

## SEGUROS EN SALUD, LIBERTAD CONTRACTUAL

Concepto 2014087164-002 del 11 de diciembre de 2014

**Síntesis:** *Las compañías de seguros que cuentan con la aprobación de esta superintendencia en el ramo de salud, pueden ofrecer, diseñar y estructurar un amplio portafolio de sus productos (pólizas), acomodándolos a las necesidades de protección en salud de los clientes, teniendo en cuenta total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud a que refiere el precitado artículo 40 de la Ley 1438 de 2011, así como incluir otras coberturas. En efecto, cuentan con la facultad de seleccionar y asumir en forma autónoma los riesgos objeto de aseguramiento, con excepción de aquellos cubiertos a través de los seguros obligatorios establecidos por la ley.*

«(...) comunicación mediante la cual formula diversas inquietudes relacionadas con las pólizas de salud. Sobre el particular, resulta procedente formular las siguientes consideraciones:

1. En primera instancia y tal como lo señala en su comunicación el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, sustituyó el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, **respecto de los planes voluntarios de salud, dentro de los cuales se encuentran las pólizas de seguros** emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

Por su parte el artículo 40 de la precitada ley, refiriéndose a las coberturas, dispone que: *“Los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios”.* (Negrilla fuera de texto).

2. Ahora bien, atendiendo sus inquietudes, le informo que las compañías de seguros que cuentan con la aprobación de esta superintendencia en el ramo de salud, pueden ofrecer, diseñar y estructurar un amplio portafolio de sus productos (pólizas), acomodándolos a las necesidades de protección en salud de los clientes, teniendo en cuenta total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud a que refiere el precitado artículo 40, así como incluir otras coberturas.

En efecto, las entidades aseguradoras cuentan con la facultad de seleccionar y asumir en forma autónoma los riesgos objeto de aseguramiento, con excepción de aquellos cubiertos a través de los seguros obligatorios establecidos por la ley.

Bajo los anteriores parámetros, las compañías de seguros que cuentan con autorización para explotar los diferentes ramos de seguros podrán, en ejercicio de la libertad contractual que les asiste, establecer las condiciones en las cuales se otorgará la cobertura, tales como vigencia, edad mínima y máxima de permanencia en la póliza, que al ser aceptado por el tomador de la póliza se configura en una manifestación contractual de las partes al momento de la celebración del contrato de seguro.

3. Por otro lado, no sobra anotar que el artículo 41 de la Ley 1438 de 2011 que alude a la protección al usuario señala que *“Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como*

*preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.*

***“Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte”.*** (Negrilla fuera de texto).

En este sentido, las compañías de seguros que explotan el ramo de salud no pueden dar por terminado los contratos de seguros salvo en el caso que taxativamente establece la norma antes transcrita.

4. En forma adicional, consideramos oportuno informarle de manera general las características de un seguro de salud individual y colectivo<sup>1</sup>:

Las tarifas de prima del seguro de salud generalmente se calculan:

- Sobre una base anual.
- Habitualmente la tarifa se vuelve a calcular cada año mientras la póliza permanece vigente.
- El asegurador generalmente garantiza la tarifa de prima del grupo sólo durante un año y puede cambiar la tarifa de prima al comienzo de cada año póliza o en una fecha de vencimiento de prima, sin embargo, no puede cambiar la tarifa de prima más de una vez en un periodo de 12 meses.
- Los factores que se deben tener en cuenta para determinar el costo del seguro de salud son:
- A medida que la población envejece, la incidencia general de enfermedad también aumenta, como consecuencia de esto, la demanda de atención médica aumentará aún más y los costos médicos se elevarán.
- La inflación, los cambios económicos y los cambios en las prácticas médicas afectan en forma mucho más drástica los costos médicos.
- La ciencia médica está evolucionando continuamente y en la actualidad existen tratamientos y remedios que no estaban disponibles unas décadas atrás. Como resultado de ello, la vida de las personas se ha prolongado. Sin embargo, este progreso también contribuye a aumentar el costo de la atención médica.
- Debido a la variación de los costos médicos en las diferentes áreas geográficas, algunas primas de seguros de salud deben calcularse independientemente para las diferentes áreas geográficas.
- Como consumidores, las personas actualmente tienen mayores expectativas que las que tenían en el pasado. No solo exigen los mejores productos, sino también los mejores servicios, el uso de la tecnología moderna, inclusive acceder a programas de tratamiento de atención de salud que existen hoy y que no se concebían hace años atrás.
- Se están elevando los honorarios médicos debido a la necesidad de muchos médicos y otros prestadores de atención de salud de adquirir seguros para cubrirse de juicios por negligencia médica.
- Las enfermedades terminales, tales como el cáncer y el sida requieren de tratamientos largos y costosos.

---

<sup>1</sup> Características extraídas del libro “Principios de Seguros: Vida, Salud y Renta Vitalicia”, libro diseñado por Editorial LOMA para estudiantes que se preparan para rendir el examen del Curso PFSL 001S –Programa de Formación de Seguros, Life Management Institute LOMA, Atlanta, Georgia.

Por consiguiente y teniendo en cuenta la relación de las anteriores características para este tipo de seguros, es factible que la aseguradora solo garantice las condiciones de una tarifa de seguro de salud por espacio de un año y que adicionalmente realice la actualización de la misma en cada año.

5. Por último, respecto de las pólizas de salud, resulta preciso informar que con el fin de velar por el cumplimiento de los deberes consagrados en las leyes 1328 de 2009, 1430 y 1480 de 2011, y la Circular Externa 038 de 2009, en lo que respecta al deber de información que poseen las entidades vigiladas de suministrar a los consumidores financieros con anterioridad a la suscripción o renovación de un producto de seguros, respecto de la tarifa que posee la misma, esta superintendencia mediante Carta Circular 28 del 24 de abril de 2012 reiteró las exigencias incorporadas en las normas enunciadas, en los siguientes términos:

*“(...) tienen la obligación especial de dar a conocer a los consumidores financieros en forma previa al momento de la celebración del contrato las razones y hechos que fundamentan los cambios en las tarifas del producto contratado, así como en sus vigencias sucesivas, y las estimaciones detalladas y específicas de estos cambios respecto del precio”.*

(...).»