

	ARTICULO DEL TRABAJO DE GRADO	Código: F-PI-03
		Versión: 01
		Página 1 de 13

¿MEDICINA PREPAGADA O PÓLIZA DE SALUD? SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE EL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA (MP) Y LA PÓLIZA DE SALUD

CARLOS MARIO OSORIO MORENO
 Institución Universitaria de Envigado
 E-mail: camaosmo@hotmail.com

LEIDY CAROLINA MARÍN VELÁSQUEZ
 Institución Universitaria de Envigado
 E-mail: karoluna38@gmail.com

MARTHA VILLA GALEANO
 Institución Universitaria de Envigado
 E-mail: mvillagaleano5@gmail.com

Resumen: El presente artículo pretende determinar las semejanzas y diferencias entre el contrato de medicina prepagada (MP) y la póliza de seguro de salud a la luz de la legislación, la doctrina y la jurisprudencia colombiana; para ello, se identifican los requisitos legales, límites, y cláusulas excluyentes de los contratos de medicina prepagada (MP) y las pólizas de salud; de igual modo se establecen las implicaciones de las preexistencias previas, expresas y taxativamente frente al principio de continuidad en el servicio de salud; y a su vez, se realiza una interpretación a la luz de la jurisprudencia colombiana de los amparos y las exclusiones en los contratos de medicina prepagada. La pertinencia de este estudio no sólo se centra en hacer un análisis de las figuras de medicina prepagada y póliza de seguro de salud, sino también crear un fundamento doctrinal, con base en la normatividad colombiana, que sirva de factor de decisión al usuario de los servicios de salud para que en determinado momento puedan establecer cuál de los dos es mejor.

Palabras claves: *Contrato / Seguro / Salud / Tomador / Póliza / Prepagada / Medicina.*

Abstract: This article aims to determine the similarities and differences between the contract of prepaid medicine (PM) and health insurance policy in the light of legislation, doctrine and jurisprudence Colombian testing it identifies the legal requirements limits, and exclusions of prepaid health contracts (PM) and health policies, just as he sets the implications of preexisting prior, express and specifically against the principle of continuity in the health service and, in turn, is an interpretation in the light of Colombian jurisprudence of the protections and exclusions in the prepaid medical contracts. The relevance of this study not only focuses on an analysis of the figures of prepaid medical and health insurance policy, but also create a doctrinal foundation, based on Colombian law to serve as the deciding factor of the user health services at some point to establish which one is better.

Keywords: *Contract / Insurance / Health / Insured / Policy / Prepaid / Medicine.*

1. INTRODUCCIÓN

El derecho, como conjunto de normas generalmente armónicas, coherentes y reguladoras de la conducta humana, tiene la virtualidad de reconocer en cabeza de determinados sujetos la existencia de derechos y obligaciones, de tal forma que se pueda promover a todo lo largo y ancho del grupo social una equilibrada distribución de cargas y beneficios. En esta búsqueda de equilibrio se supone y determina el grado de

cohesión social, incluso el grado de desobediencia que predicen determinados sujetos.

Desde hace varios años Colombia viene atravesando por una crisis en el sistema de salud, situación que se ha agudizado recientemente debido al colapso del sistema, el cual resulta inviable para el gobierno, EPS e IPS. Aunque el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) han implementado una serie de mejoras en sus procesos atinentes a corregir las fallas en el sistema de

identificación de usuarios, lo cierto es que el sistema en general se encuentra colapsado, ya que los estados financieros de las empresas prestadoras del servicio de salud cuentan con un importante déficit fiscal que hace imposible su viabilidad financiera.

El problema del asunto tiene su origen, prácticamente, en la Ley 100, normatividad que regula el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual ha sido concebido en términos economicistas, es decir, considera a la seguridad social como un negocio por encima de la salud y el bienestar de los usuarios del sistema.

Ante esta situación “*el futuro del aseguramiento en salud en Colombia no es claro, pero las propuestas esbozadas hasta el momento auguran cambios nada halagadores*” (Guzmán, 2010, p. 3). Se ha planteado, por ejemplo, que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) de Colombia no se dediquen más a la prestación de servicios de salud, sino simplemente que se conviertan en empresas de pólizas de seguro de salud; se dejaría de lado, por tanto, el ofrecimiento de seguros sociales con recursos parafiscales y se convertirían en organizaciones dedicadas a las ventas de seguros tradicionales mediante el ofrecimiento de pólizas de salud.

Este cambio de paradigma en la seguridad social en salud en Colombia se ha venido impulsando desde la misma Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), que reúne a la mayoría de las EPS del país, lo cual implicaría que los usuarios del sistema de salud del régimen contributivo en Colombia migraran hacia la adquisición de pólizas de salud, lo que conllevaría a una mercantilización excesiva de este sector.

De esta manera, las aseguradoras serían las encargadas de seleccionar los riesgos, definir las coberturas, determinar las primas respectivas y, a su vez, la gestión del riesgo tendría un énfasis indemnizatorio, lo que daría lugar a que las deducciones se pactaran entre asegurador y tomador y la adquisición del seguro sería voluntaria, en contraposición a lo que ocurre dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud en el cual las aseguradoras, según la ley, deben afiliar a todas las personas, ya que es un requisito obligatorio y en el cual es el Estado el que define la cobertura, la prima y las deducciones y donde la gestión del costo tiene como criterio la búsqueda de la eficiencia.

El hecho es que hoy muchos colombianos han venido adquiriendo pólizas de salud para hacer frente a las múltiples contingencias y limitaciones que imponen las Empresas Promotoras de Salud; sin embargo, ésta es una posibilidad a la que sólo tienen acceso un pequeño sector de la población.

Determinar, por tanto, las semejanzas y diferencias entre el contrato de medicina prepagada y las pólizas de seguro de salud a la luz del derecho de seguros colombiano es una discusión necesaria y urgente ante el actual panorama, poco alentador, del Sistema de Seguridad Social en Salud que rige en el país.

2. SECCIONES DEL ARTÍCULO

1. Características del contrato de seguro

1.1. Consensual

El contrato de seguro es consensual por que se perfecciona mediante el solo consentimiento de las partes, no esta sujeto al cumplimiento de ciertas formalidades especiales para surgir efectos.

En Colombia el contrato de seguro es consensual. Esta característica es de reciente consagración legal debido a que hasta julio de 1997, el contrato de seguro se encontraba tipificado como solemne, al establecer que la póliza era el documento escrito por medio del cual se probaba el contrato y el medio mismo para perfeccionarlo. A partir de la expedición de la Ley 389 de 1997 se dio el cambio de la solemnidad a la consensualidad (López, 1999, p. 66-67).

1.2. Bilateral

De acuerdo con Hernán Fabio López (1999, p. 67) el contrato puede ser bilateral, ya que así lo clasifica la ley, porque genera obligaciones para las dos partes contratantes. Para el asegurado, más jurídicamente, para el tomador, la de pagar la prima, fuera de otras que los expositores denominan cargas, y para el asegurador, la de asumir el riesgo y, por ende, la de pagar la indemnización si llega a producirse el evento que la condiciona. Aunque, a decir verdad, la mera asunción del riesgo no es exactamente una obligación. Sin ella simplemente no se conforma, no puede conformarse, el contrato de seguro.

La de pagar la prima es la única obligación strictu sensu que para “el tomador” dimana del contrato y la

única que, por tanto, puede hacer judicialmente exigible “el asegurador”, a lo menos en los seguros de daños y en los de personas, salvo en los de vida en los que el pago es facultativo. La de mantener el estado del riesgo, la de observar estrictamente las garantías, la de proveer al salvamento de las cosas aseguradas, la de dar noticia de la ocurrencia del siniestro y con ella de los seguros coexistentes, la de no renunciar a los derechos contra las personas actual o eventualmente responsables del siniestro, la de colaborarle al asegurador en el ejercicio derecho de subrogación, la de no suscribir seguro adicional sobre el deducible o coaseguro a su cargo, etc. revisten más la naturaleza de cargas de información o de conducta, esto es, en general, presupuestos de la obligación prestacional del asegurador, cuya inobservancia puede este alegar, ocurrido el siniestro, bien sea como medios exceptivos contra el derecho pretendido por el asegurado, o bien como limitantes de la cuantía de la prestación a su cargo.

En cuanto al “asegurador”, es judicialmente exigible la obligación que, con el siniestro, deja de ser condicional para volverse actual y lo es por la vía ordinaria en todo momento o por la ejecutiva si se dan los presupuestos del artículo 1053 del Código de Comercio. Y, en otras hipótesis, lo es la de devolver parte de la prima estipulada “en caso de disminución del riesgo” o a la no devengada, en caso de revocación del contrato o de extinción por transferencia del interés asegurado o por pérdida total de la cosa asegurada no proveniente del riesgo asegurado.

Pero lo que es “la obligación condicional del asegurado”, la esencia al contrato de seguro, que tan solo se traduce en “la asunción del riesgo” durante la vigencia efectiva de la póliza, repugna a la exigibilidad judicial; su capacidad técnico-financiera para afrontar las eventuales responsabilidades que le aparea el contrato (la de pagar la prestación al asegurado en caso de siniestro), tan solo puede ser objeto de la vigilancia administrativa del Estado enderezada a prevenir el fraude a los usuarios o beneficiarios del seguro, la falencia o insolvencia de las sociedades aseguradoras y, con ella, su incapacidad de atender a la solución de sus obligaciones.

1.3. Oneroso

Esta es otra de las características que asigna al contrato de seguro el artículo 1036 del Código de Comercio. Y es porque “tiene por objeto la utilidad de

ambos contratantes, gravándose cada uno a beneficio del otro”. La prima es el gravamen a cargo del tomador. Sin prima, elemento esencial del seguro, el contrato no existe. Al paso que lo es del asegurador la obligación que contrae de pagar la prestación asegurada en caso de siniestro. Esto puede o no acontecer. No por ser condicional, la obligación deja de ser un gravamen. La sola probabilidad de pérdida que, durante la vigencia técnica del contrato, gravita sobre el patrimonio del asegurador, tiene un valor acorde con la naturaleza e intensidad del riesgo y con la magnitud del interés amenazado. Y de ahí la contraprestación a cargo del tomador (López, 1999, p. 89).

1.4. Aleatorio

Porque la prestación a cargo de uno de los contratantes no guarda relación alguna con la del otro, desde el punto de vista de su equivalencia, por estar sometida esa prestación a la ocurrencia incierta de un hecho futuro que, de llegar a presentarse, evidencia notoria desproporción.

En el contrato de seguro esta de por medio la incertidumbre respecto a si el asegurador tendrá o no que afrontar el pago de una indemnización y cual ha de ser la cuantía de ella, pues bien puede suceder que el daño no alcance al límite máximo establecido como suma asegurada (López, 1999, p. 96).

1.5. De Ejecución Sucesiva

Durante toda la vigencia del contrato persisten una serie de obligaciones recíprocas, de manera muy especial en cabeza del tomador o asegurado, mientras esta vigente subsisten diversas cargas, como las de mantener el estado del riesgo, comunicar circunstancias que impliquen su agravación, observar estrictamente las garantías dadas.

Las obligaciones a cargo de los contratantes no se agotan cuando se suscribe el contrato, sino que apenas se inician (López, 1999, p. 102).

2. Personas que intervienen en el contrato de seguro

2.1. El Tomador

El Código de Comercio en su artículo 1037 numeral 2 lo define como “la persona que actuando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos”.

El tomador es la persona, natural o jurídica o inclusive un patrimonio autónomo, que interviene como parte en la formación del contrato. Para mayor exactitud, como contraparte del asegurador. Cuya capacidad y cuya conducta precontractual son factores determinantes de la validez del negocio jurídico y a cuyo cargo corren, a lo menos prioritariamente, las cargas, deberes u obligaciones respectivos, la de pagar la prima, entre ellos.

Deberes del tomador: Como especial característica de los deberes del tomador, se anota que son anteriores a la ocurrencia del siniestro pues comienzan desde antes del perfeccionamiento del contrato, subsisten en todo su desarrollo y, excepcionalmente, pueden proseguir en caso de siniestro, aún cuando ya en esta lo usual es que se radiquen en cabeza del asegurado o del beneficiario en los eventos en que no son coincidentes dichas calidades.

Dentro de ellos los que merecen destacarse, por ser en esencia predicables de la calidad de tomador, son los siguientes:

- Declarar sinceramente todas las circunstancias inherentes al riesgo, en otras palabras evitar reticencias.
- Mantener el estado del riesgo.
- Cumplir estrictamente con las garantías.
- Pagar la prima.
- Avisar sobre la contratación de otros seguros respecto del mismo objeto asegurado.
- Cuando se impone un coaseguro obligatorio, no asegurar la parte dejada en descubierto.

2.2. El Asegurador

El artículo 1037 del Código de Comercio define al asegurador como “la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos”.

El artículo 36 de la Ley 45 de 1990 destaca que la actividad aseguradora únicamente puede ser ejercida por empresas que adopten la forma de sociedades anónimas o por los tipos de sociedades cooperativas admitidos legalmente, solo las personas previamente autorizadas por la Superintendencia Financiera se encuentran facultadas para ocuparse de negocios de seguros en Colombia. En consecuencia se prohíbe a

toda persona natural o jurídica distinta de ellas el ejercicio de la actividad aseguradora.

Ejercida la actividad aseguradora por personas naturales o jurídicas que, a falta de autorización legal, usurpen esta calidad jurídica (la de aseguradores), los contratos son nulos, de nulidad absoluta, bien por contrarios a “una norma imperativa”, como lo es, por su naturaleza, el artículo 1037 del Código de Comercio, o por falta de capacidad legal, por la incapacidad particular consistente en la prohibición que la ley ha impuesto a ciertas personas para ejecutar ciertos actos.

Son válidos, en cambio, los contratos de seguros celebrados por el asegurador aun en ramos no autorizados específicamente, o mediante pólizas no aprobadas, o con arreglo a estipulaciones extrañas al clausulado aprobado, o después que ha caducado, por falta de renovación oportuna, la autorización para explotar uno u otro ramo. En estos casos se estaría en presencia de un asegurador sujeto, como tal, al control del Estado, a las normas administrativas que rigen su actividad empresarial y, por tanto, a las sanciones adecuadas a la infracción de las mismas. Su capacidad legal para contratar el seguro, para obligarse frente al asegurado, no sufre menoscabo por la inobservancia de las normas de derecho público que condicionan su operación técnico comercial. Es función del organismo de control proveer por los medios legales a su alcance a la preservación de la ortodoxia aseguradora.

La validez de los contratos de seguros no tienen por qué estar a merced de los errores u omisiones, voluntarios o culposos, de las prácticas abusivas, irresponsables o ligeras del asegurador.

2.3. El Beneficiario

Es la persona natural o jurídica que a título oneroso o gratuito, recibe el valor de la indemnización una vez ha dejado de ser incierta la ocurrencia del riesgo asegurado. Será la persona que tiene derecho a recibir la indemnización, aun cuando no necesariamente debe tener interés asegurable, como sucede en los casos donde la designación se hace por mera liberalidad.

Los beneficiarios no intervienen en la formación del contrato a menos que tengan la calidad de asegurados y tomadores en los seguros de daños y en los de personas sobre otros riesgos que la muerte, pero han

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIADO	ARTICULO DEL TRABAJO DE GRADO	Código: F-PI-32
		Versión: 01
		Página 5 de 13

de percibir el valor del seguro, en caso de siniestro, ajustado naturalmente con arreglo a sus condiciones y límites.

El beneficiario puede ser contractual cuando proviene de estipulación expresa de la póliza. Es una de sus condiciones particulares, según la norma citada del Código de Comercio. Deriva su derecho del contrato mismo y, solo puede hacerlo efectivo, llegado el caso, con arreglo a sus cláusulas. No podrá, por tanto, recibir mas que el asegurador mismo en virtud del daño causado por el siniestro, en los seguros indemnizatorios, ni pretender una prestación que exceda la suma asegurada, en los de personas.

El beneficiario legal es aquel que deriva su derecho al seguro, ocurrido el evento que condiciona la obligación del asegurador, de la ley y puede ejercerlo de a cuerdo a sus términos que, naturalmente, no le otorgan mas derechos que el contrato mismo. No se dan los beneficiarios legales en los seguros de daños.

Deberes del asegurador y del beneficiario: Los deberes del tomador igualmente se pueden exigir de estos intervinientes del contrato, cuando respecto de ellos se predica la calidad de tomador. Además, pero referidos a la calidad de asegurado y beneficiario ya de manera específicas, surgen otros, en esencial, aun cuando no exclusivamente, con posterioridad al siniestro y pueden radicarse indistintamente en cabeza del asegurado y del beneficiario calidad que puede coincidir en el mismo sujeto.

Tales deberes son, básicamente, los que siguen:

- Evitar la extensión del siniestro.
- Dar aviso del siniestro
- Informar sobre la existencia de otros seguros
- Demostrar la ocurrencia del siniestro y cuantía
- No renunciar a los derechos que puedan impedir la subrogación de la aseguradora.

3. El concepto de planes básicos de salud

Los análisis de este trabajo se concentran básicamente en la actividad reguladora consistente en la definición del plan mínimo de beneficios, tarea que venía siendo desempeñada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y en la cual de manera indirecta, a

través de fallos de tutela, ha intervenido la Corte Constitucional y demás jueces de tutela, y que hoy se encuentra en manos de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

La Ley 100 de 1993 establece que “todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud”. Por su parte, el artículo 162 de la misma ley establece que el POS incluye:

protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan (Ley 100, 1993, artículo 156, literal C).

En 1998 la definición del POS que inicialmente traía la Ley 100 de 1993 fue modificada sustancialmente en el sentido de sustituir el concepto inicial de “protección integral” por la fijación de criterios como el de “costo-efectividad” y las “condiciones financieras del sistema”, a tener en cuenta en la definición de la actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que estarán incluidos en el POS. Esta decisión fue adoptada mediante el Decreto 806 de 1998 (art. 9).

Así las cosas, el POS puede ser definido como la oferta reglamentada de servicios de salud que las instituciones deben ofrecer a sus beneficiarios (De Currea-Lugo, 2003, p. 108). Esta oferta de servicios de salud se concreta en un conjunto de procedimientos, actividades, intervenciones y medicamentos.

Este conjunto de servicios varía de un régimen a otro, así uno es el POS del régimen contributivo (POS-C) y otro el POS del régimen subsidiado (POS-S). El artículo 162 de la Ley 100, en su inciso 3º, establece que el POS del régimen subsidiado “incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables”. La propia

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENAVIGADO	ARTICULO DEL TRABAJO DE GRADO	Código: F-PI-32
		Versión: 01
		Página 6 de 13

Ley 100 establece como meta la igualación de los planes para el año 2001, para lo cual ordena al CNSSS diseñar un programa para que los afiliados al régimen subsidiado accedan a los servicios del POS del régimen contributivo.

En definitiva, el POS-S es el plan de salud de los pobres, es decir, de aquellos que no pertenecen al régimen contributivo porque no tienen capacidad de pagar la respectiva cotización. Las personas que acceden a los servicios del POS-S, además de las limitaciones y exclusiones propias del POS-C, sólo pueden acceder al valor de la mitad del POS-C.

Lo anterior, entonces, genera inquietudes frente a la equidad del sistema, puesto que quienes tienen acceso al POS-S son personas con ingresos menores a dos salarios mínimos, cuyas viviendas carecen de las condiciones físicas adecuadas, sin fuentes de agua potable o sin servicios sanitarios (es decir, con riesgo de enfermedades de transmisión hídrica), hacinamiento crítico (es decir, con riesgo de infecciones respiratorias y enfermedades de la piel), alta dependencia económica (bajos ingresos, y por tanto alto riesgo de desnutrición). Además, quienes acceden al POS-C tienen una mejor calidad de vida y el riesgo de enfermedad es mucho menor (De Currea-Lugo, 2003, p. 150).

Por su parte, quienes participan en el sistema en calidad de beneficiario (aquellas personas que no se encuentran inscritas ni en el régimen contributivo ni en el régimen subsidiado) sólo tienen acceso a los servicios que ofrece la red pública de hospitales que se mantienen en funcionamiento bajo el esquema de subsidio a la oferta. Así, el artículo 33 del Decreto 806 de 1998 establece que las personas vinculadas al sistema “tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes”. Así mismo, el Acuerdo N° 77 de 1997 del CNSSS reitera lo anterior en los siguientes términos:

Las personas, sin capacidad de pago, que no hayan podido afiliarse al régimen subsidiado por disponibilidad de recursos para subsidios a la demanda, deberán ser atendidas, en calidad de vinculados, en las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud públicas o Empresas Sociales del Estado o IPS privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta (Acuerdo N° 77 de 1997 del CNSSS, artículo 49).

4. La problemática de las exclusiones

¿Qué servicios deben estar incluidos en los planes básicos de salud? Si todos los servicios de salud que una determinada sociedad puede producir no pueden estar allí incluido, entonces ¿Qué criterios deben orientar la decisión al respecto? ¿Deben estar incluidos los servicios de alta tecnología practicados en el exterior cuando la vida lo exija? ¿Deben estar incluidos los tratamientos de alto costo y de baja efectividad de los pacientes terminales?

En el caso de los medicamentos*, según De Currea-Lugo (2003, p. 142), las exclusiones generan los siguientes problemas: “a) Ellos representan una alternativa terapéutica pero están excluidos del POS y son esenciales para un tratamiento determinado, b) Constituyen una segunda elección, por ejemplo en caso de alergia del paciente al medicamento de primera elección, y c) Son la elección frente a enfermedades poco comunes y por tanto no se contemplan dentro de la lista de medicamentos más usados”.

Muchas de esas exclusiones son incompatibles con la noción de integralidad de la atención* planteada como principio del sistema (De Currea-Lugo, 2003, p. 130). Éste es el caso de la exclusión del POS de las enfermedades catastróficas o ruinosas, entendiendo por tales las enfermedades crónicas, de alto costo y difícil recuperación, ya que implica la exclusión de procedimientos que son centrales en la supervivencia y recuperación de los pacientes. Así las cosas, el POS termina reducido a servicios para patologías

* Según Francisco Rossi, experto en farmacoeconomía, “en Colombia debemos tener alrededor de unos ocho o diez mil medicamentos disponibles en el mercado, pero en el Plan Obligatorio de Salud se han incluido cerca de 600 productos”. Citado por De Currea-Lugo (2003).

* Este principio se encuentra enunciado en el literal C del artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

temporales (agudas) de bajo costo y fácil recuperación.

La Ley 100 de 1993 no dice expresamente qué hacer cuando una persona requiere un servicio médico que no está contemplado en el POS y carece de recursos económicos para costearlos. Simplemente, se limitó a señalar la obligación genérica del Estado de garantizar la salud de las personas. Y es por esto que las personas han acudido a la acción de tutela para reclamar servicios no incluidos en el POS que consideran necesarios para conservar o restablecer su salud.

El reclamo judicial de un servicio médico puede presentarse básicamente por dos circunstancias: a) cuando el servicio solicitado no está explícitamente incluido, o b) cuando los límites borrosos de los planes de salud permitan una interpretación en este sentido. En estos casos, especialmente en el segundo, las empresas administradoras de los planes básicos (EPS) incitan al afiliado a que interponga una acción de tutela, para así trasladar la responsabilidad del pago al FOSYGA. A las EPS les conviene que los planes de salud no se actualicen para que el costo de las nuevas tecnologías sea asumido por el FOSYGA.

De acuerdo con Aquiles Arrieta (2003, p. 1772-1782), algunos de los servicios de salud no incluidos en el POS que se reclaman por vía de la tutela no son costosos, sino que su exclusión se debe a que los planes obligatorios no se han actualizado**. Es más, son mejores en términos financieros que los existentes. Por tanto, los planes obligatorios se han modificado muy poco, mientras que la ciencia y tecnología médica han avanzado muy rápidamente, por lo que algunos procedimientos de uso normal y cotidiano no se han incluido.

Este es uno de los temas que más debate ha suscitado sobre la acción de tutela y su uso para promover el cambio de la legislación y de las políticas públicas en el país. Los críticos sostienen que la acción de tutela, en estos casos, es un mecanismo incontrolable que termina haciendo daño en la medida en que se incluyen por esta vía medicamentos y procedimientos

** El número de acciones de tutelas por medio de las cuales se busca el acceso a servicios médicos no incluidos en el POS puede ser interpretado como resultado de vacíos y debilidades en los contenidos del POS.

innecesarios, es empleada por personas que no cuentan con los requisitos para ser cobijados por el sistema y desvían la atención de quienes realmente lo necesitan.

Sin embargo, el informe de la Defensoría del Pueblo sobre las causas de la acción de tutela en materia de salud, que analizaremos a continuación, da cuenta de lo contrario, toda vez que los medicamentos que se piden muchas veces están incluidos en el POS, son medicamentos necesarios para garantizar la vida digna de las personas, o no son dados de forma adecuada por las EPS.

5. El enriquecimiento de las EPS a través de la intermediación en el sistema de salud

La actual crisis y colapso generalizado en el sistema de salud colombiano tiene un nombre y se llama “Ley 100 de 1993”, normativa que articuló la superestructura necesaria para que la prestación del servicio de salud en el país se convirtiera en un lucrativo negocio para las diferentes organizaciones y entidades que entraran a participar en el sistema.

Aunque actualmente de los cerca de 47 millones de colombianos, aproximadamente un 90% de ellos tienen acceso a los servicios del sistema de salud, éste se encuentra limitado por múltiples obstáculos que impiden acceder a un servicio humano, oportuno y de calidad.

Dentro de las principales causas de este colapso están el desequilibrio de cuentas, el incumplimiento del gobierno, la corrupción de los entes administrativos y, principalmente, la intermediación financiera. Precisamente, esa intermediación lleva a las EPS y a las ARS a que sean las únicas “ganadoras” del sector de la salud en Colombia; aunque en sus orígenes este tipo de entidades comenzaron a tener pérdidas importantes que llevaron a un primer descalabro del sistema a finales de los años noventa, pronto estas organizaciones comenzaron a identificar vacíos legales que fueron aprovechados por sus directivas para trasladar tales pérdidas a las instituciones prestadoras de servicios de salud, particularmente a los hospitales públicos.

Aunque EPS y ARS constantemente señalan que el desplome del sistema se debe a razones de índole

administrativo por parte del gobierno nacional, lo cierto es que estas entidades utilizan toda clase de maniobras dilatorias para que los pagos no se realicen en los tiempos estimados y para que, mediante contrataciones con condiciones acomodadas, impidan que el servicio sea prestado de manera oportuna y con calidad.

Y es que las actividades de intermediación que llevan a cabo las EPS en Colombia dan lugar a que estas entidades se queden con una tercera parte de los recursos globales que se destinan a la salud, recursos que ascienden a un 8% del PIB en Colombia; pero básicamente lo problemático no es el número de intermediaciones a que dan lugar las EPS, sino que entre las EPS y los intermediarios se adecúen condiciones contractuales “amañadas” para que los recursos se desvíen, lo que ocasiona la mala calidad de los servicios de salud y los consabidos problemas de atención a los usuarios del sistema.

Básicamente, lo que de manera tangible se puede evidenciar en la prestación de los servicios de salud en cualquier IPS del país es lo siguiente: un paciente llega a un hospital a solicitar una cita médica; si es con un médico general, la cita se la programan en el transcurso de una semana, pero si es con un especialista, puede tardarse entre tres y seis meses; la demora en la atención radica en que las EPS deben buscar intermediarios que subcontraten la prestación de estos servicios y todo el tema contractual lo utilizan para dilatar el proceso y evitar así que el usuario “impaciente y necesitado de atención” pague con sus propios recursos estos servicios.

Esta misma situación se repite con todos los procesos y procedimientos del sistema de salud en Colombia: entrega de medicamentos, programación de cirugías, realización de exámenes médicos, atención a pacientes de alto costo, etc., por tanto, a lo único que da lugar la intermediación es a que las EPS adquieran una posición dominante en el sistema en la que sólo es posible obtener ganancias, lo que va en contravía de los principios rectores de la seguridad social en salud del país, la cual está fundada en una aspiración social-demócrata de solidaridad, equidad, eficacia, calidad y universalidad y choca de manera abrupta con la aspiración utilitarista y mercantilista de los intermediadores del sistema, quienes ven en la salud colombiana un negocio por encima de dignidad humana y de la vida misma de los ciudadanos.

6. Los contratos de medicina prepagada no pueden catalogarse como un seguro

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1570 de 1993, modificado por el artículo 1 del Decreto 1486 de 1994, en Colombia, la medicina prepagada corresponde a un

sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado(...) (Decreto 1570 de 1993, Art. 1).

Según lo dicho, el objeto social de las empresas de medicina prepagada es la “gestión para la prestación de servicios de salud, o la prestación directa de tales servicios, bajo la forma de prepago” (Decreto 1570 de 1993, artículo 5). Al respecto, se entiende por prepago “(...) la modalidad de acceso a servicios de salud en la que su característica esencial es el acuerdo previo del tipo y las condiciones para su prestación, con diferentes modalidades de financiación” (Decreto 1938 de 1994, artículo 41).

Como puede verse, estos contratos contienen características propias que los diferencian de un contrato de seguro, como se desprende de las previsiones contenidas en los Decretos 1570 de 1993 y 1486 de 1994.

Al respecto, el artículo 1054 del Código de Comercio, señala los elementos esenciales del contrato de seguro y dentro de ellos prevé el riesgo asegurable como el suceso incierto que no depende de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Aplicando 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 consulta potestativa con fines puramente preventivos (López, 1999, p. 9).

El contenido de tales contratos debe ajustarse a las prescripciones del Decreto 1570 de 1993 y 1486 de 1994, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva, mientras que el contrato de seguro debe sujetarse a las normas contenidas en el Código de Comercio, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás disposiciones de carácter imperativo que resulten aplicables (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, artículo 184, numeral 2, letra a).

Para la determinación de las causales de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia aplicable a la contratación entre particulares, mientras que tratándose de un contrato de seguro se aplican las disposiciones especiales contenidas en el Código de Comercio.

La vigencia de los contratos de prestación de servicios de medicina prepagada no podrá ser inferior a un (1) año. Con las excepciones previstas en la ley, como es el caso del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, en las disposiciones que regulan el contrato de seguro, no se encuentra ninguna restricción que le prohíba al asegurador celebrar contratos con una vigencia inferior a la señalada.

El contrato de medicina prepagada debe contener las firmas de las partes contratantes. Esta exigencia no se predica del contrato de seguro, toda vez que no se requiere la firma del tomador (Código de Comercio, artículo 1046, modificado por el artículo 3 de la Ley 389 de 1997 y art. 1047 numeral 10).

El asegurador no está obligado a renovar el contrato de seguro, esta es una facultad que por virtud de lo dispuesto en la ley puede ejercer el tomador. No sucede lo mismo con los contratos de medicina prepagada que, en los términos del artículo 8 del Decreto 1486 de 1994, se le impone a la entidad de medicina prepagada el deber de renovar dichos contratos, a menos que medie un incumplimiento.

Los planes de salud y contratos deben ser previamente aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud. Este régimen es diferente al establecido para la utilización de pólizas de seguro, toda vez que la autorización previa de la Superintendencia Bancaria será necesaria cuando se trate de la autorización inicial a una entidad aseguradora o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

Respecto a la adquisición de una póliza de salud o la contratación con una compañía de medicina prepagada, según explica el Ministerio de la Protección Social (2011), debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el Artículo 19 del Decreto 806 de 1998, que prevé:

ARTICULO 19. TIPOS DE PAS-. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

- 1. Planes de atención complementaria en salud.*
- 2. Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.*
- 3. Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.*

PARÁGRAFO. Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras éste se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento (Decreto 806 de 1998, Art. 19).

Así mismo, el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998, señala:

ARTICULO 20. USUARIOS DE LOS PAS. Los contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su

	ARTICULO DEL TRABAJO DE GRADO	Código: F-PI-32
		Versión: 01
		Página 10 de 13

afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

PARÁGRAFO. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida (Decreto 806 de 1998, Art. 19).

En este orden de ideas es obligación para quien toma cualquier tipo de contrato de medicina prepagada al estar previamente afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en consecuencia, quien presta un servicio de Plan Adicional de Salud - PAS, debe verificar que su contratista se encuentra afiliado a ese Sistema, bien sea como cotizante o beneficiario.

En este caso, si quien vende un Plan Adicional de Salud o renueva un contrato sin verificar su afiliación previa a una EPS, debe responder por [a atención integral que [a persona requiera en materia de salud sin eximirse de ello, es decir que debe cubrir todos los servicios que necesite así no estén cubiertos por el contrato o que correspondan o no al POS, toda vez que el párrafo del Artículo 20 del Decreto 806 de 1998 habla de una atención integral como responsabilidad de quien vende Planes Adicionales de Salud.

7. Las pólizas de salud en Colombia

Actualmente, las Pólizas de Salud (PS) en Colombia tienen mayor cobertura que la Medicina Prepagada (MP), aunque se debe aclarar que la medicina prepagada cuenta con mayor número de afiliados en el país, esto se debe a que, cuando inician, las compañías de Medicina Prepagada salieron al mercado con una

cobertura y unos servicios mayores en el plan, lo cual hizo que tomaran la delantera en usuarios.

Precisamente, las pólizas de salud nacen con una cobertura inferior a la Medicina Prepagada (MP), porque nacen como pólizas de Hospitalización y Cirugía (HyC); mientras las prepagadas, en su momento, nacen con médico a domicilio, servicio de ambulancia, consultas especializadas con los diferentes médicos especialistas, exámenes especiales de diagnóstico, exámenes de diagnóstico simple, entre otras cosas; adquieren por tanto un enfoque de medicina preventiva.

En un principio, las pólizas sólo se dedicaban a cubrir Hospitalizaciones y Cirugías; con el tiempo, las compañías aseguradoras que comercializan la póliza de Salud (PS) vieron la oportunidad de ampliar sus planes, entrando a competir con precios, coberturas, servicios, y demás beneficios que brinda un plan de salud.

Así, por ejemplo, algunas pólizas en la cobertura de maternidad ofrecían beneficios como son (Delgado, 2009):

- Enfermera en casa post parto por cinco días, para que cuide de la materna y el bebé recién nacido. La Medicina Prepagada (MP) no cuenta con este servicio.
- Transporte urbano para la materna y el recién nacido, en donde se encargan de llevar a la embarazada al médico y al recién nacido cuando así lo requieran en todo lo relacionado con la salud. La Medicina Prepagada (MP), no cuenta con este servicio.
- Cobertura de prótesis ilimitadas. Las compañías de Medicina Prepagada (MP), en su mayoría colocan topes que no son suficiente en caso de un siniestro de alta complejidad.
- En la Póliza de Salud (PS), la Cama de acompañante es para cualquier edad; en la Medicina Prepagada (MP) la tienen la mayoría de compañías para menores de 15 años y mayores de 65 años.

- Cobertura Neonatal: en la Póliza de Salud se cubre, se cobra prima de bebé gestante y con cubrimiento de enfermedades congénitas y genéticas desde el nacimiento. La Medicina Prepagada cubre pero se debe hacer afiliación desde el bebé gestante para que pueda contar con esta cobertura, quiere decir que se debe pagar como otro asegurado desde antes de nacer, incrementando el costo de la prima
- El tratamiento odontológico por accidente en la Póliza de Salud es ilimitado; la cobertura en la Medicina Prepagada tiene un monto, quedándose corto el valor en caso de requerirse.
- Gastos del donante en la Póliza de Salud se cubre ilimitado, en la Medicina Prepagada no tiene cobertura.
- Los trasplantes de órganos en las Póliza de Salud se cubren todos los medicamentos aprobados, mientras que en la Medicina Prepagada la mayoría de compañías, cubre cuatro, que son: médula ósea, cornea, huesos y riñones solamente.
- La póliza de salud según el grupo familiar, puede ser más económica en precio, que la Medicina Prepagada.

Como puede verse, las pólizas de salud se dirigen a proteger al asegurado mismo o a sus dependientes contra los riesgos que amenazan su salud, mediante el resarcimiento del perjuicio económico que de ellos se deriva, es decir, indemnizar los gastos necesarios de hospitalización por accidente o enfermedad, bien sea por tratamiento hospitalario o intervención quirúrgica, incluyendo los honorarios del médico, anestesiólogo, enfermera, etc.

A esta modalidad de seguros le son aplicables las normas relativas a los seguros de daños, según lo dispuesto en el artículo 1140 del Código de Comercio.

Pero con la expedición de la Ley 100 de 1993, se impone cierta restricción a la comercialización de los Seguros de Salud, en la medida en que para su

contratación, la compañía de seguros está obligada previamente a verificar la afiliación del tomador y su grupo asegurable al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o a alguno de los regímenes de excepción que consagra el artículo 279 de la citada Ley.

Así mismo, para el ofrecimiento de un Seguro de Salud, las entidades aseguradoras deben informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con una antelación de 30 días, el ofrecimiento de un seguro de salud (Plan Adicional de Salud – PAS), para cuyo efecto se exige la remisión de la información a que alude el artículo 22 del Decreto 806 de 1998.

Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las normas que integran el régimen de utilización de pólizas, contenido en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en el capítulo segundo del título sexto de la Circular Externa 007 de 1996.

Ahora bien, para efectos de determinar las coberturas que se pueden ofrecer a través de los seguros de salud, es preciso tener en cuenta la forma en que éstos operan en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un Plan Adicional de Salud, cuya finalidad consiste en prestar beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, circunstancia por la cual no sería factible estructurar un producto de seguro cuyas coberturas sean idénticas a los beneficios contemplados en planes: P.A.B., P.O.S., P.O.S.S., Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos y Atención Inicial de Urgencias.

De esta manera, el Seguro de Salud necesariamente debe contener un conjunto de servicios de atención en salud, cuyos beneficios permitan diferenciarlo del Plan Obligatorio de Salud, es decir, claramente debe evidenciarse lo “*adicional*” que es objeto de cobertura, como por ejemplo, actividades, intervenciones y procedimientos incluidos en el POS pero mejorados, como lo es la opción de acceder a una red prestadora de servicios dotada de alta tecnología con la cual la compañía de seguros ha contratado la prestación de tales servicios, el cubrimiento de los períodos de carencia y procedimientos excluidos del POS, las

	ARTICULO DEL TRABAJO DE GRADO	Código: F-PI-32
		Versión: 01
		Página 12 de 13

condiciones de atención, comodidad, hotelería, enfermera, acompañante, etc.

REFERENCIAS

- Administración Nacional del Seguro de Salud (Argentina). El sistema nacional del seguro de salud en Argentina: características principales. En: Estudios de la Seguridad Social (Buenos Aires), No. 082, 1997, p. 98-127.
- Arango Arango, Mónica Andrea; Casa Bustamante, Lina Patricia; Restrepo Zea, Jairo Humberto. Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia. En: Lecturas de Economía (Medellín), No. 56, Ene.-Jun. 2002, p. 31-71.
- Arrieta, Aquiles. Comentarios a la creación de jurisprudencia constitucional. El caso del acceso a los servicios de salud. En: Revista Tutela, acciones populares y de cumplimiento, Tomo IV, No. 45, Legis, Bogotá, 2003. p.p. 1752-1785.
- Arrubla Paucar, Jaime Alberto. Contratos mercantiles. Tomo I. Medellín: Biblioteca Jurídica DIKE, 2007. p.p. 251-347.
- Bolnick, Howard J. Estructura y financiamiento de los regímenes de seguros de salud para los pensionados en Estados Unidos. En: Seguridad Social (México), No. 248, May.-Jun., 2004. p.p. 23-36.
- Compañía Colombiana de Seguros. Informamos a Usted: pólizas de seguros. En: Vida: Revista de Arte y Literatura (Bogotá), Vol. 06, No. 45, Jul.-Ago., 1942. p. 22.
- De Currea-Lugo, Víctor. El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones. Bogotá, ILSA, 2003. p. 108.
- Delgado C., Hans S. (2009). Pólizas de salud en Colombia. En: Seguros Efectivos, N° 8.
- Gallego Acevedo, Juan Miguel. Demanda por seguro de salud y uso de servicios médicos en Colombia: diferencias entre trabajadores dependientes e independientes. En: Lecturas de Economía (Medellín), No. 68, Ene.-Jun., 2008.
- Giraldo Giraldo, Daniel. El seguro de vida amparando la muerte por suicidio como riesgo asegurable y su contradicción con los artículos 1054 y 1055 del Código de Comercio Colombiano. Medellín: Universidad de Antioquia, 2011.
- Guzmán Paniagua, Hernando. EPS: ¿Empresas de pólizas de salud? En: Periódico El Pulso (Medellín). Agosto de 2010, año 11, Núm. 143. p. 3-6.
- Jaramillo J., Carlos Ignacio. Derecho de seguros. Tomos I – III. Bogotá: Temis, 2010. 612 p.
- Jaramillo J., Carlos Ignacio. Distorsión funcional del contrato de reaseguro tradicional. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1999. 252 p.
- León Pereira, Francisco Antonio. Existencia formal y vigencia técnica del contrato de seguro. En: Temas Socio-Jurídicos (Bucaramanga), Vol. 13, No. 29, Dic., 1995, p.p. 133-144.
- López Blanco, Hernán Fabio. Contrato de Seguro. Bogotá: Dupré Editores, 1999. 198 p.
- Mantilla Espinosa, Fabricio y Clavijo Patiño, Luis Eduardo. El error del asegurador en el contrato de seguro. En: Revista Estudios Socio-jurídicos (Bogotá). Vol. 5, N° 2. Octubre de 2003. p.p. 224-241.
- Ministerio de la Protección Social. (2011) Concepto Jurídico No. 7080 de 30 de noviembre de 2011.
- Ospina Fernández, Guillermo y Ospina Acosta, Eduardo. Teoría general del contrato y del negocio jurídico. Bogotá: Temis, 2005. 607 p.
- Ossa G., J. Efrén. Teoría General del Seguro. El contrato. Tomo II. Bogotá: Temis, 1991. p. 53.
- Pardo Otero, Gabriel. El seguro de vida. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1975. 82 p.
- Restrepo Zea, Jairo Humberto; Mejía Mejía, Aurelio. Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007. En: Perfil de Coyuntura Económica (Medellín), No. 09, Ago., 2007. p.p. 97-116.

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIADO	ARTICULO DEL TRABAJO DE GRADO	Código: F-PI-32
		Versión: 01
		Página 13 de 13

Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas. Grupo de Economía de la Salud (GES). Financiamiento del seguro de salud en Colombia. En: Observatorio de la Seguridad Social (Medellín), Vol. 02, No. 04, Jun., 2002. p.p. 1-10.

Normatividad:

Circular Externa 052 de 2002. Capítulo 2°. Superintendencia Bancaria. Disposiciones especiales aplicables a las entidades aseguradoras y reaseguradoras, especialmente el numeral 3.6.1. [Consultado el 3 de julio de 2012] [<http://www.superfinanciera.gov.co/Normativa/.../2002/702-1202/ce052.rtf>].

Código de Comercio Colombiano. Decreto 410 de 1971. Artículo 1-2038 [Consultado el 12 de julio de 2012] [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo/codigo_comercio.html].

Decreto 2605 de 1993. Intermediarios de Seguros. Por el cual se señala el régimen aplicable a los intermediarios de seguros y reaseguros y se fijan las condiciones para su supervisión. Artículo 1-15 [Consultado el 13 de julio de 2012] [http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretos/linea/1993/diciembre/23/dec2605231993.pdf].

Decreto 839 de 1991. Por el cual se dictan normas en relación con el régimen de reservas técnicas y su inversión por parte las entidades aseguradoras. Artículo 1-11 [Consultado el 12 de julio de 2012] [<http://www.presidencia.gov.co/.../decretoslinea/1991/.../dec839271991.pdf>].

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral. Artículos 1-289 [Consultado el 12 de julio de 2012] [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html].

Ley 35 de 1993. Capítulo II. Por la cual se dictan normas generales y se señalan en ellas los objetivos y criterios a los cuales debe sujetarse el Gobierno Nacional para regular las actividades financiera, bursátil y aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público y se dictan otras disposiciones en

materia financiera y aseguradora. Artículo 1-40 [Consultado el 15 de julio de 2012] [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0035_1993.html].

Ley 45 de 1990. Título II capítulos III, IV y V; título III capítulo III. Por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones. Artículo 1-99 [Consultado el 17 de julio de 2012] [<http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/LEYES/1990/L0045de1990.htm>].

Ley 510 de 1999. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema financiero y asegurador. Artículo 1-123 [Consultado el 11 de julio de 2012] [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1999/ley_0510_1999.html].

Ley 795 de 2003. Por la cual se ajustan algunas normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones. Artículo 1-114 [Consultado el 11 de julio de 2012] [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2003/ley_0795_2003.html].