



JUSTICIA

ISSN impreso 0124-7441  
ISSN digital 2590-4566

# La conexidad contractual en los planes de medicina prepagada y las pólizas de salud

## Contractual connection in prepaid medicine plans and health policies

Conexão contratual em planos de medicina pré-pagos e seguros de saúde



**Jonathan Zapata Flórez**

Universidad de Antioquia, Colombia

jonathan.zapataf@udea.edu.co

**Recibido:** 14 de mayo de 2020 / **Aceptado:** 26 de julio de 2020  
<https://doi.org/10.17081/just.26.39.3853>

### Resumen

La conexidad contractual es expresión de las modernas formas contractuales, producto de la autonomía privada, principio rector de las relaciones jurídicas de derecho privado. Existe conexidad cuando una pluralidad de contratos autónomos se vincula entre sí para alcanzar una finalidad común, que también se denominada causa supracontractual. La doctrina extranjera ha sentado las bases de esta teoría que gradualmente se ha ido incorporando al sistema jurídico colombiano desde el estudio de situaciones concretas por parte de la jurisprudencia, predominantemente de la Corte Suprema de Justicia. En este artículo, producto de una investigación cualitativa de enfoque dogmático, se estudia la medicina prepagada y las pólizas de salud como posibles casos de conexidad contractual para concluir que efectivamente son eventos de conexidad y describir así sus efectos en las reglas de interpretación de los contratos, la naturaleza de las acciones contra el deudor que ha incumplido sus obligaciones y la extensión de las causales de ineficacia a toda la red contractual.

**PALABRAS CLAVE:** conexidad contractual, efectos de la conexidad contractual, medicina prepagada, pólizas de salud.

### Abstract

The contractual connection is an expression of the modern contractual forms, product of the freedom of contract, guiding principle of the contractual relations in private law. There is contractual connection when a plurality of autonomous contracts is linked together to achieve a common purpose, also called supracontractual cause. Foreign doctrine has laid the foundations for this theory that has gradually been incorporated into the Colombian legal system since the study of specific situations by jurisprudence. In this article, as a result of a qualitative investigation through a dogmatic approach, prepaid medicine and health policies are studied as possible cases of contractual connection to conclude that they are indeed connection events and thus describe their effects on the rules of contract interpretation, the nature of the actions against the debtor that has breached its obligations and the extension of the grounds of inefficiency to the entire contractual network.

**KEYWORDS:** contractual connection, effects of contractual connection, prepaid medicine, health policies.

**Como Citar:** Zapata Flórez, J. (2021). La Conexidad contractual en los planes de medicina prepagada y las pólizas de salud. *Justicia*, 26(39), 153-172. <https://doi.org/10.17081/just.26.39.3853>

## I. Introducción

Desde el siglo XIX el Código Civil y el Código de Comercio son la fuente principal del derecho privado en Colombia<sup>1</sup>. El primero establece el derecho de las personas, de los bienes, la sucesión y de las obligaciones y los contratos; el segundo regula las relaciones obligacionales en el campo del comercio. Nuestro Código Civil siguió el modelo de la codificación del derecho civil establecida en el Code civil des français, también denominado Código de Napoleón, del año 1804; el Código de Comercio tiene influencia del Code de commerce igualmente de origen francés del año 1807, pero complementado en el siglo XX con instituciones del derecho comercial italiano.

La complejidad cada vez mayor de las relaciones entre los agentes económicos impulsó desde finales del siglo pasado la expedición de normas especiales que buscan armonizar el sistema jurídico para que atienda a los requerimientos de un mercado en el que predominan la diversidad, la especialización y la celebración de negocios jurídicos masivos sobre una complejidad de objetos contractuales. Ejemplo de ello son las normas sobre el sistema financiero (como el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y la Ley 45 de 1990), sobre la actualización del régimen societario (como la Ley 1116 de 2006 y la Ley 222 de 1995), sobre la propiedad industrial (como la Decisión 486 de 2000 y la Ley 178 de 1994), sobre la capacidad de las personas (Ley 1996 de 2019) y sobre los derechos de los consumidores (Ley 1480 de 2011 y Ley 1328 de 2009).

Se advierte así una relación entre el mercado y el derecho privado, en el que este define las reglas del contrato cuya finalidad no es solo jurídica, ya que es la herramienta principal que permite al capital circular. De este modo, las estructuras jurídicas se califican por el régimen económico (De la Madrid, 1977) lo que conduce a resaltar su interdependencia y a afirmar que el mercado no es otra cosa que una serie de contratos (Cuevas, 2004) celebrados con el objetivo de permitir el intercambio. Sin embargo, los códigos y las normas especiales que regulan las relaciones privadas de carácter patrimonial tienden a quedarse rezagadas frente a las necesidades de productores, distribuidores, consumidores y usuarios, en razón a que el mercado actúa en tiempo real, mientras que el derecho acude en diferido para regular relaciones concretas entre estos agentes.

Empero, el contrato continúa mostrándose eficiente para resolver esta necesidad de intercambio ágil y eficaz que reclama el mercado. Los agentes privados, a través de la autonomía de la voluntad, dan lugar a nuevos e innovadores negocios jurídicos con el ánimo de crear, modificar o extinguir obligaciones. Es este el caso de los contratos atípicos, los contratos sometidos a condiciones generales, los contratos de adhesión y los contratos conexos. Todos ellos basados en principios clásicos del derecho privado, pero que deben ser analizados a la luz de estos nuevos sistemas de contratación para poder aplicarlos en contexto y acorde a las modernas necesidades de quienes intervienen en el mercado.

Este artículo es resultado de una investigación que identifica algunas relaciones negociales que responden al fenómeno de la contratación conexa, con el objetivo de caracterizarlas y analizar si pueden considerarse eventos de conexidad contractual e identificar sus efectos jurídicos. En este caso, el estudio se centra en los planes de medicina prepagada y las pólizas de salud como posibles negocios jurídicos en los que se gesta una red contractual y, de ser así, presentar los efectos jurídicos que ello conllevaría, con lo cual se espera aportar a la teoría de la conexidad contractual que solo recientemente se ha comenzado a estudiar por la doctrina nacional y contribuir así a la resolución de conflictos intersubjetivos de intereses que obedecen a formas de contratación contemporáneas.

<sup>1</sup> El centralismo adoptado por la Constitución de 1886 implicó la promulgación de la Ley 57 de 1887 que adoptó para el territorio republicano El Código Civil de la Nación del año 1873 y el Código de Comercio del suprimido Estado de Panamá de 1869 y el Código de Comercio Marítimo de 1884.

## II. Método

Este artículo surge de los hallazgos de una investigación cualitativa con un enfoque dogmático basada en una técnica documental especializada. La investigación busca identificar eventos de conexidad contractual, determinar el nexo jurídico que conecta a los contratos estudiados y examinar los efectos jurídicos de este fenómeno contractual.

La metodología adoptada permitió identificar bibliografía especializada extranjera y nacional que detalla el fenómeno de la conexidad contractual, entre ellos artículos académicos, libros y jurisprudencia, todos estos analizados en torno a tres variables de estudio para este artículo: la conexidad contractual, la medicina prepagada y las pólizas de seguro, que se abordaron a partir de las preguntas de investigación: ¿Son la medicina prepagada y las pólizas de salud negocios jurídicos donde se manifiesta la conexidad contractual? ¿Cómo se manifestarían los efectos jurídicos de la conexidad contractual en estos negocios en relación con la institución clásica de la relatividad contractual?

La primera variable se plantea principalmente a partir de bibliografía especializada de doctrinantes extranjeros, recurriendo a autores italianos, franceses, españoles y argentinos, que corresponden a los espacios geográficos donde se ha desarrollado progresivamente la teoría de la conexidad contractual.

La segunda y tercera variable parten de la sistematización de las normas nacionales que regulan los contratos de medicina prepagada y las pólizas de salud, que se complementa en este artículo con los aportes de la doctrina y la jurisprudencia. La descripción de las variables y su relación con la conexidad contractual se verificó a partir de la selección y estudio de diferentes modelos contractuales empleados por las compañías de medicina prepagada y aseguradoras que reposan en la web y son de libre acceso.

La selección de los modelos contractuales se hizo con base en el nivel de descripción de las obligaciones de las compañías en cuanto a la posibilidad para estas de celebrar contratos con terceros agentes que servirían como medio para cumplir las prestaciones del contrato de medicina prepagada o la póliza de salud, según el caso.

Una vez identificados, sistematizados y analizados los medios documentales especializados se procedió a estructurar este artículo que describe los hallazgos de la investigación en relación con el tema, las preguntas, los objetivos y las tres variables de investigación seleccionadas.

## III. Resultados

### A. Contratación Conexa

#### 1. Caracterización y situaciones ejemplificativas

La conexidad contractual es una manifestación de la contratación privada contemporánea originada en los complejos procesos actuales de producción y comercialización de bienes y servicios, así como en la necesidad de una circulación cada vez más rápida de esos activos, la ampliación del margen de operación de las sociedades mercantiles y la progresiva especialización de los agentes del mercado (Teyssié, 1975).

Es así como la llamada por algún sector de la doctrina como “crisis del contrato” no es más que la adecuación de los principios y reglas del derecho privado a nuevas formas de contratación (López Frías, 1994), contexto en el cual el contrato sigue siendo la herramienta más idónea para generar obligaciones que tienen como objetivo fundamental transferir derechos y obligaciones.

En Italia se encuentra consolidada la teoría de la conexidad contractual. Sus doctrinantes coinciden en que hay collegamento contrattuale cuando son celebrados por lo menos dos contratos con objetos distintos que presentan entre sí un nexo jurídico (López Frías, 1994). Este fenómeno se ha denominado conexidad, coligación, vinculación, red contractual, sistema negocial complejo, entre otros similares, nominaciones que sugieren el concurso de varios contratos que comparten una relación entre sí.

Aunque en Italia esta teoría fue históricamente impulsada por la jurisprudencia y la doctrina, y autores como la española Ana López sugieren que no hay norma positiva al respecto, actualmente puede afirmarse que sí se ha dado un reconocimiento normativo de la conexidad. Ejemplo de ello es el artículo 1469-ter del Código Civil italiano que predicaba como el carácter abusivo de una cláusula se determinaba por el objeto del negocio jurídico y de los demás contratos conectados a él y el artículo 34 del Código de Consumo que dispone como la abusividad de una cláusula puede determinarse por otro contrato con el que se encuentre conectada<sup>3</sup>.

La jurisprudencia italiana ha cumplido un papel trascendental en el impulso de la teoría de la conexidad contractual. Ello se constata en la reciente sentencia No 32374 del 11 de diciembre de 2019, en la cual la Corte Suprema de Casación italiana reseña los argumentos de un juez territorial (juez de instancia) que reconoció la conexidad contractual que supuso la celebración de múltiples contratos de arrendamiento de unos locales comerciales en diferentes estaciones del ferrocarril y el incumplimiento generado en uno de ellos que afectó a toda la red contractual.

En igual sentido, en sentencia No. 28011 del 31 de octubre de 2019, dicha Corte retoma el argumento de un juez territorial que asegura como en los casos de coligación negocial la gravedad del incumplimiento de uno de los contratos no debe apreciarse exclusivamente en él, sino que debe acudir a la estructura negocial de todos los acuerdos<sup>4</sup>.

Y en la sentencia No. 23973 del 26 de septiembre de 2019, se reconoce y describe un evento de conexidad contractual en relación con la unión entre un contrato de seguro, uno de agencia y uno de subagenciamiento, en el que este último se encuentra vinculado de forma funcional y unilateral con el contrato de agencia celebrado entre la compañía de seguro y el agente.

Para esta teoría habrá entonces conexidad contractual cuando múltiples contratos, en principio independientes, manifiestan un estrecho enlace funcional entre sí, debido a una finalidad común que los determina. En este caso, todos los contratos persiguen un objetivo económico común que los convierte en una unidad negocial (López Frías, 1994, p. 243; Pizarro, 2007; Gueiler, 2000).

Sandra Frustagli (1996) y Ricardo Lorenzetti (1996) señalan que este nexo funcional tiene una calidad económica y jurídica, donde las partes buscan satisfacer un interés a través de una red contractual, pues un solo contrato no bastaría para cumplir el objetivo y sería ineficaz celebrar varios de forma aislada para alcanzarlo.

2 En su texto original: "Articolo 1469 ter Codice civile (R.D. 16 marzo 1942, n. 262). Accertamento della vessatorietà delle clausole [ABROGATO]. La vessatorietà di una clausola è valutata tenendo conto della natura del bene o del servizio oggetto del contratto e facendo riferimento alle circostanze esistenti al momento della sua conclusione ed alle altre clausole del contratto medesimo o di un altro collegato o da cui dipende (...)". Este artículo fue derogado por el Código de Consumo Italiano, sin embargo, se presenta como manifestación de una norma positiva en relación con la conexidad contractual.

3 En su texto original: "ARTICOLO N.34. Accertamento della vessatorietà delle clausole. 1. La vessatorietà di una clausola è valutata tenendo conto della natura del bene o del servizio oggetto del contratto e facendo riferimento alle circostanze esistenti al momento della sua conclusione ed alle altre clausole del contratto medesimo o di un altro collegato o da cui dipende. (...)".

4 En su texto original: "(...) A sostegno della decisione adottata la corte territoriale evidenziava che in ipotesi di collegamento negoziale la gravità dell'inadempimento di un singolo contratto andava apprezzato non per ciascuna pattuizione, ma all'interno della stessa complessiva struttura negoziale."

Cabe advertir que la conexidad contractual es un fenómeno jurídico diferente a la concurrencia y a la subordinación de contratos. En el primer caso, el único elemento que relaciona a los contratos es el tiempo en que se celebran, ya que es simultáneo; en el segundo, un contrato se convierte en la causa de otro, generando una dependencia jurídica (Soler, 2007). Sin embargo, en la conexidad todos los contratos que conforman la red pueden celebrarse de forma sincrónica o asincrónica y su existencia, prima facie, no depende de otro.

En tal sentido, en la conexidad cada contrato es independiente y autónomo, su nacimiento no está sometido a una condición y cada uno deberá cumplir con sus propios requisitos de existencia y validez; sin embargo, cada contrato se encuentra conectado con otro(s) para facilitar la consecución de un objetivo económico común, ya que así se hace viable lograr ese propósito de forma más económica y eficaz.

En ese sentido, existirá conexidad cuando se verifique que en una relación comercial se presenta: a) una pluralidad de contratos autónomos y b) una finalidad de tipo económica y jurídica que les sirva como medio de vinculación (Álvarez Martínez, 2008; Esborraz, 2012).

Esta teoría de la conexidad, de origen italiano, es retomada en Francia donde adquiere un importante desarrollo con Bernard Teyssié (1975), quien afirma que existe conexidad cuando una pluralidad de contratos persigue un fin común. Cada contrato individualmente considerado tiene una causa y preserva su independencia, pero la pluralidad persigue un fin jurídico-económico que los determina a todos, donde las prestaciones de cada uno se orientan a cumplir ese objetivo común<sup>5</sup>.

Este tipo de contratación responde tanto a la realidad económica como al principio de la autonomía privada, pues a partir de ella los particulares tienen un alto grado de disposición sobre las convenciones que han de determinar sus obligaciones. Es así como, si los particulares celebran dos o más contratos autónomos que en su conjunto persiguen un fin económico y jurídico que no podría alcanzarse sin la concurrencia de todos ellos, estaríamos frente a un evento de conexidad.

Ana López (1994), doctrinante española, ha identificado varios de estos supuestos. Según la autora hay conexidad en las operaciones de crédito al consumo, como sucede con la compraventa que se celebra con tarjetas de crédito. Allí concurren múltiples contratos, los más visibles son el contrato entre la entidad bancaria y el portador de la tarjeta que le permite a este usar dicho medio de pago, el contrato de compraventa entre el portador y el establecimiento de comercio, y el contrato entre el establecimiento y la entidad bancaria a través del cual el primero acepta la tarjeta como medio de pago.

También hay conexidad en las cadenas de producción y distribución de muebles. Se presentan múltiples partes como fabricantes e intermediarios que celebran diferentes contratos individuales y autónomos, pero que cumplen la finalidad de colocar en el mercado los productos para que sean adquiridos por los consumidores (López, 1994). En Colombia se reconoce este fenómeno a través de la Ley 1480 de 2011, y se estableció la responsabilidad solidaria entre los miembros de la cadena en favor del consumidor final.

El contrato de leasing también es caracterizado como un evento de contratación conexa. Ana López (1994) observa que en esta operación se manifiestan por lo menos dos contratos vínculos entre sí: la compraventa celebrada entre la sociedad leasing y el proveedor y el contrato de arrendamiento financiero celebrado entre aquella y el locatario.

5 Teyssié (1975) distingue las "cadenas de contratos" de los "conjuntos de contratos". En los primeros se constituye una estructura lineal para la consecución de un mismo objeto, como sucede en las cadenas de producción y distribución de bienes; en los segundos, los diferentes contratos comparten una causa común que permite la articulación de todos los contratos en torno a ese objetivo jurídico-económico común; este último sería el caso propio de la conexidad contractual.

En el ámbito colombiano el docente Gonzalo Baena (2017) caracteriza el negocio fiduciario para la construcción y enajenación de bienes inmuebles como un caso de contratación conexa. Allí concurren diversos contratos con el objetivo de construir unidades inmobiliarias para su enajenación. Este negocio es altamente complejo al intervenir múltiples y diversos contratos autónomos, pero que cumplen un fin común. Entre ellos se puede destacar el contrato de fiducia inmobiliaria propiamente, el contrato de construcción de la obra civil, el contrato de vinculación de los beneficiarios de área, el contrato de crédito otorgado al constructor y los contratos de crédito otorgados a los beneficiarios.

Otro caso de conexidad contractual ha sido caracterizado por las doctrinantes Sandra Eliana Cataño y Luz María Wills (2016), quienes describen el negocio jurídico de los paquetes turísticos como un evento de coligación contractual. En este negocio el contrato con la agencia turística únicamente podrá cumplir con su objeto si se ejecutan las prestaciones de otros contratos con los que se encuentra vinculado, por ejemplo, el contrato de transporte, de alojamiento y de los servicios complementarios.

La jurisprudencia nacional no ha sido ajena al análisis de este fenómeno. La sentencia más reciente al respecto data del año 2017 cuando se reconoce por la Corte Suprema de Justicia que el contrato de seguro de vida grupo deudores está vinculado a un contrato de crédito con el cual forma una red contractual. Al respecto, sostiene que nuestra legislación comercial y civil no regula el fenómeno, pero que su existencia puede verificarse cuando los agentes económicos celebran diversos contratos para cumplir con una operación económica que no podría ser posible a través de la celebración de un solo contrato.

Otro caso es resaltado en la sentencia SC-116-2007 que relaciona el contrato de lease back con la conexidad contractual. Advierte la Corte, a partir del análisis que hace de la doctrina italiana, que habrá coligación cuando una pluralidad de convenciones posee un vínculo entre ellas que los hace depender recíprocamente tanto jurídica como económicamente, ya que el adecuado cumplimiento de los diversos contratos permite la obtención de un resultado ulterior.

En sentencia No 6462 del 13 de diciembre de 2002 se discute la naturaleza jurídica de un contrato de leasing financiero. Allí se relacionan las partes y las obligaciones surgidas entre ellas a través de la diversidad de contratos, que no responden a la lógica del contrato aislado ni del contrato plurilateral sino, indica la Corte, de una conexidad contractual.

## **2. Efectos de la conexidad**

La teoría de la conexidad contractual genera una influencia importante en tres instituciones clásicas de la contratación privada: a) las reglas de interpretación de los contratos, b) el tipo de responsabilidad y, por lo tanto, la naturaleza de las acciones entre los partícipes de una red contractual y, c) la trascendencia de una causal de ineficacia en alguno de los contratos sobre la red contractual.

Frente al primer efecto no es de extrañar que las actuales reglas de interpretación se aplican en un contexto de contratos individuales y aislados, que no responden a la lógica de una red contractual. Ello se verifica en los artículos 1618, 1621 y 1622 del Código Civil, que indagan por la voluntad de las partes que dieron nacimiento a la obligación, hecho que es propio de los contratos individuales, donde son los mismos agentes quienes celebran una o varias convenciones.

Para la conexidad, en virtud de la cual un grupo de personas celebran múltiples contratos cuya conexión se origina por la existencia un objetivo común, que es diferente a cada prestación individualizada y a los sujetos que los celebran, puede suceder entonces que el cabal cumplimiento de esa operación económica

requiera que la vaguedad, oscuridad o discrepancia en el alcance de una obligación pueda ser aclarado acudiendo a las cláusulas de otro contrato con el que se encuentra vinculado, al conjunto negocial en su totalidad o la causa supracontractual (Esborraz, 2012) con el fin de atribuirle el sentido real a toda la operación negocial.

En este caso no sería pertinente aplicar exegéticamente las reglas de interpretación de los contratos de nuestra legislación civil, pues como lo establece el artículo 1622 del Código Civil las cláusulas de un contrato se interpretan unas por otras dándole sentido a la convención que las contiene. El mismo artículo establece la regla de interpretación frente a una pluralidad de contratos, en el entendido que “[p]odrán también interpretarse por las de otro contrato entre las mismas partes y sobre la misma materia” (subrayado fuera del texto); supuesto de hecho que no coincide con los presupuestos de la conexidad contractual, pues esta no requiere que sean las mismas personas las que celebran el conjunto de negocios ni que estos tengan el mismo objeto.

El segundo efecto se relaciona con las reglas de la responsabilidad entre los partícipes de la red. En la conexidad contractual la regla de la relatividad de los contratos o *res inter alios acta*<sup>6</sup> evoluciona, ya que el incumplimiento de una prestación por parte de uno de los agentes facultaría a los demás afectados a buscar el resarcimiento de los perjuicios a través de las acciones contractuales pertinentes, así ellos no sean en estricto sentido partes de ese contrato (Hernández, 2007). En estos eventos, según la Corte Suprema de Justicia, no es lógico predicar la responsabilidad contractual para algunos agentes y la extracontractual para otros, dado que en los casos de conexidad el incumplimiento siempre tendrá un carácter contractual (CSJ Civil, 15 nov. 2017, SC18476).

Por último, un efecto que parte igualmente de la modificación al principio de la relatividad de los contratos, esto es que las consecuencias de un negocio jurídico solo se extienden a quienes tienen la calidad de parte dentro de este, implica que la “patología” que afecte a una de las convenciones tendría la virtual capacidad para extenderse a todos los demás contratos. Supone esto que la causal de ineficacia de un contrato originada, por ejemplo, en el incumplimiento, nulidad, rescisión, pérdida del cuerpo cierto debido, u otra que afectase irremisiblemente a la operación económica, tornaría ineficaz al conjunto negocial por la afectación a la causa del negocio (Esborraz, 2012). Por el contrario, si fuera jurídica y económicamente viable retirar el contrato afectado sin alterar esa causa-fin, este efecto extensivo no podría aplicarse.

Habiendo completado la descripción del fenómeno de la conexidad contractual y reconociendo los efectos que ella produce en tres instituciones básicas de la teoría clásica de los contratos y de las obligaciones, se continuará ahora con el estudio de los contratos de medicina prepagada y de las pólizas de salud para identificar si corresponden efectivamente a dos eventos de conexidad contractual.

## B. Medicina Prepagada Y Pólizas De Salud

El servicio público de salud en Colombia opera a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS) que provee el servicio de salud en el país. La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado. En el primero las personas se vinculan a través del pago de un aporte económico, el segundo es un sistema de afiliación para las personas sin

<sup>6</sup> De este aforismo latino se extrae la regla que determina como la convención celebrada entre dos partes no puede hacer ni acreedor ni deudor a un tercero. La expresión completa *res inter alios acta vel iudicata, alteri nec prodest, nec nocet* traduce que lo celebrado o juzgado entre unas personas no aprovecha ni perjudica a terceros (Castillo Freyre y Osterling Parodi, 2005), por lo cual también se deduce un principio procesal, ya que, verbigracia, una sentencia que declara el incumplimiento, la indemnización de perjuicios o la nulidad de contrato no podría tener efectos entre negocios y partes por fuera del litigio resuelto.

capacidad de pago (Ley 100 de 1993, arts. 152 y ss.). Sin embargo, el acceso a los servicios de salud puede proporcionarse por fuera de ese sistema, lo que implicaría la celebración de contratos de prestación de servicios, la suscripción de un contrato de medicina prepagada o de una póliza de salud.

En virtud del contrato de medicina prepagada, un profesional asume la obligación de prestarle a otra persona la asistencia médica contratada, ya sea directamente o través de terceros, recibiendo como contraprestación el pago periódico de una suma de dinero. En la práctica, el acreedor de la suma de dinero y, por lo tanto, el obligado a la prestación de los servicios de salud es una sociedad que actúa como organizador de los servicios, subcontratando o delegando la prestación efectiva de estos en diferentes profesionales (médicos generales, especialistas, odontólogos, laboratorios clínicos, y demás) (Gherzi, Ippolito, Weingarten, 1999).

Ricardo Lorenzetti (2009) indica que en el contrato de medicina prepagada una parte se obliga a prestar por sí misma o a través de terceros unos servicios médicos determinados, obligación que está sujeta a una condición suspensiva consistente en que acontezca una enfermedad que afecte al acreedor del servicio o a los beneficiarios designados por este, estando aquel obligado a un pago anticipado y periódico de un precio.

De este modo, en este sistema contractual coinciden diferentes contratos bilaterales: a) el contrato suscrito por el beneficiario y el organizador de los servicios y b) los distintos contratos que el organizador celebra con quienes efectivamente prestarán los servicios de asistencia médica.

Esta forma de aseguramiento puede ser cerrada, abierta o mixta. En el primer modelo el organizador le indica al beneficiario los prestadores del servicio a que debe acudir para recibir la atención, en el segundo el beneficiario acude al profesional que desee y la organizadora se obliga a reintegrarle el valor causado y el tercer modelo se compone por prestaciones de ambos sistemas (Gherzi, et al., 1999). El tipo de sistema y el alcance de las obligaciones se establecen en el respectivo contrato.

Carlos Alberto Gherzi (1999) resalta que el contrato de medicina prepagada es oneroso debido a la afectación patrimonial de las partes en procura de su correlativa ventaja, de tracto sucesivo dado que el cumplimiento de las obligaciones se prolonga en el tiempo, bilateral por el nacimiento recíproco de obligaciones para las partes y de adhesión, ya que en la práctica el organizador del sistema preestablece el contenido del contrato y al interesado solo le es factible aceptar o rechazar el clausulado.

La doctrina argentina lo ha caracterizado además como un contrato de consumo, ya que subjetivamente se hace evidente la relación entre un profesional del comercio y un consumidor final y objetivamente se establece una relación obligacional entre ambos (Vazzano, 2015)

Deducen los autores argentinos que este contrato no responde a la estructura clásica de los contratos diseñada en los códigos tradicionales, donde se celebran contratos aislados por partes determinadas y fijas. El contrato de medicina prepagada se inserta en la lógica de las estructuras empresariales y de la conexidad contractual pues, como ya se expresó, una sociedad organizadora pone en funcionamiento el sistema a partir de la concurrencia de múltiples contratos que ella coordina.

En Colombia la medicina prepagada, las pólizas de salud y los planes de atención complementaria hacen parte de los denominados Planes Voluntarios de Salud, regulados en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, que dispone que estos pueden comprender coberturas asistenciales relacionadas con los servicios

7 Al respecto: "ARTÍCULO 169. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Artículo modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



de salud, contratadas y financiadas por el afiliado al SGSSS con recursos diferentes a las cotizaciones obligatorias.

En ese sentido, el Decreto 806 de 1998, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y compilado actualmente en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 (en adelante DURSSPS), denomina dichos programas como Planes Adicionales de Salud (en adelante PAS) indicando que dentro del SGSSS se le pueden prestar a los beneficiarios planes por fuera del servicio público esencial en salud que no corresponden garantizar al Estado, con cargo a los recursos propios de los particulares que los adquieran. Se determina que estos planes son ofrecidos por las compañías de medicina prepagada, las aseguradoras, las entidades adaptadas y las entidades promotoras de salud.

El mismo decreto, en el artículo 18 define los PAS como un programa adicional de atención en salud que presta beneficios opcionales y de adhesión voluntaria, cuyo acceso y prestación corresponde exclusivamente a los particulares, pero de inspección y vigilancia del Estado ya que se trata de un servicio privado de interés público. En conclusión, estos son un conjunto de beneficios y servicios que se adquieren de forma voluntaria y que son paralelos a los garantizados por el SGSSS.

Se reitera que actualmente existen tres tipos de PAS, denominados a partir del 2011 como Planes Voluntarios de Salud: los planes de medicina prepagada, las pólizas de salud y los planes de atención complementaria en salud<sup>8</sup> (DURSSPS, Artículo 2.2.4.3); este artículo no se ocupa del último enunciado.

Según la legislación colombiana, la medicina prepagada propiamente corresponde a un sistema organizado y establecido por entidades autorizadas para gestionar la atención médica y la prestación de servicios de salud de forma directa o indirecta a través de un plan de salud preestablecido a cambio de una contraprestación económica (DURSSPS, artículo 2.2.4.1.4).

La Superintendencia Nacional de Salud debe autorizar de forma previa a estas sociedades para que ofrezcan los servicios, además deben registrarse en las cámaras de comercio; su objeto social deberá ser la gestión para la prestación de servicios de salud o su prestación directa (DURSSPS, artículo 2.2.4.1.8).

Este sistema se basa en la celebración de un contrato del cual surge la obligación de prestar un servicio de salud preestablecido y la correlativa contraprestación de pagar un precio. El contrato se celebra entre el organizador del sistema y un denominado “contratante”, quien puede adquirir los servicios para sí o en beneficio de terceros o de ambos, convirtiéndose todos ellos en usuarios del servicio; también son denominados por la actual legislación como beneficiarios o afiliados (DURSSPS, artículo 2.2.4.1.4), términos que deberán entenderse como sinónimos.

El DURSSPS faculta a la empresa de medicina prepagada para que contrate la prestación de los servicios de salud que se deba prestar a los usuarios con clínicas, hospitales, centros de salud, laboratorios o instituciones similares autorizadas; además, estas entidades y profesionales de la salud están en la obligación de prestar los servicios contratados sin discriminación de los beneficiarios remitidos por la compañía de medicina prepagada (DURSSPS, artículo 2.2.4.1.20).

---

Tales Planes podrán ser:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.”

8 Los planes de atención complementaria son ofrecidos por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y consisten en un conjunto de procedimientos, intervenciones y actividades que no son necesarios ni indispensables en el tratamiento de las enfermedades, la recuperación o mantenimiento de la salud o de las condiciones de atención propias de los procedimientos, intervenciones y actividades inherentes al Plan Obligatorio de Salud (POS), actualmente denominado Plan de Beneficios en Salud. Según el artículo 23 del Decreto 806 de 1998, a través de estos planes las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) pueden ofrecer a sus afiliados procedimientos, intervenciones y actividades que estén por fuera del servicio público esencial de salud, así como servicios de comodidad y una red de prestadores del servicio de salud que lo diferencie del Plan de Beneficios adscrito al SGSSS.

El DURSSPS, artículo 2.2.4.1.4, define como entidad adscrita a la institución que presta los servicios médicos, quirúrgicos o científicos a los usuarios y como personal adscrito a la persona natural que presta la atención a la que se comprometen las entidades adscritas.

El contrato de medicina prepagada celebrado entre la compañía y el usuario es de naturaleza privada y debe indicar, entre otros, el directorio médico donde se prestarán los servicios gestionados por la compañía. En la reglamentación actual se denominan contratistas (DURSSPS, art. 2.2.4.1.20).

Frente al objeto de un contrato de medicina prepagada, el Decreto 1938 de 1994 disponía que “[s]e 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”. Aunque dicha norma fue derogada por el Decreto 806 de 1998, la definición aún recoge las características esenciales de este negocio jurídico: el carácter contractual de la obligación y el acuerdo a priori entre los contratantes sobre las condiciones de prestación de los servicios de salud.

Como se aclaró, mientras que la afiliación al SGSSS es obligatoria, los planes de medicina prepagada son de libre adhesión, donde generalmente se les permite a los beneficiarios la libre escogencia de la entidad prestadora del servicio médico, del profesional y una prestación oportuna del servicio (Lozano Jiménez, Lozano Marmolejo, Lozano Gubbay, 2003).

En este sentido, la sentencia T-134 de 2011 advierte que es claro como la relación que surge entre el usuario y la empresa de medicina prepagada se regula eminentemente por el derecho privado y que la prestación de los servicios acordados en el contrato se rige estrictamente por su clausulado; sin embargo, precisa la Corte que al versar el objeto contractual sobre la prestación de un servicio de salud, la ejecución del contrato podría involucrar la efectividad de derechos fundamentales como la vida, la salud, la integridad física. Explica la Corte que, en ese caso, aunque la jurisdicción ordinaria es la llamada en principio a resolver las controversias contractuales para determinar el alcance y cumplimiento de las prestaciones, podría eventualmente intervenir el juez de tutela<sup>9</sup>.

Frente a las características propias del contrato de medicina prepagada, ha expresado el Tribunal Constitucional que:

(...) se caracteriza por ser un contrato privado, bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge como un contrato de adhesión, donde los extremos contractuales se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de ellas en los términos aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud y respecto de las cuales la otra manifiesta su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto (...) (C. Const. Sentencia T-563/2009).

Doctrina similar ha sido adoptada por la Corte Suprema de Justicia, al reconocer que el contrato de medicina prepagada es un negocio jurídico de naturaleza privada que hace nacer la obligación para la compañía de brindar al usuario un plan adicional de salud al establecido en el SGSSS. Reconoce también la Corte que la celebración del contrato de medicina prepaga corresponde a un acto voluntario y opcional, rigiéndose por el esquema de la contratación privada, aunque para salvaguardar algunos derechos fundamentales pueda acudir a la acción de tutela (CSJ Civil, 11 Abr. 2014, STC 4697; CSJ Penal, 15 Julio 2014, STP 9519).

<sup>9</sup> En el año 1998, con la sentencia de unificación SU-039, la Corte Constitucional reitera los argumentos esgrimidos en anteriores sentencias para avalar la legitimación excepcional del juez constitucional en el conocimiento de asuntos de materia contractual privada relacionados con la medicina prepagada. Dichos argumentos son el servicio público prestado por empresas privadas, el principio de la buena fe y la situación del usuario como un sujeto de especial protección. La jurisprudencia de la Corte Constitucional se ha centrado en analizar los supuestos de violación del principio de buena fe por parte de las compañías (Quintana-Cepeda, 2016).

En concepto 2006026484-001 del 4 de agosto de 2006, la Superintendencia Financiera aclara que los contratos de medicina prepagada tienen una naturaleza jurídica diferente a la de los contratos de seguro. Indica la entidad que la medicina prepagada corresponde a un sistema que es gestionado por las entidades autorizadas para prestar servicios de salud preestablecidos, de forma directa o a través de terceros, mediante una contraprestación económica, siendo aquel su objeto social; mientras que la póliza de salud asegura un riesgo incierto que no depende de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuyo efectivo acaecimiento obliga a la compañía aseguradora a cumplir su prestación.

Explica la Superintendencia Financiera que a partir del perfeccionamiento del contrato de medicina prepagada la empresa queda obligada a prestar los diversos servicios acordados por expresa voluntad del usuario. En este contrato la enfermedad no corresponde con el riesgo incierto de los seguros, pues basta la conducta potestativa del usuario de acudir al prestador de servicio de salud incluso con fines netamente preventivos para que se hagan exigibles las obligaciones.

Plantea dicha entidad que mientras al contrato de medicina prepagada se le aplican las normas del SGSSS pertinentes (actualmente el Decreto 780 de 2016), a las pólizas de salud se les aplica directamente las normas del Código de Comercio, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y las demás normas especiales, so pena de ineficacia contractual; es así como la Superintendencia Nacional de Salud debe aprobar previamente los contratos de medicina prepagada, mientras la Superintendencia Financiera debe otorgar las autorizaciones frente a los seguros, entre ellos, las pólizas de salud.

Los suscriptores tanto del contrato de medicina prepagada como de las pólizas de salud deben estar afiliados al régimen contributivo del SGSSS (DURSSPS, art. Artículo 2.2.4.4), pero podrán acudir a servicios no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud (antiguamente denominado Plan Obligatorio de Salud o POS), donde las prestaciones se rigen por el contrato y será el suscriptor quien decida libremente acudir al SGSSS o ante el prestador de los servicios del Plan Voluntario en Salud (Londoño, Giraldo, Taborda, 2014).

Las pólizas de salud son ofrecidas por compañías aseguradoras vigiladas y controladas por la Superintendencia Financiera. En concepto 1999028169-7 del 22 de octubre de 1999, aclara esta entidad que los seguros de salud tienen como objeto proteger al asegurado de los riesgos que amenacen su salud a través del resarcimiento económico de los perjuicios económicos derivados de la ocurrencia del suceso gravoso. Este tipo de seguro es indemnizatorio, en la medida que puede reponer los gastos en que incurrió el asegurado por enfermedad, accidente, tratamiento y/o intervención, incluyendo los honorarios pagados al personal asistencial.

Según la Superintendencia, con base en el artículo 1140 del Código de Comercio, este es un tipo de seguro de daños en el que se establece que los amparos por gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, clínicos tienen un carácter indemnizatorio y se rigen por los principios de los seguros de daños en cuanto no contraríen la naturaleza de las pólizas de salud.

Sin embargo, del análisis del clausulado de pólizas de salud, se observa que actualmente la obligación de la compañía puede ser indemnizatoria de los gastos o la efectiva prestación los servicios de salud mediante una red de instituciones y profesionales organizados por la compañía aseguradora, como sucede en el contrato de medicina prepagada, punto que se demostrará más adelante con la descripción de algunas pólizas de salud.

### C. La Conexidad En Los Contratos De Medicina Prepagada

Como se refirió, los planes de medicina prepagada tienen como característica que el agente que organiza el plan se obliga a prestar los servicios de salud por sí mismo o a través de terceros, lo cual se hace evidente al analizar diferentes contratos de esta especie, a saber:

“Contrato de gestión para la prestación de servicios de medicina prepagada” organizado por Axa Colpatria Medicina Prepagada S.A.

Como objeto del contrato, la compañía de medicina prepagada adquiere la obligación de “(...) gestionar a favor de los BENEFICIARIOS la prestación de servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en las ciudades del territorio colombiano donde se encuentre la misma, a través del CUADRO MÉDICO adscrito (...)”.

En la cláusula cuarta del contrato, se reitera que la obligación de la compañía se delimita exclusivamente a contratar y a pagar los servicios que el beneficiario requiera según los términos y condiciones del contrato de medicina prepagada, y que los servicios de salud serán prestados exclusiva y directamente por el personal asistencial y las instituciones de salud designadas por ella.

En la cláusula de definiciones de los términos técnicos del contrato, se explica que el “cuadro médico” está compuesto por los profesionales de todas las áreas médicas, los centros diagnósticos y los centros médicos que atenderán a los suscriptores del contrato de medicina prepagada. Se especifica que ellos atenderán a los usuarios debido a un contrato de prestación de servicios que dicho cuadro médico celebró con AXA Colpatria, que el usuario conocerá a través de un directorio.

De las condiciones del contrato se hace evidente que para este caso los prestadores efectivos del servicio de salud son terceros al contrato de medicina prepagada. Por lo tanto, es indiscutible la coexistencia de, por lo menos, dos contratos autónomos e independientes que comparten un fin común: el de medicina prepagada entre Axa Colpatria y los beneficiarios<sup>10</sup> y el celebrado entre aquella y los prestadores materiales de los servicios de salud.

“Contrato familiar de gestión para la prestación de servicios de medicina prepagada” organizado por Colmédica Medicina Prepagada S.A.

En el objeto de este contrato Colmédica se obliga “a gestionar la prestación de servicios de salud curativos que requiera(n) el (los) USUARIO(S), por parte de los profesionales y entidades adscritos (...)”.

En la cláusula séptima, sobre la prestación de los servicios de salud, se indica que los servicios especificados en el contrato serán prestados por el personal de asistencia y las instituciones con las cuales Colmédica haya celebrado un convenio previo.

En la cláusula de definiciones se indica que como “profesional adscrito” deberá entenderse todo profesional del área de la salud que presta sus servicios a los usuarios del servicio de medicina prepagada de forma autónoma cuyo plan es administrado por la compañía; y en sentido similar, se advierte que “entidad adscrita” es aquella clínica, hospital y centro diagnóstico que presta los servicios que organiza la compañía de medicina prepagada.

<sup>10</sup> Aunque el término usado para referirse a los adherentes al contrato de medicina prepagada es el de “beneficiario”, no se puede confundir este con el beneficiario de la estipulación en favor de otro. A través del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, ya analizado, y de la cláusula de obligaciones y definiciones del modelo de contrato, se entiende que este beneficiario es el tercero a la relación jurídica entre la compañía y los prestadores del servicio, que se favorece de los términos del contrato de medicina prepagada del cual es parte contractual.

Del clausulado anterior se concluye que, para el desarrollo del objeto contractual de este plan de medicina prepagada, se requiere de la coexistencia de por lo menos dos contratos en esta relación jurídica: el de medicina prepagada entre Colmédica y los denominados usuarios y el de Colmédica y los prestadores de los servicios de salud.

El contrato denominado "Plan 100", ofrecido por la EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A., establece que los servicios especificados en el contrato se prestarán solamente por el equipo médico destinado por la compañía, aclarando que no se reconocerán a los suscriptores sumas de dinero como equivalente de la prestación. Se aclara que el equipo médico corresponde a un directorio de profesionales adscritos a la compañía quien podrá removerlos unilateralmente. El suscriptor tendrá acceso al directorio con el perfeccionamiento del contrato.

Como particularidad de este último contrato se observa que contiene cláusulas típicas del contrato de medicina prepagada y de las pólizas de salud, generando una especie de contrato mixto<sup>11</sup>. Así, frente a la responsabilidad civil, se hace referencia al artículo 17 del Decreto 1570 de 1993 (compilado en el DURSSPS) según el cual las empresas de medicina prepagada responderán administrativa y civilmente por los perjuicios devenidos, especialmente, de la atención que contraríe las cláusulas del contrato y cuando los servicios se presten directamente por la compañía, como también se indica que el contrato podrá darse por terminado unilateralmente por las normas de seguros contempladas en el Código de Comercio.

Del clausulado de esta convención se determina que el desarrollo de su objeto contractual solo será posible si coexisten por lo menos dos contratos autónomos en esta relación jurídica: el de medicina prepagada perfeccionado entre Suramericana y los usuarios y el celebrado entre aquella y los prestadores de los servicios de salud. La naturaleza jurídica de este último no se especifica, pero se supone lógicamente que es un contrato de prestación de servicios.

La concurrencia de contratos descrita que atienden a un fin global ha sido reconocida por la Corte Suprema de Justicia. En sentencia de casación del 15 de febrero de 2017 que versa sobre un hecho de responsabilidad civil en cabeza de una compañía de medicina prepagada, se resalta en los antecedentes como la casacionista celebró un contrato de ese tipo donde se establecieron las prestaciones y los beneficiarios, y que dicho contrato le permitió a uno de los beneficiarios acceder al servicio de urgencias de una clínica particular.

Alegaba la compañía que ella cumplió con sus obligaciones contractuales, pues el beneficiario contó con los servicios médicos pactados en el contrato de medicina prepagada, cuyo tratamiento fue prestado por profesionales de salud con los que ella tenía un convenio, por lo tanto, no había lugar a la responsabilidad extracontractual que alegaba la casacionista. Esa razón fue compartida por la Corte Suprema de Justicia, quien examinó los contratos y las obligaciones que conformaban esa red negocial (CSJ Civil, 15 Feb. 2017, SC1815-2017).

Razonamiento similar contiene el auto que decidió sobre la admisibilidad de un recurso de casación donde se alega que el ad quem aplicó indebidamente diversas normas del Código Civil ya que, según el recurrente, empleó las reglas de la responsabilidad contractual cuando debían ser las de la responsabilidad extracontractual por tratarse de un litigio entre el suscriptor de un contrato de medicina prepagada en contra de la compañía.

<sup>11</sup> La Corte Suprema de Justicia (CSJ Civil, 15 nov. 2017, SC18476) ha caracterizado al contrato mixto como un negocio jurídico atípico en el cual una única convención se compone de prestaciones de diversos tipos contractuales; la Corporación enfatiza en que este fenómeno es diferente a la coligación, pues en esta se celebran dos o más convenciones que sirven a un propósito común que solo puede alcanzarse por la colaboración armónica de los múltiples contratos.

La Corte concluyó que en este tipo de eventos intervienen varios contratos, el primero entre el suscriptor y la compañía, y el segundo entre los profesionales de salud y aquella, donde el primer contrato permite a los suscriptores acceder a los servicios ofrecidos por los profesionales (CSJ Civil, 14 en. 2015, AC010-2015).

En sentencia de casación laboral del 24 de agosto de 2010, se discutió la relación jurídica existente entre un médico y la compañía de medicina prepagada. El profesional demostró que en un principio su vinculación con la sociedad se dio a través de un contrato de prestación de servicios en calidad de “médico adscrito” con el fin de atender a los pacientes afiliados a la compañía, pero luego esa relación se transformó a una de tipo laboral (CSJ Laboral, 24 Ag. 2010, e34393). Se verifica en la sentencia como la prestación de servicios médicos a través de un contrato de medicina prepagada requiere la conformación de una red contractual.

#### **D. La Conexidad En Las Pólizas De Salud**

Para determinar la existencia o no de contratos conexos en este tipo de seguros, se analizaron cuatro pólizas que pasaran a describirse.

La póliza de salud de la compañía Liberty Seguros S.A. dispone que los gastos objeto de la cobertura del contrato serán los prestados por hospitales, centros ambulatorios y el personal de la salud que pertenecen a la red de servicios dispuesta por la aseguradora a través de convenios vigentes. Sólo serán indemnizables los gastos cuando sean causados en un lugar que no tenga presencia de la red.

En el clausulado se especifican los gastos hospitalarios cubiertos por la póliza como son los servicios de habitación, unidad de cuidados intensivos e intermedios, urgencias, maternidad; los honorarios de los profesionales de la salud; y se enumeran otras coberturas adicionales como el tratamiento para el cáncer y el trasplante de órganos; seguidamente se enuncian las exclusiones generales de la póliza.

En el apartado de definiciones se aclara que la red de prestadores de servicios se compone por las instituciones y profesionales que tengan una relación contractual con la aseguradora, cuya relación se indicará al usuario al momento de suscribir la póliza y a través de la página web de la compañía<sup>12</sup>.

Es clara entonces la concurrencia de múltiples contratos autónomos en esta relación negocial: la póliza de salud entre el suscriptor y la compañía aseguradora y los contratos celebrados entre esta y los prestadores efectivos de los servicios médicos.

En el modelo de póliza de salud celebrado entre MAPFRE y clientes Cafam se tiene por objeto indemnizar “en servicio” la ocurrencia del riesgo sobre la salud del asegurado, que para este caso corresponde a la prestación del servicio médico. Se determina que, una vez ocurrido un accidente o enfermedad general, deberá el asegurado acudir a la red de proveedores dispuesta por la compañía. Ante la verificación del siniestro, el asegurado deberá contactar a la compañía para indicar el tipo de asistencia que requiere y así acceder a los servicios a través de las entidades señaladas por la compañía.

En este modelo contractual también es evidente que su objeto se cumple a través del concurso de mínimo dos contratos: la póliza de salud celebrada entre el suscriptor y la aseguradora y los contratos celebrados entre los prestadores de los servicios con la compañía de seguros que permiten al asegurado acudir a esos centros de salud.

<sup>12</sup> En la misma cláusula se señala que la compañía “(...) no asume ninguna responsabilidad por la inclusión de instituciones hospitalarias o de profesionales médicos o paramédicos en el referido directorio, toda vez que en cada caso surgirá un contrato entre el asegurado y la institución hospitalaria o el profesional médico o paramédico sin la intervención de Liberty”. Aunque la redacción es ambigua, esta cláusula parece hacer referencia al evento en que el usuario decida acudir ante un profesional o institución no relacionada en el directorio.

El clausulado del contrato denominado “Allianz Medicall Plus” puntualiza que, en razón a esta póliza de seguro de salud, se indemnizarán los gastos ocasionados por las enfermedades y/o accidentes determinados en la tabla de coberturas a través de los servicios prestados por las entidades y profesionales con los que la aseguradora haya suscrito un convenio, y que por medio de la página web se pone a disposición del asegurado el directorio médico.

El seguro de salud “Plan Salud Global” de la compañía Sura combina las prestaciones a su cargo, que puede ser la de reembolsar los gastos en que haya incurrido el asegurado por servicios cubiertos en la póliza o la indemnización a través de los servicios prestados por una red de instituciones y profesionales adscritas o en convenio con la compañía de seguros.

Se observa entonces en estos dos últimos modelos contractuales la concurrencia de contratos para cumplir con una finalidad común, presupuestos necesarios para que se configure la conexidad contractual.

### **E. Efectos De La Conexidad En Los Contratos De Medicina Prepagada Y Las Pólizas De Salud**

Una vez comprobado que tanto en los planes de medicina prepagada como en las pólizas de salud concurre una pluralidad de contratos autónomos que comparten como finalidad común asegurarle a una persona la prestación de los servicios de salud de los cuales es acreedora en razón a un contrato que celebró con un agente organizador de los servicios o con una compañía de seguros, se concluye lógicamente que a estas relaciones negociales les son aplicables los efectos propios de la conexidad:

- Ante las cláusulas vagas, oscuras o la discrepancia entre los agentes frente al alcance de una obligación que requiera acudir a las reglas de interpretación de los contratos para hallar la real intención de los contratantes y, por lo tanto, el efecto de la obligación en disputa en un contrato de medicina prepagada o una póliza de salud, según el caso, el intérprete podría acudir al clausulado de otro contrato de la red, a todos los contratos vinculados o a la finalidad común como medios de interpretación del contrato.
- El incumplimiento de la prestación por parte de uno de los agentes facultaría a otro, quien no es directamente su contraparte contractual pero que sí hace parte de la red, para pretender por la vía de la responsabilidad contractual el resarcimiento de los perjuicios ocasionados. Como se describió con anterioridad, este efecto ya ha sido parcialmente analizado por la Corte Suprema de Justicia quien concluyó que las acciones contra la compañía de medicina prepagada por la responsabilidad médica son de carácter contractual debido a la concurrencia de contratos, razón que podría extenderse a los demás supuestos de responsabilidad.
- Frente a la ineficacia de un contrato debida, por ejemplo, a la declaratoria de nulidad que hiciera imposible cumplir con la causa supracontractual, esta afectaría la eficacia de la red contractual y, a petición de parte, el juez podría declarar el efecto extensivo de dicha causal de ineficacia debido a la afectación del núcleo del negocio jurídico. En una situación hipotética sería posible que la nulidad del contrato de medicina prepagada o de la póliza de salud que impida al usuario acceder a los servicios de salud haciendo imposible cumplir con la finalidad común de los contratos conexos, haría ineficaz la red contractual debido a la afectación de su causa.

#### IV. Conclusiones

Existe conexidad contractual cuando una relación negocial se compone por una pluralidad de contratos autónomos celebrados por los mismos o diferentes agentes de donde surge una finalidad jurídico-económica común que se constituye en la causa global del negocio jurídico; esta finalidad puede resultar de la voluntad de los partícipes o de la propia naturaleza del contrato. La conexidad contractual es una manifestación de la contratación privada contemporánea que, con base en el principio de la autonomía privada, permite a los agentes económicos desarrollar innovadoras formas contractuales para satisfacer sus intereses en una economía de mercado. Esta forma de contratación implica adecuar los principios clásicos del derecho privado, pues una aplicación literal de las reglas contenidas en los códigos de derecho privado les restaría eficiencia a los contratos y podría desdibujar los intereses de los contratantes.

Los contratos de medicina prepagada y las pólizas de salud que permiten a los usuarios y sus beneficiarios acudir a terceros prestadores de los servicios de salud son eventos de contratación conexa. En ellos se verifica la existencia de una pluralidad de contratos celebrados por múltiples agentes que, precisamente, tienen como fin global permitirles el acceso a los servicios de salud determinados en el contrato y prestados por terceros con los cuales no contrató pero que hacen parte del conjunto negocial, debido a un contrato que celebró con la compañía de medicina prepagada o la aseguradora, según el caso. Por lo tanto, en este tipo de contratación se manifiestan los efectos de la conexidad contractual.

La conexidad contractual influye en las normas de interpretación de los contratos y la aplicación de las reglas de ineficacia de los negocios jurídicos, entre ellas los efectos de la nulidad y la tutela del crédito frente al deudor incumplido. De este modo, en los contratos de medicina prepagada y de las pólizas de salud se relativiza el principio *res inter alios acta* pues las acciones y sus efectos se extienden a personas que no celebraron entre ellas un contrato, pero que hacen parte de una red contractual.

#### Referencias Bibliograficas

- Allianz seguros de vida S.A. Allianz Medicall Plus. En: <https://www.allianz.co/content/dam/onemarketing/iberolatam/allianz-co/seguros/personas/salud/contratos/20-10-2016-1401-P-35-MedicAllPLUSD4-02.pdf>
- Álvarez Martínez, G. I. (2008). *Los grupos de contratos en el crédito al consumo* (Tesis doctoral). La Coruña: Universidade da Coruña.
- AXA Colpatría Medicina Prepagada S.A. (2015). Contrato de gestión para la prestación de servicios de medicina prepagada. En: <https://www.axacolpatría.co/portal/Portals/0/PDF/MPP/clausulado-plan-original-plus.PDF>
- Baena Cárdenas, L. G. (2017), *Fiducia inmobiliaria: tensión entre la autonomía privada, el derecho a la vivienda digna y el derecho del consumo*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Castillo Freyre, M. y Osterling Parodi, F. (2005). *Tratado de las obligaciones*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Cataño-Berrío, S. E. Y Wills-Betancur, L. M. (2016). La conexidad contractual y los efectos relativos de los negocios jurídicos aplicados a los contratos de paquetes turísticos en Colombia. *Vniversitas*, 65(132). Consultado el 18 de octubre de 2019. En: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/16565>



- Cooperativa de empleados EXXONMOBIL y Colmédica Medicina Prepagada S.A. (2018). Contrato Familiar – Condiciones generales del contrato de Gestión para la Prestación de servicio de medicina prepagada. En: [https://coopexmo.com/wp-content/uploads/2018/04/Contrato\\_Col.pdf](https://coopexmo.com/wp-content/uploads/2018/04/Contrato_Col.pdf)
- Colombia. Congreso de la República de Colombia. *Código Civil colombiano*. Ley 57 de 1887.
- Colombia. Congreso de la República de Colombia. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Ley 100 de 1993.
- Colombia. Congreso de la República de Colombia. *Estatuto del Consumidor*. Ley 1480 de 2011.
- Colombia. Presidencia de la República. *Código de Comercio colombiano*. Decreto 410 de 1971.
- Colombia. Presidencia de la República. Reglamenta la Ley 10 de 1990. Decreto 1570 de 1993.
- Colombia. Presidencia de la República. Reglamento de beneficios en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Decreto 1938 de 1994.
- Colombia. Presidencia de la República. Reglamento al régimen de seguridad social. Decreto 860 de 1998.
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016.
- Colombia. Superintendencia Financiera. Concepto 1999028169-7 del 22 de octubre de 1999.
- Colombia. Superintendencia Financiera. Concepto 2006026484-001 del 4 de agosto de 2006.
- Cuevas, H. (2004). *Fundamentos de la economía del mercado*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- De la Madrid Andrade, M. (2006). La conexidad contractual en los principios de unidroit. En E. A. Quintana Adriano. (Coord.). *Panorama internacional del derecho mercantil*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México. Consultado el 12 de septiembre de 2019. En: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2348/19.pdf>
- Esborraz, D. F. (2012). El fenómeno de la vinculación negocial en el ámbito de los contratos y su incidencia sobre las reglas res inter alios acta. *Revista de derecho privado UNAM, Edición especial*. Consultado el 17 de octubre de 2019. En: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-privado-ns/article/view/7250/6529>.
- Frustagli, S. A. (1996). Acerca de la conexidad contractual y sus proyecciones en los sistemas modernos de distribución comercial. *Trabajos del Centro*, 2, pp. 43-54. Consultado el 8 de septiembre de 2019. En: <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/tdc/article/view/1019>
- Gherzi, C. A., Ippolito, S., y Weingarten, C. (1999). *Contrato de medicina prepagada*. Buenos Aires, Editorial Astrea.
- Gueiler, S. (2000). Contratos conexos. *Trabajos del Centro*, 4, pp. 121, 126. Consultado el 8 de noviembre de 2019. En: <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/tdc/article/viewFile/1056/959>
- Hernández, C. A. (2007). Acerca del principio de relatividad de los efectos del contrato y sus tensiones actuales. En E. Alegría, y J. Mosset Iturraspe. (Eds.). *Revista de Derecho Privado y Comunitario* (pp. 21-48). Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores.
- Italia. Código Civil. Real Decreto del 16 de marzo de 1942, No. 262.
- Italia. Corte de Casación. Sentencia No. 23973 del 26 de septiembre de 2019. Consultada el 14 de diciembre de 2019. En: <http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snciv&id=./20190926/snciv@s30@a2019@n23973@tS.clean.pdf>
- Italia. Corte de Casación. Sentencia No. 28011 del 31 de octubre de 2019. Consultada el 14 de diciembre de 2019. En: <http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snciv&id=./20191031/snciv@s30@a2019@n28011@tO.clean.pdf>

- Italia. Corte de Casación. Sentencia No. 32374 del 11 de diciembre de 2019. Consultada el 14 de diciembre de 2019. En: <http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snciv&id=./20191211/snciv@s63@a2019@n32374@tO.clean.pdf>
- Liberty Seguros S.A. Póliza de seguro de salud esencial. En: [https://www.libertycolombia.com.co/sites/default/files/2019-06/Clausulado\\_Salud\\_Esencial\\_0.pdf](https://www.libertycolombia.com.co/sites/default/files/2019-06/Clausulado_Salud_Esencial_0.pdf)
- Londoño Berrío, C. M., Giraldo González, J. F., y Taborda Castrillón W. A. (2014). Tensión entre el derecho fundamental a la salud y la libre voluntad de las partes contratantes en los planes voluntarios de salud. Caso seguros de vida Suramericana s.a. años 2011 – 2013. *Revista Ces Derecho*, 5(2), pp. 122-138. Consultado el 22 de octubre de 2019. En [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2145-77192014000200002&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2145-77192014000200002&script=sci_abstract&tlng=es)
- López Frías, A. (1994). *Los contratos conexos*. Barcelona: José María Bosch.
- Lorenzetti, R. L. (1996). Contratos modernos: ¿conceptos modernos? Nuevos aspectos de la teoría del tipo contractual mínimo -problemas contractuales típicos- finalidad supracontractual y conexidad. *Revista de la Asociación de Escribanos del Uruguay*, 82 (1- 12), 33-48. Consultado el 6 de junio de 2019. En: [http://biblioteca3.aeu.org.uy/central/common/show\\_image.php?base=baeu&image=/RAEU/080/082-1-33-48.pdf](http://biblioteca3.aeu.org.uy/central/common/show_image.php?base=baeu&image=/RAEU/080/082-1-33-48.pdf)
- Lorenzetti, R. L. (2009). *Consumidores*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores.
- Lozano Jiménez, J. H., Lozano Marmolejo, A., y Lozano Gubbay, D. (2003). Diferenciación en la prestación de servicios de medicina prepagada y plan obligatorio de salud-pos. *Estudios gerenciales*, 19(86), 99-151. Consultado el 11 de diciembre de 2019. En [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-59232003000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232003000100006&lng=en&tlng=es).
- MAPFRE Colombia vida seguros S.A. condiciones generales póliza de seguro de central médica - clientes Cafam. En: [https://www.mapfre.com.co/seguros-co/images/Condiciones%20central%20Medica-clientes-Cafam\\_tcm1124-237522.pdf](https://www.mapfre.com.co/seguros-co/images/Condiciones%20central%20Medica-clientes-Cafam_tcm1124-237522.pdf)
- Medicina prepagada Suramericana S.A (2019). Seguros de Salud Plan 100. En: [https://www.epssura.com/files/clausulado\\_medico\\_100.pdf](https://www.epssura.com/files/clausulado_medico_100.pdf)
- Pizarro Wilson, C. (2007). El efecto relativo de los contratos: partes y terceros. En: A. G. Brito (Ed.) *El código civil de Chile (1855-2005)*, Santiago de Chile: Legal Publishing.
- Quintana-Cepeda, A (2016). El papel de la Corte Constitucional en el análisis de los contratos de medicina prepagada. *Revista de Salud Pública*, 15(5), pp. 827-836. Consultado el 20 de noviembre de 2019. En: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642016000500827&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642016000500827&script=sci_abstract&tlng=es)
- Seguros de vida Suramericana S.A. Seguro de salud Plan Salud Global. En: <https://www.segurossura.com.co/Documentos/condicionados/personas/salud/plan-salud-global.pdf>
- Soler Pascal, L. A. (2007). La vinculación contractual en el ámbito del consumo. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*, 1(2), pp. 335-362. Consultado el 8 de abril de 2019. En: <https://revistasocialesyjuridicas.files.wordpress.com/2010/09/02-tl-05.pdf>
- Teyssié, B. (1975). *Les Groupes de Contrats*. Paris: Librairie générale de droit et de jurisprudence.
- Vazzano, F. (2015). La cláusula que habilita a la empresa de medicina prepaga a incrementar el valor de la cuota en base a la edad del afiliado. Su encuadre en la enumeración del art. 37 de la ley 24.240 de Argentina. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, (10), pp. 1-30. Consultado el 2 de septiembre de 2019. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5603772>

## Jurisprudencia

- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia SU-039 de 1998. M.P.: Hernando Herrera Vergara.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-563 de 2009. M.P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-134 de 2011. M.P.: Luis Ernesto Vargas Silva.
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 11 de abril de 2014. M.P.: Luis Armando Tolosa Villabona. Expediente 76001-22-10-000-2013-00251-01 (STC4697-2014).
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de julio de 2014. M.P.: José Leonidas Busto. Expediente STP9519-2014.
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 14 de enero de 2015. M.P.: Jesús Vall de Rutén Ruiz. Expediente AC010-2015.
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de febrero de 2017. M.P.: Álvaro Fernando García Restrepo. Expediente SC1815-2017.
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de noviembre de 2017. M.P.: Álvaro Fernando García Restrepo. Expediente 68001-31-03-001-1998-00181-02 (SC18476).
- Colombia. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2002. M.P.: Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. Expediente 6462.
- Colombia, Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 25 de septiembre de 2007. M.P.: Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. Expediente SC116.
- Colombia, Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral. Sentencia del 24 de agosto de 2010. M.P.: Luis Javier Osorio López. Expediente 34393.

