son perfilados por la jurisprudencia nacional.

Nuestra legislación, propendiendo a la distinción entre los mecanismos contractuales que aquí se abordan, se impone con la definición del contrato de seguro como

*"...aquel en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza"*³.

- 1 Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 5.553 Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001. Las normas del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, expresamente son de carácter imperativo, salvo cuando la misma Ley autoriza el convenio de las partes en contrario.
- 2 Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 5.990 Extraordinario, de fecha 9 de julio de 2010.
- 3 Definición establecida en el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro. No obstante, en lo referido al contrato de seguro de salud para hospitalización, cirugía y maternidad, específicamente, es definido como *"...aquel mediante el cual la empresa de seguros se obliga 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..."*. (artículo 113)

Por su parte, la conceptualización del contrato de medicina prepagada, dio lugar a su definición como aquel relativo a

"...todos aquellos servicios médico-asistenciales prestados en forma directa o indirecta, que sean pagados periódica o totalmente por anticipado por los contratantes y que para la determinación de la prima se consideren factores aleatorios, estadísticos y cálculos técnicos actuariales (...)"⁴.

Claramente, desde el ámbito que nos ocupa, se perciben elementos característicos⁵ en cada modalidad que marcan indiscutiblemente su afinidad, y a la luz del presente análisis, permiten aplicar por igual los criterios para el tratamiento de las denominadas Preexistencias o Patologías Preexistentes.

III. La preexistencia de patologías. Definición. Requisitos esenciales de procedencia

La Preexistencia o la Patología Preexistente, legalmente está definida

"...como toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un contrato de se-

4 Definición establecida en el artículo 138 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

5 Nos referimos a que son contratos consensuales, bilaterales, onerosos, aleatorios, de buena fe y de ejecución sucesiva, destinados a brindar atención a circunstancias futuras, especialmente sobre los efectos económicos y patrimoniales que surgen con ocasión de situaciones vinculadas con la salud de los beneficiarios contratantes (*concreción del riesgo cubierto*).

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora ha sostenido que la medicina prepagada "(...) es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos 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 encontramos: 1) La mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes, que son en definitiva quienes van a soportar la pérdida al materializarse el riesgo (enfermedad o accidente que den origen a la obligación de prestar el servicio médico). 2) El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad." (Superintendencia de Seguros. Dictámenes 2004, Nro. 22. Consideraciones sobre Medicina Prepagada y sus diferencias con la actividad aseguradora. (En http://www.suceseg.gov.ve/dict_2004_22.php)

guros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, el asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes"⁶.

La definición legal permite extraer que tales circunstancias patológicas para ser consideradas como eximentes del cumplimiento de las obligaciones del asegurador o del prestador de servicios de medicina prepagada, deben cumplir con determinados requisitos para que judicialmente puedan ser aceptadas⁷.

Principalmente, las Preexistencias deben ser:

-Existentes y actuales al momento de la contratación;

-Por ende, diagnosticables de forma previa o simultánea al acuerdo de voluntades que dar lugar al contrato;

-Como tal, de diagnóstico exacto y particular, comprobables desde la perspectiva médica.

Lo anterior no obsta para sostener que *"... ciertas enfermedades, por sus características, no permiten determinar con precisión su origen, como así tampoco el tiempo de evolución"*⁸.

Un aspecto que debe resaltarse es que la definición legal de Preexistencia contenida en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, anteriormente citada, planteaba como premisa la negativa del contrato de seguros de brindar cobertura automática o incluyente a las enfermedades o patologías preexistentes, salvo que expresa-

6 Definición establecida en el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

7 En Sentencia No. 2009-1675 de fecha 15 de octubre de 2009, en el expediente No. AP42-N-2007-000389, la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo resaltó que *"...el concepto de enfermedad preexistente o preexistencia puede ser definido como 'aquella padecida por el asegurado anteriormente al momento que se contrata el seguro y que fuera conocida o no por el asegurado (o el tutor, en casos de menores de edad), pero que en todo caso deberá ser diagnosticada con anterioridad a la suscripción del mismo, bien sea mediante los exámenes realizados por las compañías aseguradoras o por la declaración que a tal efecto haga el asegurado', lo cual en ambos casos quedará predeterminado en forma individual y para cada caso en particular en la correspondiente póliza de seguro, a los fines que el asegurado tenga pleno conocimiento de las exclusiones a los cuales se encuentra sometido..."*. (negrillas de la cita).

8 El Contrato de Medicina Prepaga y las Cláusulas Abusivas. Cláusulas Abusivas I. Director Carlos A. Gherzi. Ed. Juris. Buenos Aires. 1999. pág. 29.

mente mediar la voluntad de las partes pactando la atención de dichas patologías preexistentes⁹. Actualmente, el contenido de la norma *in comento* se encuentra en contraste con la novísima disposición contenida en la Ley de la Actividad Aseguradora, en la que expresamente se prohíbe a las empresas aseguradoras y reaseguradoras "... alegar las enfermedades preexistentes o adquiridas, defectos o malformaciones congénitas, como causal de rechazo de siniestros de hospitalización, cirugía y maternidad"¹⁰.

De lo anterior, valga adelantar que hasta el presente no se ha verificado alguna decisión judicial o pronunciamiento de la autoridad nacional encargada de la regulación del sector asegurador, en que se materialice rotundamente la aplicación del numeral 23 del artículo 40 de la Ley de la Actividad Aseguradora, rechazando de pleno derecho cualquier negativa de atención a patologías preexistentes en beneficiarios en general de contratos de seguros, pólizas individuales y colectivas de salud, y contratos de medicina prepagada.

IV. La cláusula de preexistencia en los contratos de seguro de salud y medicina prepaga. Sujeción al derecho de consumo. Requisitos de procedencia. La condición de abusiva. La prueba de la preexistencia jurisprudencia

La previsión contractual de las circunstancias eximentes de la responsabilidad de cobertura y atención de los riesgos de la salud, por parte de los aseguradores y prestadores de servicios de medicina prepagada, durante las dos última décadas ha sido objeto de revisión y delimitación por parte de las autoridades y normativas propias del derecho de consumo o de protección al consumidor, en razón de que los titulares de la obligación característica de tales contratos, mayormente se configuran en entidades jurídicas de gran poder

9 Las Preexistencias no deben confundirse con las patologías o enfermedades cuya cobertura pueda estar sujeta a plazos de espera, entendiéndose por éste el período dentro de la vigencia del contrato, en que la empresa de seguros no brinda cobertura de verificarse tales patologías.

10 Prohibición establecida en el artículo 40, numeral 23, de la Ley de la Actividad Aseguradora.

económico, frente a las personas individuales, quienes no necesariamente deben figurar como tomadores o contratantes, sino que los asiste la calificación de beneficiarios de los servicios contratados, para ser catalogados como débiles jurídicos de la relación contractual.

En consecuencia, existen grandes rasgos de protección, tanto en la legislación especial sobre seguros¹¹ como en las legislaciones de protección al consumidor, y en nuestra geografía el ordenamiento para la defensa de las personas en el acceso a los bienes y servicios, donde se plantean diversos y elevados estándares de protección para situaciones como la que analizamos. Nos permitimos afirmar que por la relación jurídica de fondo¹² que subyace de los contratos aquí examinados, sus contenidos se encuentran en plena sujeción al derecho de protección al consumidor y de defensa de las personas en el acceso a los bienes y servicios, y más aún, los criterios de aplicación de cualquier norma proteccionista han de derivar de la interpretación constitucionalizada que resulta de los derechos supremos a la salud y a la vida.

Por tal motivo, la aplicación de estas normas ha dado lugar a la talla de una corriente jurisprudencial que vincula las provisiones sobre Preexistencia o Patologías Preexistentes a las denominadas cláusulas abusivas, comúnmente incorporadas en formatos, a contratos de adhesión o mediante mecanismos de referencia convencional, especialmente cuando median controversias derivadas de la aplicación de dichas cláusulas.

11 El artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro establece que *"...Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los aseguradores o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones..."*.

12 En Sentencia Nro. 2011-246, de fecha 21 de febrero de 2011, en el expediente Nro. AP42-N-2005-001008, la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo precisó que *"...cuando se está en presencia de un contrato de seguros destinado, o vinculado por su finalidad a la actividad de salud, su tratamiento no puede ser analizado desde una visión netamente mercantilista, sino bajo la óptica de la constitucionalización de las relaciones jurídicas, donde el derecho a la salud y el derecho a la vida condicionan la forma en que debe ser implementado o aplicado el contrato de seguro..."*.

En ejemplo, la jurisprudencia Argentina ha señalado:

*"... La preexistencia de enfermedades son cláusulas de exclusión de cobertura, en las cuales se impone al paciente ingresante la asunción del riesgo ante una posible enfermedad –lo que precisamente constituye su finalidad contractual– dejando librado a la calificación del prestador la calidad de preexistente de una dolencia, es decir se intenta trasladar de este modo una carga demostrativa que es propia de la empresa. (...) Si la entidad prepaga no dispone el examen médico exhaustivo como requisito de admisión, es injusto y contrario al derecho que pueda beneficiarse con su omisión, ya que la obligación del prestador es delimitar específicamente el alcance de la prestación prometida.(...) La negativa a correr con los gastos originados por la asistencia de enfermedades preexistentes conocidas o no por el asociado, aunque fueren hereditarias o congénitas, es claramente una cláusula abusiva, pues la gran mayoría de las enfermedades que padece el ser humano tienen una concausalidad congénita o hereditaria, por lo que la ley determina que sin perjuicio de la validez del contrato se tendrá por no válidas: a) Las cláusulas que desnaturalicen las obligaciones o limiten la responsabilidad por daños; b) Las cláusulas que importen renuncia o restricción de los derechos del consumidor o amplíen los derechos de la otra parte; c) Las cláusulas que contengan cualquier precepto que imponga la inversión de la carga de la prueba en perjuicio del consumidor"*¹³.

Por su parte, la jurisprudencia colombiana ha señalado:

*"... para que una entidad de medicina prepagada pueda liberarse de la asistencia en salud que se le reclama, en razón de que sea una preexistencia, ésta debió haberla determinado médica y científicamente desde antes de suscribir el contrato respectivo, debió haberla dado a conocer específicamente al tomador del contrato y haber obtenido su aceptación sobre la misma, pues no puede establecerla con suposiciones o verificaciones médicas posteriores, de carácter retroactivo, y mucho menos imponerla unilateralmente, a fin de sustraerse de la obligación que adquirió al suscribir el contrato, si no hizo especificación alguna sobre ella"*¹⁴.

13 Causa 1603/2003 ORDEN 4051, CLIO Medicina Prepaga S.A. c/ MINISTERIO DE LA PRODUCCIÓN - DIRECCIÓN PROVINCIAL DE COMERCIO S/ APELACIÓN, Cámara Federal Penal de Apelaciones de La Plata, Sala II.

14 Sentencia No. T-660 de 2006, dictada por la Sala Octava de Revisión de Tutelas de la República de Colombia.

De modo similar, la Jurisprudencia nacional ofrece un tratamiento jurídico a las Preexistencias sobre la base de los siguientes criterios:

“... las estipulaciones que pretendan alcanzar tal propósito, debe entenderse como auténticas cláusulas abusivas, concepto que se utiliza para justificar el control sustancial del contrato cuando existen cláusulas predispuestas que han sido impuestas al consumidor y su contenido favorece especialmente al predisponente. En atención a ello, debe tenerse en consideración que el parámetro que define el desequilibrio entre las partes no es la desigualdad económica, sino que hay que orientarlo hacia la superioridad funcional que ostenta el predisponente, de manera que es la inexistencia de negociación individual, unida a un funcionamiento defectuoso del mercado, lo que permite al predisponente disfrutar de unos términos más favorables en sus relaciones con el adherente, por lo que, las exoneraciones de responsabilidad, o las condiciones que pretendan ser impuestas a los consumidores en detrimentos de sus derechos, deben considerarlas, entonces, como verdaderas cláusulas abusivas (...)

Así, de la cláusula in commento, ut supra trascrita, se observa que si bien la compañías aseguradoras tienen el derecho de restringir o limitar la cobertura en los contratos de seguros por ellas celebrados, así como establecer los plazos de espera para que el asegurado comience a gozar de la cobertura ofrecida; no es menos cierto que no pueden acudir a tal potestad arbitrariamente, sino que para hacer efectiva tales limitaciones deben cumplir con la obligación de realizar las evaluaciones médicas correspondientes a los fines de determinar el estado de salud del asegurado, toda vez que tal como se señaló precedentemente la carga de la prueba en los casos de exclusión o limitación corresponde al asegurador.

En tal sentido, a criterio de este Órgano Jurisdiccional entraña una ventaja exclusiva del asegurador, someter al asegurado a plazos de espera por enfermedades no declaradas o diagnosticada durante la vigencia de la póliza, toda vez que es responsabilidad de las compañías aseguradoras determinar el estado de salud de los contratantes antes de la suscripción del contrato de seguro, en consecuencia resulta claramente abusivo responsabilizar a los asegurados por las deficiencias u omisio-

nes de las compañías en el deber de comprobar la buena salud de éstos"¹⁵. (negrillas de la cita).

Más recientemente, en decisión de alzada dictada por la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, se sentaron los siguientes criterios:

"... se observa que la empresa recurrente al tener como presupuesto básico la prestación de un servicio público, como es la salud, bajo la modalidad de medicina prepagada, éste debe estar sujeto a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 85 constitucional, según el cual 'El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud'. (...).

Ahora bien, según lo alegado por la parte actora, con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, la medicina prepagada no se encontraba regulada por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros; no obstante, tal como se indicó en las normas constitucionales ya mencionadas, el Estado está en la obligación de regular, controlar, vigilar y supervisar las Instituciones tanto públicas como privadas que presten servicios de salud.

(...) en la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contratantes.

(...) concluye esta Alzada que no erró el a quo al señalar que el Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, suscrito entre el ciudadano Fernando Montana y SANITAS, el cual tenía como beneficiaria a la ciudadana Armida Pérez de Montana, denunciante en sede administrativa, se configura como un contrato de adhesión, pues tal como antes

15 Sentencia de la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo Nro. 2011-246, de fecha 21 de febrero de 2011, en el expediente Nro. AP42-N-2005-001008.

se indicó, para su formación no interviene en ningún momento la voluntad del asegurado.

(...) la preexistencia consiste en un padecimiento cuya existencia pueda comprobarse antes de la celebración del contrato, siempre y cuando sea conocido por el beneficiario; asimismo, indica la norma que cuando se alegue tal preexistencia esta deberá ser probada, por lo cual el asegurado se encontrará en la obligación de someterse a los exámenes médicos necesarios para tales fines.

En este sentido, ha sido criterio de esta Sala que si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, por una parte, deberá probar tal circunstancia por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado. (Vid. sentencia de esta Sala N° 0035 de fecha 17 de enero de 2007).

Por tanto, la Sala considera que, efectivamente, el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica suscrito por el denunciante en sede administrativa y SANITAS, se constituye como una cláusula abusiva y genérica, pues se excluye del servicio a toda aquella enfermedad o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación, hayan sido declaradas o no por el contratante, sin importar si la misma era conocida o no por el usuario.

En atención a lo antes expuesto, estima esta Sala, tal como lo indicó el a quo, que cuando el contrato familiar de asistencia médica establece una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, esta exclusión prosperará, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación, o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno¹⁶.

No obstante los criterios claramente estructurados en nuestra Jurisprudencia, anteriormente citados, sobre la cualidad abusiva de determinadas cláusulas contractuales sobre Patologías Preexistentes,

16 Sentencia No. 01001 de fecha 21 de julio de 2011, emitida por la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia.

no puede pasar por alto que los beneficiarios de los contratos de seguros de salud y vida, así como los de medicina prepagada, igualmente tienen una obligación de información respecto de sus condiciones particulares de salud, a fin de que el co-contratante disponga de suficientes datos a fin de realizar los cálculos del riesgo a cubrir, que en definitiva representa el objeto de estos tipos de contratos¹⁷.

En definitiva, la previsión contractual de las preexistencias para que alcance la condición de cláusula abusiva, debe permitir percibir un desbalance entre las cargas obligacionales de los sujetos del contrato de seguros de salud, y de medicina prepagada, que resulte desfavorable para el beneficiario de los servicios.

V. Reflexiones Finales

Es bien sabido que en latitudes como la nuestra, el componente social que procura el aseguramiento de los riesgos de la salud, no sólo lo hace bajo la premisa del resguardo patrimonial, sino que adicionalmente persigue un espacio de atención médica y sanitaria alterna al Sistema Público de Salud, lo que en gran medida se traduce en una importante cantidad de las contrataciones individuales y colectivas de seguros de salud y de medicina prepagada.

Por ello, el manejo de la información relativa al tratamiento legal y jurisprudencial que en la actualidad se brinda a la Preexistencia, o con mayor precisión a la atención de Patologías Preexistentes

17. En Sentencia de la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo Nro. 2008-2368 de fecha 17 de diciembre de 2008, en el caso: *Dominga Trotti De Vásquez Vs. Seguros Horizonte, C.A.*, se señaló que "...con base en los principios constitucionales y legales que para el momento del siniestro regían nuestro ordenamiento jurídico, esta Corte considera que si bien el asegurado se encuentra en la obligación de declarar con sinceridad aquellas circunstancias para apreciar la extensión de los riesgos en el contrato de seguro, las empresas aseguradoras que aleguen una enfermedad preexistente, deberán probar tal circunstancia de manera clara, precisa y detallada con *anterioridad* a la contratación de la póliza (...). Es evidente que cuando el asegurado, faltando a la buena fe contractual, incumple su obligación de declarar si padece o no una determinada enfermedad cuando suscribe un contrato de seguro médico, tal proceder sí se califica de doloso o de culpa grave, teniendo en cuenta que tal omisión pueda causar un perjuicio tal a la compañía aseguradora, que ésta puede quedar liberada de responsabilidad, toda vez que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado con el afiliado".

frente al alcance del riesgo asegurado en contratos de seguros de salud y de medicina prepagada, resulta de gran importancia para tomadores y beneficiarios de estas.

Nuestra legislación, a partir del año 2010, cuenta con la previsión legal idónea para avanzar hacia el condicionamiento formal y favorable de las preexistencias para los beneficiarios de los contratos de seguros de salud y de medicina prepagada, e inclusive para apuntalar la adecuación de las fórmulas de determinación de riesgos hasta suprimir la exclusión convencional de las preexistencias e incorporar su atención dentro del alcance del objeto de dichos contratos.

Sin lugar a dudas, lo anterior pasa por diversas adecuaciones que han de ser progresivas, desde lo actual hasta el establecimiento de coberturas específicas para Patologías Preexistentes, y de allí avanzar hasta la atención obligatoria de patologías preexistentes, bajo determinados condicionamientos que resulten en la mayor medida posible beneficiosos para los sujetos integrantes de la relación contractual.

Hemos determinado en el presente que las preexistencias como circunstancias eximentes del cumplimiento de las obligaciones de los aseguradores y prestadores de servicios de medicina prepagada, encuentra sus límites en previsiones legales y criterios jurisprudenciales vinculados o derivados al derecho de protección al consumidor, por lo que podemos concluir que:

1. La previsión contractual de las preexistencias es necesaria, bajo determinados límites que persiguen el balance entre las obligaciones a cargo de los co-contratantes.
2. Los supuestos de preexistencia deben mantenerse aplicables sólo al inicio de las relaciones contractuales, por lo que no serán admisibles frente a las renovaciones de los contratos derivadas de su tracto sucesivo.
3. Una vez transcurrido el plazo de no cobertura de patologías preexistentes, actualmente definido a tres (3) años, tales preexistencias no podrán ser interpuestas como circunstancias eximentes de la responsabilidad de los prestadores de servicios de seguros y de medicina prepagada.

En definitiva, el desarrollo de la jurisprudencia nacional sobre la preexistencia en contratos de seguros de salud y vida, y medicina

prepagada, permiten sostener que los titulares de la obligación de los contratos de aseguramiento y medicina prepagada, no pueden oponer el padecimiento de una enfermedad preexistente como "causa genérica" para excluir los eventos protegidos o siniestros que hayan sufridos los beneficiarios dentro de los plazos de espera establecidos, y por ende han de cubrir el pago de las indemnizaciones debidamente estipuladas en los contratos de seguro.

VI. Referencias bibliográficas

CASTELO, Julio y PEREZ, José (2003). *Diccionario Básico de Seguros* Madrid, Editorial MAPFRE.

Chartered Insurance Institute (1977). "Elementos del Seguro 6". Madrid, Editorial MAPFRE. 2ª Edición.

GALLEGOS DÍAZ DE VILLEGAS, J.E. (1997). *Modalidades clásicas y modernas del seguro de vida. Los seguros Unit-Link*. Madrid, Ed. Fundación Mapfre Estudios.

GARRIDO Y COMAS, J.J. (1986). *Tratado General de Seguros*. Madrid, Ed. Consejo General de Agentes y Corredores de Seguros de España.

MELICH ORSINI, José (1999). "Las Particularidades del Contrato con Consumidores", en *Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas* No. 111, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

PEÑA Nilo (2004). *Guía de Introducción al Seguro II*. Caracas, Instituto Venezolano de Seguros.

RANGEL MAGGIO, J.V. (2003). "Pastillas de Contrato de Seguros (Segunda dosis), Primera Parte", en *Revista Internacional de Seguros*, No. 200.

TAPIA HERMIDA, Alberto Javier (2006). "Aspectos Polémicos y Novedosos del Seguro de Vida", en *Documentos del Departamento de Derecho Mercantil*. Departamento de Derecho Mercantil. Facultad de Derecho. Universidad Complutense. Madrid. España.