



## DICTAMEN: CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

### I. INTRODUCCIÓN

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora en aras de fortalecer la continua formación para el crecimiento, capacitación y actualización del sector asegurador, procede a dictaminar sobre los contratos de medicina prepagada, regulados por la Ley de la Actividad Aseguradora<sup>1</sup> y las Normas que Regulan los Contratos de Seguro y de Medicina Prepagada<sup>2</sup>. En ese sentido, para tales fines se realizará un análisis sobre: *i)* contrato de medicina prepagada; *ii)* medicina prepagada y actividad aseguradora; *iii)* telemedicina; y *iv)* sanciones.

### II. ANÁLISIS DE LA NORMATIVA Y JURISPRUDENCIA APLICABLE

#### 1. Contrato de medicina prepagada

Este tipo de contrato está previsto en las Normas que Regulan los Contratos de Seguro y de Medicina Prepagada, específicamente en los artículos 133 y siguientes:

#### De la definición del contrato de medicina prepagada

Artículo 133. El contrato de medicina prepagada es aquel mediante el cual la empresa de medicina prepagada se compromete con una persona natural, denominada usuario o afiliado, a gestionar la atención médica y la prestación, directa o indirecta, de servicios médico asistenciales relacionados con la atención y tratamiento de su salud, mediante el cobro periódico por anticipado de una cuota, previamente establecida y pagada por el contratante.

Del aludido artículo se desprende que, se trata de un contrato exclusivo para la prestación de servicios médicos asistenciales, a fin de que la empresa gestione la atención médica y preste el servicio directa o indirectamente (a través de proveedores), pudiendo el usuario o afiliado<sup>3</sup> elegir libremente los centros y profesionales de salud en los que desea ser atendido, dentro de la red de

<sup>1</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.770 Extraordinario, del 29 de noviembre de 2023.

<sup>2</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.835, extraordinario del 3 de septiembre de 2024, Providencia Administrativa N° SAA-01-0506-2024.

<sup>3</sup> El artículo 136 de la norma prudencial define al usuario o afiliado, como la “*persona amparada por el contrato de prestación de servicios médico asistenciales o plan de salud de medicina prepagada, que tiene derecho a las coberturas que prevea el contrato o plan de salud*”.



proveedores ofrecida por la empresa<sup>4</sup>. Todo esto, a cambio de que el contratante<sup>5</sup> cancele un monto en dinero de forma anticipada, denominada cuota.

Por consiguiente, en cuanto a sus características predominantes, podríamos decir que se trata de un contrato: **i)** bilateral, dado que debe haber un mínimo de dos sujetos que se obliguen recíprocamente; **ii)** oneroso, por cuanto cada una de las partes procura ventajas mediante un equivalente (en el caso en concreto sería, la prestación de un servicio y la cuota); **iii)** de buena fe, conforme al principio de buena fe contractual, el cual se refiere al comportamiento honesto y probo que deben guardar las partes en el marco de la relación o negocio jurídico; **iv)** conmutativo, ya que desde la celebración del contrato las obligaciones están bien definidas y ambas partes deben cumplirlas; y **v)** de ejecución sucesiva, toda vez que las obligaciones contraídas por las partes se mantienen vigentes por el tiempo que hayan acordado y se desarrollan de forma continua.

Asimismo, cabe hacer mención a dos de sus elementos: **i)** el objeto<sup>6</sup>, el cual estaría representado por la prestación de servicios médico asistenciales; y **ii)** la causa<sup>7</sup>, que viene a ser todo interés legítimo en el cuidado integral de la salud mediante la prestación de estos servicios, susceptible de valoración económica.

En estos contratos, como en los de seguro, rige el principio de autonomía de la voluntad de las partes, en donde las normas que regulan la relación contractual son de carácter supletorio a la voluntad expresada en el acuerdo. Por lo que, con arreglo a la libertad contractual<sup>8</sup>, las partes podrán determinar las cláusulas del contrato, teniendo como límite el orden público y las buenas costumbres.

Aunado a ello, estos contratos también van a estar sujetos a los parámetros generales que establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a fin de mantener el equilibrio de las relaciones entre los sujetos regulados por la ley que rige la materia<sup>9</sup> y los contratantes, usuarios o afiliados. Estando incluso sujeto a la aprobación de la Superintendencia los planes, tarifas, condiciones generales y

---

<sup>4</sup> Artículo 141 *ibidem*

<sup>5</sup> Artículo 136 *ibidem*, define al contratante como la “persona que suscribe el contrato de servicios” y además señala que el “contratante y usuario o afiliado pueden ser o no la misma persona.”

<sup>6</sup> Artículo 134 *ibidem*

<sup>7</sup> Artículo 135 *ibidem*

<sup>8</sup> Serán consideradas nulas las cláusulas abusivas y cuando alguna resulte ambigua u oscura se interpretará a favor del contratante, usuario o afiliado, conforme a los artículos 4 y 5 *ibidem*.

<sup>9</sup> Artículo 7, numeral 6 de la Ley de la Actividad Aseguradora: “Establecer mediante acto administrativo los modelos de contratos y tarifas que deben mantener carácter general y uniforme, cuando el interés común así lo requiera; o determinar con sentido de inclusión, equidad y de justicia social, las tarifas y condiciones para todo el mercado asegurador, que permitan el acceso a los contratos de seguros o de medicina prepagada obligatorios”



particulares, entre otros documentos, que las empresas pretendan usar para la comercialización de sus productos<sup>10</sup>.

De lo precedente, se observa que la obligación de la empresa es *de hacer*, específicamente, prestar un servicio médico asistencial, sin quedar comprometida a otro tipo de contraprestación o se trate de la excepción establecida en la propia normativa<sup>11</sup>, respecto al supuesto en el que el usuario o afiliado haya presentado una emergencia médica y no le hubiese sido posible contactar con la empresa de medicina prepagada con la cual contrató, debiendo incurrir en gastos médicos con otro proveedor, caso en el que será potestativo de la empresa contratante pagar directamente al proveedor de salud o reembolsar al usuario o afiliado, dentro de los términos previstos en el contrato, es decir, de acuerdo al límite máximo de responsabilidad previsto en el contrato para dicha emergencia médica.

Además de esto, la obligación de la empresa va a variar dependiendo de si la prestación del servicio se efectúa de forma directa o indirecta, toda vez que la empresa en ambos casos siempre será responsable de gestionar y garantizar la disponibilidad del servicio, en tanto que, cuando sea de forma directa, adicionalmente será responsable del resultado de la prestación de ese servicio, ya que lo estaría haciendo a través de sus propios profesionales, infraestructura, insumos, etc.

Otro aspecto relevante, es que en estos contratos (medicina prepagada) se realiza el pago por adelantado del servicio, a través de una cuota fija<sup>12</sup>, pagadera en dinero de forma mensual, trimestral, semestral, anual o de cualquier otra forma acordada por las partes<sup>13</sup>.

Sin embargo, estas cuotas fijas y en general el monto total pagado individualmente por el contratante, no es equivalente al costo de los servicios que le serán prestados, claro ejemplo es cuando se trata de servicios de hospitalización, cirugía y maternidad, donde las empresas de medicina prepagada se obligan a cubrir montos muy superiores a las cuotas pagadas.

---

<sup>10</sup> Artículo 29 *ibidem*, referente a la pólizas, tarifas y otros documentos.

<sup>11</sup> Artículo 148 *ibidem*.

<sup>12</sup> Artículos 133, 142 y 143 *ibidem*.

<sup>13</sup> El incumplimiento del pago, puede conllevar a que la empresa de medicina prepagada suspenda el servicio o resuelva el contrato, conforme a los artículos 145 y 146 *ibidem*. Procederá la suspensión cuando haya transcurrido el plazo pactado por las partes para el pago de la segunda cuota vencida y este no se haya efectuado. Y la resolución, cuando hayan transcurrido 90 días consecutivos desde la fecha de vencimiento de la última cuota pagada.



En razón de este punto (cuotas y costo real del servicio), resulta evidente que éstas empresas de medicina prepagada aplican la mutualidad para poder cumplir con sus obligaciones, lo cual es característico de los contratos de seguro.

La mutualidad, fue definida por la Sala Política-Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, como *“la base de todo seguro”*<sup>14</sup> que *“está referida al conjunto de principios técnicos que tienen por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados”*. Asimismo, en otro fallo se reiteró este criterio señalando que con base en la mutualidad la empresa aseguradora *“del grupo de personas que conforman la comunidad de riesgos, capta un fondo que le permite compensar la magnitud de los posibles siniestros que podrían afectar los intereses de los integrantes de dicha comunidad”*<sup>15</sup>.

En esta última sentencia, la Sala precisó también que *“la institución del seguro se apoya en el mecanismo de la transferencia de los riesgos, en el que un ente asume, sobre bases científicas y técnicas, el deber de indemnizar las consecuencias perjudiciales de un evento (siniestro) que pudiere ocurrirle a un asegurado (en su persona o en sus bienes) a cambio de un pago”*.

De acuerdo a este principio de mutualidad, *“el seguro es una especie de bolsa común a la que los asegurados aportan para que en el caso de que alguno de ellos tenga una pérdida, sirva para afrontarla”*<sup>16</sup>.

De este modo, las empresas de medicina prepagada financian su operatividad a través de las cuotas percibidas, lo que les permite cubrir la prestación de los servicios, incluso por encima de lo que cada contratante paga individualmente.

Podríamos decir entonces que, el contratante en efecto traslada un riesgo a la empresa, con el objeto de pagar sólo una porción del monto total del valor de la prestación de un servicio. A cambio, la empresa administrará la universalidad de las cuotas (de todos los contratos suscritos) para poder cumplir con el servicio al afiliado o usuario que lo amerite y a su vez obtener un beneficio económico. Asimismo, puede ser que, los usuarios o afiliados hagan uso o no del servicio dependiendo de sus necesidades, pero indistintamente la empresa tendrá derecho a las cuotas pagadas correspondientes al tiempo transcurrido.

---

<sup>14</sup> Sentencia N° 01087 del 18 de agosto de 2004.

<sup>15</sup> Sentencia N° 00666 del 03 de mayo de 2007.

<sup>16</sup> Núñez del Prado, A. (2011). *Principios jurídicos del seguro*. *Revista Ibero-Latinoamericana del Seguro*. Disponible: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/iberoseguros/article/view/18502>



Adicionalmente, en la práctica, a fin de ofrecer un plan de salud, cualesquiera sean los servicios amparados y sus restricciones o limitaciones, las empresas de medicina prepagada pueden considerar factores como la edad del afiliado o usuario, su estado de salud y cualquier otra característica medible que pueda tener una relación directa con el riesgo.

Esto les permite estimar desde el inicio los gastos que tendrán que cubrir, además de hacer un análisis de riesgo y cálculos actuariales para programar sus servicios en razón de ello, lo cual también es propio de las empresas de seguro.

Sumado a ello, estas empresas tienen conocimiento específico en el área de salud, ya sea porque se alían con proveedores de esa área o son prestadores del servicio directamente, lo que les permite abaratar costos al acceder, por ejemplo, a insumos y productos (medicamentos, materiales quirúrgicos, equipos médicos, etc) a precios al mayor, lo cual incide en la viabilidad de disponer de planes de salud a precios accesibles.

Esta forma de operar de las empresas de medicina prepagada, admite la posibilidad de captar una amplia cartera de “clientes” y, en consecuencia, un capital importante en términos monetarios. Es por ello que, la medicina prepaga está vinculada con el acceso a la salud de los usuarios y afiliados y el dinero que estos invierten en los planes de salud.

Bajo esta perspectiva, si bien a través de las empresas de medicina prepagada se presta una asistencia o un servicio de salud, también es cierto que la actividad que desarrollan envuelve un negocio jurídico por medio del cual pretenden la obtención de una ganancia y que, sin duda, precisa de un control y supervisión al estar involucrados los derechos de los contratantes, usuarios y afiliados, que son el interés general tutelado por la Ley de la Actividad Aseguradora, así como el derecho fundamental de estos al acceso a la salud. Del mismo modo, al formar parte esta actividad del sistema financiero nacional puede incidir en la estabilidad financiera del país.

## 2. Medicina prepagada y actividad aseguradora

La Ley de la Actividad Aseguradora, dispone en su artículo 2 que la actividad aseguradora comprende “**toda relación u operación relativa al contrato de seguro, de reaseguro, de medicina prepagada (...)**”.

Esto, puede entenderse cuando al analizar el contrato de medicina prepagada observamos que estas empresas captan parte del capital de su cartera de “clientes”, de donde financian sus actividades y obtienen ganancias, aplicando básicamente



principios del contrato de seguro. Lo cual, amerita que estos “clientes”, representados por los contratantes, usuarios y afiliados, estén protegidos y amparados por el Estado para evitar que el dinero que ellos *invierten* para acceder a un servicio de salud no sea destinado a otros fines y ponga en peligro no solo su derecho sino su seguridad económica, e incluso la estabilidad del sistema financiero del país al estar inmersos intereses colectivos.

Con relación a este punto, la Sala Político-Administrativa<sup>17</sup> precisó respecto a la actividad desplegada por la Superintendencia que:

Este Órgano Jurisdiccional constata que la presente controversia se originó por un acto emanado de la Superintendencia de Seguros, órgano público especializado con autonomía funcional, sin personalidad jurídica, adscrito al Ministerio de Fomento, hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas, dotado de potestades de policía en el ámbito asegurador, tales como: inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar y regular la actividad aseguradora, con el fin de resguardar el orden público económico. Al respecto resulta oportuno destacar que la policía administrativa es aquella actividad que la Administración despliega en ejercicio de sus propias potestades que, por razones de interés público, limita los derechos de los administrados mediante el ejercicio, en su caso, de la coacción sobre los mismos.

(...omissis...)

Precisado lo anterior, debe señalarse que en el sistema jurídico venezolano, en general todo lo referente a la actividad aseguradora se encuentra sujeto a la supervisión, fiscalización y vigilancia del Estado, mediante el órgano legalmente establecido para ello, como lo es la Superintendencia de Seguros, adscrita al hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas.

El identificado órgano se encarga de regular todo lo relativo a la constitución, funcionamiento y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros. Este control permanente del Estado, dependiendo del momento en que se ejerce, puede ser: previo (como las autorizaciones que otorga el Estado para promover, constituir y operar las empresas de seguros); de

---

<sup>17</sup> Sentencia N° 213 del 18 de febrero de 2009, ratificada en sentencia de la misma Sala N° 615 del 05 de junio de 2012.



funcionamiento (con la constatación de las condiciones previas en que se fundamentó la autorización para operar); o posterior (como en el caso de revocación de la autorización para operar, de la liquidación y la quiebra).

En vista del interés público involucrado en la actividad aseguradora, es por lo que la actual Ley de la Actividad Aseguradora impone a las empresas de medicina prepagada, entre los requisitos para poder operar, los siguientes: constituirse como sociedad anónima; tener capital pagado mínimo en bolívares o títulos del Estado Venezolano indexados de 160.000 mil veces el tipo de cambio de referencia; tener junta directiva o administradora cuyos integrantes estén domiciliados en el país, constituir la garantía a la Nación; especificar el origen de los bienes y recursos económicos utilizados para su constitución y constituir reservas técnicas.

Bajo esta misma premisa, la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional<sup>18</sup>, prevé entre las obligaciones de las instituciones que conforman el sector asegurador: *i*) contar con la fortaleza patrimonial requerida para responder a sus obligaciones y *ii*) proteger la captación del ahorro popular que efectúan mediante sus operaciones regulares.

Por consiguiente, al realizar las empresas de medicina prepagada actividad aseguradora deberán cumplir con una serie de requisitos y estar bajo supervisión de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para garantizar los derechos de quienes contratan con ellas y hacen uso de sus servicios.

### 3. Telemedicina

Resulta pertinente traer brevemente a colación el servicio de Telemedicina, que frecuentemente se oferta en los planes de salud de medicina prepagada, a pesar de que encuentra su fundamento en una normativa distinta a la de la actividad aseguradora, específicamente en la Ley Telesalud<sup>19</sup>, donde se define como:

Artículo 5. A los efectos de la presente Ley se entiende por:

(...Omissis...)

<sup>18</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.447 de fecha 16 de junio de 2010, reimpresa por error material en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.578 de fecha 21 de diciembre de 2010.

<sup>19</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.207 Extraordinario de fecha 28 de diciembre de 2015.



19. Telemedicina: uso combinado de tecnología de información y comunicación en software libre para la provisión a distancia de servicios de atención médica por trabajadores y trabajadoras de la salud, para el intercambio de información confiable en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades, investigación, evaluación y educación médica continua con el objetivo de mejorar la salud de los Individuos, las familias y comunidades.

Este es un servicio que está orientado principalmente a la salud preventiva, y que contempla la posibilidad de evaluar al usuario de forma remota, a través del uso de la telemática, es decir, la transmisión masiva de datos mediante las telecomunicaciones.

Entre los requisitos para su implementación, la citada Ley prevé la autorización previa bajo consentimiento informado y por escrito, del paciente o del representante legal, así como la protección y la reserva de los datos que éste suministre a través de estos medios telemáticos.

En consecuencia, las empresas de medicina prepagada que brinden este servicio deben garantizar que se cumplan con estas exigencias.

Aunado a ello, es preciso destacar que, si para la prestación de este servicio las empresas aplican la mutualidad, en los términos analizado *supra*, estaremos en presencia de medicina prepagada.

#### 4. Sanciones

La Ley de la Actividad Aseguradora en sus artículos 125 y siguientes dispone dos tipos de sanciones (administrativo y penal) que pueden ser aplicadas a las empresas de medicina prepagada, entre las cuales vale la pena mencionar:

i) multa entre 3 mil y 50 mil veces el tipo de cambio de referencia, por operar en contravención a la normativa: lo cual abarca incumplir con la normas o instrucciones giradas por la Superintendencia y no proporcionarle información o datos solicitados, utilizar contratos, tarifas o publicidad sin la debida aprobación, operar sin base técnica, entre otros.

ii) multa entre 25 mil y 50 mil veces el tipo de cambio de referencia, por presentar déficit en el patrimonio propio no comprometido e insuficiencia de reservas técnicas: que comprende en el déficit de patrimonio propio no comprometido; que no se haya



constituido, no se mantengan, o sean insuficientes las reservas técnicas; y no se hayan representado en los tipos de bienes o porcentajes expresados.

*iii)* multa entre 25 mil y 50 mil veces el tipo de cambio de referencia, por realizar oferta engañosa de contratos o servicios.

*iv)* multa entre 10 mil y 25 mil veces el tipo de cambio de referencia, por incurrir en elusión, retardo y rechazo genérico en el cumplimiento de sus obligaciones con los contratantes, usuarios y afiliados.

*v)* prisión de 6 a 10 años, por realizar actos en perjuicio de la actividad aseguradora, a cualquier persona (natural o jurídica) que coloque o venda contratos de medicina prepagada no autorizados por la Superintendencia. En este supuesto, la Superintendencia deberá solicitar al Ministerio Público el inicio de una investigación penal conforme al artículo 265 del Código Orgánico Procesal Penal<sup>20</sup>.

### III. CONCLUSIONES

1. El contrato medicina prepagada está estructurado como un contrato de prestación de servicio, específicamente de tipo médico asistencial, donde el contratante tendrá la obligación de pagar una cuota y la empresa de gestionar y prestar el servicio, ya sea de forma directa o indirecta. Pudiendo las partes determinar las cláusulas del contrato, teniendo como límite el orden público, las buenas costumbres y los parámetros dictados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

2. Por su parte, las empresas de medicina prepagada operan sobre la base del principio de mutualidad, de análisis de riesgo, de estadísticas y cálculos actuariales, que les permite ofertar contratos con cuotas asequibles y comprometerse a prestar un servicio por montos muy superiores a dichas cuotas. Siendo indispensable para ello, la información personal del usuario o afiliado respecto a su estado de salud, la cual puede ser recopilada por la empresa a través de una declaración o cuestionario.

3. Esta actividad comercial de las empresas de medicina prepagada encuadra dentro de lo que es la actividad aseguradora, la cual debe ser controlada y supervisada por la Superintendencia, a fin de garantizar los derechos de los

---

<sup>20</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.644 Extraordinario de fecha 17 de septiembre de 2021.



contratantes, afiliados o usuarios, tomadores, asegurados y beneficiarios, que es el interés general tutelado por ley que rige la materia.

4. Es por ello, que estas empresas deben cumplir con ciertos requisitos para su constitución y funcionamiento, pudiendo ser sancionadas ante su incumplimiento por la Superintendencia en ejercicio de su potestad sancionatoria.

Atentamente,

**OMAR OROZCO COLMENARES**  
**Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)**  
Resolución N.º 003 del 18 de enero de 2021  
G.O.R.B.V. N.º 42.049 del 18 de enero de 2021  
Firma Electrónica Emitida Por El MINCyT bajo el Certificado Nº: 25745