**RESOLUCIÓN DE RECURSO IMPUGNATIVO N° 026/20**

**Vistos:**

El recurso de impugnación presentado el 10 de julio de 2020 por .................. respecto de la Resolución Nro. 051/20, de fecha 30 de junio de 2020, emitida por esta Defensoría del Asegurado (DEFASEG), que declaró FUNDADA la reclamación interpuesta por .................. con relación al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) contratado por la moto lineal de placa de rodaje .................. (Póliza Nro. ..................);

Que, a través del señalado recurso, la aseguradora impugna lo resuelto por esta Defensoría, solicitando que este colegiado revoque la resolución recurrida, atendiendo resumidamente a lo siguiente: a) que la resolución no se encuentra debidamente motivada al no haberse pronunciado sobre cada uno de sus argumentos y/o medios de defensa; b) que la documentación que la reclamante adjuntó como medio de prueba en su escrito de fecha 8 de junio de 2020 no fue remitida ni considerada al momento de su evaluación, por tanto, no fue analizada en el informe médico elaborado por ..................; c) que la Defensoría ha considerado para resolver la presente controversia el informe médico recientemente elaborado por el Dr. ..................de fecha 06 de enero de 2020, es decir, días antes de presentado su reclamo en la Defensoría del Asegurado (20 de enero de 2020), medio de prueba que no fue considerado por el Departamento de Auditoría médica, puesto que el informe fue elaborado el 16 de octubre de 2019, en base a la información remitida por correo electrónico por ..................; d) que la reclamante no habría presentado todos los medios de prueba que debió presentar, que cuando la reclamante pueda sustentar de manera idónea las consecuencias de lesiones, se procederá con los pagos correspondiente; pero no antes, conforme a los fundamentos antes expuesto;

Que, el señalado recurso impugnativo fue objeto de traslado a la reclamante, quien con fecha 16 de julio de 2020, presentó por correo electrónico un escrito absolviendo la impugnación de la aseguradora, señalando resumidamente lo siguiente: adjunta correo electrónico donde consta que le solicitaron documentos adicionales (los informes médicos que en forma adicional presentó ante la DEFASEG) y que cumplió con presentar oportunamente; adjunta asimismo grabación de comunicación donde .................. asegura que subió la información requerida al sistema, por lo que .................. sí recibió oportunamente los exámenes que se han presentado como documentos adjuntos a su reclamo.

Que, con fecha 19 de julio de 2020 la aseguradora envió un nuevo escrito pronunciándose sobre las afirmaciones de la reclamante e insistiendo en que no tuvo en su oportunidad dichos informes médicos que ahora se presentan por lo que en todo caso cuando sustente las lesiones de manera idónea se procederá con los pagos correspondientes; del mismo modo, insisten en que la Defensoría no podría pronunciarse sobre pruebas que no le fueron remitidas en forma previa al reclamo, cuestionando que el audio presentado como medio de prueba para acreditar que los informes sí fueron puestos en su conocimiento, no acredita la entrega pues no detalla los informes médicos remitidos.

**Considerando:**

**Primero:** El Reglamento de la DEFASEG (http://www.defaseg.com.pe/reglamento), en su artículo 10, 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:** De la lectura del recurso de vistos se aprecia que la aseguradora impugna lo resuelto por la DEFASEG señalando que no se habrían evaluado todos los medios de prueba y argumentos: No obstante, se limita a señalar ello en forma genérica sin especificar qué medio de prueba habría dejado de ser analizado.

Adicionalmente señala que al haberse presentado nuevos documentos que no fueron presentados anteriormente, ellos no deben ser considerados al momento de resolver, pues se le habría negado la posibilidad de analizarlos de acuerdo a las normas que rigen el SOAT. En particular hace referencia a que la DEFASEG habría considerado un informe médico emitido pocos días antes del reclamo.

Esta Defensoría ha revisado las pruebas presentadas por la reclamante al absolver la impugnación, las cuales a juicio de esta Defensoría evidenciarían que los informes médicos de fecha anterior al rechazo, sí habrían sido remitidos por .................. a la aseguradora antes que esta rechazara la cobertura de seguro, en tanto se entiende que son remitidos a través de un sistema. Sin perjuicio de ello, y aun en el supuesto que no se hubieran remitido, la aseguradora accedió a los mismos a través de este proceso, el cual se constituye como un mecanismo de solución de controversias, en el cual las partes pueden aportar pruebas documentales en cualquier estado del procedimiento, como se establece en el numeral 10 del Reglamento de esta Defensoría.

En efecto, es importante destacar que nada impide que durante la tramitación de un proceso ante esta Defensoría ambas partes presentes nuevos informes médicos que, siendo incluso posteriores a la reclamación, den información sobre los aspectos – en este caso médicos- que el colegio debe analizar, correspondiendo en todo caso que cada parte, se pronuncie sobre lo que considere pertinente o adjunte pruebas adicionales o informes especializados que sustenten su posición, lo que no ocurrió ni cuando se corrió traslado del escrito adicional presentado por la reclamante, ni al momento de interponer el recurso impugnatorio que nos ocupa.

Por lo tanto, siendo que la aseguradora tuvo a la vista los informes médicos antes de la emisión de la resolución impugnada y por ende tuvo la oportunidad de pronunciarse sobre los mismos en dicha oportunidad e incluso al momento de interponer el recurso impugnatorio que nos ocupa, no se le ha negado su derecho defensa; por el contrario, ella habría optado por no sustentar las razones de fondo por las cuales considera no debe atender al reclamo. En consecuencia, este colegiado se ha pronunciado en base a la información y pruebas que se le han presentado y cuya validez no ha sido cuestionada por la aseguradora, quien solamente se ha limitado a señalar que las pruebas no le fueron remitidas antes del reclamo y que no deberíamos basarnos en ellas por dicho motivo, lo que sería un actuar contrario a como ha venido desempeñándose la Defensoría del Asegurado.

En el presente caso, se tiene que el informe del auditor de la aseguradora es de fecha 16 de octubre de 2019, por lo que habría omitido referirse a los informes vinculados a la lesión de piernas que son de fecha anterior; por lo que basado en que terminó la terapia a la lesión de coxis, concluyó que no procedía continuación de la terapia solicitada, aparentemente sin darse cuenta que se trataba de terapias distintas.

En otras palabras, en este caso el médico auditor no tuvo en cuenta informes y exámenes de fecha anterior a su informe. Si hubo una omisión por parte del auditor es algo que corresponde a los procesos de la aseguradora; y, en cualquier caso, a través de este proceso-reiteramos- la aseguradora tuvo nuevamente conocimiento de la existencia de dichos exámenes, y en vez de pronunciarse sobre los aspectos de fondo, basa su recurso impugnatorio en un aspecto formal a través del cual el reclamante debería presentarlos nuevamente para recién pronunciarse, lo que atenta contra un principio básico de celeridad procesal.

La resolución impugnada se ha referido específicamente a los informes previos al 16 de octubre y en base a ellos concluye que sí se justifica la continuación de la terapia. Si bien adicionalmente se hizo referencia a un informe de fecha reciente, la resolución no se basa solo en ese informe, sino principalmente en los consultas y exámenes que expresamente se mencionan en la resolución impugnada. En particular, la resolución se refiere a ellos en el noveno considerando, conforme se trascribe a continuación:

*“Asimismo, existe solicitud de interconsulta a traumatología suscrita por el Dr.* .................. *de fecha 06/09/2019 respecto de la secuela de traumatismo de miembros inferiores.*

*De donde se concluye que la reclamante recibió dos tipos de terapias (para el coxis y miembros inferiores), habiéndose rechazado la continuidad de cobertura a los miembros inferiores basados en la conclusión de la terapia de coxis. Más aún en la audiencia de vista la reclamante precisó que ambos tipos de terapia (al coxis y a los miembros inferiores), fueron inicialmente cubiertos por la aseguradora, y que el rechazo se ha producido respecto de la continuidad de tratamiento por los miembros inferiores.*

*9.3. En consecuencia, la necesidad de continuar el tratamiento por el aplastamiento de miembros inferiores se sustenta no solo en el informe del Dr.* ..................*, sino además en la necesidad de interconsulta realizada por el propio especialista Dr.* .................. *y por la ecografía realizada en setiembre, estando asimismo acreditada la relación causal entre el accidente y el aplastamiento de piernas tanto en la epicrisis, como en las resonancias y documentos médicos que obran en el expediente.*

*En efecto, obra en el expediente las resonancias que se practicaron a la reclamante el 15 de abril de 2019 con motivo del accidente, entre ellas la resonancia de pierna derecha, donde se concluye “leve edema óseo del platillo tibial medial complementar con estudio selectivo de rodilla para mejor caracterización, moderado edema del TCSC de la región antero medial asociado a colecciones líquidas hemáticas según descripción”.*

*9.4. Queda claro a juicio de este colegido que la reclamante sufrió una lesión en la pierna, no resulta al momento del término de la terapia de coxis, motivando una nueva consulta y exámenes que evidencian que los hematomas permanecían, encontrándose en involución, motivo por el cual el traumatólogo dispone continuar con la terapia médica.*

*9.5. La aseguradora señala que la “denunciante no ha presentado medio probatorio alguno que acredite su lesión (hernia) fue a causa del accidente y no producto de edad (envejecimiento)”. Dicha afirmación, no se ajusta a la realidad de los hechos, conforme a los documentos que ha presentado la reclamante, siendo además que el cuadro de la reclamante no corresponde a una hernia. La aseguradora tampoco sustenta las razones por las cuales considera que los hematomas corresponderían a una situación de envejecimiento, lo que resulta poco consistente con la edad de la aseguradora (menor de 35 años).”*

**Tercero:** Atendiendo a lo expresado precedentemente, este colegiado estima que el recurso impugnativo interpuesto evidencia simplemente el desacuerdo de la aseguradora con lo resuelto, pero sin que haya cuidado de proporcionar nuevos elementos de juicio y/o pruebas objetivas que permitan a este colegiado concluir que se justifica revocar lo resuelto. En consecuencia, el recurso impugnativo interpuesto corresponde ser categorizado, por su contenido mismo, como una solicitud de revisión general, sustentada en el muy respetable criterio de la aseguradora que este colegiado no comparte definitivamente, pero sin aportar argumento o medio probatorio que evidencie que este colegiado habría incurrido efectivamente en un error o vicio al momento de resolver.

**Atendiendo a lo expresado, conforme a su Reglamento, este colegiado resuelve:**

**Declarar INFUNDADO el recurso impugnativo** interpuesto por .................. y, por consiguiente, **CONFIRMAR** en todos sus extremos la Resolución Nro. 051/20, de fecha 30 de junio de 2020

Lima, 27 de julio de 2020.

***La Secretaría Técnica certifica que la presente resolución cuenta con el voto de los vocales cuyos nombres figuran en el presente documento.***

**Marco Antonio Ortega Piana – Presidente**

**María Eugenia Valdez Fernández Baca – Vocal**

**Rolando Eyzaguirre Maccan – Vocal**

**Gonzalo Abad - Vocal**