

Audiencia Provincial

AP de Las Palmas (Sección 5ª) Sentencia num. 99/2006 de 2 marzo

CONTRATO DE SEGURO: SEGURO DE PERSONAS: seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria: reclamación de cantidad: procedencia: gastos derivados de intervención quirúrgica de cataratas: enfermedad diagnosticada una vez transcurrido el plazo de carencia.

Jurisdicción:Civil

Recurso 925/2005

Ponente:Ilmo. Sr. D. Pedro Joaquín Herrera Puentes

Ilmos. Sres.-

PRESIDENTE: Don Carlos Augusto García Van Isschot

MAGISTRADOS: Doña Mónica García de Yzaguirre

Don Pedro Joaquín Herrera Puentes (Ponente)

SENTENCIA 99

En la Ciudad de Las Palmas de Gran Canaria a dos de marzo de 2006.

VISTAS por la Sección 5ª de esta Audiencia Provincial las actuaciones de que dimana el presente rollo en virtud del recurso de apelación interpuesto contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº Trece de Las Palmas de Gran Canaria, en los autos referenciados (Juicio Ordinario 947/04) seguidos a instancia de DON, parte apelante, representada en esta alzada por el Procurador Don y asistida por el Letrado Don, contra la entidad MAPFRE CAJA SALUD de Seguros y Reaseguros SA, parte apelada, representada en esta alzada por el Procurador Don y asistida por el Letrado Don, siendo ponente el Sr. Magistrado Don Pedro Joaquín Herrera Puentes, quien expresa el parecer de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO

.- Por el Juzgado de Primera Instancia No. Trece de Las Palmas de Gran Canaria, se dictó sentencia en los referidos autos cuya parte dispositiva literalmente establece: «Que desestimando la demanda interpuesta por el Procurador Sr. absuelvo a MAPFRE Caja Salud de Seguros y Reaseguros SA de la acción en su contra ejercitada; todo ello con expresa condena en costas de la parte actora »

SEGUNDO

La referida sentencia, de fecha 29 de Julio de 2.005 , se recurrió en apelación por la parte actora, interponiéndose tras su anuncio el correspondiente recurso de apelación con base a los hechos y fundamentos que son de ver en el mismo. Tramitado el recurso en la forma dispuesta en el art. 461 de la Ley de Enjuiciamiento Civil la parte contraria presentó escrito de oposición al recurso alegando cuanto tuvo por conveniente y seguidamente se elevaron las actuaciones a esta Sala, donde se formó rollo de apelación. No habiéndose solicitado el recibimiento a prueba en esta alzada, sin necesidad de celebración de vista se señaló para discusión, votación y fallo el día 2 de Febrero de 2006.

TERCERO

En la tramitación del presente recurso se han observado las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

.- El presente recurso de apelación versa única y exclusivamente sobre la distinta concepción que tienen una y otra parte en cuanto a la cobertura que abarca una póliza de seguro colectivo de enfermedad de enfermedad en lo referente a los gastos derivados de la intervención quirúrgica de cataratas sufrida por uno de los asegurados. Para este último, quien actúa como demandante y apelante, se trata de una enfermedad e intervención quirúrgica cubierta por la póliza y para la entidad aseguradora, demandada y apelada, por el contrario se considera que queda excluida del ámbito alcanzado por el seguro, conforme a lo establecido en el artículo 3 (Riesgos excluidos) apartado 1º a) y artículo 5, (perfección, toma de efecto y duración del seguro) apartado 2 a) del condicionado general de la póliza, cuya aceptación y conocimiento por ambas partes en modo alguno se discute.

Para una mejor comprensión de la cuestión se hace preciso en principio concretar el objeto y extensión del seguro que nos ocupa, el cual tiene por finalidad garantizar al asegurado el reembolso de un importante porcentaje de los gastos médicos y/o sanitarios abonados por el mismo como consecuencia de un siniestro cubierto por la póliza, conforme a lo estipulado y plasmado en el condicionado general de la póliza,

eso sí, sin perder de vista lo concretado en las condiciones particulares acerca de las garantías contratadas por el tomador, (en este caso se extiende a todas las posibles, es decir, al reembolso de gastos médicos completos, hospitalarios y extra-hospitalarios, y la garantía complementaria Gran Cobertura). Dentro de los siniestros incluidos y objeto de cobertura se incluyen las enfermedades, entendiéndose por ellas toda alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente autorizado para ejercer y también la intervención quirúrgica derivada de la misma, siempre y cuando se trate de una operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un médico en un hospital y con fines terapéuticos. Si bien, en el artículo 3.1 a) del mencionado condicionado general se excluyen expresamente las enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, aún cuando no se hubiesen diagnosticado de forma concreta. El plazo de carencia a tener en cuenta en caso de enfermedad que requiere intervención quirúrgica es el de seis meses, artículo 5.2 a) del condicionado general, es decir, que en base a ello quedan excluidas de cobertura aquellas enfermedades cuyos primeros síntomas hayan aparecido antes del transcurso de ese plazo, el cual se computa a partir de la inclusión del asegurado en la póliza.

Sentado lo anterior es de apreciar que en el presente caso la inclusión del asegurado en la póliza data del 21 de Diciembre de 2.001 y es el pasado 1 de Julio de 2.002 cuando se le diagnostica la enfermedad, (cataratas nucleares), que deriva luego en la intervención quirúrgica que tuvo lugar el pasado 16 de Julio de 2.002 y cuyos gastos médicos en esta litis resultan reclamados. De los datos expuestos se colige que la enfermedad en cuestión fue diagnosticada cuando ya había transcurrido el plazo de carencia antes mencionado, si bien, el juez de instancia en la resolución judicial recurrida entiende que, (atendiendo a que se trata de una patología de larga de evolución y por ende de desarrollo lento y a que en su historial clínico consta que el propio asegurado el día en que fue examinado y se produjo su diagnóstico refiere pérdida progresiva de visión desde hace meses), la sintomatología de tal enfermedad hay que antedatarla y por ende la ubica dentro del periodo de carencia de seis meses y así la excluye de cobertura. Este Tribunal sin embargo no coincide con dicho criterio, pues las cláusulas relativas a la exclusión de riesgos en estas modalidades de contratos, así como en otras muchas, tienen como finalidad primordial la de evitar fraudes y, en su caso, evitar dar amparo y cobertura a siniestros acaecidos con anterioridad a la producción de efectos del seguro o inclusión del asegurado en el ámbito de cobertura abarcado por la póliza o que se produzcan como consecuencia de hechos o circunstancias preexistentes a esa inclusión, lo cual no consta que acaezca en el presente caso. Como tampoco cabe deducir que el asegurado

conociese con anterioridad a la fecha del diagnóstico que padeciese algún síntoma relacionado con esa concreta enfermedad, ni con ninguna otra de origen visual más allá de la miopía y presbicia que también le fueron diagnosticadas. El asegurado acude al médico cuando detecta, pocos días antes del examen y reconocimiento médico practicado, unos problemas de pérdida de visión que le generan cierta preocupación e intranquilidad, sin que quepa en modo alguno concluir categóricamente que era conocedor de que los problemas de visión que padeció anteriormente a estos últimos estuviesen conectados con las cataratas que determinaron la intervención quirúrgica, ni tampoco cabe concluir que esos problemas previos de visión fuesen únicamente compatibles con el diagnóstico de tal enfermedad, más aún, cuando era evidente la existencia de otras

enfermedades, (miopía y presbicia), compatibles con una pérdida progresiva de visión, tanto de lejos como de cerca.

SEGUNDO

Todo cuanto antecede lleva a este Tribunal a incluir dentro la cobertura abarcada por la póliza los gastos derivados de la intervención quirúrgica fruto de las cataratas nucleares que le fueron diagnosticadas al asegurado, incluyendo como tales el 90% de todos los abonados por el actor, pues a ese porcentaje asciende la cobertura por gastos derivados de asistencia hospitalaria, (ver condiciones particulares de la póliza), y que abarcan la intervención quirúrgica, (honorarios del cirujano y su ayudante, la lente intraocular colocada y el material quirúrgico empleado), lo que hace un total de 3.185,11 euros; los derechos de quirófano y la medicación (454,89 euros) y los gastos relacionados con la anestesia empleada en esa cirugía, (270 euros). Así pues, procede estimar el recurso y en consonancia con ello dejar sin efecto lo resuelto en la primera instancia, para en su lugar acceder a la petición concretada en la demanda y condenar a la entidad aseguradora demandada al abono de la suma reclamada y que se corresponde con un total de 3.519 euros, más el interés legal correspondiente a partir del pasado 23 de Septiembre de 2.002, fecha que coincide con la de la misiva enviada por la demandada al asegurado haciéndole saber que no tiene intención de cubrir los gastos reclamados, ya que se desconoce la fecha en que le fue remitida la documentación por el interesado, (artículos 1.100, 1.101 y 1.108 del Código Civil). Al derivarse de lo anterior una estimación prácticamente íntegra de la demanda, las costas de la primera instancia se imponen a la demandada, (artículo 394 de la LEC).

Todo ello, sin hacer expresa imposición de las costas derivadas de esta alzada, (artículo 398 de la LEC).

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación;

FALLO

Que debemos estimar y estimamos el recurso de apelación interpuesto por la representación de la parte actora contra la sentencia dictada por el Juzgado de 1ª Instancia nº Trece de Las Palmas de Gran Canaria de fecha 29 de Julio de 2.005 en los autos de Juicio Ordinario 947/04 , y por ende se deja sin efecto su fallo para en su lugar acordar lo que sigue:

Se estima la demanda interpuesta por Don contra la entidad MAPFRE Caja Salud de Seguros y Reaseguros SA y, en consonancia con ello, se condena a la demandada a que abone a la actora la suma total de 3.519 euros, más el interés legal correspondiente a partir del pasado 23 de Septiembre de 2.002, imponiendo las costas de la primera instancia a la parte condenada al pago.

Todo ello, sin hacer expresa imposición de las costas procesales derivadas de esta alzada.

Llévese certificación de la presente resolución al rollo de esta Sala y notifíquese a las partes, y con certificación de la misma, devuélvanse los autos al Juzgado de Procedencia para su ejecución y cumplimiento.

Así por esta nuestra Sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN: Leída y publicada fue la anterior sentencia en el día de su fecha, siendo Ponente el Ilmo. Sr. D. estando el Tribunal celebrando audiencia pública en el día de la fecha. Certifico.