RESOLUCIÓN DE RECURSO DE IMPUGNACIÓN N° 013/20

**VISTOS:**

El recurso de impugnación presentado por .................. respecto de la Resolución Nro. 154/19, expedida por esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), conforme a la cual se declaró FUNDADA la reclamación interpuesta por .................. respecto al SEGURO DE DESGRAVAMEN – PÓLIZA N° .................. y .................. por el fallecimiento de ..................;

Que, el indicado recurso se sustenta resumidamente en lo siguiente: (1) entiende que sí ha aportado pruebas razonables que en el año 2008 un profesional médico colegiado le diagnosticó hipertensión arterial y enfermedad renal crónica al asegurado; (2) en el folio 103 de la Historia Clínica, el médico tratante registra el antecedente de tales enfermedades como un diagnóstico desde hace 10 años; (3) en otra hoja de atención médica, el médico tratante registra el antecedente del diagnóstico de hipertensión desde hace más de 10 años; (4) en el folio 106 de la evaluación pre anestésica el médico tratante estipula que el paciente cuenta con diagnóstico de HTA hace 10 años; (5) esos documentos obran en la Historia Clínica y se encuentran debidamente suscritos por un profesional médico colegiado; (6) no se ha considerado que no es solo una declaración del asegurado afirmando que padecía de HTA y ERC, sino fueron en más de 5 oportunidades, lo que conlleva a poder afirmar que el asegurado tenía pleno conocimiento que las enfermedades que padecía datan de 10 años atrás; (7) en el informe médico N° .................. presentado por el reclamante, se refiere que el asegurado fue diagnosticado con HTA desde hace 10 años y que la ERC estaba en tratamiento como hemodiálisis desde julio de 2018.

Que, el reclamante absolvió el traslado del recurso interpuesto, manifestando en síntesis lo siguiente: (1) la aseguradora pretende desconocer su propias normas estipulados dentro del contrato celebrado con su padre; (2) la asegurador no ha presentado la copia de la historia clínica o un informe médico del hospital 2 de mayo de hace 10 años atrás donde se haya diagnosticado por un médico profesional colegiado la HTA y la ERC a su padre; (3) la aseguradora quiere hacer prevalecer lo que menciona su padre en forma verbal cuando acude por primera vez al consultorio externo de nefrología el 19 de abril de 2017, siendo evaluado por un médico profesional por el doctor .................., donde le hacían varias preguntas sobre su malestar; (4) el asegurado hizo mención de forma verbal, a una antigüedad aproximada de 5 o 10 años, y eso lo registraban en la historia clínica; (5) recién con las pruebas o exámenes clínicos a los que fue sometido en mayo de 2017, recién su padre toma pleno conocimiento de la ERC; (6) con la consulta externa de cardiología de noviembre de 2017, el asegurado tomó conocimiento de la HTA; (7) la indicación del asegurado a una antigüedad de aproximadamente 10 años de evolución es un cálculo de la enfermedad, pero no un diagnóstico de hace 10 años; (8) una cosa es mencionar de forma verbal al médico especialista de turno sobre su malestar que venía sintiendo y otra completamente diferente es ser diagnosticado por un médico profesional colegiado especialista en cardiología y nefrología y determinar la enfermedad con los respectivos análisis clínicos.

Que, atendiendo a lo expuesto, esta Defensoría resuelve finalmente lo siguiente:

**PRIMERO:** El artículo 10 (Procedimiento) del Reglamento de la DEFASEG (http://www.defaseg.com.pe/reglamento) establece que cualquiera de las partes que no se encuentre de acuerdo con la decisión adoptada por el colegiado sobre la materia reclamada, podrá impugnarla, interponiendo el correspondiente recurso de impugnación.

Conforme a ello, en el caso concreto, al interponer el recurso de impugnación la aseguradora ha ejercido formalmente su derecho a contradecir lo resuelto por la Defensoría.

**SEGUNDO:** Que el recurso de impugnación presentado por la aseguradora no se sustenta en nueva prueba sino en tratar de desvirtuar los fundamentos de la resolución impugnada, invocando que la Defensoría ha efectuado una incorrecta valoración de las pruebas que obran en autos.

Es así que la aseguradora entiende que obran pruebas razonables que en el año 2008 un profesional médico colegiado le diagnosticó hipertensión arterial y enfermedad renal crónica al asegurado.

Sobre el particular, este Colegiado advierte que no existe tal error de valoración probatoria en la resolución impugnada, y que la aseguradora hace una lectura ligera de la prueba actuada en autos.

En efecto, tal como se desarrolla en el séptimo considerando de la resolución impugnada, la Defensoría llega a su conclusión valorando los términos en los que está redactada la exclusión, que obligan a identificar al médico colegiado que diagnostica la enfermedad preexistente:

*“Conforme se verifica en autos, de la documentación presentada por la aseguradora con el escrito de fecha 06 de noviembre de 2019, en la Solicitud de Seguro de Desgravamen* ..................*, se define la exclusión invocada como causal de rechazo de cobertura en los siguientes términos:*

*“a. Enfermedades preexistentes, entendidas como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le haya diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud contenida en la solicitud de seguro”. (Subrayado nuestro)*

*Al respecto, cabe tener presente que conforme lo dispone la Séptima Regla de interpretación del Contrato de Seguro establecida en el artículo IV de la Ley del Contrato de Seguro – Ley N° 29946, la cobertura, exclusiones y, en general, la extensión del riesgo, así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente.*

*En esa medida, la exclusión citada debe interpretarse literalmente, consecuentemente del tenor transcrito, se aprecia que para materializarse el supuesto de exclusión, la aseguradora debe probar que la enfermedad preexistente haya sido:*

* *Diagnosticada por un profesional médico colegiado.*
* *Anterior a la contratación del seguro.*
* *Conocida por el asegurado.*
* *No resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud.*

*En el presente caso, la aseguradora invoca como prueba las referencias de antecedentes patológicos de diagnósticos de hipertensión arterial y de enfermedad renal crónica de hace 10 años, que constan en la Historia Clínica del asegurado del Hospital Nacional Dos de Mayo: (i) Nota de Ingreso de fecha 22 de agosto de 2018 y en la (ii) Epicrisis de fecha 03 de septiembre de 2018.*

*De esos registros, se verifica que existen anotaciones de antecedentes de salud referidos por el propio asegurado.*

*Empero, de esos documentos no puede concluirse que se identifica un diagnóstico con una antigüedad cierta que se remonte al año 2008, ni mucho menos, que el diagnóstico haya sido hecho por un profesional médico colegiado.*

*Los términos en que ha sido redactada la exclusión por la propia aseguradora, exigen que ésta aporte prueba o evidencia que identifique al profesional médico colegiado que haya diagnosticado las enfermedades o alteraciones del estado de salud en una fecha determinada”.*

Como puede apreciarse, en ningún momento se niega la existencia en la historia clínica de referencias de una antigüedad aproximada de 10 años de las enfermedades de HTA y ERC. Lo que se advierte y pondera es que en esa historia clínica que obra en el expediente, no existe evidencia del diagnóstico de hace 10 años, ni se identifica al profesional médico colegiado que en el año 2008 habría diagnosticado la HTA y la ERC, tal como lo exige la exclusión redactada por la propia aseguradora.

No cabe duda que el presupuesto de hecho bajo el cual se fundamenta la impugnación interpuesta por la aseguradora es inexistente, ya que no hay un error en la lectura y valoración de las pruebas que obran en el expediente.

**TERCERO:** En atención a las consideraciones precedentes, este colegiado aprecia finalmente que no se ha evidenciado error ni falta de fundamentos en la resolución recurrida, ni la recurrente ha aportado nueva prueba que conlleve a conclusiones distintas a las establecidas en la resolución materia de impugnación, por lo que no existe mérito ni razón objetiva para revocarla.

**RESUELVE:**

**Declarar INFUNDADO el recurso de impugnación interpuesto y, por consiguiente, CONFIRMAR la Resolución Nro. 154/19**.

Lima, 09 de marzo de 2020

María Eugenia Valdez Fernández Baca Marco Antonio Ortega Piana Presidente Vocal

Rolando Eyzaguirre Maccan Gonzalo Abad del Busto

 Vocal Vocal