

PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE DERECHO



**DENUNCIA CONTRA EL PACÍFICO SUIZA-COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS POR VULNERACIÓN AL PRINCIPIO DE IDONEIDAD
EN EL SERVICIO**

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título de Abogado que presenta:

Alejandra Vicuña Deza

REVISOR:

Enrique Rosendo Bardales Mendoza

Lima, 2022

RESUMEN

El presente informe jurídico tiene como objetivo analizar el proceso iniciado por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco en contra de la compañía Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros en virtud de la negativa de esta última de otorgar cobertura a las preexistencias conforme se había pactado en el Seguro de Continuidad contratado por el señor Segovia. El tema materia de controversia es jurídica y socialmente relevante en la medida que las preexistencias están totalmente ligadas a un derecho reconocido constitucionalmente, esto es, el derecho a la salud. El expediente analizado, marca un antes y un después en relación al tratamiento de las preexistencias cruzadas y a cómo deben interpretarse algunas disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguro. El primer objetivo del presente informe es determinar si, en virtud de la normativa vigente que regula las preexistencias, la aseguradora estaba obligada a otorgar cobertura a favor del señor Segovia por las preexistencias que se le diagnosticaron cuando se encontraba vigente su plan de salud contratado con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud. Bajo la posición de la autora, la aseguradora sí se encontraba en la obligación de otorgar cobertura a las preexistencias del señor Segovia aun cuando estemos ante un escenario de preexistencias cruzadas. Por otro lado, un segundo tema jurídico objeto de análisis bajo el presente informe es determinar si la actuación de la aseguradora, podía ser reconocida como una vulneración al deber de idoneidad y a las garantías ofrecidas por dicha empresa, específicamente la expectativa que esta habría generado en el asegurado para que aquel contrate la póliza de seguro.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
1. Áreas de derecho	7
1.1 Derecho de Seguros	7
1.2 Derecho de Consumidor	7
2. Justificación de elección del expediente y relevancia del tema materia de controversia	8
II. IDENTIFICACIÓN DE LOS HECHOS RELEVANTES	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Hechos vinculados a la contratación del plan de salud y de la póliza de seguro	8
2.3 Procedimiento iniciado ante INDECOPI	10
III. IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS	21
3.1. Problemas jurídicos vinculados al derecho de seguros	21
3.2. Problemas jurídicos vinculados al derecho de protección al consumidor	22
IV. ANÁLISIS Y TOMA DE POSICIÓN SOBRE PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS	22
4.1. Toma de posición sobre principales problemas jurídicos	22
4.2. Análisis de problemas jurídicos vinculados al derecho de seguros	24
4.3. Análisis de problemas jurídicos vinculados al derecho de protección al consumidor	40
V. CONCLUSIONES	50
VI. BIBLIOGRAFÍA	52
VII. ANEXOS	53

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a Edward Elmendorf, Presidente y Director Ejecutivo de la Asociación pro Naciones Unidas de los Estados Unidos de América, nos encontramos en una etapa en la que las posibilidades de lograr la mejora de los servicios de salud en los países en desarrollo son altas (2020).

La pandemia por Covid-19, solo nos ha confirmado que las posibilidades de mejora son posibles sino que son necesarias y en nuestro país es perentorio. Mediante una adecuada distribución de recursos¹ y a través de la aplicación de políticas públicas oportunas, en el Perú el sistema de salud podría alcanzar un nivel cuando menos aceptable.

No cabe duda que las intenciones de los legisladores y de los operadores a cargo de la implementación de políticas en salud son buenas, una muestra de ello es la última actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, aprobada mediante Decreto Supremo 023-2021, que incluye como condiciones asegurables el tratamiento y atención de enfermedades mediante teleradiología que implica el análisis de imágenes radiológicas a distancia con la finalidad de otorgar un diagnóstico (Telerad: 2018). Incluir el tratamiento de enfermedades a través de los medios descritos no significaría un problema si no fuera por el hecho que en el Perú no nos encontramos preparados a nivel tecnológico para ofrecer dicho tipo de servicio.

Ejemplos como el descrito abundan en relación a nuestro sistema de salud. A partir de ello, la primera conclusión a la que podemos llegar es que no solo se trata de imponer la prestación de servicios de salud más complejos sino contar con un sistema normativo claro que en primer lugar permita el acceso más básico a las prestaciones de salud.

La Constitución de 1993 reconoce que “todos tienen derecho a la salud” y la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud (...)”.

¹ De acuerdo al Banco Interamericano de Desarrollo, el presupuesto asignado en el Perú para el sector salud está ubicado dentro de los bajos en la región.

A pesar del reconocimiento constitucional del derecho a la salud, derecho que es universal, indivisible, integral, irrenunciable e inalienable, inviolable y progresivo (García, 2020: 81), de acuerdo al Censo realizado en el 2017, el 75,5% de la población en el Perú contaba con algún seguro de salud, mientras que el 24,5% (equivalente a 7 millones 208 mil 221 ciudadanos) carecía de este tipo de seguro (INEI, 2018).

Ahora bien, de acuerdo a SUSALUD, se proyectó que para el segundo trimestre del 2015, el 40,5% de los peruanos cuentan con Seguro Integral de Salud; el 25,8% afiliados a EsSalud; el 1,8% a seguros privados; el 1,7% afiliados a seguros de sanidades; y, el 2.5% a dos o más seguros (2015).

Considerar las cifras antes detalladas, nos muestra dos premisas: (i) que la mayoría de los peruanos están asegurados mediante planes de aseguramiento estatales; y, (ii) existe un gran sistema de aseguramiento en salud con actores privados y estatales. Este segundo factor no sería importante si es que el sistema de salud funcionara correctamente; sin embargo, la realidad es que tenemos un gran sistema de aseguramiento poco sistematizado, deficientemente coordinado y, en muchos casos con objetivos superpuestos (Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario: 2011).

Dentro del gran sistema de aseguramiento se encuentran, entre otro tipo de entidades, las entidades prestadoras de salud (EPS) y las empresas de seguros. Así, mientras las primeras tienen la función de complementar a los servicios ofrecidos por el seguro social (EsSalud), las segundas tienen un fin privado que se fundamenta en intereses comerciales. Sin perjuicio de sus diferencias, lo cierto es que ambas coadyuvan a permitir el acceso de las personas a servicios de salud de manera oportuna y de calidad si lo comparamos con los servicios de salud ofrecidos por el estado.

Estos dos tipos de empresas, aunque muestran una mejor calidad de servicio (entre tantas razones, por involucrarse en la esfera netamente privada), realizan sus actividades a través de ordenamientos distintos que generan confusión en la ciudadanía al punto de, bajo diversas interpretaciones, se han llegado a presentar actos que vulneran el derecho a la salud.

A partir de ello, resulta necesario no solo contar con instituciones que persigan el debido cumplimiento y aplicación de la normativa de salud, sino además contar con líneas interpretativas y fundamentos claros sobre dichas normas. Evidentemente, ello nos lleva a considerar también que, cuando sea necesario, será necesario imponer sanciones que desincentiven actos que vulneren el derecho a la salud.

Ahora bien, de acuerdo a lo establecido en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley No. 29571 (el “Código de Consumidor”) el proveedor de productos o servicios de salud tiene la obligación de proteger al consumidor². Para asegurar el cumplimiento de dicha finalidad, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi) cumple un rol determinante, que incluye velar por la protección de los consumidores tal como se encuentra reconocido en el artículo 65³ de la Constitución Política de 1993.

Así, considerando que los planes y pólizas de salud ofrecidas en el mercado generan relaciones de consumo que deben ser especialmente protegidas considerando el derecho que se encuentra inmerso, la salud, el Indecopi es una de las entidades de especial relevancia con el rol de velar por la correcta aplicación de la normativa en salud y como esta se refleja en los productos de salud que se ofrecen en el mercado. Por ello, para ejercer su rol de la manera más oportuna posible, es necesario que los efectos y el ámbito de aplicación de las normas sobre pólizas de seguros y planes de salud – que son los instrumentos o productos más comunes a través de los cuales se ofrecen servicios de salud – se encuentren claramente establecidos y, cuando ello no sea posible, determinar el fundamento que permita resolver casos determinados como el caso bajo análisis sobre el que no existe claridad de la aplicación de preexistencias cruzadas.

Mediante el presente informe, a través de un análisis de los conceptos más básicos sobre pólizas de seguro, planes de salud, el rol y funciones de las empresas que los ofrecen, se determinará la interpretación que debería seguir la regulación sobre preexistencias cruzadas; la importancia de aquella figura dentro

² Artículo 67.1.

³ Artículo 65.- Protección al consumidor El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

del sistema de salud privado; y, relevancia de la Ley del Contrato de Seguro para estos casos aun cuando se trate de distintos sistemas (EPS y Seguros).

La finalidad principal del análisis realizado en el presente informe, es destacar la importancia de tener criterios interpretativos claros ante productos de salud con finalidades similares, observando además las obligaciones que los proveedores tienen en las relaciones de consumo. Esta finalidad se sustenta en el hecho de que los beneficiarios de dichos productos o servicios, son ciudadanos que en la mayoría de los casos no tienen mayor conocimiento sobre los sistemas que componen a la salud.

1. Áreas de derecho

1.1 Derecho de Seguros

El derecho de seguros es la disciplina que se encarga de regular y establecer los lineamientos aplicables a los contratos de seguros y a todas aquellas actividades relacionadas que tienen por objetivo lograr la celebración de contratos de seguros.

El derecho de seguros, establece los principios que rigen los contratos de seguros y nos brinda las reglas aplicables al momento de crear productos de seguros, ello sin perjuicio de las especiales características de cada tipo de contrato (ya sea que se trate de seguros de vida, responsabilidad civil, entre otros).

1.2 Derecho de Consumidor

El derecho de consumidor, es la disciplina que establece las reglas aplicables a la protección de las personas naturales y jurídicas en su rol como consumidores o usuarios ante un proveedor de servicios.

La finalidad del derecho de consumo, es regular las relaciones evitando la asimetría informativa en favor del consumidor, estableciendo reglas claras para quienes actúan como proveedores de servicios y los terceros que adquieren o hacen uso de bienes y/o servicios.

2. Justificación de elección del expediente y relevancia del tema materia de controversia

La relevancia del expediente elegido se basa en la necesidad de establecer las reglas aplicables a las preexistencias cruzadas de manera que las empresas de seguros no sigan aplicando la normativa mediante interpretaciones arbitrarias que solo buscan eliminar derechos de los asegurados.

Asimismo, el estudio del expediente permite analizar las posiciones de las partes involucradas. Lo cual muestra un panorama objetivo sobre lo que generalmente, las empresas de seguros y abogados, consideran sobre la normativa vigente vinculada a los seguros. Ello es importante en la medida que es cada vez más necesario, dejar claras algunas posiciones que pueden ser aplicables transversalmente a los seguros de salud ofrecidos por las compañías de seguros y a los planes de salud ofertados por las EPS.

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS HECHOS RELEVANTES

2.1 Antecedentes

El señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, el “Denunciante” o el “Asegurado”) contrató un plan de salud con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, “Pacífico EPS”) y posteriormente, contrató un seguro de salud con Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, “Pacífico Seguros”) principalmente, con la finalidad de que la póliza de seguros cubra las preexistencias diagnosticadas durante la vigencia del plan de salud contratado con Pacífico EPS.

Durante la vigencia de la póliza de seguros, el Asegurado se acercó a la Clínica Jockey Plaza para recibir atención médica en la especialidad de otorrinolaringología; en dicho establecimiento de salud, le indicaron que bajo su póliza se habían registrado dos preexistencias, rinitis alérgica y hemorroides, las cuales eran consideradas como exclusiones y por lo tanto los términos de la póliza no podrían ser aplicados al tratamiento de dichas enfermedades.

2.2 Hechos vinculados a la contratación del plan de salud y de la póliza de seguro

- En setiembre de 2011, el Asegurado, contrató un plan de salud con Pacífico EPS.
- El 22 de octubre de 2011, el Asegurado fue diagnosticado con rinitis alérgica.
- Posteriormente, el 4 de abril de 2012, fue diagnosticado con hemorroides.
- El 4 de setiembre de 2012, el Asegurado presentó a Pacífico Seguros la solicitud de Seguro de Salud No. 0565352 para afiliarse al “Seguro de Salud Total con beneficio de continuidad” (en adelante, el “Seguro de Continuidad”), con la finalidad de que las enfermedades atendidas mediante su plan de EPS no se consideren como preexistencias bajo el contrato de seguro.
- El 5 de setiembre de 2012 inició la vigencia de la Póliza de Seguro de Salud Total No. 7664019 (“Póliza A”) emitida por Pacífico Seguros, la cual estaría activa hasta el 5 de setiembre de 2013.
- El 31 de julio de 2013, el Asegurado concluyó su relación laboral con Tarjeta Naranja Perú S.A.C. a partir de lo cual la cobertura de EPS contratada con Pacífico EPS culminó.
- Al cesar su relación laboral con su empleador y culminada la cobertura bajo el plan de salud, el Asegurado solicitó Pacífico Seguros el inicio de su beneficio de continuidad contratada por el Seguro de Continuidad; en virtud de lo cual Pacífico Seguros emitió la Póliza No. 9797782 (en adelante, “Póliza B”) con el mismo detalle de la Póliza A, considerando la rinitis alérgica y hemorroides como preexistencias.
- El 17 de agosto de 2013, el Asegurado acudió a la Clínica Jockey Salud para recibir atención en la especialidad de otorrinolaringología y se le indicó que bajo su póliza se habían consignado como preexistencias dos enfermedades: rinitis alérgica y hemorroides. Como consecuencia de reconocerse como preexistencia la rinitis alérgica, el establecimiento de salud no le entregó el antialérgico recetado por el médico tratante.
- El 24 de agosto de 2013, el Asegurado presentó una solicitud de Queja/Reclamo frente a Pacífico Seguros.
- Mediante carta del 27 de agosto de 2013, Pacífico Seguros dio respuesta al reclamo presentado por el Asegurado señalando que ratifican los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides en base a los siguientes argumentos:

- (i) Las EPS y las empresas de seguro se rigen por sus propias normas legales y no se aplican de manera cruzada.
- (ii) La cobertura contratada por el Asegurado proviene del plan de salud de EPS y se encuentran como antecedentes: hemorroides y rinitis alérgica.
- (iii) Cuentan con registros escritos de (i) la confirmación del Asegurado respecto de ambos diagnósticos considerados como preexistencia; y (ii) del conocimiento del Asegurado sobre las preexistencias consideradas como exclusión.

2.3 Procedimiento iniciado ante INDECOPI

Procedimiento ante la Comisión de Protección al Consumidor

- El 28 de agosto de 2013, el Asegurado presentó denuncia informativa ante la Comisión de Protección al Consumidor de la Sede Central del INDECOPI, en contra de Pacífico Seguros.

En su escrito de denuncia, el Asegurado señaló lo siguiente:

- (i) Que reconocer como preexistencias las enfermedades diagnosticadas durante la vigencia de su plan de salud es una violación a lo dispuesto en la Ley No. 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica (en adelante, “Ley de Preexistencias para seguros”), en la medida que dicha norma estipula que no se considerarán como preexistencias las enfermedades que se hayan generado o hayan sido cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior;
- (ii) Se ha violado lo dispuesto en las Normas Complementarias aplicables a los seguros de salud, aprobadas por Resolución SBS No. 3203-2013;
- (iii) Solicitó se impongan sanciones ejemplares a Pacífico Seguros; y, que no se le restrinja la atención por alguna enfermedad puesto que no fue informado sobre ello a la firma de solicitud del seguro.

- Mediante escrito del 6 de setiembre de 2013, el Asegurado presentó escrito dirigido al Secretario Técnico de la Comisión de Protección al Consumidor reiterando su denuncia contra Pacífico Seguros. Los argumentos presentados por el Asegurado para ratificar su reclamo fueron los siguientes:
 - (i) Como respuesta al reclamo presentado ante Pacífico Seguros, la compañía señaló que “dispone de registros escritos de la confirmación de ambos diagnósticos por parte del asegurado”.
 - (ii) Sobre lo señalado por Pacífico Seguros, el Asegurado señala que solicitó un seguro de salud y, que al momento de completar el formulario de afiliación se le requirió declarar las enfermedades diagnosticadas durante la vigencia del plan de salud contratado con Pacífico EPS.
 - (iii) Pacífico Seguros no hizo entrega de la póliza al Asegurado.
 - (iv) Pacífico Seguros se contradice en la medida que la póliza a la que hacen referencia (en su carta de respuesta al reclamo), señala que no se consideran preexistencias a las enfermedades por las que el asegurado recibió cobertura bajo una póliza contratada en el período inmediatamente anterior.
 - (v) La Póliza A, emitida con anterioridad a la Póliza B, reconocía las enfermedades del Asegurado como preexistencias. El Asegurado consultó al personal de Pacífico Seguros sobre tal hecho y le indicaron verbalmente que “no habría problema alguno y que consignar las dolencias en el formulario que se llena tiene carácter informativo y no significa la exclusión alguna”.

- Mediante escrito del 26 de setiembre de 2013, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor No. 1 de la Sede Central, mediante la Resolución No. 1, admitió a trámite la denuncia presentada en base a los siguientes argumentos:
 - (i) La negativa injustificada a brindar cobertura del seguro contratado bajo la póliza contratada, habría generado que el Asegurado no encuentre correspondencia entre lo que esperaba recibir y lo que realmente recibió; en virtud de lo cual el hecho calificaría como una presunta infracción del deber de idoneidad tipificado en los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor.

- (ii) El hecho de que Pacífico Seguros no proporcionó al Asegurado una copia de la Póliza B, implicaría una afectación al deber de protección mínima del contrato de consumo reconocido en el literal e) del artículo 47° del Código de Consumidor.

En ese sentido, la Secretaría Técnica dispone correr traslado a Pacífico Seguros para que, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados desde la notificación correspondiente presente sus descargos.

- Mediante escrito de fecha 15 de noviembre de 2013, presentado al INDECOPI el 18 de noviembre del mismo año, Pacífico Seguros presentó sus descargos e indicó, entre otros aspectos, lo siguiente:
 - a) El Seguro de Continuidad brinda cobertura – y por tanto no las considera como enfermedades preexistentes - por las atenciones médicas efectuadas durante la cobertura de un plan de salud contratado con una EPS, siempre que dichas atenciones médicas se hayan efectuado desde el inicio de la vigencia del Seguro de Continuidad.
 - b) En la Póliza A, se estableció en la Cláusula de Exclusión que dicha póliza “no cubriría ningún tratamiento médico relacionado con diagnósticos por Hemorroides y/o Rinitis Alérgica”. Posteriormente, se emitió la Póliza B con el mismo detalle de la Póliza A respecto de la cláusula de exclusión.
 - c) Pacífico Seguros se encuentra regulada por la Ley No. 26702, Ley del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la SBS, en virtud de lo cual efectúan contratos de seguro más no ofrecen planes de salud dado que esa labor está a cargo de las EPS.
 - d) Pacífico Salud es una compañía distinta a Pacífico Seguros la cual ofrece únicamente cobertura por las prestaciones médicas requeridas en el marco de lo regulado por la Ley No. 26790 y la Ley No. 29344.
 - e) Lo dispuesto en la Ley No. 28770 regula el cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud y no de un seguro de salud a un plan de salud.

- Mediante escrito del 6 de diciembre de 2013, el Asegurado presentó sus descargos al escrito presentado por Pacífico Seguros señalando lo siguiente:
 - (i) De acuerdo a lo publicado en su página web de Pacífico Seguros, el seguro de continuidad no reconoce como exclusiones las preexistencias.
 - (ii) No tuvo copia de la solicitud de seguro por la que se contrató el Seguro de Continuidad.
 - (iii) Al momento de su contratación, sí informó que recibió tratamiento por la rinitis alérgica hemorroides.
 - (iv) Recibió la Póliza No. 9797782 el 18 de octubre de 2013, es decir, con posterioridad a su atención en la clínica Jockey Salud, y a la presentación de la denuncia interpuesta ante el INDECOPI.

- La Comisión de Protección al Consumidor No. 1 de la Sede Central del INDECOPI emitió la Resolución Final No. 501-2014/CC1 de fecha 21 de mayo de 2014, y resolvió lo siguiente:
 - (i) Declarar fundada la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción a los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor por negarse injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud al considerar como preexistencias las enfermedades anteriormente cubiertas por un seguro de salud contratado con una EPS.
 - (ii) Declarar fundada la denuncia contra Pacífico Seguro por infracción al literal a) del artículo 47 del Código de Consumidor por no haber entregado al Asegurado la Póliza No. 9797782.
 - (iii) Ordenar como medida correctiva, la emisión de una póliza a favor del Asegurado con la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS, no considerando la rinitis alérgica y hemorroides como preexistencias.
 - (iv) Ordenar el pago de costas y costos del procedimiento.
 - (v) Sanción de 31 UIT.

- La Comisión fundamenta su decisión en base a lo siguiente:

- (a) La Ley del Contrato de Seguro (en adelante, “LCS”) regula toda clase de seguros, los emitidos por compañías de seguros o EPS y establece que las preexistencias cubiertas por un seguro de salud continúan siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS.
 - (b) Entregar la póliza de seguros contratada por el Asegurado cuarenta (40) días después de interpuesta la denuncia, afecta el deber de protección mínima del contrato de consumo.
- Mediante escrito del 4 de junio de 2014, Pacífico Seguros presentó recurso de apelación con efectos suspensivos contra la Resolución No. 501-2014/CC1 (la “Resolución 501”) solicitando que la impugnación se conceda y eleve a la Sala Especializada en Protección al Consumidor (la “Apelación”, la cual se desarrolla a detalle en la siguiente sección).

Publicación realizada por el INDECOPI en su página web sobre la sanción impuesta a Pacífico Seguros

- El 10 de junio de 2014, el Indecopi publicó una nota de prensa con el siguiente titular:
- “INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza por que no cubrió enfermedades preexistentes”.*
- Mediante dicha publicación, el Indecopi comunicó que Pacífico se negó injustificadamente a otorgar cobertura a las preexistencias aun cuando la ley dispone la atención de dichas enfermedades. Además, señaló que dispusieron la aplicación de multas por 31 UIT.
- Producto de dicha publicación, Pacífico Seguros presentó demanda de amparo contra el Indecopi solicitando lo siguiente:
- a. Primera pretensión principal: se declare la afectación de los derechos constitucionales de Pacífico Seguros por la publicación efectuada por el Indecopi: (i) al debido proceso; (ii) a la imagen y buena reputación; y, (iii) a la presunción de inocencia.
 - b. Segunda pretensión principal: se restablezca el pleno ejercicio de Pacífico Seguros de los derechos mencionado, declarando que se ha agotado la vía administrativa por no existir garantías en el procedimiento administrativo iniciado por el Asegurado.

- c. Tercera pretensión principal: se ordene al Indecopi no volver a publicar información sobre procedimiento administrativo que no cuentan con sentencia firme.
 - d. Cuarta pretensión principal: se ordene al Indecopi abstenerse de conocer controversias sobre la misma materia objeto de controversia en el procedimiento iniciado por el Asegurado.
 - e. Quinta pretensión principal: se ordene al Indecopi publicar una nota rectificatoria.
- El 3 de octubre de 2014, el INDECOPI emitió una segunda nota de prensa con el siguiente título:
- “Pacífico Seguros busca impedir que INDECOPI informe sobre su labor en defensa de los consumidores”.*
- Mediante dicha nota de prensa, se informó que Pacífico Seguros inició un proceso judicial con el objetivo de impedir se publiquen las resoluciones emitidas por la comisión de protección al consumidor y que la publicación realizada anteriormente estaba amparada en el derecho reconocido en el artículo 123 del Código de Consumidor.
- Asimismo, señala que siempre se dejó claramente establecido que la resolución correspondía a la primera instancia y que Pacífico Seguros tenía la potestad de apelar dicha resolución.

Procedimiento ante la Sala de Protección al Consumidor

- La Apelación presentada por Pacífico Seguros, se fundamentó en lo siguiente:
 - (A) Sobre la presunta infracción al deber de idoneidad:
 - El artículo 118 de la LCS reconoce la existencia de dos sistemas distintos, las empresas de seguros y las EPS y por lo tanto el tratamiento de preexistencias se rige por normas legales distintas.
 - Al momento de la interposición de la denuncia, Pacífico no era considerado como una IAFAS bajo la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y por lo tanto no se encontraba en la obligación de brindar cobertura de las preexistencias del Asegurado.
 - El Proyecto de Ley No. 3416/2013-CR (“Proyecto de Ley”) tenía como objetivo modificar el artículo 118 de la LCS de manera tal que quede establecida la posibilidad de

trasladarse del sistema de EPA al sistema de seguros o viceversa.

- El Proyecto de Ley, sería la prueba de que el artículo 118 de la LCS no regula las preexistencias cruzadas y sería a partir de la aprobación de dicho proyecto que se reconocerían. A partir de lo cual, Pacífico Seguros no estaba obligado a brindar tratamiento por las enfermedades diagnósticas y tratadas bajo su plan de salud brindado por Pacífico EPS.

(B) Sobre la presunta infracción al deber de protección mínima del contrato de consumo previsto en el inciso e) del artículo 47 del Código de Consumidor.

- Pacífico Seguros sí cumplió con entregar copia de la póliza contratada y no habría violado lo establecido en el inciso e) del artículo 47 del Código de Consumidor ya que dicho inciso no establece un plazo legal para el cumplimiento.
- La Comisión estaría yendo en contra del principio de tipicidad reconocido en la Ley del Procedimiento Administrativo General ya que solo puede imputar y sancionar las conductas previstas o tipificadas con rango de ley.
- El inciso e) del artículo 47 del Código de Consumidor solo establece la obligación de entregar copia de los contratos de consumo, lo cual fue cumplido por Pacífico Seguros.

(C) Sobre la imposición de multa, medida correctiva y reembolso de pago de costas y costos.

- La imposición de la multa de 31 UIT carece de sustento y no se han observado los criterios de graduación de sanciones contemplado en el Código de Consumidor y en la Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Asimismo, en el caso de que el acto administrativo se confirme, la multa impuesta deberá ser rebajada ya que aquella resulta desproporcionada y viola el principio de razonabilidad regulado en la Ley del Procedimiento Administrativo General.

- Mediante Memorándum No. 0863-2014/CC1 de fecha 26 de junio de 2014, el Secretario Técnico de la Comisión de Protección al Consumidor No. 1, remite el expediente No. 582-2013-CC1 en virtud del recurso de apelación presentado por Pacífico Seguros contra la Resolución 501.

- Por escrito presentado al Indecopi el 25 de agosto de 2014, el Asegurado presentó sus descargos a lo expuesto por Pacífico Seguros en la Apelación, y solicitó a la Sala de Protección al Consumidor ratificar en todos sus extremos en la Resolución 501 señalando lo siguiente:
 - (i) Pacífico Seguros se valió del plan de salud que el Asegurado tenía contratado con una EPS para ofrecer el seguro de continuidad sin advertir al Asegurado distinción alguna sobre ser una empresa de seguros distinta a la EPS.
 - (ii) Respecto del vacío legal, que a criterio de Pacífico Seguros, se identifica en el artículo 118 de la LCS, corresponde al Indecopi pronunciarse.
 - (iii) Respecto de la multa impuesta de 31 UIT, esta resulta consecuente con el daño efectuado al Asegurado al violar su derecho a la salud y colocarlo en un estado de indefensión al no brindarle cobertura por males que podrían agudizarse dadas las condiciones climatológicas.
 - (iv) Por otro lado, la multa resulta justificada dada la reincidencia de Pacífico Seguros de reconocer como preexistencias a las enfermedades que no deben ser consideradas como tal. Prueba de ello es la Resolución No. 077-2014/SPC-INDECOPI y la Resolución No. 1881-2014/SPC.

- Mediante escrito presentado el 6 de noviembre de 2014 al Indecopi, Pacífico solicitó a la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del Indecopi, tener presente los siguientes argumentos:
 - a. Se solicita a la sala se disponga la suspensión del procedimiento administrativo por los siguientes motivos.

- El 4 de junio de 2014, Pacífico Seguros apeló la Resolución 501 y el 10 de junio de 2014, el Indecopi publicó en su portar web y en diversas redes sociales que Pacífico Seguros había sido sancionada por no cubrir enfermedades preexistentes cubiertas por el seguro contratado anteriormente.
 - Dado que la publicación es un quebrantamiento a ciertas garantías constitucionales, Pacífico Seguros interpuso una demanda de amparo ante el Décimo Primera Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e Indecopi de la Corte Superior de Justicia de Lima.
 - Por ello, en tanto la controversia entre Pacífico Seguros y el Indecopi no se resuelva en el proceso constitucional, el colegiado debe disponer la suspensión del proceso administrativo.
- b. Sobre la contratación del seguro de continuidad.
- El seguro de continuidad es un seguro que ofrece dos beneficios: (i) otorga cobertura por las enfermedades que aparecen desde el momento de la contratación de dicho seguro, y permanecerán cubiertas en caso el asegurado cambie de trabajo o de EPS; y (ii) permite que el asegurado cuente con una cobertura mayor en caso un evento médico cueste más de lo que cubre la EPS.
 - El segundo beneficio es aplicable únicamente a las dolencias tratadas bajo la vigencia de la EPS siempre que hayan sido diagnosticadas a partir de la contratación del seguro de continuidad.
 - Así, mientras el asegurado no necesite una cobertura adicional por un evento médico que no pueda ser cubierto totalmente por la EPS, el seguro de continuidad se mantiene “inactivo”.
 - Al finalizar su relación laboral, el Asegurado se desafilió de la EPS y ello causó la activación del seguro de continuidad el cual se dio a través de la emisión de un nuevo documento (Póliza No. 9797782), que contenía las condiciones aplicables y que eran las mismas que originalmente se pactaron cuando el Asegurado contrató el seguro de continuidad.

- Así, la relación contractual entre el Asegurado y Pacífico Seguro es una sola la cual se configuró en setiembre de 2012, con anterioridad a la entrada en vigencia de la LCS.
- c. Sobre la no aplicación de la LCS al caso materia de controversia.
 - Sin perjuicio de que la LCS no regula la figura de preexistencias cruzadas, en caso sí lo hiciera, dicha norma no sería aplicable a la controversia dado que no se encontraba vigente al momento de nacer la relación contractual del Asegurado y Pacífico Seguros siendo que las disposiciones aplicables eran las previamente acordadas por las partes.
 - Así, de acuerdo a lo establecido en la LCS, dicha norma no sería aplicable ya que no tiene fuerza ni efectos retroactivos.
- d. Sobre la regulación de las preexistencias cruzadas en la LCS.
 - Cada sistema – el de seguros y el de EPS – se encuentra regulado por normativa distinta.
 - En el caso del sistema de seguros, la continuidad de cobertura de las enfermedades cubiertas por una póliza de salud anterior – y no por EPS - se encuentra regulada por la Ley No. 28770, “Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que estuvo afiliado en el período inmediato anterior” y por las Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud, aprobadas por la Resolución SBS No. 3203-2013.
 - Por su parte, la continuidad de cobertura por preexistencias tratadas por un plan de salud, se regulan por la Ley No. 29561, “Ley que establece la continuidad de la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud”.
 - La EPS tiene una función distinta a la otorgada por los seguros de salud.
 - La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud es la norma que regula las preexistencias cruzadas entre IAFAS (entre las que se encuentran las EPS y las compañías de seguro); no obstante, en el caso materia de controversia, no fue sino hasta

diciembre del 2013 (luego de iniciado el procedimiento administrativo) que se reconoció a las empresas de seguro como IAFAS. En virtud de lo cual, al momento de la controversia no existía normativa que regulara las preexistencias cruzadas.

- e. Sobre los alcances del artículo 118 de la LCS.
 - o El artículo mencionado reconoce la existencia de dos sistemas distintos, el de EPS y el de seguros.
 - o En relación a las preexistencias, la LCS únicamente regula el monto de cobertura que deberían aplicarse en cada sistema.
 - f. Sobre la obligación de Pacífico Seguros de otorgar cobertura a las preexistencias.
 - o Pacífico no tiene obligación de otorgar cobertura pues que las enfermedades de rinitis alérgica y hemorroides fueron diagnosticadas con anterioridad al inicio del Seguro de Continuidad, hecho que fue comunicado oportunamente al Asegurado.
 - o Si bien la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud regula las preexistencias cruzadas, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud es una figura distinta al seguro.
 - o Para que el Asegurado adquiriera el derecho de recibir cobertura por las preexistencias de acuerdo a lo regulado por la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud tendría que haber cambiado de una EPS a una IAFAS, instituciones en las que al momento de la interposición de la denuncia, las empresas de seguro no se encontraban reconocidas.
 - g. Sobre la medida correctiva ordenada a Pacífico Seguros consistente en emitir una póliza a favor del Asegurado manteniendo la cobertura y beneficios del plan de salud contratado anteriormente con Pacífico EPS.
 - h. La relación jurídica entre Pacífico Seguros y el Asegurado es una sola, la cual se formó en setiembre de 2012, previo a la entrada en vigencia de la LCS.
- Mediante escrito presentado al Indecopi el 17 de diciembre de 2014, Pacífico Seguros presentó escrito dirigido a la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del Indecopi para que se tenga presente lo siguiente:

- a. Que las publicaciones realizadas por el Indecopi son arbitrarias e ilegales y no se encuentra amparado en el artículo 123 del Código de Consumidor.
- b. La facultad de los órganos del Indecopi de publicitar información sobre procedimientos administrativos está sujeto a que se trate de resoluciones firmes en la vía administrativa.
- El 19 de diciembre de 2014, el Asegurado presentó escrito dirigido a la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del Indecopi señalando lo siguiente:
 - o En ningún momento se vulneró algún derecho de Pacífico Seguros al hacer las publicaciones ya que siempre quedó establecido que se trataba de una resolución de primera instancia.
 - o La finalidad de la denuncia es que Pacífico Seguros respete lo que se le ofreció al Asegurado más allá de si dicha empresa tenía la obligación legal de prestar cobertura a las preexistencias.
 - o Solicita se ratifiquen en todos sus extremos las sanciones interpuestas por la Resolución 501 y se disponga cubrir las preexistencias.
- En sesión del 19 de diciembre de 2014, la Sala Especializada en Protección al Consumidor emitió la Resolución No 4357-2014/SPC-INDECOPI en la que resolvió:
 - o Confirmar la Resolución 501 por infracción a los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor, al denegar injustificadamente la cobertura de preexistencias al Asegurado un cuando el artículo 118 de la LCS establece una garantía de continuidad.
 - o Confirmar la Resolución 501 en el extremo que ordenó como medida correctiva que Pacífico Seguros emita una póliza que mantenga la misma cobertura y beneficios que los ofrecidos en el plan de salud contratado con Pacífico EPS.
 - o Revocar la Resolución 501 en el extremo que sancionó a Pacífico con una multa de 30 UIT, reformándola se le sancionada con una multa de 10 UIT.
 - o Confirmar la Resolución 501 en el extremo que sancionó con una multa de 1 UIT.

III. IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS

3.1. Problemas jurídicos vinculados al derecho de seguros

■ ¿El artículo 118 de la LCS regula el supuesto de preexistencias cruzadas?

■ En el caso materia de controversia, ¿es aplicable la LCS?

3.2. Problemas jurídicos vinculados al derecho de protección al consumidor

■ En el caso concreto, ¿existió una vulneración al deber de idoneidad reconocido en el artículo 18 y 19 del Código de Consumidor?

■ ¿El análisis realizado por la Sala es idóneo para determinar si se infringió el deber de idoneidad de Pacífico Seguros?

IV. ANÁLISIS Y TOMA DE POSICIÓN SOBRE PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS

4.1. Toma de posición sobre principales problemas jurídicos

■ Postura general de la candidata

La controversia surgida entre Pacífico Seguros y el Asegurado, permiten visibilizar los diversos problemas que surgen a partir de la contratación de productos de seguro. De manera general, la posición determinada por la Sala es oportuna y en esencia busca balancear la relación asimétrica que había entre las partes.

No obstante lo señalado, era conveniente que la Sala realice un análisis más sesudo sobre las infracciones incurridas por Pacífico Seguros alrededor del deber de idoneidad. Ello habría permitido que se establezcan reglas adicionales vinculadas a la forma en como la información sobre contratos de seguro deba ser proporcionada a las partes.

Si bien Pacífico Seguros argumentó que habría proporcionado la información necesaria que permitiría al Asegurado conocer las condiciones que serían aplicables al Seguro de Continuidad, la forma en cómo habría otorgado la información no habría sido la más idónea al tipo de relación de consumo formulada.

En relación a los hechos, la imposición de sanción a Pacífico Seguros es correcta al haberse constatado claramente que infringió el deber de idoneidad.

■ Postura sobre los problemas jurídicos planteados

- a. ¿El artículo 118 de la LCS regula el supuesto de preexistencias cruzadas?

A pesar de tratarse de sistemas distintos, el artículo 118 de la LCS sí reconocería la aplicación de preexistencias cruzadas que hayan sido reconocidos en planes de seguro y/o en contratos de seguro. Sin perjuicio de ello, es claro que la redacción consignada para tales fines no es la más oportuna y podría ser aprovechada por las compañías de seguro para imponer condiciones que no se ajusten a la ley.

- b. En el caso materia de controversia, ¿es aplicable la LCS?

Sí, las disposiciones de la LCS sí serían aplicables al caso materia de controversia. Si bien existe la discusión del criterio de temporalidad, el fundamento que explicaría que la LCS sí sería aplicable a una relación jurídica que surgió antes de la entrada en vigencia de dicha norma, se encuentra en lo que aquella persigue. Esto es, establecer los criterios que, en la medida de lo posible, reduzcan la asimetría entre las aseguradoras y los tomadores, beneficiarios y/o contratantes de los seguros.

- c. En el caso concreto, ¿existió una vulneración al deber de idoneidad reconocido en el artículo 18 y 19 del Código de Consumidor?

Sí, Pacífico Seguros habría vulnerado los deberes de idoneidad reconocidos en el artículo 18 y 19 al no brindar reglas claras sobre como aplicarían las condiciones para recibir cobertura bajo preexistencias cruzadas.

Si bien Pacífico Seguros señala que no está en la obligación de otorgar cobertura por preexistencias cruzadas puesto que, entre otros motivos, las preexistencias solo pueden aplicarse entre contratos emitidos bajo un mismo sistema (EPS o empresas de seguro), el diseño del Seguro de Continuidad en la práctica, reconocía la posibilidad de otorgar cobertura a preexistencias de manera cruzada.

- d. ¿El análisis realizado por la Sala es idóneo para determinar si se infringió el deber de idoneidad de Pacífico Seguros?

La Sala se centró únicamente en los aspectos vinculados a la garantía legal que habría sido establecida mediante la LCS. Sin embargo, es un análisis puramente legal que no toma en cuenta los aspectos vinculados a la relación de consumo como tal, a la información que el asegurado recibió y a como aquel percibía las condiciones que se presentaron por Pacífico Seguros.

Si bien es necesario realizar el análisis legal, también es conveniente analizar aspectos directamente vinculados al consumidor como destinatario del servicio y de la información. Ello porque así, habrían más criterios a tomar en cuenta al momento de tomar una decisión.

En el caso bajo análisis, el Asegurado no tenía conocimiento de la garantía legal establecida por la LCS pero sí recibió cierta información que le llevó a considerar la cobertura ofrecida por el Seguro de Continuidad de manera distinta.

Si lo que se busca es tener un impacto sobre las relaciones de consumo basados en contratos de seguro, es conveniente que se tomen en cuenta aspectos prácticos. De esta manera, las aseguradoras podrían cambiar las formas en como ofertan sus productos. Este aspecto es de suma importancia si consideramos que en su mayoría los contratos de seguro son contratos de adhesión en los que no se permiten observaciones del tomador.

4.2. Análisis de problemas jurídicos vinculados al derecho de seguros

¿El artículo 118 de la LCS regula el supuesto de preexistencias cruzadas?

En el caso bajo controversia, la Sala y Pacífico Seguros presentaron posiciones contrarias respecto de si la LCS regula las preexistencias cruzadas. La Sala señala que la LCS sí regula las preexistencias cruzadas; y, Pacífico Seguros por su parte indica que el artículo 118 de la LCS no regulaba las preexistencias cruzadas sino que únicamente establecía los límites mínimos por los que las preexistencias debían estar cubiertas, en sus respectivos sistemas. Añade Pacífico Seguros que el tratamiento de preexistencias se

encuentra regulado para las EPS y para las empresas de seguro, en sus respectivas normas.

Sobre el particular, previamente al análisis del artículo 118 de la LCS y la regulación que ofrecería sobre preexistencias cruzadas, corresponde determinar los rasgos característicos de las EPS y de las empresas de seguros junto con los respectivos productos ofrecidos por cada una de ellas. Este análisis permitirá establecer si, a pesar de pertenecer a sistemas distintos, es posible que la LCS regule temas aplicables a ambos tipos de contrato.

Diferencia de sistemas

Cuando surgió la necesidad de interpretar el contenido del artículo 118 de la LCS, se estableció que no se podía tratar de preexistencias cruzadas dado que no correspondía que se establezca la cobertura de preexistencias entre sistemas distintos, esto es entre el sistema de seguros y el sistema de EPS (Núñez del Prado: 2017, 162).

Efectivamente se trata de dos sistemas distintos en la medida que, tal como lo establece la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley No. 26790 ("Ley de Seguridad Social"), las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) fueron reconocidas como aquellas entidades que ofrecen planes de salud de manera complementaria al seguro social de salud.

Estas entidades son definidas por el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo No. 008-2010-SA ("Reglamento de la Ley de Aseguramiento en Salud") como:

Las empresas e instituciones públicas o privadas distintas de ESSALUD cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud con infraestructura propia o de terceros, dentro del régimen del Seguro Social de Salud, financiando las prestaciones mediante el crédito contra los aportes a que se refiere la Ley N° 26790 y otros con arreglo a ley, sujetándose a los controles de la SUNASA (Reglamento

de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 2010, Artículo 3) (Resaltado añadido).

Por su parte, las empresas de seguro están definidas como:

Aquella que tiene por objeto celebrar contratos mediante los cuales se obliga, dentro de ciertos límites y a cambio de una prima, a indemnizar un determinado daño, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas, en el caso de ocurrir un determinado suceso futuro e incierto (Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, 1996, Anexo) (resaltado añadido).

Así, tenemos que las EPS y las empresas de seguros, se encuentran en sistemas distintos. Las primeras, vinculadas a las prestaciones en salud que se otorgan mediante el Seguro Social y que se financian a través de los aportes por afiliación regulados por la Ley de Seguridad Social. Y, por otro lado, las empresas de seguro que celebran contratos de seguro con la finalidad de indemnizar daños, o satisfacer ciertas prestaciones contra el pago de una prima.

Consecuencia de su pertenencia a sistemas distintos, es que en sus orígenes, además de haber sido creadas bajo fundamentos distintos, las entidades a cargo de su supervisión también eran distintas. Por un lado las EPS siendo supervisadas en sus orígenes por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud – SEPS- creada por la Ley de Seguridad Social, con el objeto de regular y supervisar el funcionamiento de las EPS y cautelar el uso correcto de los fondos que administra⁴. Y la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (“SBS”), a cargo de controlar y supervisar a las empresas que conforman el Sistema de Seguros⁵.

⁴ Artículo 14 de la Ley de Seguridad Social. A la fecha dicho artículo se encuentra derogado y la SEPS ya no se encuentra en funciones puesto que en virtud del artículo 9 de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, Ley No. 29344, la SUNASA (ahora SUSALUD), asumió todas las competencias funcionales de las SEPS respecto de las EPS.

⁵ Artículo 345 de la Ley.142

A la fecha esta división entre entidades que supervisan ya no es tan determinante puesto que las empresas de seguro también se encuentran supervisadas por SUSALUD en aspectos vinculados a los procesos de aseguramiento y prestaciones de salud.

Naturaleza de los contratos emitidos por las EPS y las empresas de seguros

Teniendo claro que las EPS y las empresas de seguros pertenecen a sistemas distintos, corresponde analizar cómo se materializa la prestación de sus servicios y, si estamos ante productos que a pesar de fundarse en necesidades distintas persiguen un fin similar.

A partir de ello, ¿es posible afirmar que los contratos que celebran las EPS y las empresas de seguro son de la misma naturaleza?

Responder a dicha interrogante es esencial para analizar posteriormente si, de modo general, es posible concebir que las disposiciones de la LCS son aplicables no solo a las pólizas emitidas por las compañías de seguro sino además a los contratos emitidos por las EPS.

Ahora bien, de acuerdo al artículo 13 de la Ley de Seguridad Social, el único fin de las EPS es prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros. Si bien dicha disposición no determina la forma en cómo se materializa dichos servicios, el artículo 15 da luces sobre ello cuando se refiere al crédito contra las aportaciones estableciendo lo siguiente “*Las Entidades Empleadoras que otorguen coberturas de salud a sus trabajadores en actividad, mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con Entidades Prestadoras de Salud (...)*”

Así, tenemos que las EPS, prestan servicios de atención para salud que se reflejan en planes o programas de salud.

En el caso de las empresas de seguros, de acuerdo al Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS

No. 1420-20056, estas materializarían el otorgamiento de cobertura mediante la emisión de pólizas.

De acuerdo a lo indicado, vemos que las EPS y las empresas de seguro no emitirían los mismos documentos. Sin embargo, cabe cuestionarse si, por el hecho de no tener la misma denominación ¿se trataría de instrumentos totalmente distintos?

De manera preliminar, debemos indicar que a pesar de tener denominaciones distintas, el instrumento que materializaría la relación entre las EPS o empresas de seguros y sus respectivos contratantes sería el mismo.

Sobre el particular, el profesor Antonio Lasheras-Sanz, establece lo siguiente:

Cuando la relación de seguro nace de un concierto privado de voluntades, indudablemente la fórmula jurídica que la recoge y da forma es un contrato en su estricta acepción. Pero tenemos múltiples casos en los seguros sociales y en otros que no son sociales (...) en los que, por su carácter de obligatoriedad, no existe contrato, sino que todo queda reducido al cumplimiento de un precepto legal (1951: 295).

Si bien el profesor Lasheras-Sanz refiere a la existencia o no de un contrato de seguro, también se desprende que la relación de seguro se puede materializar de distintas maneras y no necesariamente a través de un solo documento. En el caso bajo análisis, esta idea nos lleva a considerar que aun cuando las EPS no emitan pólizas de seguro y no sean empresas de seguro como tal, en la práctica los planes de salud cumplen la misma función que una póliza de seguro.

¿Los planes de salud emitidos por las EPS pueden ser considerados pólizas de seguros?

⁶ El mencionado reglamento quedó derogado en virtud de lo dispuesto en el Artículo Cuarto de la Resolución SBS No. 3199-2013, que aprobó el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros (a la fecha, también derogado). Sin perjuicio de ello, atendiendo al momento en que surgió la controversia materia de análisis (2012-2013) se toma en cuenta lo regulado en dicho período en relación con las pólizas de seguro.

La posición mayoritaria, sostiene que el contrato de seguro, entre otras, tiene las siguientes características (Gutiérrez 2013: 53,59):

- a. Nominado o atípico;
- b. Autónomo o principal;
- c. De adhesión;
- d. Consensual;
- e. Bilateral;
- f. Oneroso;
- g. Aleatorio;
- h. De buena fe;

Es un contrato nominado o atípico, dado que la ley otorga un régimen específico para dicho tipo de contrato; que se trata de un contrato autónomo o principal, en la medida que la prestación pactada no depende de alguna obligación principal, la aseguradora otorga cobertura a cambio del pago de una prima; es un contrato de adhesión, porque se trata de contratos con cláusulas pre establecidas a las que el asegurado se somete, no hay una etapa de negociación previa entre las partes.

Por otro lado se establece que es un contrato consensual porque se perfecciona con la aceptación del asegurado sin necesidad del cumplimiento de requisitos adicionales. Además, es un contrato bilateral en la medida que mediante el contrato de seguro se establecen obligaciones recíprocas exigibles a cada parte. Es un contrato oneroso porque el cumplimiento de las prestaciones pactadas está sujeta a la realización de ciertas cargas por la otra parte. Se trata de un contrato aleatorio, porque se garantiza el pago de una indemnización o de la realización de cierta prestación sujeto al acontecimiento de un hecho de carácter fortuito. Finalmente, se considera como un contrato de buena fe, dado que si bien en todas las relaciones contractuales debe primar la buena fe, en los contratos de seguro es de máxima importancia siendo un requisito sine qua non para las partes (Gutiérrez 55-58).

Una evaluación de las características de los planes de salud ofrecidos por las EPS permite sostener que comparten la esencia de los contratos de seguro. Así, los planes de salud son un contrato nominado o atípico, puesto que la Ley de Seguridad Social y la Ley de Aseguramiento en Salud establecen el régimen aplicable a dichos planes de salud, además es un contrato por adhesión puesto que de manera similar a lo que ocurre con los contratos de seguro, los planes de salud cuenta con disposiciones específicas que son impuestas a la persona que contrata el servicio. Además, se trata de un contrato que es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de buena fe.

Conviene precisar que aun cuando las EPS y los planes de salud ofrecidas por estas no surgen de manera autónoma sino que es una cobertura complementaria a la ofrecida por el seguro social - de ahí que contratar una EPS implica que un porcentaje de las aportaciones destinadas a cubrir el seguro social se trasladen a pagar la EPS – su naturaleza, que como indicamos es similar a la de un contrato de seguro, no cambia.

Habiendo determinado que los planes de salud ofrecidos por las EPS y los contratos de seguro comparten las mismas características que los convierten en contratos de naturaleza casi idéntica, corresponde analizar si, las disposiciones de la LCS son aplicables a los planes de salud y a partir de ello si cabe interpretar que dicha norma regula las preexistencias cruzadas entre EPS y empresas de seguros y viceversa.

¿La LCS es aplicable a los planes de salud emitidos por las EPS?

El Artículo I de la LCS establece que dicha norma se aplica a toda clase de seguros y además que tiene carácter imperativo. Añade que en el caso de los seguros obligatorios y de los regulados en leyes especiales, la LCS es de aplicación supletoria.

A partir de ello, surge la duda si el plan de salud es un seguro. A partir del análisis de las secciones precedentes, a pesar de no tener tal denominación, los planes de salud sí podrían ser considerados

seguros. Si bien sería un seguro con particularidades determinadas por estar asociado al seguro social, no deja de ser un mecanismo por el cual, contra el pago de una prestación se otorga cobertura para atenciones en salud, tal como sucede con las pólizas de seguro ofrecidas por las compañías de seguro.

Si bien podría surgir la duda de si son seguros o no puesto que no son documentos emitidos por empresas de seguro, lo cierto es que como ya se ha explicado anteriormente, el funcionamiento de los planes de salud sigue la misma dinámica de los seguros convencionales (los emitidos por las aseguradoras). Ello se refleja además de un análisis de los principios que según la LCS rigen al contrato de seguro.

Ahora, de acuerdo al Artículo I antes mencionado, a los planes de salud le serían aplicables las disposiciones de la LCS de manera supletoria y por lo tanto para analizar si la regulación de preexistencias le es aplicable corresponde determinar si las normas especiales aplicables a las EPS regulan sobre el particular.

En este caso, el Reglamento de la Ley de Aseguramiento en Salud, regula las preexistencias e indica en su artículo 89 que *“en ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión”*. Si bien dicha disposición es importante, no da luces sobre la prohibición o la obligación de las preexistencias cruzadas.

A partir de este vacío sobre la regulación de preexistencias cruzadas (que permaneció hasta el 2017), las disposiciones de la LCS serían de aplicación supletoria y por tanto sería de aplicación a los planes de salud, inclusive, la regulación vinculada a preexistencias cruzadas.

La LCS y la regulación de preexistencias cruzadas

El artículo 118 de la LCS señala lo siguiente:

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resulta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

En primer lugar se debe indicar que el artículo 118 ni las demás disposiciones de la LCS establecen una prohibición al reconocimiento de preexistencias cruzadas. De ahí que, si no se puede distinguir donde la ley no distingue, no podría sostenerse que la intención de la LCS era regular aspectos distintos a las preexistencias mediante dicho artículo 118 tal como lo indica Pacífico Seguros.

Ahora bien, la redacción del artículo 118 no es clara y de una primera lectura no se desprende si se trata de una disposición vinculada a las preexistencias cruzadas. En virtud de ello, corresponde analizar los antecedentes que dieron lugar a la promulgación de la LCS.

El Tomo II del Diario de los Debates de la Primera Legislatura Ordinaria de 2012 que recoge la discusión en torno a la aprobación de la LCS de la 16° sesión del 11 de octubre de 2012, no deja entrever en las distintas intervenciones de los congresistas que lo establecido en el artículo 118 de la LCS regule únicamente los vinculados a los límites mínimos para cubrir las preexistencias; y, por el contrario, se entiende que en todo momento discutían bajo la premisa de que lo regulado por la LCS son preexistencias cruzadas.

En línea con ello, Javier Bedoya de Vivanco, en su discurso de apertura en un evento realizado a propósito de la entrada en vigencia de la LCS, comentó que la intención del congreso fue regular mediante la LCS las preexistencias cruzadas.

Para el profesor Alonso Núñez del Prado Simons, el artículo 118 de la LCS regula la cobertura de preexistencias cruzadas, modificando además cualquier disposición contraria a dicha regulación en virtud de

la Décimo Tercera Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS (2017: 174).

El jurista Núñez del Prado Simons, en relación con la razonabilidad de reconocer que la LCS reconoce las preexistencias cruzadas, señala que:

Se estimó que era más importante cubrir a los enfermos que no mezclar dos sistemas, además de tener en cuenta que hacerlo tenía sustento en los artículos constitucionales sobre el derecho a la salud y que las principales normas del sector recomendaban la progresividad y universalidad en la cobertura, por lo que se consideró que se estaba aplicando el principio de razonabilidad (2020; 400).

En cuanto a la redacción del artículo 118, nótese que cuando se menciona a los sistemas de seguros y EPS se emplea una conjunción quedando redactado de la siguiente manera “*las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS (...)*” (resaltado agregado).

Si la intención detrás hubiera sido dejar establecido que son dos sistemas distintos y que con dicho artículo solo se buscaba regular aspectos vinculados a límites, la redacción habría considerado una disyunción de manera que se establezca con claridad la separación.

Una disposición adicional a considerar es el segundo párrafo del artículo 117 de la LCS, el cual establece que “*(...) los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementaria*”.

El artículo 117 citado hace una remisión expresa a la Ley de Aseguramiento en Salud, la cual no se pronuncia con detalle y tampoco prohíbe la regulación de preexistencias cruzadas. Sin embargo, de aquella disposición se desprende que la LCS sí reconoce los planes de salud ofertados por las EPS como un seguro y, a partir de ello, se podría concluir que para fines de aseguramiento la LCS sí

reconoce a los planes de salud y a las pólizas de seguro como instrumentos similares. En consecuencia, sí sería posible admitir que el artículo 118 de la LCS busca regular las preexistencias cruzadas.

En virtud de lo dicho, al ser la LCS una ley totalmente habilitada para regular aspectos aplicables a toda clase de seguros, incluyendo los planes de salud emitidos por las EPS; al no establecer una prohibición sobre la cobertura de preexistencias de manera cruzada; y, al establecerse que desde su formación los legisladores interpretaban el artículo 118 como aquel que reconocía las preexistencias cruzadas, es conveniente concluir que la LCS sí regula las preexistencias cruzadas y no solo se ocupa de establecer los límites aplicables a los contratos.

En el caso materia de controversia, ¿es aplicable la LCS?

De acuerdo a lo señalado por Pacífico Seguros, la LCS no era aplicable a la controversia en la medida que al momento que se formó la relación jurídica entre Pacífico Seguros y el Asegurado, esto es setiembre de 2012, la LCS no había sido publicada.

Añadió Pacífico Seguros que en la medida que se trataba de una sola relación jurídica (que nació en setiembre de 2012), de acuerdo a lo dispuesto en la Quinta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la LCS ("Quinta Disposición"), las disposiciones aplicables deberían ser las establecidas por las partes en el contrato de seguro.

Por su parte, sostiene la Sala sostiene que la LCS sí era aplicable al caso concreto en la medida que si bien la relación jurídica surgió cuando dicha norma aun no entraba en vigencia, el contenido o efecto de las situaciones jurídicas permanecieron en un periodo inactivo y su período activo inició el 31 de julio de 2013 cuando el vínculo laboral del Asegurado terminó.

Para dar respuesta a dicho problema, conviene analizar lo dispuesto por la Quinta Disposición que establece lo siguiente:

QUINTA. A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente” (el resaltado agregado).

De acuerdo a la disposición citada, la LCS sería aplicable a las consecuencias de las relaciones jurídicas que existan al momento de su entrada en vigencia (mayo de 2013). Sin embargo, la aplicación de la LCS estaría sujeto a que dicha relación o situación jurídica y sus respectivas consecuencias no hayan estado reguladas por una ley o un contrato.

Sobre el particular, Pacífico Seguros señala que no podría ser de aplicación la LCS en la medida que la relación jurídica con el Asegurado era una sola y surgió en setiembre de 2012; y, aun cuando se tuvo que emitir una segunda póliza por temas operativos propios de la empresa, la relación jurídica seguía siendo una y nació antes de la entrada en vigencia de la LCS.

Añade Pacífico Seguros que (i) las disposiciones aplicables a la relación jurídica entre el Asegurado y Pacífico Seguros estaban reguladas por el contrato de seguro el cual no establecía la obligación de otorgar cobertura a las preexistencias; y, (ii) que aun cuando el Seguro de Continuidad no estuvo activo por un período de tiempo, ello no significa que se trate de dos relaciones jurídicas – y que a la segunda le sea aplicable la LCS - sino que era la misma relación jurídica en la que debían cumplirse condiciones suspensivas para que Pacífico Seguros empiece a otorgar cobertura.

Contenido de la Quinta Disposición de la LCS

La redacción de la Quinta Disposición deja entrever su relación con el artículo 103 de la Constitución el cual establece que “(...) *La ley, desde su entrada en vigencia, se aplica a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tiene fuerza ni efectos*

retroactivos; salvo, en ambos supuestos, en materia penal cuando favorece al reo”.

Así, tanto la Quinta Disposición como el artículo 103 se refieren al impacto que tendrían en las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes la entrada en vigencia de una ley. No habría un impacto en sí sobre la relación o situación jurídica, la ley solo influenciaría a las consecuencias (Rubio, 2013: 34).

Bajo una interpretación del mencionado artículo 103, se entendería que estamos ante un escenario en el que se aplicaría la teoría de los hechos cumplidos, la que sostiene que:

Cada norma jurídica debe aplicarse a los hechos que ocurran durante su vigencia, es decir, bajo su aplicación inmediata. Entonces, si se genera un derecho bajo una primera ley y luego de producir cierto número de efectos esa ley es modificada por una segunda, a partir de la vigencia de esta nueva ley los nuevos efectos del derecho se deben adecuar a esta y ya ser regidos más por la norma anterior bajo cuya vigencia fue establecido el derecho de que se trate (Rubio: 29).

De esta primera aproximación, se desprendería que en virtud de la Quinta Disposición, la relación jurídica entre el Asegurado y Pacífico Seguro se regiría por la teoría de los hechos cumplidos y, en consecuencia, las disposiciones de la LCS se aplicarían a las consecuencias que se desplieguen en virtud de la póliza emitida por Pacífico Seguros.

Si bien la interpretación antes expuesta parecería apropiada, a partir de la última oración de la Quinta Disposición que resaltamos inicialmente sobre la excepción de aplicar las disposiciones de la LCS si es que son relaciones jurídicas ya reguladas por la ley o un contrato, parecería que la disposición bajo comentario debería analizarse en concordancia por lo dispuesto en el artículo 62 de la Constitución.

Dicho artículo 62 establece que *“la libertad de contratar garantiza que las partes pueden pactar válidamente según las normas vigentes al*

tiempo del contrato. Los términos contractuales no pueden ser modificados por leyes u otras disposiciones de cualquier clase”.

A diferencia del artículo 103, el citado artículo 62 se rige bajo la teoría de los derechos adquiridos, la cual es explicada por Diez-Picazo como:

(...) la eficacia normal de la ley se despliega únicamente pro futuro, es decir, con respecto a las situaciones que nazcan con posterioridad a su entrada en vigor. La ley nueva, por consiguiente, no es de aplicación – salvo que se prevea su propia retroactividad – a las situaciones todavía no extinguidas nacidas al amparo de la ley antigua

Así, tendríamos que el artículo 62 se aplicaría para las relaciones contractuales mientras que el artículo 103 de la Constitución para las demás relaciones jurídicas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, tenemos que a la relación jurídica entre el Asegurado y Pacífico Seguros no le sería aplicable la Quinta Disposición en el extremo de que a las consecuencias jurídicas de relaciones jurídicas existentes también les es aplicable la LCS. No obstante, la interpretación del artículo 62 de la Constitución no debe darse de manera categórica en el sentido que de ninguna manera puedan admitirse modificaciones a las disposiciones contractuales.

Así, de acuerdo al profesor Marcial Rubio, tenemos que en ningún caso los contratos pueden ir en contra de normas de interés general o de orden público y que en cualquier caso, según criterio del Tribunal Constitucional, podría darse el caso de que el Congreso modifique contratos vigentes a través de leyes en razón del interés general (2013: 54).

Sobre el particular y vinculado específicamente al caso bajo análisis, el jurista Ricardo Beaumont Callirgos al comentar sobre la Quinta Disposición establece que la LCS debe ser aplicable incluso a las relaciones jurídicas existentes dado que el espíritu de ello es proteger al contratante/asegurado en la medida que existe una asimetría de este frente a la aseguradora (2017: 772).

Por otro lado, el profesor Luis Meza Carbajal, señala que la LCS *“busca promover equilibrio jurídico y protección al asegurado por medio de normas para la celebración contractual (...)”* (2012: 31).

Así, tenemos que en el caso de la LCS, sus disposiciones no solo buscaban regular un tipo de contrato en específico sino que la razón esencial era crear las condiciones para alcanzar una simetría entre asegurado y compañías de seguro. Habría un interés general que impulsó la promulgación de esta ley y es la que se tendría que tomar en cuenta al momento de analizar la Quinta Disposición.

Por otro lado, para determinar si a la relación jurídica de Pacífico Seguros y el Asegurado le era aplicable la LCS, habría que interpretar la Quinta Disposición junto con lo dispuesto por la Segunda regla del Artículo IV de las Disposiciones Generales de la LCS, la cual establece que *“las cláusulas contrarias a las normas de esta ley son nulas y son reemplazadas de pleno derechos por estas”*.

Aun cuando la Quinta Disposición genere confusiones sobre a qué tipo de situaciones jurídicas es aplicable la LCS, en virtud de la Segunda regla antes citada, podría entenderse que en tanto las relaciones jurídicas existentes y ya reguladas por la ley no vayan en contra de las disposiciones de la LCS permanecerán con las reglas y condiciones pactadas.

En el caso materia de controversia, se daría el caso que aun cuando las reglas estarían establecidas por el contrato de seguro, aquellas serían contrarias a la LCS en la medida que está restringiendo derechos a los asegurados al negar la existencia de la regulación para preexistencias cruzadas.

En ese sentido, establecer que la LCS no sería aplicable porque para el momento en que nació la relación jurídica no estaba vigente y/o que las disposiciones que le eran aplicables eran las reguladas mediante el contrato, no sería correcto. Ello porque como lo sostenemos, en virtud de la Quinta Disposición y la Segunda regla del Artículo IV, la

LCS aplica a relaciones jurídicas ya existentes y aun cuando estas ya se encuentren reguladas contractualmente, en caso sean contrarias a las disposiciones de la mencionada ley, lo ya regulado sería nulo.

La idea de que las disposiciones de la LCS se apliquen a la relación jurídica existente entre Pacífico Seguros y el Asegurado, se confirma por lo señalado en el Dictamen de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República, en el que se refiere a la Quinta Disposición señalando que *“lo que sucede es que la Ley va a entrar en vigencia a los 180 días, pero el tema de la aplicación a relaciones jurídicas existentes, se refiere a las pólizas vigentes”* (2012: 38).

A partir de las consideraciones expuestas, podría afirmarse que las disposiciones de la LCS sí eran aplicables al caso materia de controversia en virtud de lo dispuesto por la Quinta Disposición que disponía la aplicación de dicha ley inclusive a las relaciones jurídicas existentes. Y, si bien existía un contrato suscrito entre el Asegurado y Pacífico Seguros, debe considerarse que dentro de las finalidades de la LCS estaba el brindar una regulación que proteja los intereses de los asegurados.

Con relación a ello, debe considerarse que aplicar la Quinta Disposición a la relación jurídica entre el Asegurado y Pacífico Seguros, no implicaba que se modifiquen las estipulaciones acordadas por el contrato de seguro puesto que la finalidad del Seguro de Continuidad siempre fue otorgar cobertura a preexistencias cruzadas.

Así, sin perjuicio de en qué momento las preexistencias tendrían que haber sido diagnosticadas, que es el argumento de defensa de Pacífico Seguros, lo cierto es que, implícitamente, la aseguradora estaba reconociendo la existencia de preexistencias cruzadas. De lo contrario, no habrían ofertado un producto de seguro que como condición, requería que los potenciales contratantes cuenten con un plan de salud ofertado por una EPS.

4.3. Análisis de problemas jurídicos vinculados al derecho de protección al consumidor

4.3.1. En el caso concreto, ¿existió una vulneración al deber de idoneidad reconocido en el artículo 18 y 19 del Código de Consumidor?

En el caso materia de controversia, Pacífico Seguros señala que no hay obligación legal por la que deban otorgar cobertura a preexistencias de manera cruzada y que los términos aplicables al caso son los contenidos en el contrato suscrito con el Asegurado. Añade además que, en virtud de dicho contrato, se pactó que mediante el seguro de continuidad, se otorgue a favor del Asegurado, cobertura a las enfermedades diagnosticadas durante la vigencia del plan de salud contratado con una EPS siempre que aquellas enfermedades hayan sido diagnosticadas iniciada la vigencia del seguro de continuidad.

Por su parte, la Sala resolvió indicando que Pacífico infringió los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor puesto que en virtud del artículo 118 de la LCS, Pacífico Seguros estaba obligado a otorgar cobertura en preexistencias cruzadas.

De acuerdo al Código de Consumidor, por el deber de idoneidad el proveedor está en la obligación de ofrecer productos o servicios de acuerdo a lo que el consumidor espera. Debe haber en este caso, una correspondencia entre lo que se espera y lo que se recibe, considerando para ello lo que originalmente se ofreció. Para ello, según el artículo 18 del Código de Consumidor debe considerar, entre otros, la publicidad y la información transmitida, las condiciones y circunstancia de la transacción y cualquier otro factor atendiendo a las circunstancias del caso.

Contenido del deber de idoneidad

La Sala de Protección al Consumidor señaló sobre el deber de idoneidad contenido en los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor que aquel debe entenderse como *“la obligación de brindar productos*

o servicios que correspondan a las características ofrecidas por el proveedor y esperadas por el consumidor (...)” (Resolución No. 1008-2013/SPC-INDECOPI, 2013: considerando 63).

En el caso bajo análisis, si bien existe una discusión vinculada a la obligatoriedad o no del artículo 118 de la LCS y si este era aplicable a la relación contractual entre Pacífico Seguros y el Asegurado, es necesario analizar la afectación de los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor bajo el escenario de lo que el Asegurado esperaba recibir cuando contrató el seguro de continuidad.

Así, como se desprende de una lectura conjunta de los artículos 18, 19 y 20, el deber de idoneidad está compuesto por, entre otros:

- La publicidad y la información transmitida;
- Las características y naturaleza del producto o servicio;
- Conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y estos; y,
- Las garantías explícitas o implícitas;

Del listado precedente, se puede concluir que, el Código de Consumidor otorga una especial relevancia a lo que el consumidor espera recibir en base a la información que recibió. Esta importancia que se le otorga a la “expectativa” del consumidor se sustentaría en la finalidad del Código de Consumidor recogida en su Artículo II que es reducir la asimetría informativa.

Así, las empresas proveedoras de bienes o servicios, estarían en la obligación de otorgar información oportuna, clara y veraz de manera que la asimetría informativa se reduzca, de lo contrario, prevalecerá lo que el consumidor espera recibir en base a la información que recibió.

Como ya lo habíamos indicado anteriormente, Pacífico Seguros basa su defensa en que las Preexistencias del Asegurado no podían ser cubiertas dado que en virtud del seguro de continuidad, solo serían cubiertas las preexistencias que se diagnosticaran a partir de que se contrata el seguro de continuidad. No obstante, cabe cuestionarse si, en la forma en cómo había sido ofrecido tal seguro, quedaba claro que

las Preexistencias no serían cubiertas por el seguro de continuidad dado que habían sido diagnosticadas con anterioridad a la contratación de dicho seguro.

Sobre el particular, nótese que de acuerdo a la página web en la que se ofertaba el Seguro de Continuidad (Anexo XII), Pacífico Seguros señalaba lo siguiente:

Seguro de Continuidad

El Seguro de Continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a la EPS o Seguro Médico Grupal. Con su contratación puedes tener la tranquilidad de saber que las enfermedades que puedan aparecer a lo largo de tu carrera profesional estarán cubiertas también en el futuro en caso de que decidas cambiar de trabajo y por ende de EPS con lo cual toda preexistencia serán también cubierta por tu próximo seguro de salud.

¿Qué te ofrecemos?

- Garantiza la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originan desde el momento de la contratación.
(...)
- En caso decidas cambiar de trabajo y no cuentes con EPS, te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindados por el producto de salud que elegiste afiliar a tu seguro de continuidad.

TODO SOBRE ESTE SEGURO

¿Qué cubrimos?

Este seguro cubre todas las enfermedades que puedan haber sido detectadas mientras trabajas y tenías una EPS y garantiza cobertura futura en caso cambios de trabajo (y en consecuencia de EPS).
(Énfasis agregado)

A partir de una primera lectura de la condiciones ofertadas por Pacífico Seguros, no se puede concluir de manera determinante que las condiciones señaladas por dicha empresa estaban claramente establecidas. Menos aun, que a partir de allí se desprende que las únicas preexistencias que iban a ser cubiertas mediante el Seguro de Continuidad eran aquellas diagnosticadas a partir de su contratación.

En su web, Pacífico Seguros indica que por el seguro de continuidad *“garantiza la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originan desde el momento de la contratación”*. Sin embargo, no es claro si el momento de la contratación se refiere a la contratación de la EPS o la contratación del seguro de continuidad. Además, señala que en caso de cambiar de trabajo y no contar con EPS, el asegurado seguiría teniendo cobertura.

Realizar un análisis exhaustivo sobre las disposiciones podría, eventualmente, llevarnos a considerar que a partir de las condiciones declaradas por Pacífico Seguros sí es claro que las preexistencias diagnosticadas con anterioridad al seguro de continuidad no están cubiertas. No obstante, dicho análisis, no corresponde dado que debe hacerse desde la perspectiva del consumidor y cómo aquel percibe la información recibida.

Asimetría informativa

De acuerdo a doctrina autorizada sobre el particular, el problema de la asimetría informativa ha sido el pilar de la protección al consumidor (Villota, 2010: 17).

En línea con ello, la Sala del Indecopi en su Resolución No. 101-96-TDC se pronunció sobre la asimetría informativa señalando lo siguiente:

La protección al consumidor se basa, a criterio de la Sala en la asimetría de información existente entre los proveedores y consumidores. Los problemas que esta legislación especial pretende enfrentar parten de la premisa que una categoría de agentes económicos –los proveedores– se encuentra en una posición ventajosa frente a la otra –los consumidores o usuarios– como resultado de su capacidad para adquirir y procesar información, consecuencia a su experiencia en el mercado y a su situación frente al proceso productivo. Quien conduce un proceso productivo y/o de comercialización de bienes y servicios cuenta con la posibilidad de adquirir y utilizar de mejor manera información relevante y con ello,

eventualmente, obtener una ventaja que podría ser utilizada en contravención de la Ley. (Énfasis agregado)

En el caso del Asegurado y Pacífico Seguros, se puede sostener que existía una relación con asimetría informativa en la que el segundo, al ser una empresa dedicada exclusivamente a emitir pólizas con distintos tipos de cobertura, conocía la forma en que debía ser interpretada la oferta del seguro de continuidad.

Respecto del Asegurado, habría que considerar que sin perjuicio de la información adicional a la que pudo tener acceso al momento de contratar, el motivo que estaba detrás al contratar un seguro vinculado a la EPS era justamente seguir con la cobertura que a la fecha recibía.

Sin duda, la asimetría informativa es un elemento importante al momento de evaluar una relación de consumo y el cumplimiento al deber de idoneidad. Sin embargo, atendiendo a la experiencia y a las condiciones que podrían estar presentes en algunos sujetos, estaremos ante relaciones de consumo en las que la asimetría informativa podría ser más determinante.

Ahora bien, en el caso bajo controversia, estamos ante una relación que se basa en la contratación de productos de seguro el cual sin duda se caracteriza por tener diversos componentes “técnicos” que no tendrían por qué ser conocido por el promedio de consumidores. El tipo de producto contratado por el Asegurado, tenía un componente adicional que requería de un conocimiento más técnico vinculado a la aplicación de preexistencias cruzadas.

Atendiendo al grado especialmente técnico o de complejidad del seguro de continuidad, a fin de reducir la asimetría informativa, Pacífico Seguros estaba en la obligación de ofrecer al Asegurado condiciones especialmente claras y que no den lugar a confusiones. Aspecto que a partir de las condiciones expuestas en su página web no eran posibles de ser identificadas.

La asimetría informativa en las relaciones de seguro

A este punto debe considerarse que el Asegurado, y en general la mayoría de los ciudadanos, no tienen un conocimiento profundo sobre el funcionamiento de los seguros o de la lectura que se debe dar a ciertas condiciones ofrecidas por las empresas de seguros.

En general, debemos ser conscientes que en el caso de las relaciones de consumo basadas en la contratación de productos de seguro, existe una especial relación de asimetría y por la que a los proveedores se les exigiría, en mayor medida, otorgar reglas claras.

Prueba de la mencionada asimetría es que las empresas aseguradoras se encuentren reguladas por una entidad del estado – en el caso peruano por la SBS - la cual no solo se encarga de fiscalizar que sus actividades se realicen dentro de los límites de la ley sino que además se asegura de exigir a las empresas de seguro ciertos márgenes de solvencia a fin de proteger los intereses de los contratantes de seguro (Rubio 2019: 12).

Otra forma de comprobar que la asimetría informativa está presente en las relaciones de seguros es el hecho que, en caso de duda al momento de interpretar las disposiciones aplicables a los contratos de seguros se debe preferir la interpretación que beneficie al asegurado. Así lo dispone la LCS en diversas disposiciones:

- Artículo II al referirse a los principios que rigen el contrato de seguro cuando señala que *“las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del asegurado”*.
- Artículo IV, regla Tercera: *“los términos del contrato que generen ambigüedad o dudas son interpretados en el sentido y con el alcance más favorable al asegurado (...)”*

Todas estas medidas, a veces entendidas como proteccionismo frente a los aseguradores, busca equilibrar las relaciones que surgen a través de contratos de seguros las cuales, como se ha expuesto al desarrollar los problemas jurídicos vinculados a derecho, se basan principalmente en la celebración de contratos por adhesión en los que

el asegurado no tiene mayor oportunidad de pronunciarse o de exigir el cambio de algún tipo de condición.

El derecho de información y su relación con el deber de idoneidad

Si bien se considera que en algunos casos el deber de información es un tema distinto al deber de idoneidad, lo cierto es que no podría hacerse una evaluación sobre lo que el consumidor “espera recibir” sin antes evaluar la cantidad de información que se puso a su disposición y por qué no, el grado técnico de dicha información.

Sobre el particular, los Lineamientos 2006 de la Comisión de Protección al Consumidor señalan lo siguiente:

A primera impresión los casos de idoneidad no tendrían nada que ver con información, pero ello no es exacto. Si se parte de que el proveedor suele tener mayor información sobre los bienes y servicios que ofrece en el mercado, podría advertirse que se encuentra en mejor posición para tomar precauciones sobre en qué condiciones puede ofrecer un bien o servicio idóneo.

En el caso bajo análisis no estaríamos ante una relación en la que no se otorgó información pero sí se trataría de una información otorgada de manera defectuosa. Si, como se explicó en la sección precedente, se presume que el asegurado está en una situación de asimetría, la evaluación que se haga sobre el deber de información para estos casos será más riguroso.

¿Es posible afirmar que Pacífico Seguros no otorgó la información relevante?

De acuerdo a los Lineamientos 2006, para determinar si cierta información es relevante se deberá evaluar si el contar o no con cierta información habría cambiado la posición del consumidor sobre adquirir o no un producto o servicio.

Partiendo de la información que Pacífico Seguros puso a disposición del Asegurado, es posible afirmar que si este último conocía de las condiciones a las que estaba condicionada el otorgamiento de cobertura de las preexistencias es posible que (i) el Asegurado no haya contratado el Seguro de Continuidad; o (ii) haya optado por llevar a cabo acciones que busquen contrarrestar

De esta manera, podría señalarse que si bien existieron condiciones previamente establecidas para el seguro de continuidad, el Asegurado no recibió la información necesaria y suficiente por la que entendiera el funcionamiento de la póliza que contrataba. A partir de ello, podríamos considerar que Pacífico, no solo infringió el deber de idoneidad sino que además creó una expectativa en el asegurado.

En línea con lo expuesto, y siguiendo con el desarrollo de la posible infracción al deber de idoneidad, considerando que dicho deber tiene como parte de su contenido a la garantía, conviene analizar dicho extremo.

¿Pacífico Seguros cumplió con el deber de garantía recogido en el Código de Consumidor?

Sobre el particular, tómese en cuenta que de acuerdo al precedente de observancia obligatoria aprobado mediante la Resolución No. 085-96-TDC, se precisó que el artículo 8 del Código de Consumidor establece, como presunción, que los proveedores a través de los productos que comercializan ofrecen una garantía implícita. Dicha garantía consiste en que dicho producto debe ser idóneo “*para los fines y usos previsibles para que los que normalmente se adquieren en el mercado*” (Resolución Final No. 2352-2006/CPC).

Con relación a lo expuesto en dicho precedente, nótese que como se ha explicado antes, lo que el consumidor espera recibir de un producto o servicio contratado dependerá de la información que haya recibido por parte del proveedor.

En el caso bajo discusión, se podría sostener que Pacífico Seguros no otorgó la información necesaria o de la forma que correspondía al punto que, el Asegurado no tuvo claridad sobre lo que finalmente estaba siendo cubierto por su Seguro de Continuidad. A partir de ello, se desprende que, Pacífico Seguros tampoco habría cumplido con el deber de garantía recogido en el artículo 8 del Código de Consumidor ya que al no tener la información necesaria, no tenía claro lo que realmente debía esperar de dicho producto.

Así, la doctrina señala que en los casos en los que sea necesario analizar el cumplimiento de la garantía implícita en relación con las expectativas generadas por el consumidor, el deber de información asume un rol determinante. De esta manera, se concluye que para poder asumir lo que el consumidor esperaba de cierto producto, se requerirá conocer el tipo de información que aquél tenía a su alcance (Supo y Bazán, 2020:75).

A partir de las consideraciones expuestas en la presente sección, es posible concluir que, en base a la información proporcionada por Pacífico Seguros al Asegurado con relación a la contratación del Seguro de Continuidad, no se cumplió con el deber de idoneidad recogido en el Código de Consumidor.

Así, tenemos que, Pacífico Seguros, no habría cumplido con el deber información al que estaba obligado al consignar en su página web datos sobre el Seguro de Continuidad que podrían llevar a confusión al consumidor razonable sobre lo que debía esperar al contratar dicho producto.

Como consecuencia del incumplimiento al deber de información, es posible determinar también que Pacífico Seguros no cumplió con proporcionar la garantía implícita reconocida en el artículo 8 del Código de Consumidor en la medida que no otorgó la información suficiente para que el Asegurado pueda conocer lo que podía esperar del producto que contrataba.

A partir de dichos incumplimientos, se desprende entonces que Pacífico Seguros habría infringido el deber de idoneidad, que entre otros aspectos, se basa en el deber de información, en la asimetría informativa y las garantías, en este caso la implícita.

4.3.2. ¿El análisis realizado por la Sala es idóneo para determinar si se infringió el deber de idoneidad de Pacífico Seguros?

El análisis realizado por la Sala para determinar si Pacífico Seguros es responsable por la infracción al deber de idoneidad reconocido en los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor se basa en si la disposiciones de la LCS determinan como garantía legal el reconocimiento de preexistencias cruzadas. Así, siguiendo a grandes rasgos el análisis realizado por la autora en la sección precedente, lo que la Sala hace es analizar el incumplimiento de las garantías, que fundamentan el deber de idoneidad.

Sin embargo, ¿es idóneo que el análisis a la presunta infracción al deber de idoneidad se realice únicamente a la luz de la garantía legal dispuesta por la LCS?

De acuerdo a los fundamentos desarrollados en la sección precedente se concluiría que no, que no es idóneo y por lo tanto, la Sala debió considerar entre su análisis, el incumplimiento al deber de información y a las garantías implícitas.

La razón detrás de la afirmación planteada tiene fundamento en que correspondía que la Sala se encargue de realizar un análisis que permita cuidar los intereses de los asegurados en el futuro, asegurándose de dejar establecido los criterios que deberían seguir las compañías aseguradoras al ofrecer sus productos.

De esta manera, las aseguradoras no tendrían que tomar en consideración las disposiciones establecidas por la LCS sino además asegurarse que ejecuten su deber de idoneidad de manera oportuna y clara.

Esta idea toma fuerza si se toma en consideración que, en opinión de la Sala, Pacífico Seguros infringió lo dispuesto en el artículo 47 literal a) del Código de Consumidor, al no haber proporcionado al Asegurado copia de la póliza y sus anexos en el momento oportuno. Ello porque a partir de dicha infracción se revela que Pacífico Seguros no actuó en concordancia de lo dispuesto por el Código de Consumidor.

Así, si la Sala tenía conocimiento de que Pacífico Seguros no estaba actuando conforme a los deberes impuestos a dicha compañía como proveedora bajo el Código de Consumidor, su análisis sobre cumplimiento del deber de idoneidad debió basarse, además, en si su forma de proceder era acorde con los deberes que fundamentan el deber de idoneidad. Es decir, si cumplía con las garantías implícitas y con el deber de información, tomando en consideración la asimetría informativa que caracteriza a las relaciones de consumo, y más aun, a las que surgen por la contratación de pólizas de seguro.

V. CONCLUSIONES

- Las relaciones de consumo que surgen por la contratación de pólizas de seguro, comprenden un nivel de asimetría mayor al que otras relaciones en la medida que incluye aspectos técnicos y contractuales que no tendrían que ser conocidos por un consumidor razonable.
- Los planes de salud ofertados por las EPS comparten la naturaleza de los contratos de seguro. En esa medida las disposiciones de la LCS, en lo que corresponda también son aplicables a dicho tipo de contratos.
- Si bien los planes de salud ofertados por las EPS surgen por una necesidad distinta a los contratos de seguro como tal, lo cierto es que aquellos planes de salud contienen las disposiciones principales que forman a un contrato de seguro.
- En la medida que la LCS también es aplicable a los planes de salud ofertados por las EPS, es posible sostener que la LCS sí se encontraba habilitada para regular figuras como las preexistencias cruzadas.

- La aplicación y reconocimiento de las preexistencias cruzadas, son una garantía a los asegurados y una forma de reconocer el acceso al derecho universal a la salud. Tal premisa permite que más asegurados puedan acceder a coberturas de salud de manera duradera sin imponer mayores trabas.
- La actividad de Pacífico Seguros, al negar la cobertura de preexistencias supone una violación al deber de idoneidad reconocido en los artículos 18 y 19 del Código de Consumidor. Dicha violación al deber de idoneidad se fundamenta a dos niveles distintos: (i) porque habría incumplido la garantía legal recogida en la LCS de otorgar cobertura cruzada a las preexistencias; y, (ii) porque no habría cumplido con el deber de información y por tanto, la garantía implícita reconocida por el Código de Consumidor.
- Si bien Pacífico Seguros señala que advirtió sobre las condiciones del producto, dada la tecnicidad detrás de contratar un seguro con las características del Seguro de Continuidad que estaba directamente vinculado a un plan de salud ofrecido por una EPS, Pacífico Seguros debía asegurarse que la información proporcionada, incluyendo la publicada en su página web establezca claramente las condiciones que serían aplicables para que se le pueda aplicar las preexistencias cruzadas.
- Si bien la Sala se pronunció sobre la garantía legal establecida por la LCS que debía ser cumplida por Pacífico Seguros, con la finalidad de evaluar el comportamiento de Pacífico Seguros como proveedor e imponer las sanciones correspondientes, debía además analizar los aspectos que fundamentan el deber de idoneidad tales como la garantía implícita y el deber de información.
- La necesidad de que la Sala evalúe aspectos adicionales a la garantía legal establecida por la LCS tales como el comportamiento de Pacífico Seguros como proveedor, habría sido útil para determinar las reglas aplicables que las empresas de seguro tendrían que seguir.
- En el caso de productos vinculados a servicios de salud, es necesario que las reglas aplicables – ya sea que se encuentren vinculadas al derecho de seguros o de cualquier otra naturaleza – reconozcan a los “pacientes” o a

los destinatarios de dichos servicios, como clientes, esto permitiría que cualquier acción vinculada a dicho servicio se trate con mayor cuidado.

- Analizar desde la perspectiva del consumidor los temas vinculados a servicios de salud, nos ayudarán a que en el futuro dichos servicios se promocionen y brinden cuidando aspectos esenciales como los vinculados a la información clara y oportuna.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Alianza Mundial en Pro del personal sanitario (2020). Perú. Recuperado: <https://www.who.int/workforcealliance/countries/per/es/>
- Bachelet, Pablo. Mejor Gasto, Mejor Salud. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado: <https://www.iadb.org/es/mejorandovidias/mejor-gasto-mejor-salud>
- Congreso de la República (2012). Diario de los Debates. Primera Legislatura Ordinaria, tomo II, 16° sesión del jueves 11 de octubre de 2012: 1503 – 1654.
- Del Prado, A. (2017). Revista Ibero-latinoamericana de Seguros. Volumen 26 (47): 229-269, julio-diciembre. Bogotá.
- Del Prado, A. (2017). Los secretos de los seguros. 1era edición. Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial.
- Diez-Picaso, L. (1990). La Derogación de las Leyes. Editorial Civitas S.A., Madrid.
- Durand, J. (2008). El derecho del consumidor como disciplina jurídica autónoma.
- García, F. (2020). La protección del derecho a la salud: el caso peruano. Revista Derecho y Salud. Año 4 (5): 79 – 93.
- Gutiérrez M. (2003). Análisis comparativo del derecho común con el derecho de seguros en la resolución de los contratos e ineficacia de los derechos y obligaciones. Tesis para obtener el grado de maestro en derecho mercantil. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (2006). Lineamientos 2006 de la Comisión de Protección al Consumidor, aprobado por Resolución No. 001-2006-LIN-CPC/INDECOPI
- Lasheras-Sanz A. La relación jurídica de seguro. Recuperado: S/N

- Meza, L (2012). La nueva ley del contrato de seguro del Perú. Revista Ibero-latinoamericana de Seguros. Volumen 37 (21): 29 – 60, julio diciembre. Bogotá.
- Pérez, J. (1986). Conociendo el seguro: teoría general del seguro. Recuperado: https://www.researchgate.net/publication/40942409_Conociendo_el_seguro_teoría_general_del_seguro
- Rubio, F. (2019). Elementos para la armonización de la legislación de seguros y de consumo en la protección del consumidor de seguros. Revista de Derecho y Consumo. No. 3: 9 – 49.
- Rubio, M. (2013). Aplicación de la norma jurídica en el tiempo. 2da edición. Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial.
- Sánchez, F. (2018). ¿Para qué sirve la teleradiología?. Telerad. Recuperado: <https://innovation.teleradweb.com.ar/blog/para-que-sirve-la-teleradiologia>
- Sánchez-Moreno F. (2013). La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol. 30 (4). Recuperado: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400022
- Supo, D. y Bazán, (2020) V. El deber de información y el estándar de razonabilidad en las garantías implícitas del consumidor. Forseti Revista de Derecho. Vol. 8 (12): 69 - 94.
- SUSALUD (2015). Boletín Estadístico 2015. Segundo Trimestre.
- Torres, R (2013). El Contrato de Seguro en el Perú. Comentarios a la Ley No. 29946. Lex No. 11. Año XI.
- Villota, M. (2018). Comentarios a la Ley del Contrato de Seguro y a los temas vinculados a la protección del consumidor. Revista de la Competencia y Propiedad Intelectual. Volumen 8 (5): 21 – 75.
- Villota, M (2010). Avances y orientaciones del nuevo Código de Defensa y Protección al Consumidor. Año 6 (11).
- Zegarra, A y otros (2017). Estudios sobre el contrato de seguro.

VII. ANEXOS

ANEXO I

Denuncia Informativa presentada por Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A.

ANEXO II

Escrito presentado por Oscar Ezequiel Segovia Trauco reiterando denuncia presentada contra Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A.

ANEXO III

Resolución No. 1 emitida por la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor No. 1 – Sede Central.

ANEXO IV

Escrito de descargo presentado por Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A.

ANEXO V

Escrito de descargo presentado por Oscar Ezequiel Segovia Trauco.

ANEXO VI

Resolución Final No. 501-2014/CC1 emitido por la Comisión de Protección al Consumidor No. 1 – Sede Central.

ANEXO VII

Escrito de apelación presentado por Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A. contra la Resolución Final No. 501-2014/CC1.

ANEXO VIII

Escrito presentado por Oscar Ezequiel Segovia Trauco rebatiendo apelación presentada por Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A.

ANEXO IX

Escrito presentado por Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A. complementando escrito de apelación.

ANEXO X

Resolución No. 4357-2014/SPC-INDECOPI emitida por la Sala Especializada en Protección al Consumidor.

ANEXO XI

Copia de Póliza emitida por Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A.

ANEXO XII

Captura de pantalla de página web de Pacífico Peruano – Suiza Cia. De Seguros y Reaseguros S.A. en la que se describe Seguro de Continuidad.



FORMATO DE POSTULACIÓN DE PROCEDIMIENTO

28 AGO 2013 09:09

I. Indique el tipo de procedimiento que desea iniciar, marcando con una "x" alguna de las opciones que se muestran a continuación

- 1. PROCEDIMIENTO SUMARISIMO¹
- 2. PROCEDIMIENTO ORDINARIO

RECIBIDO
 UNIDAD DE TRAMITE
 DOCUMENTARIO

II. En el caso de haber marcado la opción a) correspondiente a los procedimientos sumarísimos deberá marcar con una "x" el hecho que motiva su denuncia.

- 1. Producto o servicio materia de denuncia no supera las 3 UIT²

El valor del producto o servicio materia de reclamo asciende a (en números y letras)

Cobertura de dolencias ya tratadas y sanciones de acuerdo a ley a la aseguradora

- 2. Falta de atención a requerimientos de información
- 3. Métodos abusivos de cobranza
- 4. Demora en la entrega de un producto
- 5. Incumplimiento de medida correctiva
- 6. Incumplimiento de acuerdo conciliatorio
- 7. Incumplimiento de pago de liquidación de costas y costos del procedimiento
- 8. Liquidación de costas y costos del procedimiento.

Indecopi COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR		Encargado: <i>MDC</i>
29 AGO 2013		Fecha: <i>28/8/13</i>
Por: _____	Hora: _____	Visto: <i>[Signature]</i>
RECIBIDO		Obs: <i>de parte MDC (procedimiento), visto sobre</i>

¹ Procedimiento célere tramitado por los Órganos de Procedimientos Resolutivos Sumarísimos en un plazo no mayor de 30 días hábiles. Es importante mencionar que este tipo de procedimiento únicamente puede ser postulado en los supuestos previstos en el acápite II del presente formato.

² El equivalente a 3 UIT asciende a S/. 11 100,00 nuevos soles. El valor de la UIT para el año 2013 es de S/. 3 700,00 nuevo soles

Indecopi

2013 AGO 28 AM 9 09

ADVERTENCIA: Deberá adjuntarse al presente documento un escrito señalando de manera clara, ordenada y detallada los hechos de la denuncia. El presente documento no constituye un formato de denuncia.

DATOS GENERALES DE LA DENUNCIA INFORMATIVA

1. DATOS DEL INTERESADO / DENUNCIANTE (si fuera más de uno, solicitar y llenar el Anexo I y marcar recuadro con una "X"):

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social si es persona jurídica
OSCAR EZEQUIEL SEDVIA TRAUCO

DNI ó Número de RUC: 41161228 Teléfonos: 945066173

Domicilio donde hacer llegar las notificaciones (incluir referencias de la ubicación del domicilio)
Calle Ocho N° 256 Intercomunicador 6 - Urb. Monterrico Norte - San Borja, altura Cdra. 37 Av. Javier Prado Este.

2. DATOS DEL PROVEEDOR DENUNCIADO: (si fuera más de uno, solicitar y llenar el Anexo I y marcar recuadro con una "X"):

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social vigente si es una persona jurídica
EL PACIFICO PERUANO - SUIZA CIA. SEGUROS Y REASEGUROS

Nombres completos y número de DNI del representante legal
DAVID MARTIN SAETONE WATMOUGH DNI: 09336069

Domicilio cierto donde hacer llegar las notificaciones (Indicar el domicilio actual, bajo apercibimiento que la denuncia sea declarada inadmisibles) así como referencias del domicilio.
Calle Juan De Arona N° 830 - SAN ISIDRO (Esquina Tamayo / Juan De Arona)

Dirección de correo electrónico: atencionalcliente@grupopacifico.com.pe Teléfonos: 513-5000 / 518-4000

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN OBLIGATORIAMENTE PARA TODAS LAS DENUNCIAS

Escrito de denuncia	X	Comprobante de pago de la tasa (1)	X
Formato de solicitud de medidas correctivas y de costas y costos (F-CPC-03), así como el formato de postulación de procedimiento	X	Si el interesado es Persona Jurídica: Poderes del representante, documentos que acrediten su existencia y R.U.C.	
Si el interesado es una Asociación: Copia simple de la escritura pública de su estatuto, Declaración jurada de encontrarse inscrita en el INDECOPI y si la denuncia es por un interés individual, los documentos que acrediten que el/los representado/s es/son miembro/s de ella.			

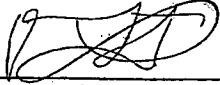
¹ La denominación "Interesado" será aplicable en los casos en que las presuntas infracciones cometidas por el proveedor hayan sido efectuadas a partir de la entrada en vigencia del Código de Protección y Defensa del Consumidor (2 de octubre de 2010). Asimismo, la denominación "Denunciante" será aplicable en aquellos casos de presuntas infracciones cometidas antes de la entrada en vigencia del referido código.

² El pago de tasa se realiza en las cajas del Indecopi o se puede realizar el depósito de la tasa en los siguientes bancos:

Banco de Crédito : 193-1161125-0-34
Banco Scotiabank : 000-0186511
Banco de la Nación : 000-282545

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este documento y que los documentos adjuntos son verdaderos.

Ciudad LIMA, fecha 28 de AGOSTO de 2013.



Firma y número de Documento Nacional de Identidad
del interesado / denunciante o del representante

DNI: 41161228

SOLICITUD DE MEDIDAS CORRECTIVAS REPARADORAS Y
COMPLEMENTARIAS Y COSTAS Y COSTOS

000033

MODELO A

EMPLEAR EN CASOS DE PRESUNTAS INFRACCIONES COMETIDAS A PARTIR DE LA
ENTRADA EN VIGENCIA DEL CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR
(2 DE OCTUBRE DE 2010)

1. ¿Desea usted solicitar medidas correctivas¹ reparadoras²?

SÍ



NO



Si su respuesta fue Sí ¿qué medidas correctivas solicita? (Deberán presentarse los documentos que acrediten las consecuencias patrimoniales derivadas de la infracción cometida por el proveedor)

Las sanciones que estipula la ley (económicas, administrativas, etc.)

No se me restituía atender me por ningún mal puesto que no fui observado a la firma de la Solicitud del Seguro

1 LEY N° 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR

Artículo 114.- Medidas correctivas

Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias.

Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.

Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

2 LEY N° 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR

Artículo 115.- Medidas correctivas reparadoras

115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y pueden consistir en ordenar al proveedor infractor lo siguiente:

- Reparar productos.
- Cambiar productos por otros de idénticas o similares características, cuando la reparación no sea posible o no resulte razonable según las circunstancias.
- Entregar un producto de idénticas características o, cuando esto no resulte posible, de similares características, en los supuestos de pérdida o deterioro atribuible al proveedor y siempre que exista interés del consumidor.
- Cumplir con ejecutar la prestación u obligación asumida; y si esto no resulte posible o no sea razonable, otra de efectos equivalentes, incluyendo prestaciones dinerarias.
- Cumplir con ejecutar otras prestaciones u obligaciones legales o convencionales a su cargo.
- Devolver la contraprestación pagada por el consumidor, más los intereses legales correspondientes, cuando la reparación, reposición, o cumplimiento de la prestación u obligación, según sea el caso, no resulte posible o no sea razonable según las circunstancias.
- En los supuestos de pagos indebidos o en exceso, devolver estos montos, más los intereses correspondientes.
- Pagar los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción administrativa.
- Otras medidas reparadoras análogas de efectos equivalentes a las anteriores.

115.2 Las medidas correctivas reparadoras no pueden ser solicitadas de manera acumulativa conjunta, pudiendo plantearse de manera alternativa o subsidiaria, con excepción de la medida correctiva señalada en el literal h) que puede solicitarse conjuntamente con otra medida correctiva. Cuando los órganos competentes del Indecopi se pronuncian respecto de una medida correctiva reparadora, aplican el principio de congruencia procesal.

115.3 Las medidas correctivas reparadoras pueden solicitarse en cualquier momento hasta antes de la notificación de cargo al proveedor, sin perjuicio de la facultad de secretaría técnica de la comisión de requerir al consumidor que precise la medida correctiva materia de solicitud. El consumidor puede variar su solicitud de medida correctiva hasta antes de la decisión de primera instancia, en cuyo caso se confiere traslado al proveedor para que formule su descargo.

115.4 Corresponde al consumidor que solicita el dictado de la medida correctiva reparadora probar las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas causadas por la comisión de la infracción administrativa.

115.5 Los bienes o montos objeto de medidas correctivas reparadoras son entregados por el proveedor directamente al consumidor que los reclama, salvo mandato distinto contenido en la resolución. Aquellos bienes o montos materia de una medida correctiva reparadora, que por algún motivo se encuentran en posesión del Indecopi y deban ser entregados a los consumidores beneficiados, son puestos a disposición de estos.

115.6 El extremo de la resolución final que ordena el cumplimiento de una medida correctiva reparadora a favor del consumidor constituye título ejecutivo conforme con lo dispuesto en el artículo 688 del Código Procesal Civil, una vez que quedan consentidas o causan estado en la vía administrativa. La legitimidad hará obrar en los procesos civiles de ejecución corresponde a los consumidores beneficiados con la medida correctiva reparadora.

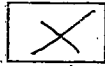
115.7 Las medidas correctivas reparadoras como mandatos dirigidos a resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas originadas por la infracción buscan corregir la conducta infractora y no tienen naturaleza indemnizatoria; son dictadas sin perjuicio de la indemnización por los daños y perjuicios que el consumidor puede solicitar en la vía judicial o arbitral correspondiente. No obstante se descuenta de la indemnización patrimonial aquella satisfacción patrimonial deducible que el consumidor haya recibido a consecuencia del dictado de una medida correctiva reparadora en sede administrativa.

**SOLICITUD DE MEDIDAS CORRECTIVAS REPARADORAS Y
COMPLEMENTARIAS Y COSTAS Y COSTOS**

Solicita de manera acumulativa la medida correctiva consignada en el literal h)?

2. ¿Desea usted solicitar medidas correctivas complementarias³?

SI



NO

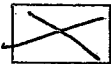


Si su respuesta fue Sí ¿qué medidas correctivas solicita?

Que me proporcionen la medicina que no me permitieron comprar atentando contra el cuerpo y la salud.

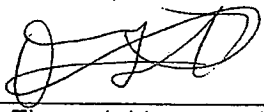
3. ¿Desea usted solicitar costas y costos⁴?

SI



NO




Firma del Interesado

³ LEY Nº 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR

Artículo 116.- Medidas correctivas complementarias

Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Que el proveedor cumpla con atender la solicitud de información requerida por el consumidor, siempre que dicho requerimiento guarde relación con el producto adquirido o servicio contratado.
- Declarar inexigibles las cláusulas que han sido identificadas como abusivas en el procedimiento.
- El decomiso y destrucción de la mercadería, envases, envolturas o etiquetas.
- En caso de infracciones muy graves y de reincidencia o reiterancia:
 - Solicitar a la autoridad correspondiente la clausura temporal del establecimiento industrial, comercial o de servicios por un plazo máximo de seis (6) meses.
 - Solicitar a la autoridad competente la inhabilitación, temporal o permanente, del proveedor en función de los alcances de la infracción sancionada.
- Publicación de avisos rectificatorios o informativos en la forma que determine el Indecopi, tomando en consideración los medios que resulten idóneos para revertir los efectos que el acto objeto de sanción ha ocasionado.
- Cualquier otra medida correctiva que tenga el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro.

El Indecopi está facultado para solicitar a la autoridad municipal y policial el apoyo respectivo para la ejecución de las medidas correctivas complementarias correspondientes.

⁴ Costas.- El pago efectuado por concepto de presentar la denuncia y demás gastos realizados en el procedimiento, tales como pericias e inspecciones.

Costos.- Pago de los honorarios profesionales del abogado.

En ambos supuestos, el consumidor deberá acreditar con documento indubitable haber incurrido en dichos gastos.

LEY Nº 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR

Artículo 118.- Multas coercitivas por incumplimiento del pago de costas y costos

Si el obligado a cumplir la orden de pago de costas y costos no lo hace, se le impone una multa no menor de una (1) Unidad Impositiva Tributaria (UIT).

En caso de persistir el incumplimiento de lo ordenado, el Indecopi puede imponer una nueva multa, duplicando sucesivamente el monto de la última multa impuesta hasta el límite de cincuenta (50) Unidades Impositivas Tributarias (UIT). La multa que corresponda debe ser pagada dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, vencidos los cuales se ordena su cobranza coactiva.

San Borja, 28 de Agosto de 2013

Señor Secretario Técnico de la Comisión de Protección al Consumidor

Yo, OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO identificado con DNI N° 41161228, con domicilio en Calle Ocho N° 256 – Intercomunicador 6 - Urb. Monterrico Norte – San Borja - Lima, con teléfono celular 945066173, ante Ud. me presento respetuosamente y digo:

Que, formulo denuncia contra EL PACIFICO PERUANO –SUIZA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., cuyo domicilio fiscal se ubica en la Calle Juan de Arona N° 830 – San Isidro y teléfono 513-5000 por las razones que a continuación paso a exponer:

Que el día sábado 17.Ago.2013 acudí a la Clínica Jockey Salud a atenderme con el Otorrino y me indicaron dos preexistencias (rinitis alérgica y hemorroides) consignadas por la aseguradora (Pacífico).

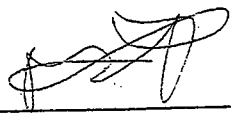
Al respecto, la Ley N° 28770 ha dispuesto que si luego de finalizar un contrato de seguro de asistencia médica, el asegurado contrata otra póliza de seguro de salud con la misma aseguradora u otra, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan generado o hayan sido cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior (en mi caso la póliza de Pacífico EPS). Si se trata de seguros de salud grupales, el asegurado tendrá un plazo de 120 días para contratar una nueva cobertura a fin que no se consideren como preexistentes las enfermedades previamente diagnosticadas y/o tratadas. En ese sentido, la aseguradora (Pacífico) no sólo ha violado la Ley N° 28770 sino que, además, ha contravenido la Resolución de la SBS N° 3203-2013 de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Por lo expuesto solicito a la Comisión de Protección al Consumidor:

- Las sanciones ejemplares para evitar que este tipo de abusos se repitan.
- No se me restrinja atenderme por ningún mal puesto que no fui observado a la firma de la Solicitud del Seguro.

A efectos de lo cual cumplo con adjuntar los siguientes medios probatorios:

- a) Copia de Solicitud de Seguro de Salud N° 0615397 en la página tres (03) se consigna que soy titular de Pacífico EPS desde Setiembre del 2011, en dicha solicitud no se consignan preexistencias. En la página uno (01) han añadido un escrito a puño de letra que dice: "viene de póliza 7664910", dicha póliza nunca estuvo activa porque tenía la EPS (póliza vigente del período inmediatamente anterior).
- b) Copia de Solicitud de queja/reclamo hecho, el 23.Ago.2013, a Pacífico sin respuesta aún.
- c) Copia de Resolución SBS N°3203-2013.
- d) Copia de receta médica donde el otorrino me receta un antialérgico.
- e) Copia de boleta donde se demuestra que no facturaron el antialérgico dada una de las preexistencias formulada por la aseguradora (rinitis alérgica).
- f) Copia de constancia de entrega de medicina donde se verifica que no me entregaron el antialérgico.


OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO
DNI: 41161228



B Mejía



Folio: 2

LO TESTADO
099045E

CC1

2013 SEP 6 7 AM 6:45 San Borja, 06 de Setiembre de 2013



Señor Secretario Técnico de la Comisión de Protección al Consumidor

REFERENCIA: EXPEDIENTE N° 582-2013/CC1

RECIBIDO
DEPARTAMENTO DE TRÁMITE
DOCUMENTARIO

Yo, OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUICO identificado con DNI N° 41161228, con domicilio en Calle Ocho N° 256 – Intercomunicador 6 - Urb. Monterrico Norte – San Borja - Lima, con teléfono celular 945066173, ante Ud. me presento respetuosamente y digo:

Que, reitero mi denuncia contra EL PACIFICO PERUANO –SUIZA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., cuyo domicilio fiscal se ubica en la Calle Juan de Arona N° 830 – San Isidro y teléfono 513-5000 por las razones que a continuación paso a exponer:

Que el día sábado 17.Ago.2013 acudí a la Clínica Jockey Salud a atenderme con el Otorrino y me indicaron dos preexistencias (rinitis alérgica y hemorroides) consignadas por la aseguradora (Pacífico).

Al respecto, en mi comunicación inicial sustenté que la Ley N° 28770 ha dispuesto que si luego de finalizar un contrato de seguro de asistencia médica, el asegurado contrata otra póliza de seguro de salud con la misma aseguradora u otra, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan generado o hayan sido cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior (en mi caso la póliza de Pacífico EPS). Si se trata de seguros de salud grupales, el asegurado tendrá un plazo de 120 días para contratar una nueva cobertura a fin que no se consideren como preexistentes las enfermedades previamente diagnosticadas y/o tratadas. En ese sentido, la aseguradora (Pacífico) no sólo ha violado la Ley N° 28770 sino que, además, ha contravenido la Resolución de la SBS N° 3203-2013 de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Hecho mi reclamo, a la Aseguradora, el día 24.Ago.2013 vía web; he recibido respuesta el 05.Set.2013 ratificando las señaladas preexistencias. Aduciendo entre otros argumentos que “se dispone de registros escritos de la confirmación de ambos diagnósticos por parte del asegurado”.

Respecto a esto último, debo precisar que en Agosto del 2012 solicité un seguro de salud que se me fue asignado con la póliza N° 7664910, al momento de llenar el formulario de afiliación fui consultado, por el personal de Pacífico que ofrece dichos seguros, a consignar las molestias que había sentido y me trataba bajo la cobertura de la EPS; se indicó en ese entonces, rinitis alérgica y hemorroides (nunca me entregaron copia del formulario llenado). La póliza N° 7664910 se vino pagando puntualmente, pero no estuvo activa y ya fue anulada el 31.Jul.2013 y la nueva póliza N° 9797782 (vigente desde el 31.Jul.2013) pretende consignar nuevamente las preexistencias.

Sin perjuicio, de la sustentación de mi reclamo por las preexistencias señaladas en la nueva póliza N° 9797782 (que aún no me la entregan) ya en sí la póliza N° 7664910 donde se consignaron las mismas preexistencias y en la que se ampara la aseguradora para mantener las exclusiones (rinitis alérgica y hemorroides), habría violado la Ley N°28770.



De la póliza N° 7664910, en la que se apoya la aseguradora para mantener las preexistencias para la nueva póliza N° 9797782, dice en su artículo 8º de las condiciones generales a la letra: "a) *PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.*"

De lo expuesto, en el párrafo anterior, se desprende que la Aseguradora se contradice ya desde la póliza que emitió desde Agosto del 2012 porque su precedente es la póliza de la EPS.

Además, para sustentar mi reclamo detallo cronológicamente las coberturas de salud con Pacífico:

- 1) EPS – Octubre del 2011 a Julio del 2013.
- 2) Seguro de Salud, Póliza N° 7664910 desde el 05.Set.2012 al 31.Jul.2013.
- 3) Seguro de Salud, Póliza N° 9797782 desde el 31.Jul.2013 según me manifestaron telefónicamente, pues aún no me hacen llegar dicha póliza.

Debo agregar, además, que de acuerdo al reglamento de la Ley N°29878 en el ítem 3.2 del artículo 3º *Derecho de Renovación* a la letra dice: "(...) una vez que los asegurados a título individual dejen de formar parte del grupo asegurado, podrán contratar un seguro individual con la misma empresa de seguros que le dio la cobertura colectiva, considerándose la contratación como una renovación de la cobertura anterior, con la misma o mayor cobertura pactada de manera colectiva (...)"

Debo precisar, además, que yo observé ya desde la póliza N° 7664910 (Agosto-2012) que se indicaban preexistencias; al personal que ofrece los seguros de Pacífico, ya vendedora manifestó verbalmente "que no habría problema alguno y que consignar las dolencias en el formulario que se llena tiene carácter informativo y no significa la exclusión alguna".

En ese sentido, se justifica y ratifica mi reclamo.

Por lo expuesto, reitero mi solicitud inicial a la Comisión de Protección al Consumidor.

A efectos de lo cual cumplo con adjuntar los siguientes medios probatorios:

- a) Copia de respuesta de Carta de Pacífico Seguros recibida el 05.Set.2013.
- b) Copia de primera página de la Póliza N° 7664910.
- c) Copia del artículo N° 8 consignado en la Póliza N° 7664910.
- d) Copia del Glosario consignado en la Póliza N° 7664910.

OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO
DNI: 41161228

EXPEDIENTE N° : 582-2013/CC1
DENUNCIANTE : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO
 (EL SEÑOR SEGOVIA)
DENUNCIADA : EL PACÍFICO PERUANO-SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y
 REASEGUROS S.A.
 (PACIFICO SEGUROS)
MATERIA : ADMISIÓN A TRÁMITE
RESOLUCIÓN N° : 1

Lima, 26 de setiembre de 2013

I. HECHOS

1. Mediante escritos del 28 de agosto y 6 de setiembre de 2013, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por presuntas infracciones de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor¹ (en adelante, el Código), señalando lo siguiente:
 - (i) Entre los meses de setiembre de 2011 y julio de 2013 contrató un seguro de salud con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, Pacífico EPS), el cual cubría el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides.
 - (ii) En agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, contrató con Pacífico Seguros un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910), que incluía como preexistencias las enfermedades que padecía —rinitis aguda y hemorroides—; sin embargo, se le indicó que dicha circunstancia era solo para efectos informativos y que tales enfermedades no serían excluidas. Esta póliza fue posteriormente anulada el 31 de julio de 2013.
 - (iii) El 31 de julio de 2013, al concluir el contrato del seguro con Pacífico EPS, suscribió un nuevo contrato de seguro de salud (Póliza N° 9797782) con Pacífico Seguros.
 - (iv) El 17 de agosto de 2013 acudió a la Clínica Jockey Salud para continuar con su tratamiento. Sin embargo, le indicaron que la rinitis alérgica y hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y, por tanto, no se encontraban cubiertas.
 - (v) Pese a haber suscrito con Pacífico Seguros la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, no ha recibido copia de dicho documento.
2. En ese sentido, el señor Segovia solicitó:

¹ Publicada el 2 de setiembre de 2010 en el diario oficial El Peruano y vigente a partir del 2 de octubre de 2010.

- (i) Se ordenara a Pacífico Seguros otorgar la cobertura correspondiente ante cualquier enfermedad que pueda padecer, debido a que no tenía preexistencias.
- (ii) Se ordenara a Pacífico Seguros que cumpla con proporcionar los medicamentos necesarios para su tratamiento.
- (iii) La aplicación de una sanción ejemplar a Pacífico Seguros.
- (iv) El pago de las costas y costos del procedimiento.

II. DE LA ADMISIÓN A TRÁMITE DE LA DENUNCIA

3. La Secretaría Técnica de la Comisión, en ejercicio de sus facultades², considera que el hecho denunciado, consistente en que Pacífico Seguros se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Segovia, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes; involucraría una posible afectación a las expectativas del denunciante, quien no habría encontrado una correspondencia entre lo que esperaba recibir de parte de la denunciada y lo que realmente recibió. Por tanto, corresponde calificar el hecho materia de denuncia como una presunta infracción del deber de idoneidad³, tipificado en los artículos 18° y 19° del Código⁴.

² LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 105°.- El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la propiedad intelectual (Indecopi) es la autoridad con competencia primaria y de alcance nacional para conocer las presuntas infracciones a las disposiciones contenidas en el presente Código, así como para imponer las sanciones y medidas correctivas establecidas en el presente capítulo, conforme al Decreto Legislativo núm. 1033, Ley de Organización y Funciones del Indecopi. Dicha competencia solo puede ser negada cuando ella haya sido asignada o se asigne a favor de otro organismo por norma expresa con rango de ley.

DECRETO LEGISLATIVO N° 1033 - DECRETO LEGISLATIVO QUE APRUEBA LA LEY DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL - INDECOPI.-

Artículo 27°.- De la Comisión de Protección al Consumidor.-

Corresponde a la Comisión de Protección al Consumidor velar por el cumplimiento de la Ley de Protección al Consumidor y de las leyes que, en general, protegen a los consumidores de la falta de idoneidad de los bienes y servicios en función de la información brindada, de las omisiones de información y de la discriminación en el consumo, así como de aquellas que complementen o sustituyan a las anteriores.

DECRETO LEGISLATIVO N° 807 - LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI FACULTADES DE LAS COMISIONES Y OFICINAS DEL INDECOPI.-

Artículo 24°.- El Secretario Técnico se encargará de la tramitación del procedimiento. Para ello, cuenta con las siguientes facultades:

(...)

c) Admitir denuncias a trámite, en aquellos casos en que la Comisión le haya delegado esta facultad.

³ LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 18°.- Idoneidad

Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.

La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para lo cual ha sido puesto en el mercado.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

⁴ LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 19°.- Obligación de los proveedores

4. Asimismo, la Secretaría Técnica de la Comisión considera que el hecho denunciado consistente en que Pacífico Seguros no habría proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782, vinculada al seguro de salud contratado; involucraría una afectación al deber de protección mínima del contrato de consumo, en la medida que tal consumidor no podría contar con la información contenida en los documentos que suscribió al celebrar el contrato de seguro celebrado con Pacífico Seguros. En consecuencia, corresponde calificar el hecho materia de denuncia como una infracción del literal e) del artículo 47° del Código⁵.
5. En tanto la denuncia reúne los requisitos establecidos por la norma citada, corresponde admitirla a trámite.

III. REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN

6. A efectos de tener mayores elementos que sirvan para la resolución definitiva del presente caso, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1, en ejercicio de las facultades que la ley le confiere⁶, conviene en requerir a Pacífico Seguros que cumpla con presentar, en un plazo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de notificada la presente resolución una copia completa, legible y debidamente suscrita de la Póliza N° 9797782, vinculada al seguro de salud contratado por el señor Segovia, así como de sus respectivos anexos.

El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.

⁵ **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**

Artículo 47°.- Protección mínima del contrato de consumo

En los contratos de consumo se observa lo siguiente:

(...)

- e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor.

⁶ **DECRETO LEGISLATIVO N° 807 - LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPÍ FACULTADES DE LAS COMISIONES Y OFICINAS DEL INDECOPÍ.-**

Artículo 1°.- Las Comisiones y Oficinas del INDECOPÍ gozan de las facultades necesarias para desarrollar investigaciones relacionadas con los temas de su competencia. Dichas facultades serán ejercidas a través de las Secretarías Técnicas o Jefes de Oficinas y de los funcionarios que se designen para tal fin. Podrán ejercerse dentro de los procedimientos iniciados o en las investigaciones preliminares que se lleven a cabo para determinar la apertura de un procedimiento.

Artículo 2°.- Sin que la presente enumeración tenga carácter taxativo cada Comisión, Oficina o Sala del Tribunal del INDECOPÍ tiene las siguientes facultades:

- a) Exigir a las personas naturales o jurídicas la exhibición de todo tipo de documentos, incluyendo los libros contables y societarios, los comprobantes de pago, la correspondencia comercial y los registros magnéticos incluyendo, en este caso, los programas que fueran necesarios para su lectura; así como solicitar información referida a la organización, los negocios, el accionariado y la estructura de propiedad de las empresas.

(...)

IV. RESOLUCIÓN DE LA SECRETARÍA TÉCNICA

PRIMERO: admitir a trámite la denuncia del 28 de agosto de 2013, complementada el 6 de setiembre de 2013, interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., conforme a lo siguiente:

- (i) Por presunta infracción de los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.
- (ii) Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.

SEGUNDO: tener por ofrecidos los medios probatorios presentados en los escritos del 28 de agosto y 6 de setiembre de 2013.

TERCERO: requerir a El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. cumpla con:

- (i) Presentar documentos que acrediten su inscripción en los Registros Públicos;
- (ii) presentar las facultades de representación de su representante legal en el presente procedimiento;
- (iii) señalar Número de Registro Único de Contribuyentes (RUC)⁷;
- (iv) presentar Comprobante de Información Registrada y/o documentos que acrediten su inscripción en la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria SUNAT;
- (v) fijar domicilio procesal para el procedimiento, de conformidad con el literal 1 del artículo 442° del Código Procesal Civil; y,
- (vi) en caso califique como micro empresa o pequeña empresa, presentar los documentos que acrediten su volumen de ventas o ingresos brutos percibidos el año anterior relativo a todas sus actividades económicas y el número de trabajadores

⁷ DECRETO LEGISLATIVO N° 943 - LEY DEL REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES.-

Artículo 4°.- De la exigencia del número de RUC

Todas las Entidades de la Administración Pública, principalmente las mencionadas en el Apéndice del presente Decreto Legislativo, y los sujetos del Sector Privado detallados en el citado Apéndice solicitarán el número de RUC en los procedimientos, actos u operaciones que la SUNAT señale. Dicho número deberá ser consignado en los registros o bases de datos de las mencionadas Entidades y sujetos, así como en los documentos que se presenten para iniciar los indicados procedimientos, actos u operaciones.

La veracidad del número informado se comprobará requiriendo la exhibición del documento que acredite la inscripción en el RUC o mediante la consulta por los medios que la SUNAT habilite para tal efecto.

La SUNAT mediante Resolución de Superintendencia podrá ampliar la relación de los sujetos o Entidades mencionados en el referido Apéndice.

con el que cuenta. Ello, a fin de que la Comisión pueda meritar dicha documentación, conforme lo establece el artículo 110° del Código⁸.

CUARTO: correr traslado de todo lo actuado a El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., para que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 26° del Decreto Legislativo N° 807, presente sus descargos en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado desde la notificación, vencido el cual, el Secretario Técnico declarará en rebeldía a la denunciada que no lo hubiera presentado. Debe precisarse que de conformidad con lo establecido por el numeral 223.1 del artículo 223° de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, las alegaciones y los hechos relevantes de la reclamación, salvo que hayan sido específicamente negadas en la contestación, se tendrán por aceptadas o meritadas como ciertas.

QUINTO: requerir a El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que, en el plazo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con presentar, en un plazo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de notificada la presente resolución, una copia completa, legible y debidamente suscrita de la Póliza N° 9797782, vinculada al seguro de salud contratado por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, así como de sus respectivos anexos.

SEXTO: informar a las partes que el artículo 110° del Código⁹ faculta a la Comisión a calificar las infracciones de la referida norma como leves, graves o muy graves e imponer

⁸ **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 110°.- Sanciones Administrativas

(...)

En el caso de las microempresas, la multa no puede superar el diez por ciento (10%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, relativos a todas sus actividades económicas, correspondientes al ejercicio inmediato anterior al de la expedición de la resolución de primera instancia, siempre que se haya acreditado dichos ingresos, no se encuentre en una situación de reincidencia y el caso no verse sobre la vida, salud o integridad de los consumidores. Para el caso de las pequeñas empresas, la multa no puede superar el veinte por ciento (20%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, conforme a los requisitos señalados anteriormente.

(...)

⁹ **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**

Artículo 110°.- El Indecopi puede sancionar las infracciones administrativas a que se refiere el artículo 108° con amonestación y multas de hasta cuatrocientos cincuenta (450) Unidades Impositivas Tributarias (UIT), las cuales son calificadas de la siguiente manera:

- a. Infracciones leves, con una amonestación o con una multa de hasta cincuenta (50) UIT).
- b. Infracciones graves, con una multa de hasta ciento cincuenta (150) UIT.
- c. Infracciones muy graves, con una multa de hasta cuatrocientos cincuenta (450) UIT).

En el caso de las microempresas, la multa no puede superar el diez por ciento (10%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, relativos a todas sus actividades económicas, correspondientes al ejercicio inmediato anterior al de la expedición de la resolución de primera instancia, siempre que se haya acreditado dichos ingresos, no se encuentre en una situación de reincidencia y el caso no verse sobre la vida, salud o integridad de los consumidores. Para el caso de las pequeñas empresas, la multa no puede superar el veinte por ciento (20%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, conforme a los requisitos señalados anteriormente.

La cuantía de las multas por las infracciones previstas en el Decreto Legislativo núm. 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, se rige por lo establecido en dicha norma, salvo disposición distinta del presente Código.

Las sanciones administrativas son impuestas sin perjuicio de las medidas correctivas que ordene el Indecopi y de la responsabilidad civil o penal que pueda corresponder.

sanciones que van desde una amonestación hasta una multa por un máximo de 450 Unidades Impositivas Tributarias, sin perjuicio de las medidas correctivas, reparadoras y complementarias, que puedan ordenarse de acuerdo a lo estipulado en el artículo 114° de la referida norma¹⁰.

¹⁰

LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 114°.- Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias. Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.

Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.

Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

Artículo 115°.- Medidas correctivas reparadoras

115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y pueden consistir en ordenar al proveedor infractor lo siguiente:

- a. Reparar productos.
- b. Cambiar productos por otros de idénticas o similares características, cuando la reparación no sea posible o no resulte razonable según las circunstancias.
- c. Entregar un producto de idénticas características o, cuando esto no resulte posible, de similares características, en los supuestos de pérdida o deterioro atribuible al proveedor y siempre que exista interés del consumidor.
- d. Cumplir con ejecutar la prestación u obligación asumida; y si esto no resulte posible o no sea razonable, otra de efectos equivalentes, incluyendo prestaciones dinerarias.
- e. Cumplir con ejecutar otras prestaciones u obligaciones legales o convencionales a su cargo.
- f. Devolver la contraprestación pagada por el consumidor, más los intereses legales correspondientes, cuando la reparación, reposición, o cumplimiento de la prestación u obligación, según sea el caso, no resulte posible o no sea razonable según las circunstancias.
- g. En los supuestos de pagos indebidos o en exceso, devolver estos montos, más los intereses correspondientes.
- h. Pagar los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción administrativa.
- i. Otras medidas reparadoras análogas de efectos equivalentes a las anteriores.

115.2 Las medidas correctivas reparadoras no pueden ser solicitadas de manera acumulativa conjunta, pudiendo plantearse de manera alternativa o subsidiaria, con excepción de la medida correctiva señalada Código de Protección y Defensa del Consumidor en el literal h) que puede solicitarse conjuntamente con otra medida correctiva. Cuando los órganos competentes del Indecopi se pronuncian respecto de una medida correctiva reparadora, aplican el principio de congruencia procesal.

115.3 Las medidas correctivas reparadoras pueden solicitarse en cualquier momento hasta antes de la notificación de cargo al proveedor, sin perjuicio de la facultad de secretaría técnica de la comisión de requerir al consumidor que precise la medida correctiva materia de solicitud. El consumidor puede variar su solicitud de medida correctiva hasta antes de la decisión de primera instancia, en cuyo caso se confiere traslado al proveedor para que formule su descargo.

115.4 Corresponde al consumidor que solicita el dictado de la medida correctiva reparadora probar las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas causadas por la comisión de la infracción administrativa.

115.5 Los bienes o montos objeto de medidas correctivas reparadoras son entregados por el proveedor directamente al consumidor que los reclama, salvo mandato distinto contenido en la resolución. Aquellos bienes o montos materia de una medida correctiva reparadora, que por algún motivo se encuentran en posesión del Indecopi y deban ser entregados a los consumidores beneficiados, son puestos a disposición de estos.

115.6 El extremo de la resolución final que ordena el cumplimiento de una medida correctiva reparadora a favor del consumidor constituye título ejecutivo conforme con lo dispuesto en el artículo 688 del Código Procesal

SÉTIMO: informar a las partes que conforme a lo establecido en el artículo 39° del Decreto Legislativo N° 807¹¹, los gastos por los peritajes realizados, actuación de pruebas, inspecciones y otros derivados de la tramitación del proceso serán de cargo de la parte que solicita la prueba, salvo pacto en contrario. Si la ordenara de oficio el INDECOPI, será de cargo de la parte vencida. En todos los casos, la resolución final determinará si los gastos deben ser asumidos por alguna de las partes, o reembolsados a la otra parte o al INDECOPI, según sea el caso, de manera adicional a la sanción que haya podido imponerse.

OCTAVO: comunicar a las partes que, de acuerdo a lo señalado por el artículo 29° del Decreto Legislativo N° 807, hasta antes de la emisión de la Resolución Final tienen la posibilidad de solicitar se les cite a una audiencia de conciliación. En este sentido corresponde informar a las partes que, en caso deleguen a favor de tercera persona su actuación en la diligencia programada, esta deberá presentar un poder especial con firma legalizada ante Notario Público, donde conste expresamente su facultad para asistir y

Civil, una vez que quedan consentidas o causan estado en la vía administrativa. La legitimidad para obrar en los procesos civiles de ejecución corresponde a los consumidores beneficiados con la medida correctiva reparadora.

- 115.7 Las medidas correctivas reparadoras como mandatos dirigidos a resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas originadas por la infracción buscan corregir la conducta infractor y no tienen naturaleza indemnizatoria; son dictadas sin perjuicio de la indemnización por los daños y perjuicios que el consumidor puede solicitar en la vía judicial o arbitral correspondiente. No obstante se descuenta de la indemnización patrimonial aquella satisfacción patrimonial deducible que el consumidor haya recibido a consecuencia del dictado de una medida correctiva reparadora en sede administrativa.

Artículo 116°.- Medidas correctivas complementarias

Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:

- a. Que el proveedor cumpla con atender la solicitud de información requerida por el consumidor, siempre que dicho requerimiento guarde relación con el producto adquirido o servicio contratado.
- b. Declarar inexigibles las cláusulas que han sido identificadas como abusivas en el procedimiento.
- c. El decomiso y destrucción de la mercadería, envases, envolturas o etiquetas.
- d. En caso de infracciones muy graves y de reincidencia o reiterancia:
 - (i) Solicitar a la autoridad correspondiente la clausura temporal del establecimiento industrial, comercial y de servicios por un plazo máximo de seis (6) meses.
 - (ii) Solicitar a la autoridad competente la inhabilitación, temporal o permanente, del proveedor en función de los alcances de la infracción sancionada.
- e. Publicación de avisos rectificatorios o informativos en la forma que determine el Indecopi, tomando en consideración los medios que resulten idóneos para revertir los efectos que el acto objeto de sanción ha ocasionado.
- f. Cualquier otra medida correctiva que tenga el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro.

El Indecopi está facultado para solicitar a la autoridad municipal y policial el apoyo respectivo para la ejecución de las medidas correctivas complementarias correspondientes.

¹¹ **DECRETO LEGISLATIVO N° 807 - LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI FACULTADES DE LAS COMISIONES Y OFICINAS DEL INDECOPI.-**

Artículo 29°.- En cualquier estado del procedimiento, e incluso antes de admitirse a trámite la denuncia, el Secretario Técnico podrá citar a las partes a audiencia de conciliación. La audiencia se desarrollará ante el Secretario Técnico o ante la persona que éste designe. Si ambas partes arribaran a un acuerdo respecto de la denuncia, se levantará un acta donde conste el acuerdo respectivo, el mismo que tendrá efectos de transacción extrajudicial. En cualquier caso, la Comisión podrá continuar de oficio el procedimiento, si del análisis de los hechos denunciados considera que podría estarse afectando intereses de terceros.

conciliar en su representación¹². Ello bajo apercibimiento de no realizar la audiencia de conciliación y levantar el acta de inasistencia correspondiente.



ERICKSON MOLINA PRADEL
Secretario Técnico
Comisión de Protección al Consumidor N° 1



¹²

CÓDIGO PROCESAL CIVIL.-

Artículo 74º.- La representación judicial confiere al representante las atribuciones y potestades generales que corresponden al representado, salvo aquellas para las que la ley exige facultades expresas. La representación se entiende otorgada para todo el proceso, incluso para la ejecución de la sentencia y el cobro de costas y costos, legitimando al representante para su intervención en el proceso y realización de todos los actos del mismo, salvo aquellos que requieran la intervención personal y directa del representado.

Artículo 75º.- Facultades Especiales.- Se requiere el otorgamiento de facultades especiales para realizar todos los actos de disposición de derechos sustantivos y para demandar, reconvenir, contestar demandas y reconveniones, desistirse del proceso y de la pretensión, allanarse a la pretensión, conciliar, transigir, someter a arbitraje las pretensiones controvertidas en el proceso, sustituir o delegar la representación procesal y para los demás actos que exprese la ley. El otorgamiento de facultades especiales se rige por el principio de literalidad. No se presume la existencia de facultades especiales no conferidas explícitamente.

TJUC
000054
BNeja
cy

Exp. N°	582-2013/CC1
Escrito N°	03
Sumilla	Presentamos Descargos

A LA COMISION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR N° 1 DEL INDECOPI:

NOV 15 PM 2:57
145567
UNIDAD DE GESTION
DOCUMENTACION

EL PACÍFICO PERUANO SUIZA-COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante "PACÍFICO SEGUROS"), con RUC N° 20100035392, debidamente representada por Francisco Javier Monge Zegarra, identificado con DNI N° 10812831, según poder que consta en autos, con domicilio real y procesal en Avenida Juan de Arona 830, Distrito de San Isidro, Ciudad y Departamento de Lima, en los seguidos por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, **EL SEÑOR SEGOVIA**), por supuesta infracción de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, a Ustedes atentamente decimos:

Por Resolución N° 1, la cual se nos fue notificada el 02 de octubre del 2013, la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI (en adelante, la Comisión) admitió a trámite la denuncia interpuesta por **EL SEÑOR SEGOVIA** contra **PACIFICO SEGUROS**, por una supuesta infracción a los artículos 18°, 19° y 47° literal e) del Código, según el siguiente detalle:

- "(i) Pacífico Seguros se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes (artículos 18° y 19° del Código); y,*
- (ii) Pacífico Seguros no habría proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado (artículo 47°, literal e)".*

Con fecha 11 de octubre del 2013, **PACIFICO SEGUROS** solicitó a la Comisión una prórroga del plazo otorgado para proceder con la contestación de la denuncia.



Por Resolución N° 3, notificada a **PACIFICO SEGUROS** con fecha 08 de noviembre del 2013, se concedió otorgar un plazo adicional de cinco (05) días hábiles para la presentación de los descargos correspondientes.

Dentro del plazo establecido, procedemos a contestar la denuncia, negando y contradiciendo los hechos que se nos imputan con los siguientes fundamentos de hecho y de derecho, que demuestran que no hemos incurrido en las presuntas infracciones del Código.

I. FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO

1. Pacífico Seguros ofrece dentro de sus servicios la posibilidad de contratar el beneficio del Seguro de Continuidad¹, el cual se describe como un seguro de salud que brinda cobertura en atenciones médicas en forma paralela a un Plan de Salud ofrecido por una Entidad Prestadora de Salud (en adelante, EPS), como lo es Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (Pacífico Salud). Al respecto, el beneficio de dicho seguro permite que las atenciones médicas realizadas -desde el inicio de la referida Póliza y no antes- mediante la cobertura de su EPS no se consideren como enfermedades preexistentes; ello teniendo presente que Pacífico Seguros no es una EPS y no ofrece Planes de Salud dentro de sus servicios, siendo Pacífico Salud una empresa diferente a la nuestra.
2. Con fecha 04 de setiembre del 2012, el señor Segovia presentó a Pacífico Seguros su solicitud de Seguro de Salud N° 0565352, a fin de afiliarse al Seguro de Salud Total con beneficio de continuidad para que sus atenciones médicas mediante su EPS, desde la fecha de inicio del nuevo contrato de seguros, no sean consideradas como enfermedades preexistentes (**ANEXO 3-A**).

¹ <http://www.pacificoseguros.com/site/Personas/Salud/Seguro-de-Continuidad.aspx>

3. Desde el 05 de setiembre del 2012 hasta el 05 de setiembre del 2013, el señor Segovia contrató con Pacífico Seguros el Seguro de Salud Total, mediante el beneficio de continuidad (del cual se detallará su naturaleza más adelante), identificado con Póliza N° 7664910. Al respecto, sobre su cobertura se estableció en la Cláusula de Exclusión que -de acuerdo a los antecedentes médicos del señor Segovia al inicio del seguro- la Póliza no cubriría ningún tratamiento médico relacionado con diagnósticos por Hemorroides y/o Rinitis Alérgica, según se puede apreciar en el adjunto **(ANEXO 3-B)** que detalla anexado los endosos (Convenio de Pago de Primas, Aviso de Cobranza, Sumario de la Póliza, Detalle del Seguro, Tabla de Beneficios y Resumen) y las cláusulas especiales (contenidas en Condiciones Generales y Particulares).
4. Posteriormente, ante su cese laboral en su empresa empleadora, el señor Segovia nos informó el fin de su relación laboral y, consecuente, desafiliación al Plan de Salud contratado por Tarjeta Naranja Perú S.A.C. con Pacífico Salud; solicitando así el inicio de su beneficio de continuidad sobre Seguro de Salud Total, emitiéndose a su favor la Póliza N° 9797782 **(ANEXO 3-C)**, con el mismo detalle de su anterior Póliza N° 7664910 respecto a la Cláusula de Exclusión de no cobertura sobre tratamientos médicos relacionados con diagnósticos por Hemorroides y/o Rinitis Alérgica.
5. Con fecha 24 de agosto del 2013, vía correo electrónico, el señor Segovia presentó un reclamo **(ANEXO 3-D)** ante Pacífico Seguros por no encontrarse de acuerdo con las preexistencias establecidas en su Póliza, solicitando se le brinde cobertura sobre su atención médica por rinitis en la Clínica Jockey Salud.
6. Con fecha 05 de setiembre del 2013, Pacífico Seguros dio respuesta a su reclamo indicando que Pacífico Seguros no es una EPS y que las enfermedades de Rinitis Alérgica y Hemorroides son enfermedades previas al ingreso a su seguro contratado con nuestra empresa por lo cual son consideradas como preexistencias **(ANEXO 3-E)**.

7. Con fecha 28 de agosto del 2013, al no encontrarse conforme con nuestro servicio, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por presunta infracción al Código.

II. FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO

II.1. Deber de Idoneidad

1. A nivel legal, el Deber de Idoneidad de los proveedores se encuentra consagrado en el Artículo 19° del Código, en los siguientes términos:

Artículo 19°.- El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el encase, en lo que corresponda”.

2. A nivel doctrinario, en relación al Deber de Idoneidad, **Bullard** señala lo siguiente:

“[En] los llamados casos de idoneidad (...) se sanciona a aquellas empresas que no ofrecieron bienes o servicios idóneos dentro de lo que hubiera esperado recibir un consumidor razonable. Por idoneidad se entiende (...) la adecuación entre lo que un consumidor razonable esperaría recibir y lo que recibe en realidad en la transacción de consumo, dadas las circunstancias (...).”²

(El subrayado, resaltado y agregado es nuestro).

² **BULLARD, Alfredo.** “El Derecho a Equivocarse. La Contratación Masiva y la Protección al Consumidor”. En: “Derecho y Economía: el análisis económico de las instituciones legales”. Lima: Palestra, 2003. p. 433

3. En conclusión, el Deber de Idoneidad consiste en brindar el servicio en función de lo que espera recibir el consumidor, de acuerdo a la información que le proporcionó el proveedor, es decir, se presentará un caso de Servicio No Idóneo cuando no exista coincidencia entre lo ofertado por el proveedor al consumidor de manera previa a la contratación del servicio y el servicio efectivamente brindado en la práctica por el proveedor al consumidor.

II.2. Refutación de los cargos imputados a PACIFICO SEGUROS

Sobre el particular, cabe recordar que los cargos imputados por su Comisión en la Resolución N° 1 por presunta infracción al Código, se precisa en que:

- “(i) Pacífico Seguros se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes (artículos 18° y 19° del Código); y,*
(ii) Pacífico Seguros no habría proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado (artículo 47°, literal e)”.

En primer lugar, debemos indicar que Pacífico Seguros no ha incurrido en ninguna infracción a la normativa de protección al consumidor conforme a los argumentos que procederemos a exponer:

A. **SOBRE LA NO CONTINUIDAD DE UN PLAN DE SALUD CON UNA PÓLIZA DE SEGUROS:**

1. En primer lugar, consideramos pertinente definir que Pacífico Seguros es una persona jurídica de derecho privado, regulada por la Ley N° 26702 – Ley General

del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP's, y por las demás disposiciones legales que le son aplicables, cuyo objeto social es el de efectuar contratos de seguros, operaciones de coaseguro y reaseguro en todos los riesgos; no siendo parte de nuestros servicios ofrecer al mercado planes de salud, pues los mismos corresponde a una EPS.

2. Por otro lado, debe señalarse también que Pacífico Salud es una empresa distinta a Pacífico Seguros, la cual ofrece servicios diferenciados a los nuestros, pues su social exclusivo es brindar cobertura a las prestaciones médicas que requieran nuestros asegurados y/o sus derechohabientes en el marco de lo establecido por las Leyes N° 26790 y 29344, así como a sus normas complementarias, a través de nuestras entidades vinculadas.
3. En el caso, el señor Segovia poseía un Plan de Salud el cual había sido contratado por su entidad empleadora, la empresa Tarjeta Naranja Perú S.A.C. contratada con Pacífico Salud, el cual estableció su vigencia entre el 01 de octubre del 2012 hasta el 31 de julio del 2013. En este punto, debe señalarse que Pacífico Salud es una empresa distinta a Pacífico Seguros, la cual ofrece servicios diferenciados a los nuestros, pues su social exclusivo es brindar cobertura a las prestaciones médicas que requieran nuestros asegurados y/o sus derechohabientes en el marco de lo establecido por las Leyes N° 26790 y 29344, así como a sus normas complementarias, a través de nuestras entidades vinculadas.
4. Como se puede apreciar de lo mencionado, Pacífico seguros y Pacífico Salud al ser personas jurídicas distintas que no mantienen entre sí ninguna obligación legal de considerar las atenciones médicas cubiertas por sus Pólizas o sus Planes de Salud como diagnósticos sujetos a mantener continuidad entre ellos. De ésta manera, la exclusión de las enfermedades diagnosticadas durante la vigencia de su EPS se debe a el supuesto en el que se encuentra el señor Segovia no encaja dentro de lo dispuesto en la Ley N° 28770, Ley que Regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica

con la misma compañía de seguros a la se estuvo afiliado en el período inmediato anterior, ni en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.

5. Precisamente, no es posible aplicar el beneficio establecido en la Ley N° 28770 porque el mismo está referido para un cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud, no para la variación de un seguro de salud a un plan de salud ofrecido por una EPS, como bien se puede apreciar de su artículo 1°, según el siguiente texto:

“Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior”.

6. Por su parte, tampoco configura dentro del ámbito de aplicación de la referida Ley N° 29561, en la medida que el mismo supone en los afiliados una protección en la cobertura de sus preexistencias ante un cambio de EPS o del centro laboral, tal y como se puede apreciar del texto del artículo 1°, a continuación:

"Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes".

7. De lo señalado, se desprende entonces que Pacífico Seguros no mantiene respecto al señor Segovia la obligación de brindar cobertura sobre las atenciones médicas que se relacionen con diagnósticos previos a la contratación de su Seguro de Salud Total, identificado con las Pólizas N° 7664910 y 9797782, aun cuando estos sean cubiertos por una EPS mediante un Plan de Salud; pues el derecho de continuidad -previstos en las Leyes N° 29561 y N° 28770- aplica cuando se realiza un cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS por otra, respectivamente, no siendo así de una EPS a un seguro de salud o viceversa.
8. En el caso, atendiendo a la no cobertura que se realiza entre enfermedades diagnósticas previamente a la contratación de un seguro de salud, es que Pacífico Seguros ofrece dentro de sus diferentes productos, la posibilidad de contratar el beneficio del Seguro de Continuidad, el cual ofrece la cobertura de diagnósticos médicos que se atiendan o descubran mediante la cobertura de una EPS en un Plan de Salud. Es decir, Pacífico Seguros a través del Seguro de Continuidad permite mantener cobertura de enfermedades atendidas ajenas a su póliza, pese a que las mismas se realicen en el marco de una EPS, siempre que éstas se desarrollen desde la fecha de inicio de su contrato hacia adelante.

B. RESPECTO A LAS EXCLUSIONES DE RINITIS ALÉRGICA Y HEMORROIDES:

9. Como se ha demostrado en el punto precedente, Pacífico Seguros no se encuentra obligado a cubrir enfermedades diagnosticadas previamente al inicio de sus pólizas contratadas, pues las mismas encajan toda enfermedad diagnosticada previamente o con origen anterior a la entrada de vigencia de la Póliza N° 9709474 será considerada excluida de la cobertura por definirse en sí misma dentro del artículo 8° del Condicionado General³, que detalla dentro de las exclusiones aquellos gastos derivados de las preexistencias. Asimismo, por el artículo 32° del Condicionado General, del referido Condicionado General, que define a las preexistencias como aquellas enfermedades diagnosticadas sobre el asegurado previamente al ingreso a la cobertura, según el siguiente texto:

“Artículo 32º

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

PREEXISTENCIA

Toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, SÍNDROME o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del ASEGURADO, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura”.

(El subrayado y resaltado es nuestro)

10. El señor Segovia presenta en sus antecedentes médicos dos diagnósticos, Rinitis Alérgica y Hemorroides, previo al inicio de su contrato de seguros, de fecha 22 de octubre del 2011 y del 04 de abril del 2012, respectivamente. La existencia de dichos antecedentes médicos se evidencian, adicionalmente de sus antecedentes

³

CONDICIONADO GENERAL

Artículo 8°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por la COMPAÑÍA u otra registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el periodo inmediatamente anterior a la presente Póliza.*

- médicos, del mismo reconocimiento que realiza el denunciante mediante su correo electrónico de fecha 07 de setiembre del 2012 en los cuales indica su conocimiento sobre sus atenciones previas a la vigencia de la Póliza N° 7664910.
11. De lo mencionado, se concluye que es válido que Pacífico Seguros oponga la exclusión de cobertura de los diagnósticos de Rinitis Alérgica y Hemorroides, en la medida que los mismos encajan dentro de lo que se define como una preexistencia, por ser enfermedades con existencia y atención previa al ingreso a la póliza, sin importar que las mismas hayan sido atendidas bajo la cobertura de una EPS.
 12. Por otro lado, consideramos pertinente referirnos a que el señor Segovia en su Solicitud de Seguro (*ver Anexo 5-B*), en la parte que declara su salud, no brinda detalles de sus diagnósticos previos en la EPS, lo cual evidencia la falta de buena fe de la denunciante por haber realizado una declaración reticente⁴ sobre sus antecedentes médicos.

4

CONDICIONADO GENERAL**Artículo 26º****DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE**

Este contrato se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del ASEGURADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia del presente contrato, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada la COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la Póliza, a partir de la fecha de dicha declaración.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.

La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de la situación de salud del ASEGURADO o sus DEPENDIENTES inscritos, formulada de manera intencional o no.

La declaración falsa y la declaración reticente del ASEGURADO constituyen causal de nulidad de la Póliza, aun cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por la COMPAÑÍA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive anularlo.

C. RESPECTO A LA NO ENTREGA DE LA PÓLIZA 9797782:

13. Adjuntamos a la presenta el cargo de recepción de la Póliza N° 9797782 que demuestra que la entrega del seguro contratado y sus anexos fueron remitidos a la dirección del denunciante en fecha 18 de octubre del 2013 (ANEXO 3-F)
14. Por todo lo mencionado, las imputaciones respecto de la supuesta conducta infractora de Pacífico Seguros conforme a los hechos narrados en el presente escrito son infundadas, en tanto que se nosotros únicamente nos hemos limitado a aplicar lo establecido en la normativa correspondiente, según ha quedado demostrado.
15. En atención a las consideraciones planteadas en el presente escrito, debe declararse INFUNDADA la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra Pacífico Seguros, en todos sus extremos, en la medida que ha quedado plenamente acreditado el hecho de que nuestra empresa no ha incurrido en infracción alguna a la normativa del Código de Protección al Consumidor.

POR TANTO:

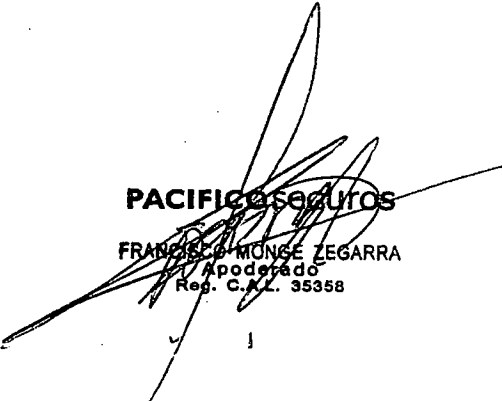
A USTED SEÑOR SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR N° 1 DEL INDECOPI: Sírvase tener por contestada la denuncia interpuesta por la señora Seminario y proveer con arreglo a Ley.

PRIMER OTROSI DECIMOS.- Que, cumpliendo con el requerimiento efectuado, adjuntamos al presente escrito, los siguientes documentos: (i) inscripción en Registros Públicos de Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.; (ii) copia simple de las facultades del apoderado legal, junto a su DNI; y, (iii) impresión extraída de SUNAT de la Consulta RUC de Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.

SEGUNDO OTROSI DECIMOS.- Nos reservamos el derecho de ampliar nuestros descargos respecto del presente procedimiento.

TERCER OTROSI DECIMOS.- Que acompañamos copia del presente escrito para la contraparte.

Lima, 15 de noviembre del 2013



PACIFICOS SEGUROS
FRANCISCO MONSE ZEGARRA
Apoderado
Reg. C.A.L. 35358

ANEXO 3-A

157467

Folio: 4 Copias: 1

Indecopi

Borja 01.83
CC1

San Borja, 06 de diciembre de 2013
2013 DIC 6 PM 12:46

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE
DOCUMENTARIO

Sres. COMISION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR N°01 DEL INDECOPI

Referencia: Expediente: N° 582-2013/CC1

Yo, OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO, identificado con DNI N° 41161228, con domicilio en la Av. 10 de Junio s/n Cdra. 8 – Condominio Los Parques de San Martín de Porres – Dpto. E-1004, San Martín de Porres – Lima, ante Uds. presento mis descargos al documento presentado por Pacífico Peruano Suiza-Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros) al INDECOPI el 15.Nov.2013 (según sello de cargo del INDECOPI) y que se me fue notificado el día 25.Nov.2013 de acuerdo a la resolución N° 03 del expediente N° 582-2013/CC1 (se entiende que es la cuarta resolución del INDECOPI respecto al presente expediente, pues la tercera que recibí fue la que le extendió el plazo a Pacífico Seguros para contestar la denuncia).

Respecto a lo manifestado por Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros) tengo que decir:

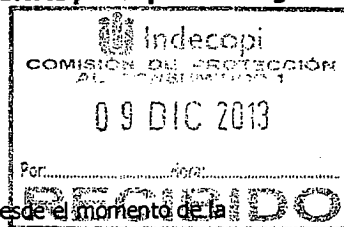
Según lo señalado en el punto 1: donde con superíndice "1" se indica el link (<http://www.pacificoseguros.com/site/Personas/Salud/Seguro-de-Continuidad.aspx>) que señala el producto Seguro de continuidad, ingresado al explorador de internet se encuentra la siguiente definición:

Seguro de Continuidad

El Seguro de Continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a la EPS o Seguro Médico Grupal. Con su contratación puedes tener la tranquilidad de saber que las enfermedades que puedan aparecer a lo largo de tu carrera profesional estarán cubiertas también en el futuro en caso de que decidas cambiar de trabajo y por ende de EPS, **con lo cual toda preexistencia será también cubierta por tu próximo seguro de salud.**

¿QUÉ TE OFRECEMOS?

- Garantiza la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación.
- Permite ampliar el Beneficio Máximo Anual que te brinda la EPS, esto quiere decir que si enfrentarás un evento médico cuyo costo es superior a tu cobertura de EPS, el Seguro de Continuidad cubriría la diferencia.
- De acuerdo al producto de salud elegido como asociado a tu Seguro de Continuidad, tendrás un descuento de hasta un 80% sobre la prima total de dicho producto.
- En caso decidas cambiar de trabajo y no cuentes con EPS, **te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindados por el producto de salud que elegiste afiliarte a tu seguro de continuidad.**



TODO SOBRE ESTE SEGURO:

¿Qué cubrimos?

Este seguro cubre todas las enfermedades que puedan haber sido detectadas mientras trabajabas y tenías una EPS y garantiza su cobertura futura en caso cambios de trabajo (y en consecuencia de EPS).

Claramente, en la definición, especifica la no exclusión de toda preexistencia.

Se adjunta impresión de la imagen de la pantalla del link <http://www.pacificoseguros.com/site/Personas/Salud/Seguro-de-Continuidad.aspx> donde aparece lo indicado líneas arriba. **Ver Anexo A.**

Según lo señalado en el punto 2: De lo expuesto en dicho punto, reitero que no tuve copia de la solicitud (tal como lo indiqué en el escrito presentado al INDECOPI el 06.Set.2013), según Pacífico Seguros solicitud con número N°0565352 de fecha 04.Set.2012, la misma en la que se solicitó el Seguro de Continuidad que originó la póliza N° 7664910, no obstante, vuelvo a manifestar que si se informó al momento de la afiliación que mi persona era tratada de Rinitis alérgica y Hemorroides. Tan es así, que luego de lo acontecido en la Clínica Jockey Salud (17.Ago.2013) descrito al realizar la denuncia y hecho mi reclamo el 24.Ago.2013 ante la aseguradora, Pacífico Seguros en su respuesta del 05.Set.2013 indica: **“-Se dispone de registros escritos de la confirmación de ambos diagnósticos por parte del asegurado (...)”**.

Adicionalmente, en la comunicación cursada al INDECOPI el 06.Set.2013 es mi persona quién indica, expresamente por escrito, en el penúltimo párrafo de la primera hora que yo consigné ya desde el 2012, al solicitar el seguro de continuidad, las preexistencias.

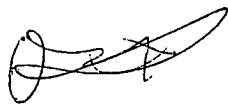
Respecto a la póliza N°9709474, mencionado por Pacífico Seguros en su escrito N°3, la desconozco.

Respecto al contrato de seguros de fecha 22 de octubre de 2011, mencionado por Pacífico Seguros en su escrito N°3, lo desconozco.

Respecto al anexo 5-B, mencionado por Pacífico Seguros en su escrito N°3, éste no aparece en la documentación alcanzada en el documento recibido el 25.Nov.2013. Por lo expuesto, se evidencia que Pacífico Seguros no cumplió con lo ofrecido. Asimismo, se rechaza la afirmación en la que se indica que mi persona haya actuado de mala fe.

Respecto a la póliza N°9797782, ésta recién fue recepcionada el 18.Oct.2013 después que yo me atendí en el Jockey Salud (el 17.Ago.2013), fecha además, posterior a la denuncia interpuesta al INDECOPI contra Pacífico Seguros (28.Ago.2013 y ampliada el 06.Set.2013). Es decir, después de 79 días desde el inicio de su vigencia (31.Jul.2013).

Atentamente,



Oscar E. Segovia Trauco
DNI N° 41161228



RESOLUCIÓN FINAL N° 501-2014/CC1

DENUNCIANTE : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO (EL SEÑOR SEGOVIA)
DENUNCIADA : EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.¹ (PACÍFICO SEGUROS)
MATERIAS : PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
IDONEIDAD
INFORMACIÓN
MEDIDA CORRECTIVA
GRADUACIÓN DE LA SANCIÓN
COSTAS Y COSTOS
ACTIVIDAD : PLANES DE SEGUROS GENERALES

SUMILLA: en el procedimiento iniciado por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., la Comisión ha resuelto lo siguiente:

- (i) **Declarar fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS.**
- (ii) **Declarar fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción al literal a) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que no proporcionó al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud.**
- (iii) **Ordenar como medida correctiva a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado desde el día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.**
- (iv) **Ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que cumpla con pagar al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco las costas y costos del procedimiento.**

SANCIÓN: 30 UIT
1 UIT

¹ Con Registro Único de Contribuyente (RUC) N° 20100035392.



Lima, 21 de mayo de 2014.

I. ANTECEDENTES

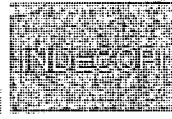
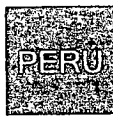
1.1 De la denuncia

1. Mediante escritos del 28 de agosto y 6 de setiembre de 2013, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por presuntas infracciones de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor² (en adelante, el Código), señalando lo siguiente:
 - (i) Entre los meses de setiembre de 2011 y julio de 2013 contrató un seguro de salud con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, Pacífico EPS), que cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, los cuales fueron diagnosticados el 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, respectivamente.
 - (ii) En agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, solicitó un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910) a Pacífico Seguros, la cual le indicó que el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides —cubierto por Pacífico EPS— no sería excluido. Esta póliza fue posteriormente anulada el 31 de julio de 2013.
 - (iii) El 31 de julio de 2013, al concluir el contrato del seguro con Pacífico EPS, suscribió con Pacífico Seguros un nuevo contrato de seguro (Póliza N° 9797782).
 - (iv) El 17 de agosto de 2013 acudió a la Clínica Jockey Salud para continuar con el tratamiento que venía recibiendo. Sin embargo, personal médico de dicho establecimiento de salud le indicó que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y que, por tanto, no serían cubiertas por el seguro contratado.
 - (v) Pese a haber suscrito con Pacífico Seguros la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, a la fecha de la interposición de la presente denuncia no ha recibido copia de dicho documento.

2. En ese sentido, el señor Segovia solicitó en calidad de medida correctiva, lo siguiente:
 - (i) Se ordene a Pacífico Seguros otorgar la cobertura correspondiente ante cualquier enfermedad que pueda padecer, en la medida que no tiene preexistencias.
 - (ii) Se ordene a Pacífico Seguros que cumpla con proporcionar los medicamentos necesarios para su tratamiento.
 - (iii) La aplicación de una sanción ejemplar a Pacífico Seguros.
 - (iv) El pago de las costas y costos del procedimiento.

1.2 De la admisión a trámite de la denuncia

² Publicada el 2 de setiembre de 2010 en el diario oficial El Peruano y vigente a partir del 2 de octubre de 2010.



3. Mediante Resolución N° 1 del 26 de setiembre de 2013, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 (en adelante, la Comisión) admitió a trámite la denuncia, considerando como presuntas infracciones las siguientes:

- (i) *Por presunta infracción de los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.*
- (ii) *Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.*

1.3 De la contestación de Pacífico Seguros

4. El 15 de noviembre de 2013, Pacífico Seguros presentó sus descargos señalando lo siguiente:

- (i) Es una compañía de seguros que dentro de sus servicios ofrece el beneficio denominado "Seguro de Continuidad", el cual brinda cobertura en atenciones médicas en forma paralela a un seguro de salud ofrecida por Pacífico EPS, permitiendo que las atenciones médicas realizadas mediante la cobertura de su EPS —a partir de su contratación— no se consideren como enfermedades preexistentes, teniendo presente que Pacífico Seguros no es una EPS y no ofrece Planes de salud dentro de sus servicios.
- (ii) Asimismo, indicó que el 5 de setiembre de 2012, el señor Segovia, haciendo uso del beneficio de continuidad, contrató un "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 7664910), consignándose como exclusión la cobertura por tratamientos médicos relacionados a su diagnóstico de rinitis alérgica y hemorroides.
- (iii) El 31 de julio de 2013, luego de que el señor Segovia cesó de laborar, solicitó el inicio del beneficio de continuidad para su "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 9797782), consignándose las mismas exclusiones contenidas en la póliza anterior.
- (iv) Pacífico Seguros y Pacífico EPS son personas jurídicas distintas que no mantienen entre sí ninguna obligación legal de considerar las atenciones médicas cubiertas por sus pólizas o planes de salud como diagnósticos sujetos a mantener continuidad entre ellos.



- (v) El derecho de continuidad previsto en la Ley N° 28770³ aplica solo cuando se realiza el cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS a otra, respectivamente, no aplicando cuando el cambio se dé de una EPS a un seguro de salud o viceversa. Por ello, indicó que resulta válida la exclusión de cobertura de los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides formulada por la compañía aseguradora, en la medida que estos encajarían dentro de lo que se define como una preexistencia, sin importar que hayan sido atendidas bajo la cobertura de Pacífico EPS.
- (vi) El 18 de octubre de 2013 se hizo entrega de la póliza del seguro contratado y sus anexos al domicilio del señor Segovia.

II. CUESTIONES EN DISCUSIÓN

5. Será materia de análisis en la presente resolución determinar:
- (i) si Pacífico Seguros, al negarse a brindar la cobertura del seguro contratado con el señor Segovia aduciendo que el tratamiento que solicita implicaba enfermedades preexistentes, infringió el deber de idoneidad previsto en los artículos 18° y 19° del Código;
 - (ii) si Pacífico Seguros, al no haber proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la póliza del seguro de salud contratado, infringió el literal e) del artículo 47° del Código;
 - (iii) si corresponde ordenar medidas correctivas;
 - (iv) si corresponde imponer una sanción; y,
 - (v) si corresponde ordenar el pago de costas y costos del procedimiento.

III. ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES EN DISCUSIÓN

3.1 Sobre el deber de idoneidad

6. En la medida que todo proveedor ofrece una garantía respecto de la idoneidad de los bienes y servicios que ofrece en el mercado, en función de la información transmitida expresa o tácitamente, para acreditar la infracción administrativa el consumidor, o la autoridad administrativa, debe probar la existencia del defecto, y será el proveedor el que tendrá que demostrar que dicho defecto no le es imputable para ser eximido de responsabilidad. La acreditación del defecto origina la presunción de responsabilidad —culpabilidad— del proveedor, pero esta presunción puede ser desvirtuada por el propio proveedor⁴.

³ Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior.

⁴ **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 18°.- Idoneidad
Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.
La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.



7. En efecto, una vez que se ha probado el defecto, sea con los medios probatorios presentados por el consumidor, o por los aportados de oficio por la Secretaría Técnica de la Comisión, si el proveedor pretende ser eximido de responsabilidad, deberá aportar pruebas que acrediten la fractura del nexo causal o que actuó con la diligencia requerida.
8. El señor Segovia indicó que en setiembre de 2011 contrató un seguro de salud con Pacífico EPS, el cual venía cubriendo su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides; y que adicionalmente, en agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, contrató un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910) con Pacífico Seguros, informándosele que el tratamiento de las referidas enfermedades no sería excluido de la cobertura de un seguro que posteriormente podría contratar con la compañía. En julio de 2013, al concluir el contrato del seguro con Pacífico EPS, suscribió con Pacífico Seguros un nuevo contrato de seguro de salud (Póliza N° 9797782) en el cual se consideraban como preexistencias dichas enfermedades, pese a lo que se le había ofrecido anteriormente.
9. Pacífico señaló que el derecho de continuidad previsto en la Ley N° 28770 aplica solo cuando se realiza el cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS a otra, respectivamente, no aplicando cuando el cambio se dé de una EPS a un seguro de salud o viceversa. Por ello, indicó que resultaría válida la exclusión de cobertura de los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides del señor Segovia formulada por la compañía aseguradora, en la medida que estos encajarían dentro de lo que se define como una preexistencia, sin importar que hayan sido atendidas bajo la cobertura de Pacífico EPS.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor."

Artículo 19°.- Obligación de los proveedores

El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y estos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda."

Artículo 104°.- Responsabilidad administrativa del proveedor

El proveedor es administrativamente responsable por la falta de idoneidad o calidad, el riesgo injustificado o la omisión o defecto de información, o cualquier otra infracción a lo establecido en el presente Código y demás normas complementarias de protección al consumidor, sobre un producto o servicio determinado.

El proveedor es exonerado de responsabilidad administrativa si logra acreditar la existencia de una causa objetiva, justificada y no previsible que configure ruptura del nexo causal por caso fortuito o fuerza mayor, de hecho determinante de un tercero o de la imprudencia del propio consumidor afectado.

En la prestación de servicios, la autoridad administrativa considera, para analizar la idoneidad del servicio, si la prestación asumida por el proveedor es de medios o de resultado, conforme al artículo 18.

A criterio de la Comisión, las normas reseñadas establecen un supuesto de responsabilidad administrativa, conforme al cual los proveedores son responsables por la calidad e idoneidad de los servicios que ofrecen en el mercado. Ello no impone al proveedor el deber de brindar una determinada calidad de producto a los consumidores, sino simplemente el deber de entregarlos en las condiciones ofrecidas y acordadas, expresa o implícitamente.

Ante la denuncia de un consumidor insatisfecho que pruebe el defecto de un producto o servicio, se presume *ius tantum* que el proveedor es responsable por la falta de idoneidad y calidad del producto o servicio que pone en circulación en el mercado. Sin embargo, el proveedor podrá demostrar su falta de responsabilidad desvirtuando dicha presunción, es decir, acreditando que empleó la diligencia requerida en el caso concreto (y que actuó cumpliendo con las normas pertinentes) o probando la ruptura del nexo causal por caso fortuito, fuerza mayor, hecho determinante de un tercero o negligencia del propio consumidor afectado.

Lo anterior implica que la responsabilidad administrativa por infracción a las normas de protección al consumidor no consiste, en rigor, en una responsabilidad objetiva (propia de la responsabilidad civil), sino que, conservando la presencia de un factor subjetivo de responsabilidad (culpabilidad), operará a través de un proceso de inversión de la carga de la prueba respecto de la idoneidad de los bienes y servicios que se transan en el mercado, sin que ello signifique una infracción al principio de licitud."



10. Adicionalmente, Pacífico indicó en sus descargos que el señor Segovia, al contratar el producto denominado "Seguro de continuidad", había aceptado que la rinitis alérgica y las hemorroides que padece serían consideradas enfermedades preexistentes.
11. El artículo 1° de la Ley N° 28770 - Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior⁵, vigente a partir del 5 de julio de 2006, establece expresamente lo siguiente:

"Artículo 1°.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

(...)"

12. La norma citada es clara al establecer que cuando una compañía de seguros emita una nueva póliza —sea por renovación o por traslado de un seguro colectivo o grupal a uno individual— no puede considerar como preexistentes aquellas enfermedades que fueron cubiertas por la póliza anterior.
13. Ahora bien, desde el 27 de mayo de 2013, se encuentra vigente la Ley N° 29946 -Ley del Contrato de Seguro, cuyo Artículo I del Título I (Disposiciones Generales) dispone que dicho texto legal, se aplica con carácter imperativo a todas las clases de seguro existentes en el mercado, e inclusive a los seguros obligatorios y aquellos regulados por leyes especiales, en los cuales la ley se aplica de manera supletoria⁶.
14. En lo referido a las enfermedades preexistentes, la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro, ha dispuesto en su artículo 118° lo siguiente:

"Artículo 118°.- Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud".

⁵ Publicada el 4 de julio de 2006 en el diario oficial El Peruano.

⁶ LEY N° 29946 - LEY DEL CONTRATO DE SEGURO.-
TÍTULO I (DISPOSICIONES GENERALES)

Artículo I.- La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

(...)



15. Como se puede apreciar, en lo que se refiere a las preexistencias, la Ley N° 29946 —que regula el contrato de seguro y, como consecuencia, todos las clases de seguros (emitidos por compañías de seguros o EPS)— va más allá que la Ley N° 28870 —que únicamente regula las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro con la misma compañía—, pues la Ley del Contrato de Seguro establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una compañía del sistema de EPS o una compañía del sistema de seguros, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.
16. Así pues, la norma vigente que regula el contrato de seguro, garantiza que los asegurados mantengan al momento de migrar de un sistema de EPS a uno de seguro o viceversa, la cobertura de las enfermedades que les hubieran sido diagnosticadas durante la vigencia de la póliza anterior.
17. Cabe indicar que lo dispuesto en el señalado artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, constituida en una garantía legal⁷, genera en el consumidor la expectativa de que una vez contratado un seguro de salud con su compañía aseguradora, existirá una continuidad de la cobertura de las enfermedades que eran cubiertas por el seguro de salud anterior contratado con una EPS.
18. De otro lado, Pacífico Seguros indicó en sus descargos que ofrece un producto denominado "Seguro de Continuidad", el cual puede ser contratado en paralelo a la EPS o al seguro colectivo, garantizando la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de su contratación. Este beneficio fue, precisamente, el que el señor Segovia solicitó para migrar de Pacífico EPS a Pacífico Seguros.

7

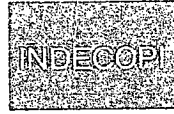
LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-
Artículo 20°.- Garantías

Para determinar la idoneidad de un producto o servicio, debe compararse el mismo con las garantías que el proveedor está brindando y a las que está obligado. Las garantías son las características, condiciones o términos con los que cuenta el producto o servicio.

Las garantías pueden ser legales, explícitas o implícitas:

- a. Una garantía es legal cuando por mandato de la ley o de las regulaciones vigentes no se permite la comercialización de un producto o la prestación de un servicio sin cumplir con la referida garantía. No se puede pactar en contrario respecto de una garantía legal y la misma se entiende incluida en los contratos de consumo, así no se señale expresamente. Una garantía legal no puede ser desplazada por una garantía explícita ni por una implícita.
- b. Una garantía es explícita cuando se deriva de los términos y condiciones expresamente ofrecidos por el proveedor al consumidor en el contrato, en el etiquetado del producto, en la publicidad, en el comprobante de pago o cualquier otro medio por el que se pruebe específicamente lo ofrecido al consumidor. Una garantía explícita no puede ser desplazada por una garantía implícita.
- c. Una garantía es implícita cuando, ante el silencio del proveedor o del contrato, se entiende que el producto o servicio cumplen con los fines y usos previsibles para los que han sido adquiridos por el consumidor considerando, entre otros aspectos, los usos y costumbres del mercado.

(Subrayado agregado)



19. Sobre el particular, esta Comisión estima pertinente señalar que lo ofrecido por Pacífico Seguros a través del "Seguro de Continuidad" contratado, es un beneficio que ya ha sido recogido y previsto por el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, pues como ya se ha señalado, esta norma es clara al establecer que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas por un seguro de salud brindado por una compañía del sistema de EPS, seguirán siendo cubiertas por el seguro de salud que el asegurado contrate con una compañía del sistema de seguros.
20. En otros términos, la continuidad en la cobertura de las enfermedades preexistentes, dentro del sistema de seguros y de EPS, es un beneficio que la Ley del Contrato de Seguro ha previsto para todos los asegurados y no únicamente para aquellos que opten por contratar el referido "Seguro de Continuidad".
21. Como se ha visto, en el presente caso Pacífico Seguros consideró como preexistencias —y, por tanto, excluidas de la cobertura de la póliza— a la rinitis alérgica y las hemorroides que padece el señor Segovia, pese a que el tratamiento de estas enfermedades ya se encontraba cubierto por Pacífico EPS en el seguro de salud que anteriormente contrató con dicha compañía.
22. En consecuencia, en atención a los argumentos expuestos, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción a los artículos 18° y 19° del Código.

3.2 Sobre la falta de entrega de la póliza del seguro de salud contratado

23. El literal e) del artículo 47° del Código establece que los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando estos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de contratación⁸.
24. El señor Segovia refirió que pese a haber suscrito con Pacífico Seguros el 31 de julio de 2013 la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, a la fecha de la interposición de la presente denuncia no ha recibido copia de dicho documento.
25. Pacífico señaló que el 18 de octubre de 2013 entregó al señor Segovia la póliza del seguro contratado y sus anexos.
26. Obra en el expediente el cargo de recepción de la Póliza N° 9797782, que muestra la siguiente información:

⁸ LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 47°.- Protección mínima del contrato de consumo

En los contratos de consumo se observa lo siguiente:

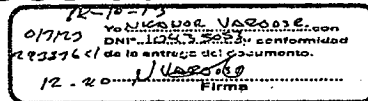
(...)

e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor.



Póliza: 9797782

Cliente:

SEGOVIA TRAUCO OSCAR
EZEQUIEL

Dirección:

AV. 10 DE JUNIO S/N CDRA.
8 - CONDOMINIO LOS
PARQUES DE SAN MARTIN
DE PORRES DPTO. E-1004.
Distrito: San Martin de Porres

27. En el presente caso, se aprecia que el 18 de octubre de 2013, Pacífico Seguros entregó al señor Segovia una copia de la póliza del seguro contratado por este el 31 de julio de 2013, es decir, luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia (28 de agosto de 2013).
28. La conducta desplegada por parte de Pacífico implica una vulneración a lo establecido por el Código, pues afecta al deber de protección mínima del contrato de consumo, en la medida que no se entregó al consumidor la información contenida en los documentos suscritos al celebrar el contrato de seguro con la compañía de seguros.
29. En ese sentido, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción al literal e) del artículo 47° del Código.

3.3 Sobre la medida correctiva

30. Los artículos 114°, 115° y 116° del Código⁹ establecen la facultad que tiene la Comisión para, actuando de oficio o a pedido de parte, adoptar las medidas correctivas reparadoras que tengan por finalidad resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y medidas correctivas complementarias que tienen por objeto revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro.

⁹ LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 114°.- Medidas correctivas

Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias.

Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.

Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

Artículo 115°.- Medidas correctivas reparadoras

115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior (...)

Artículo 116°.- Medidas correctivas complementarias

Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro (...)



31. En el presente caso, ha quedado acreditado que Pacífico Seguros consideró como preexistencias a la rinitis alérgica y las hemorroides diagnosticadas al señor Segovia, pese a que el tratamiento de estas fueron cubiertas bajo el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS.
32. Al respecto, la Comisión considera pertinente ordenar, en calidad de medida correctiva que, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles, contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al señor Segovia una póliza manteniendo la misma cobertura otorgada en el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS, consecuencia de lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que padece el denunciante como enfermedades preexistentes y excluidas de cobertura.
33. De otro lado, en la medida que se ha verificado que Pacífico Seguros finalmente remitió la póliza y sus anexos al domicilio del señor Segovia, la Comisión considera que no corresponde emitir una medida correctiva que revierta las consecuencias negativas correspondientes a esta infracción.
34. De incumplirse la medida correctiva ordenada por la Comisión, el denunciante deberá remitir un escrito al Órgano Resolutivo de Procedimientos Sumarísimos N° 1 del Indecopi (en adelante, el OPS N° 1) comunicando el hecho, conforme a lo dispuesto en el artículo 125° del Código¹⁰, vigente desde el 2 de octubre de 2010. Si el OPS N° 1 verifica el incumplimiento podrá imponer al denunciado una sanción¹¹.
35. Se precisa que no constituye una facultad del Indecopi ejecutar la medida correctiva a favor del consumidor, pues el Estado ha reservado esta potestad únicamente al consumidor mediante la vía judicial. Por estas razones, el artículo 115° numeral 6 del Código establece que las resoluciones finales que ordenen medidas correctivas reparadoras constituyen Títulos de Ejecución conforme a lo dispuesto en el artículo 688° del Código Procesal Civil¹².

¹⁰ LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-
Artículo 125°.- Competencia de los órganos resolutivos de procedimientos sumarísimos de protección al consumidor

(...)

Asimismo, es competente para conocer, en primera instancia, denuncias por incumplimiento de medida correctiva, incumplimiento de acuerdo conciliatorio e incumplimiento y liquidación de costas y costos.

(...)

¹¹ LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 117°.- Multas coercitivas por incumplimiento de mandatos

Si el obligado a cumplir con un mandato del Indecopi respecto a una medida correctiva o a una medida cautelar no lo hace, se le impone una multa no menor de tres (3) Unidades Impositivas Tributarias (UIT).

En caso de persistir el incumplimiento de cualquiera de los mandatos a que se refiere el primer párrafo, el Indecopi puede imponer una nueva multa, duplicando sucesivamente el monto de la última multa impuesta hasta el límite de doscientas (200) Unidades Impositivas Tributarias (UIT). La multa que corresponda debe ser pagada dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, vencido el cual se ordena su cobranza coactiva.

¹² LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 115°.- Medidas correctivas reparadoras

(...)

115.6 El extremo de la resolución final que ordena el cumplimiento de una medida correctiva reparadora a favor del consumidor constituye título ejecutivo conforme con lo dispuesto en el artículo 688 del Código Procesal Civil, una vez que quedan consentidas o causan estado en la vía administrativa. La legitimidad para obrar en los procesos civiles de ejecución corresponde a los consumidores beneficiados con la medida correctiva reparadora.



3.4 Graduación de la sanción

36. Habiéndose verificado la existencia de infracciones administrativas, corresponde determinar a continuación la sanción a imponer. Para proceder a su graduación, deben aplicarse de manera preferente los criterios previstos en el Código, y de manera supletoria los criterios contemplados en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.
37. El artículo 112° del Código establece que para determinar la gravedad de la infracción, la autoridad administrativa podrá tomar en consideración diversos criterios tales como: (i) el beneficio ilícito esperado; (ii) la probabilidad de detección de la infracción; (iii) el daño resultante de la infracción, entre otros.¹³

3.4.1 Sobre la negativa injustificada de otorgar cobertura al seguro contratado

Beneficio ilícito

13

LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

Artículo 112°.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas

Al graduar la sanción, el Indecopi puede tener en consideración los siguientes criterios:

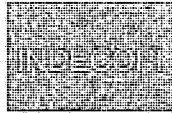
1. El beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción.
2. La probabilidad de detección de la infracción.
3. El daño resultante de la infracción.
4. Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado.
5. La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores.
6. Otros criterios que, dependiendo del caso particular, se considere adecuado adoptar.

Se consideran circunstancias agravantes especiales, las siguientes:

1. La reincidencia o incumplimiento reiterado, según sea el caso.
2. La conducta del infractor a lo largo del procedimiento que contravenga el principio de conducta procedimental.
3. Cuando la conducta infractora haya puesto en riesgo u ocasionado daño a la salud, la vida o la seguridad del consumidor.
4. Cuando el proveedor, teniendo conocimiento de la conducta infractora, deja de adoptar las medidas necesarias para evitar o mitigar sus consecuencias.
5. Cuando la conducta infractora haya afectado el interés colectivo o difuso de los consumidores.
6. Otras circunstancias de características o efectos equivalentes a las anteriormente mencionadas, dependiendo de cada caso particular.

Se consideran circunstancias atenuantes especiales, las siguientes:

1. La subsanación voluntaria por parte del proveedor del acto u omisión imputado como presunta infracción administrativa, con anterioridad a la notificación de la imputación de cargos.
2. La presentación por el proveedor de una propuesta conciliatoria que coincida con la medida correctiva ordenada por el Indecopi.
3. Cuando el proveedor acredite haber concluido con la conducta ilegal tan pronto tuvo conocimiento de la misma y haber iniciado las acciones necesarias para remediar los efectos adversos de la misma.
4. Cuando el proveedor acredite que cuenta con un programa efectivo para el cumplimiento de la regulación contenida en el presente Código, para lo cual se toma en cuenta lo siguiente:
 - a. El involucramiento y respaldo de parte de los principales directivos de la empresa a dicho programa.
 - b. Que el programa cuenta con una política y procedimientos destinados al cumplimiento de las estipulaciones contenidas en el Código.
 - c. Que existen mecanismos internos para el entrenamiento y educación de su personal en el cumplimiento del Código.
 - d. Que el programa cuenta con mecanismos para su monitoreo, auditoría y para el reporte de eventuales incumplimientos.
 - e. Que cuenta con mecanismos para disciplinar internamente los eventuales incumplimientos al Código.
 - f. Que los eventuales incumplimientos son aislados y no obedecen a una conducta reiterada.
5. Otras circunstancias de características o efectos equivalentes a las anteriormente mencionadas dependiendo de cada caso particular.



38. El beneficio ilícito sería el ahorro obtenido por Pacífico Seguros por el hecho de evitar dar cobertura a enfermedades cubiertas por un seguro de salud anterior, como ocurre en el caso de la rinitis alérgica y las hemorroides diagnosticadas al señor Segovia.
39. Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión no solo no cuenta con información que le permita cuantificar dicho beneficio o ahorro ilícito, sino que en el expediente tampoco obra documentación alguna que permita establecer un parámetro objetivo para dicho fin, razón por la cual, como se ha explicado líneas arriba, la graduación de la sanción se realizará a partir de los otros criterios previstos en el Artículo 112° del Código.

Daño

40. En este punto, se debe considerar el daño ocasionado al señor Segovia por parte de Pacífico al dejar sin cobertura al tratamiento médico de las enfermedades — rinitis alérgica y hemorroides— que le fueron diagnosticadas, lo que además podría devenir en daño patrimonial, en caso este cubra los gastos médicos en que eventualmente pueda incurrir por dichas enfermedades, cuando estas debían de ser cubiertas por la aseguradora denunciada.

Efectos en el mercado

41. La infracción detectada en el presente procedimiento afecta al mercado en general, en la medida que causa incertidumbre en los consumidores debido a que podrían considerar que al migrar de un seguro de salud (brindado por una EPS o compañía de seguros) a una nueva póliza (brindada por otra EPS o compañía de seguros), las enfermedades que fueron cubiertas en la primera podrían ser consideradas como preexistencias en la segunda.
42. En tal sentido, podría ocurrir que luego de que los consumidores adviertan que las compañías aseguradoras incurren en dicha conducta, algunos de ellos decidan no seguir contratando seguros de salud; debido a que las enfermedades que venían siendo cubiertas por el seguro que habían contratado inicialmente, ya no serán objeto de cobertura en un nuevo contrato de seguro.
43. Asimismo, la infracción señalada implica la generación de un efecto no deseado para el sector del mercado donde se desarrolla, provocando un clima de desconfianza de los consumidores respecto de los proveedores.
44. En este sentido, la Comisión estima imponer en este extremo una multa ascendente a 30 UIT.

3.4.2 Sobre la falta de entrega oportuna de la póliza

Beneficio Ilícito

45. El beneficio ilícito se encuentra determinado por el ahorro obtenido por Pacífico Seguros al no contar con personal para entregar oportunamente a los consumidores copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos.



46. Dicho ahorro no es fácil de cuantificar, pues la Comisión no cuenta con información relevante que le permita calcularlo; sin embargo, ello no evita que pueda asumirse, en términos razonables y proporcionales, un monto aproximado, tal como lo ha validado la Sala Especializada en Protección al Consumidor en la Resolución N° 1535-2009/SC2-INDECOPI (Expediente N° 014-2008/CPC-INDECOPI-ICA).
47. Para tal efecto, un referente razonable que permite cuantificar dicho ahorro sería el sueldo de personal capacitado encargado de supervisar, verificar y entregar oportunamente a los consumidores copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos. Es importante mencionar que no se está afirmando que la compañía de seguros carezca de dicho personal, pues es posible que lo tenga. Lo que se está afirmando es que el sueldo de dicho personal es un parámetro o referente a utilizar para calcular el beneficio ilícito esperado como consecuencia de la infracción administrativa.
48. Según el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el salario nominal mensual promedio de un empleado para Lima Metropolitana, fue de S/. 3 139,50 mensuales¹⁴. Los costos (ahorrados), además del profesional a contratar, implicarían también los gastos administrativos en que tendría que incurrir Pacífico Seguros para atender de forma adecuada a sus clientes, lo que elevaría la suma antes indicada a S/. 3 800,00 aproximadamente.
49. Por tanto, en aplicación de los criterios de razonabilidad y proporcionalidad, la Comisión considera que, en el presente caso, el beneficio ilícito esperado de la conducta del proveedor asciende a 1 UIT.

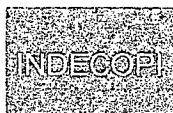
Probabilidad de detección

50. En el presente caso, la probabilidad de detección es alta, pues resulta claramente determinable que los clientes puedan percatarse que el proveedor no ha remitido oportunamente copia de su póliza y de sus respectivos anexos. Lo expuesto nos lleva a considerar que la probabilidad de detección de la infracción del presente caso sería del orden del 100% (equivalente a un factor 1), lo que supone que de cada infracción originada por la falta de entrega —por parte del proveedor— de las copias de las pólizas contratadas, todas ellas sean puestas en conocimiento de la autoridad administrativa de protección al consumidor.

Multa base

51. La multa base se obtiene dividiendo el beneficio ilícito entre la probabilidad de detección. Es evidente que la sanción a imponer debe ser por lo menos igual a dicho monto, salvo que existan circunstancias atenuantes, de lo contrario el infractor encontraría rentable cometer la infracción en lugar de respetar las normas del ordenamiento jurídico, que es lo que busca evitar el principio de razonabilidad.
52. Considerando los datos obtenidos, la multa base resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

¹⁴ Monto referencial que se tiene en consideración tomando como base lo indicado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo para el mes de abril de 2009, en tanto no existe mayor variación en el monto.



Beneficio ilícito esperado / Probabilidad de detección = Multa base				
1 UIT	/	1	=	1 UIT

53. En ese sentido, corresponde imponer una multa a Pacífico Seguros ascendente a 1 UIT.

3.4.3 Multa total

54. En base a lo analizado previamente, corresponde imponer una multa total a Pacífico Seguros ascendente a 31 Unidades Impositivas Tributarias.

3.5 Sobre el pago de costas y costos

55. El artículo 7° del Decreto Legislativo N° 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI¹⁵, dispone que es potestad de la Comisión ordenar el pago de los costos y costas en que hubieran incurrido el denunciante o el Indecopi.

56. En la medida que ha quedado acreditada la infracción cometida por Pacífico, la Comisión considera que corresponde ordenarle el pago de las costas y costos del procedimiento. En consecuencia, deberá cumplir en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, contado a partir del día siguiente de notificada la presente resolución, con pagar al señor Segovia las costas del procedimiento, que a la fecha ascienden a la suma de S/. 36,00¹⁶.

57. Sin perjuicio de ello y, de considerarlo pertinente, una vez que se ponga fin a la instancia administrativa, el denunciante podrá solicitar el reembolso de los montos adicionales en que hubiese incurrido para la tramitación del presente procedimiento, para lo cual deberá presentar una solicitud de liquidación de costas y costos ante el OPS N° 1.

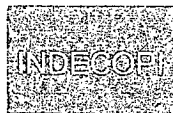
IV. RESUELVE

PRIMERO: declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS.

¹⁵ LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI, APROBADA POR DECRETO LEGISLATIVO N° 807.-

Artículo 7°.- En cualquier procedimiento contencioso seguido ante el Indecopi, la Comisión u Oficina competente, además de imponer la sanción que corresponda, podrá ordenar que el infractor asuma el pago de las costas y costos del proceso en que haya incurrido el denunciante o el Indecopi. En caso de incumplimiento de la orden de pago de costas y costos del proceso, cualquier Comisión u Oficina del Indecopi podrá aplicar las multas previstas en el inciso b) del artículo 38 del Decreto Legislativo N° 716.

¹⁶ Tasa correspondiente al derecho de presentación de la denuncia.



SEGUNDO: declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción al literal a) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que no proporcionó al denunciante una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud.

TERCERO: ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

CUARTO: sancionar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 30 Unidades Impositivas Tributarias por la infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor.

QUINTO: sancionar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 1 Unidad Impositiva Tributaria por la infracción al literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor.

SEXTO: informar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., que las multas impuestas¹⁷ serán rebajadas en 25% si consiente la presente resolución y procede a cancelarla en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, conforme a lo establecido en el artículo 113° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor¹⁸.

SÉTIMO: ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con el pago de las costas ascendente a S/. 36,00 y los costos incurridos por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco durante el procedimiento. Ello, sin perjuicio del derecho del denunciante de solicitar la liquidación de las costas y costos una vez concluida la instancia administrativa.

OCTAVO: disponer la inscripción de El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. en el Registro de infracciones y sanciones del Indecopi, una vez que la resolución quede firme en sede administrativa, conforme a lo establecido en el artículo 119° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor¹⁹.

¹⁷ Dicha cantidad deberá ser abonada en la Tesorería del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPi - sito en Calle La Prosa 104, San Borja.

¹⁸ **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 113°.- Cálculo y rebaja del monto de la multa
Para calcularse el monto de las multas a aplicarse, se utiliza el valor de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) vigente a la fecha de pago efectivo o en la fecha que se haga efectiva la cobranza coactiva. Las multas constituyen en su integridad recursos propios del Indecopi, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 156. La multa aplicable es rebajada en un veinticinco por ciento (25%) cuando el infractor cancele el monto de la misma con anterioridad a la culminación del término para impugnar la resolución que puso fin a la instancia y en tanto no interponga recurso alguno contra dicha resolución.

¹⁹ **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**



NOVENO: informar a las partes que la presente resolución tiene vigencia desde el día de su notificación y no agota la vía administrativa. En tal sentido, se informa que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, modificado por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria del Código de Protección y Defensa del Consumidor, el único recurso impugnativo que puede interponerse contra lo dispuesto por este colegiado es el de apelación²⁰. Cabe señalar que dicho recurso deberá ser presentado ante la Comisión en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de su notificación, caso contrario, la resolución quedará consentida.²¹

Con la intervención de los señores Comisionados: María del Rocío Vesga Gatti, Hugo Ramiro Gómez Apac y Jaime Miranda Sousa Díaz.


MARÍA DEL ROCÍO VESGA GATTI
Presidenta

Artículo 119°.- Registro de Infracciones y sanciones

El Indecopi lleva un registro de infracciones y sanciones a las disposiciones del presente Código con la finalidad de contribuir a la transparencia de las transacciones entre proveedores y consumidores y orientar a estos en la toma de sus decisiones de consumo. Los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa quedan automáticamente registrados por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución. La información del registro es de acceso público y gratuito.

²⁰

LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-

PRIMERA.- Modificación del artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807

Modifícase el artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, con el siguiente texto:

"**Artículo 38°.-** El único recurso impugnativo que puede interponerse durante la tramitación del procedimiento es el de apelación, que procede únicamente contra la resolución que pone fin a la instancia, contra la resolución que impone multas y contra la resolución que dicta una medida cautelar. El plazo para interponer dicho recurso es de cinco (5) días hábiles. La apelación de resoluciones que pone fin a la instancia se concede con efecto suspensivo. La apelación de multas se concede con efecto suspensivo, pero es tramitada en cuaderno separado. La apelación de medidas cautelares se concede sin efecto suspensivo, tramitándose también en cuaderno separado."

²¹

LEY N° 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL.-

Artículo 212°.- Acto firme

Una vez vencidos los plazos para interponer los recursos administrativos se perderá el derecho a articularlos quedando firme el acto.

 Indecopi

2014 JUN 04 PM 4 17

RECIBIDO
UNIDAD DE TRÁMITE
DOCUMENTAL

075265
B. Mejía CCI
1000305

Exp. N°	582-2013/CC1
Escrito N°	04
Secretario Técnico	Erickson Molina
Sumilla	Recurso de Apelación

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
N° 1 DEL INDECOPI:

EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante, "PACÍFICO"), debidamente representada por el señor Francisco Javier Monge Zegarra; en los seguidos por el señor ÓSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO (en adelante, "el señor Segovia"); por PRESUNTAINFRACCIÓN A LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR; a Usted atentamente decimos:

Que, dentro del plazo legal, y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, *Ley sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI*; de conformidad con los Artículos 113°, 209° y 211° de la Ley N° 27444, *Ley del Procedimiento Administrativo General*, aplicable supletoriamente (en adelante, la "LPAG"); y, en estricta observancia de lo establecido en el Procedimiento N° 01 de la Comisión de Protección al Consumidor del TUPA del INDECOPI; interponemos formalmente **RECURSO DE APELACIÓN con efectos suspensivos contra la Resolución Final N° 501-2014/CC1**, expedida por la Comisión con fecha 21 de mayo de 2014 y notificada con fecha 28 de mayo de 2014, mediante la cual se declaró fundada la denuncia interpuesta contra PACÍFICO; impugnación que deberá ser concedida y elevada a la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI (en adelante, la "Sala"), a fin de que ésta la declare **INFUNDADA** y, en consecuencia, proceda con su **REVOCACIÓN**, de acuerdo con los fundamentos de hecho y de derecho que se exponen a continuación:

 Indecopi
COMISIÓN DE PROTECCIÓN
AL CONSUMIDOR
05 JUN 2014
RECIBIDO

I. ANTECEDENTES.

1. En su escrito de denuncia, el señor Segovia ha sostenido que PACÍFICO habría infringido la normativa en materia de protección al consumidor en atención a los siguientes hechos:
 - a. Entre los meses de septiembre de 2011 y julio de 2013 contrató un seguro de salud con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "PACÍFICO EPS") que cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, los cuales fueron diagnosticados durante los años 2011 y 2012.
 - b. En el mes de agosto de 2012, mediante Póliza N° 7664910 el señor Segovia solicitó un seguro a PACÍFICO. De acuerdo con el denunciante, se le informó que el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides – cubierto por PACÍFICO EPS – no sería excluido. Cabe precisar que la referida póliza fue posteriormente anulada.
 - c. El 31 de julio de 2013, el señor Segovia suscribió un contrato de seguro con PACÍFICO bajo la Póliza N° 9797782, al haber concluido el contrato de seguro de salud que mantenía con PACÍFICO EPS.
 - d. Posteriormente, al intentar continuar su tratamiento en la Clínica Jockey Salud, le informaron que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y, en tal sentido, no se encontraba cubiertas por su seguro.
 - e. De otro lado, el señor Segovia señaló que, a la fecha de interposición de la denuncia, no había recibido copia de la Póliza N° 9797782.

2. Mediante Resolución N° 1 de fecha 26 de setiembre de 2013 la Secretaría Técnica de la Comisión (en adelante, la "ST/CC1") admitió a trámite la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra PACÍFICO por presuntas infracciones a los Artículos 18°, 19° e inciso e) del 47° de la Ley N° 29571, *Código de Protección y Defensa del Consumidor* (en adelante, "Código de Consumo").
3. Al respecto, la ST/CC1 consideró pertinente establecer las siguientes imputaciones en contra de nuestra Empresa:
 - a. Presunta infracción a los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que PACÍFICO se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Segovia aduciendo que el tratamiento solicitado implica enfermedades preexistentes.
 - b. Presunta infracción al inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que PACÍFICO no habrían proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.
4. El 15 de noviembre de 2013, PACÍFICO contestó la denuncia del señor Segovia alegando principalmente lo siguiente:
 - a. El señor Segovia poseía un plan de salud que había sido contratado por su entidad empleadora a través de PACÍFICO EPS, el cual estableció su vigencia entre el 1 de octubre de 2012 hasta el 31 de julio de 2013. En este punto, se debe advertir que PACÍFICO EPS es una empresa distinta de PACÍFICO, la cual ofrece servicios diferenciados pues su finalidad es brindar cobertura a las prestaciones médicas que requieran los asegurados y/o

derechohabientes en el marco de lo establecido en las Leyes N° 26790, *Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud*, y 29344, *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*, así como sus normas complementarias.

- b. En tal sentido, las exclusiones de las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia durante la vigencia del plan de salud contratado a través de PACÍFICO EPS no encaja dentro de lo dispuesto en la Ley N° 28770, *Ley de que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior*, ni en la Ley N° 29561, *Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud*; pues el derecho de continuidad previsto en las citadas normas legales aplica cuando se realiza un cambio de un seguro de salud a otro y de una Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "EPS") por otra, respectivamente, no siendo así de una EPS a un seguro de salud o viceversa.
- c. El señor Segovia fue diagnosticado con rinitis alérgica y hemorroide previa al inicio de su contrato de seguros de fecha 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, conforme ha sido reconocido por el propio denunciante. En tal sentido, dichas enfermedades fueron excluidas del seguro de salud contratado por el señor Segovia en la medida que los mismos encajan dentro de lo que se define como una preexistencia, por ser enfermedades con existencia y atención previa al ingreso de la póliza, sin importar que las mismas hayan sido atendidas bajo la cobertura de una EPS.

5. Mediante Resolución Final N° 501-2014/CC1 de fecha 21 de mayo de 2014 (en adelante, "la Resolución 501"), la Comisión declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra Pacífico por una presunta infracción a los Artículos 18°, 19° e inciso e) del 41° del Código de Consumo. Al respecto, la Comisión concluyó principalmente lo siguiente:

- (i) El Artículo 18° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro (en adelante, "la LCS"), en opinión de la Comisión, establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independiente si el mismo ha sido emitido por una compañía de seguros o una EPS, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.
- (ii) En tal sentido, PACÍFICO ha infringido los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que excluyó de la cobertura del seguro a la rinitis alérgica y hemorroides que padece el señor Segovia – al considerarla enfermedades preexistentes – pese a que el tratamiento de dichas enfermedades ya se encontraba cubierto por Pacífico EPS en el seguro de salud que anteriormente había contratado con dicha empresa.
- (iii) PACÍFICO ha infringido el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que había quedado acreditado que la copia Póliza N° 9797782 había sido entregada con más de cuarenta (40) días desde la fecha de interposición de la denuncia interpuesta por el señor Segovia; lo cual, a criterio de la Comisión, afecta el deber de protección mínima del contrato de consumo ya que no se entregó los documentos al momento de celebrar el contrato de seguro.

6. Asimismo, la Comisión ha ordenado a nuestra Empresa, en calidad de medida correctiva, que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado desde el día siguiente de notificación de la Resolución 501, cumpla con emitir al señor Segovia una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por PACÍFICO EPS, para lo cual deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.
7. Finalmente, la Comisión sancionó a PACÍFICO con una multa ascendente a 31 UIT y ordenó el pago de las costas y costos incurridos con motivo del presente procedimiento administrativo.
8. Pues bien, considerando que PACÍFICO no se encuentra conforme con las conclusiones arribadas por la Comisión en la Resolución 501, se interpone el presente recurso impugnativo, ello en virtud a los argumentos de derecho que se expondrán detalladamente a continuación.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO.

II.1 ANÁLISIS Y REFUTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 1501

II.1.1 Impugnación del extremo sobre la presunta infracción al Deber de Idoneidad previsto en los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo.

9. Sobre el particular, la Comisión señaló lo siguiente:

"15. Como se puede apreciar, en lo que se refiere a las preexistencias, la Ley N° 29946 – que regula el contrato de seguro y, como consecuencia, todas las clases de seguros (emitidos por las compañías de seguro o EPS) – va más allá que la Ley N° 28870 – que únicamente regula las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro con la misma compañía -, pues la Ley del Contrato de Seguro establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas

durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una compañía del sistema de EPS o una compañía del sistema de seguros, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.

16. Así pues, la norma vigente que regula el contrato de seguro, garantiza que los asegurados mantengan al momento de migrar de un sistema de EPS a uno de seguro o viceversa, la cobertura de las enfermedades que les hubieran sido diagnosticadas durante la vigencia de la póliza anterior.

17. Cabe indicar que lo dispuesto en el señalado Artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, constituida en una garantía legal, genera en el consumidor la expectativa de que una vez contratado un seguro de salud con su compañía aseguradora, existirá una continuidad de la cobertura de las enfermedades que eran cubiertas por el seguro de salud anterior contratado con una EPS.

(...)

19. Sobre el particular, esta Comisión estima pertinente señalar que lo ofrecido por Pacífico Seguros a través del "Seguro de Continuidad" contratado es un beneficio que ya ha sido recogido y previsto por el Artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, pues como ya se ha señalado, esta norma es clara al establecer que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas por un seguro de salud brindado por una compañía del sistema de EPS, seguirán siendo cubiertas por el seguro de salud que el asegurado contrate con una compañía del sistema de seguros.

20. En otros términos, la continuidad en la cobertura de las enfermedades preexistentes, dentro del sistema de seguros y de EPS, es un beneficio que la Ley del Contrato de Seguro ha previsto para todos los asegurados y no únicamente para aquellos que opten por contratar el referido "Seguro de Continuidad".

21. Como se ha visto, en el presente caso, Pacífico Seguro consideró como preexistencias – y, por tanto, excluidas de la cobertura de la póliza – a la rinitis alérgica y las hemorroides que padece el señor Segovia, pese a que el tratamiento de estas enfermedades ya se encontraba cubierto por Pacífico EPS en el seguro de salud que anteriormente contrató con dicha compañía.

22. En consecuencia, en atención a los argumentos expuestos, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguro por infracción a los Artículos 18° y 19° del Código" (Subrayado y resaltado nuestro).

10. El Artículo 118 de la LCS establece expresamente que:

"Artículo 118. Preexistencias

LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES ESTÁN CUBIERTAS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGUROS Y DE EPS, COMO MÍNIMO, HASTA LOS LÍMITES DEL CONTRATO ORIGINAL O ANTERIOR.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud." (Énfasis, subrayado y resaltado nuestro).

11. Al respecto, contrariamente a lo sostenido por la Comisión, nuestra Empresa no está en la obligación de dar cobertura a las enfermedades preexistentes pese a que las mismas hayan sido reconocidas en anteriores oportunidades en una EPS a través de un plan de salud, conforme a lo establecido en el Artículo 118° de la LCS.
12. En primer lugar, de una lectura integral de la LCS, se desprende claramente que dicha norma legal reconoce que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Vemos pues que el Artículo 118° de la LCS reconoce la existencia de dos sistemas diferentes; esto es, por un lado, el sistema de seguros generales y, por otro lado, el sistema de Entidades Prestadoras de Salud (EPS). En tal sentido, vuestra Sala debe tener en cuenta que la regulación de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes se rigen por normas legales distintas.
13. Así pues, en el sistema de seguros general se brinda continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud de cualquier compañía de seguros en la vigencia anterior, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 28770, *Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o*

asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior(en adelante, "la Ley N° 28770") y en la Resolución SBS N° 3203-2013, Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud.

14. En efecto, el Artículo 1° de la Ley N° 28770 señala expresamente que:

"Artículo 1°.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia técnica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior."

La referida norma legal claramente señala que la continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud es solamente aplicable para el cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud. Es decir, no es aplicable en los casos que se pretenda migrar de un seguro de salud a un plan de salud ofrecido por una EPS.

15. Por su parte, la continuidad de cobertura de los diagnósticos cubiertos en el **sistema de EPS** están regulados en la Ley N° 29344, *Ley Marco Aseguramiento Universal en Salud* (en adelante, "LMAUS"). En efecto, en el Artículo 117° de la LCS se precisa que los **planes de seguros de**

salud y el tratamiento de las preexistencias se rigen por lo dispuesto en la LMAUS, su reglamento y normas complementarias.¹

16. En este sentido, el Artículo 13° de la LMAUS crea el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, el "PEAS"), el cual consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables que como mínimo son financiadas a todos los asegurado por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, las "IAFAS").² Por su parte, el Artículo 14° de la LMAUS indica que las PEAS son ofertadas obligatoriamente por todas las IAFAS y que cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión.³
17. Nótese que, de acuerdo con el Artículo 7° de la LMAUS, actualmente derogado, calificaban como IAFAS las EPS y las Compañías de Seguros

¹ LCS.-"Artículo 117°. Seguro de salud.

Por el seguro de salud el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad del asegurado. La prestación del asegurador podrá consistir en el reembolso al asegurado de los gastos derivados de la asistencia médica, una indemnización a suma alzada en caso de invalidez temporal o permanente u otras contingencias acordadas en la póliza. La prestación podrá consistir también en garantizar al asegurado los servicios de asistencia médica, debiendo el asegurador poner a disposición del asegurado dichos servicios y asumir directamente su costo.

Para tal efecto, los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias. (Subrayado y resaltado nuestro).

² LMAUS.-"Artículo 13°.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiario".

³ LMAUS.-"Artículo 14°.- De la obligatoriedad.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente."

Privados de Salud.⁴ Por lo tanto, hasta la fecha en que se mantuvo vigente dicha norma legal, solamente entre dichas entidades y dentro de los diagnósticos que incluían las PEAS dentro de los planes de seguro de salud, las IAFAS estaban obligadas a dar cobertura a cualquier preexistencia. En efecto, sólo cuando el asegurado hubiera adquirido un PEAS de alguna IAFAS podía hacer valer el derecho a la continuidad de atenciones de los diagnósticos preexistentes al contratar otro PEAS con otra IAFAS.

18. Cabe advertir que no obstante que las Compañías de Seguros Privados de Salud fueron reconocidas como IAFAS, en el año 2009 las mencionadas entidades no existían registradas en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS. Es más, recién el **06 de diciembre de 2013** – fecha con posterioridad a la interposición de la presente denuncia - mediante Decreto Legislativo N° 1158, *Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud*, se precisó que las Compañías de Seguros Generales que operan en el ramo de Salud, contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso d) del Artículo 16° de la Ley N° 26702, calificaban como IAFAS.
19. De esta forma, lo anteriormente expuesto pone en evidencia claramente que el sistema de EPS y el sistema de seguros generales se mantenían independiente uno del otro protegiendo la continuidad de atención de los diagnósticos considerados preexistentes, dentro de ellos a los asegurados que permanezcan en cada uno de ellos. Vemos pues que, contrariamente a lo sostenido por la Comisión, al momento de interponer la denuncia, nuestra Empresa al no calificar como IAFAS no se encontraba en la

⁴ La referida norma legal fue derogado por numeral 1 de la Única Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1158, publicado recién el 06 diciembre 2013 en el Diario Oficial "El Peruano".

obligación de continuar con la cobertura de las preexistencias del señor Segovia - rinitis alérgica y hemorroides- pese a que las mismas hayan sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS.

20. En segundo y último lugar, contrariamente a lo sostenido por la Comisión en la Resolución 501, el Artículo 118° de la LCS no establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una EPS o una compañía de seguros, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.
21. En efecto, conforme hemos advertido en los numerales precedentes, el Artículo 118° de la LCS regula la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes en de dos sistemas distintos: el sistema de seguros y el sistema de EPS. Ambos sistemas, tienen distinta naturaleza y, por tanto, se rigen por normas legales distintas. Por ello, se debe tener en cuenta que dichos sistemas se mantienen independientes uno del otro, protegiendo la continuidad de atención de los diagnósticos considerados preexistentes dentro de ellos a los asegurados que permanezcan en cada uno de ellos.
22. En este contexto, cabe precisar que, con fecha 29 de abril de 2004, el Grupo Parlamentario Fuerza Popular presentó ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR (en adelante, el "Proyecto de Ley"), mediante el cual se propone modificar el Artículo 118° de la LCS referido a las preexistencias y su cobertura dentro del sistema de seguros y el sistema de EPS (**Anexo 4-A**).
23. En tal sentido, el Proyecto de Ley pretende que el Artículo 118° de la LCS se modifique en los siguientes términos:

"Artículo 118°.- Preexistencias.

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La obligación de otorgar cobertura de las preexistencias en los seguros de salud corresponde a cualquier empresa de seguros, aún cuando el cambio se realice de una EPS a una compañía de seguros o viceversa.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud." (Subrayado y resaltadoes nuestro).

24. Sobre el particular, nótese que el Proyecto de Ley pretende que se modifiquen los alcances de dicha norma legal, de tal forma que una persona pueda trasladarse del sistema de EPS al sistema de seguros o viceversa sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes cubiertas en dichos sistemas. Así pues, **recién** con dicho Proyecto de Ley se estaría regulando un vacío legal que existe actualmente en torno a la continuidad de la cobertura de preexistencias entre los sistemas de seguros y el sistema de EPS.
25. Por lo tanto, vuestra Sala coincidirá con nosotros en que el referido Proyecto de Ley confirma claramente nuestra posición en el sentido que actualmente el Artículo 118° de la LCS no dispone expresamente la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa. En tal sentido, en el presente caso, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de las preexistencias del señor Segoviapese a que la misma haya sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS, lo que deberá ser tomado en cuenta por vuestra Sala al momento de resolver la presente controversia.

26. Así pues, a partir de la revisión de lo expuesto anteriormente se evidencia que nuestra Empresa no se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado por el señor Segovia para el tratamiento referido a sus enfermedades rinitis alérgica y hemorroides. En este sentido, vuestra Sala debe tener en cuenta que las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia califican como enfermedades preexistentes y las mismas no son susceptibles de cobertura en atención al seguro de salud contratado con nuestra Empresa. Si bien dichas enfermedades fueron anteriormente cubiertas en un plan de salud que el señor Segovia mantenía en una EPS, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de dichas preexistencias puesto que la normativa actual en materia de seguros no permite a las compañías de seguro a dar cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de EPS al sistema de seguros.
27. En conclusión, PACÍFICO no ha infringido el Deber de Idoneidad previsto en los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia – rinitis alérgica y hemorroides - califican como enfermedades preexistentes y las mismas no son susceptibles de cobertura en atención al seguro de salud contratado. En este contexto, debe tenerse en cuenta que el Artículo 118° de la LCSno dispone expresamente la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa. Por ello, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de las preexistencias del señor Segovia pese a que la misma haya sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS. Por lo tanto, solicitamos a la Sala se sirva revocar este extremo de la Resolución 1501 y, en tal sentido, declarar infundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia.

II.1.2 Impugnación del extremo sobre la presunta infracción al Deber de Protección Mínima del Contrato de Consumo previsto en el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo.

28. Al respecto, la Comisión señaló lo siguiente:

"27. En el presente caso, se aprecia que el 18 de octubre de 2013, Pacífico Seguros entregó al señor Segovia una copia de la póliza de seguro contratado por este el 31 de julio de 2013, es decir, luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia (28 de agosto de 2013).

28. La conducta desplegada por parte de Pacífico implica una vulneración a lo establecido por el Código, pues afecta al deber de protección mínima del contrato de consumo, en la medida que no se entregó al consumidor la información contenida en los documentos suscritos al celebrar el contrato de consumo con la compañía de seguros.

29. En ese sentido, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción al literal e) del Artículo 47° del Código."

29. El inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo establece que:

"Artículo 47°.- Protección mínima del contrato de consumo

En los contratos de consumo se observa lo siguiente:

(...)

e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor." (Subrayado nuestro).

30. En este sentido, vuestra Sala deberá advertir que la citada norma legal establece la obligación de los proveedores de entregar una copia de los contratos de consumo suscrita con los consumidores. Pues bien, **en el presente caso, ha quedado evidenciado que nuestra Empresa sí cumplió con entregar una copia de la póliza contratada y sus anexos al señor Segovia toda vez que los mismos fueron entregados el 18 de octubre de 2013.**
31. No obstante ello, a criterio forzado de la Comisión, PACÍFICO habría infringido el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo en la medida que la entrega de la póliza se realizó luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia. Sobre el particular, vuestra Sala coincidirá con nosotros en que la conclusión arribada por la Comisión es errónea en tanto que la referida norma legal no contempla plazo alguno en el cual el proveedor debe cumplir con entregar copia del contrato de consumo al consumidor. En tal sentido, la imputación realizada por la Comisión vulnera el Principio de Tipicidad, consagrado en la LPAG, en la medida que se ha imputado a nuestra Empresa una presunta infracción que no se encuentra prevista en el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo.
32. Sobre el particular, a nivel normativo, el Principio de Tipicidad establece lo siguiente:

“Artículo 230°. Principios de la potestad sancionadora administrativa.

La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:

(...)

4. Tipicidad.- Sólo constituyen conductas sancionables administrativamente las infracciones previstas expresamente en normas con rango de ley mediante su tipificación como tales, sin admitir interpretación extensiva o analogía. Las

disposiciones reglamentarias de desarrollo pueden especificar o graduar aquellas dirigidas a identificar las conductas o determinar sanciones, sin constituir nuevas conductas sancionables a las previstas legalmente, salvo los casos en que la ley permita tipificar por vía reglamentaria.(...)”. (Subrayado y resaltado nuestro).

33. Adicionalmente, a nivel doctrinario, sobre el Principio de Tipicidad, conviene revisar lo que indica **Morón** en los siguientes términos:

“(...) las conductas sancionables administrativamente únicamente pueden ser las infracciones previstas expresamente en normas con rango de ley mediante la previsión cierta de aquello que considera ilícito (...) la ley debe describir específicamente la conducta (...) tanto para favorecer el conocimiento y previsibilidad de la acción administrativa por parte del administrado, como para acotar el margen discrecional en asuntos sancionadores de la Administración y concretarlos en los supuestos tasados previamente”.⁵

34. Por su parte, **Cassagne**, enfáticamente comenta la importancia del referido principio administrativo en materia sancionadora en los siguientes términos:

“B) La regla de tipicidad

Una de las principales garantías que poseen los ciudadanos y las personas en general se halla configurada por el principio de tipicidad consistente en la exigencia de que las conductas punibles se encuentren descritas o delimitadas por una norma legal.

*En este plano, la tipicidad aparece como un corolario obligado del principio de legalidad, que juega en un doble sentido, esto es como una garantía frente a la determinación subjetiva o discrecional de los hechos que configuran el ilícito penal y como una forma de prevención individual y social, en la medida de que el conocimiento público y oficial de la acción punible desalienta la comisión de los hechos reprimidos por la ley. A este respecto, **el principio de tipicidad legal requiere que se hagan públicas:***

- a) **tanto la descripción de los hechos que definen cada contravención, así como**

⁵ **MORÓN URBINA**, Juan Carlos. “Comentarios a la nueva Ley del Procedimiento Administrativo General”. Gaceta Jurídica: Lima, 2001. p. 515.

b) las penas a aplicarse en cada supuesto típico.
(...)”.⁶(Subrayado y resaltado nuestro).

35. A nivel jurisprudencial, el Tribunal Constitucional señala expresamente lo siguiente sobre el Principio de Tipicidad:

*“En mérito del Principio de Tipicidad, la descripción legal de una conducta específica aparece conectada a una sanción administrativa. Esta exigencia deriva de dos principios jurídicos específicos; el de libertad y el de seguridad jurídica. Conforme al primero, la conductas deben estar exactamente delimitadas, sin indeterminaciones, mientras que en relación al segundo, los ciudadanos deben estar en condiciones de poder predecir, de manera suficiente y adecuada, las consecuencias de sus actos, por lo que no caben cláusulas generales o indeterminadas de infracción que permitan una actuación librada al “arbitrio” de la administración, sino que ésta sea prudente y razonada”.*⁷

36. De manera complementaria, conviene señalar el concepto que ha establecido la Sala de Defensa de la Competencia N° 1 del Tribunal del INDECOPI (actualmente, la Sala Especializada en Defensa de la Competencia del Tribunal del INDECOPI), respecto del Principio de Tipicidad:

“III.1.1. La imputación de cargos

1. Uno de los principios más importantes del procedimiento administrativo sancionador es el principio de tipicidad, el cual resulta indispensable para la calificación de infracciones y la aplicación de sanciones. La tipicidad consiste en la descripción expresa, detallada y clara de la conducta infractora y la indicación de la sanción específica para dicha infracción. En concordancia con el principio de legalidad, esta descripción de la conducta sancionable y la mención de la sanción respectiva deben regularse de acuerdo con lo contemplado en la norma legal correspondiente.

⁶ CASSAGNE, Juan Carlos. “Derecho Administrativo Tomo II”. Lima: Palestra Editores, 2010. p. 570.

⁷ Sentencia emitida con fecha 03 de setiembre de 2010, en el Expediente N° 01873-2009-PA/TC.

2. Así, CORRESPONDE A LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA ELEGIR POR ESPECIALIDAD EL TIPO PRECISO QUE CORRESPONDE A LA CONDUCTA PRESUNTAMENTE INFRACTORA, A FIN DE EVITAR LA CONCURRENCIA DE INFRACCIONES IDÉNTICAS Y LA SOBREPENALIZACIÓN, EN ARMONÍA CON LA GARANTÍA CONSTITUCIONAL Y LEGAL DE TIPICIDAD QUE DEBE GUIAR TODO PROCEDIMIENTO SANCIONADOR.⁸(Subrayado, resaltado, énfasis y agregado nuestro).

37. En ese orden de ideas y, en virtud de lo expuesto, se aprecia que el Principio de Tipicidad prescribe que la Administración Pública, en el marco de un procedimiento administrativo sancionador -como en el presente caso-, sólo puede imputar y sancionar aquellas conductas que se encuentren expresamente previstas o tipificadas en normas con rango de ley, sin admitir una interpretación extensiva o por analogía. Ahora bien, nótese que en la Resolución 501 la Comisión ha sancionado a nuestra Empresa por infringir el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que la copia de la póliza contratada por el señor Segovia fue entregada luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia. Sin embargo, dicho supuesto de hecho no se encuentra tipificado en la citada norma legal, sino que ha sido fruto de una incorrecta interpretación de la norma al momento de efectuar la respectiva imputación o, en todo caso, de una interpretación extensiva o analógica de dicha normativa, lo que se encuentra expresamente proscrito en la LPAG.
38. En efecto, vuestra Sala debe tener en cuenta que el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo únicamente establece la obligación a los proveedores de entregar una copia de los contratos de consumo suscrita con los consumidores; lo cual ha sido cumplido PACÍFICO, conforme ha quedado evidenciado en el presente caso. Así pues, la referida norma

⁸ Resolución 1857-2012/SDC-INDECOPI emitida por la Sala de Defensa de la Competencia N° 1 del Tribunal del INDECOPI con fecha 15 de agosto de 2012, en los seguidos De Oficio vs. Empre Periodística Nacional S.A. y Causa Media S.A. (Exp. N° 141-2010/CCD y 002-2011/CCD).

legal no establece un plazo en el cual los proveedores deben cumplir dicha obligación. En atención a ello, consideramos que la conclusión arribada por la Comisión infringe flagrantemente el Principio de Tipicidad, toda vez que la supuesta infracción incurrida por nuestra Empresa – el hecho de entregar la póliza luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia - no se encuentra regulado en la citada norma legal.

39. En conclusión, PACÍFICO no ha infringido el Deber Protección Mínima del Contrato de Consumo, supuesto tipificado en el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que cumplió con entregar al señor Segoviacopia de la póliza contratada y sus anexos respectivos. Por lo tanto, corresponde a la Sala revocar este extremo de la Resolución 1501 y, en tal sentido, declarar infundada este extremo de la denuncia interpuesta por el señor Segovia.

II.1.3 Impugnación del extremo sobre imposición de multa, imposición de medida correctiva y reembolso de pago de costas y costos.

40. En relación con los extremos de la Resolución 501 mediante los cuales se impone una multa de 31 UIT a PACÍFICO (puntos Cuarto y Quinto de la parte resolutive), se ordene a PACÍFICO, en calidad de medida correctiva, la emisión de una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por PACÍFICO EPS (punto Tercero de la parte resolutive) y se ordena, el reembolso de las costas y costos a favor del señor Segovia (punto Séptimo de la parte resolutive), resulta evidente que éstos deberán ser declarados infundados, en la medida en que se declare fundado nuestro Recurso de Apelación.
41. Sin perjuicio de ello, consideramos pertinente manifestar que, en nuestra opinión, la Comisión ha incurrido en diversos errores al momento de

graduar la multa solidaria impuesta a las denunciadas, según señalaremos a continuación.

42. Ahora bien, cabe señalar que en relación con la multa impuesta por la Comisión, no podemos dejar de manifestar nuestra total extrañeza, siendo que, por un lado, la determinación de su monto -31 UIT- carece de un sustento aritmético idóneo que la justifique y, por otro lado, en la medida de que el monto en cuestión resulta evidentemente desproporcionado, no habiéndose observado debidamente los criterios de graduación de sanciones contemplados tanto en el Código de Consumo como en la LPAG. Así, en el presente caso la Comisión se ha limitado a intentar identificar especulativamente la presunta repercusión negativa que los hechos supuestamente infractores pudieran haber generado, situación que implica la contravención del Principio de Razonabilidad contenido en el numeral 1.4) del Artículo IV° del Título Preliminar de la LPAG, el cual establece expresamente lo siguiente:

"Artículo IV°.- Principios del procedimiento administrativo.

1. El procedimiento administrativo se sustenta fundamentalmente en los siguientes principios, sin perjuicio de la vigencia de otros principios generales del Derecho Administrativo:

(...)

1.4. Principio de razonabilidad.- Las decisiones de la autoridad administrativa, cuando creen obligaciones, califiquen infracciones, impongan sanciones, o establezcan restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y MANTENIENDO LA DEBIDA PROPORCIÓN entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin de que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido. (...)" (Subrayado y resaltado nuestro).

43. Sobre el particular, conviene citar a **Morón**, quien se refiere al citado principio de la siguiente manera:

"El principio de razonabilidad ha sido concebido por la Comisión, como una regla particularizada para las decisiones de gravamen sobre los administrados, ya que se entiende que estas medidas convergen en afectaciones admitidas sobre los derechos y bienes de los administrados.

En tal sentido, teniendo como ámbito protector a la persona humana y arbitrando razonablemente con el interés público, la Ley mediante este principio da una pauta fundamental a la autoridad que tiene la competencia para producir actos de gravamen contra los administrados: producirla de manera legítima, justa y proporcional".⁹

44. Asimismo, resulta pertinente recoger los planteamientos de **Cassagne**, quien opina lo siguiente:

"De otra parte, la sanción penal administrativa ha de respetar el principio de proporcionalidad entre la pena prevista en la norma y la conducta del agente, sobre la base de la regla de razonabilidad cuya valoración debe responder a la realización del bien jurídico tutelado y su significado social, que configura la finalidad perseguida por la ley. Este vicio, en el procedimiento administrativo de carácter sancionatorio, traduce una nulidad absoluta y, al afectar la proporcionalidad inherente al objeto del acto que impone la sanción, vulnera la garantía innominada de razonabilidad (...)"¹⁰

45. Por su parte, en cuanto a los criterios de proporcionalidad que deben observar las entidades públicas en su interrelación con los administrados, cabe citar a **Garberí y Buitrón**, quienes sostienen expresamente lo siguiente:

"En este sentido, cabe concluir en que una determinada sanción administrativa resultará contraria a las exigencias constitucionales derivadas del principio de proporcionalidad, bien por resultar innecesaria una reacción de tipo punitivo, o bien por ser excesiva la cuantía o extensión de la sanción en relación con la entidad del ilícito o la infracción (la llamada desproporción en sentido estricto).

⁹ MORÓN, Juan Carlos. *Op. Cit.* p. 70.

¹⁰ CASSAGNE, Juan Carlos. *Op. Cit.* p. 576.

(...)

Así, mediante la exigencia de que las medidas públicas de esa índole punitiva sancionadora (...), se adecuen a los imperativos dimanantes del principio de proporcionalidad, se alza para las autoridades correspondientes una frontera o límite a su actuación represiva, la cual únicamente podrá ser llevada a la práctica cuando resulte estrictamente necesaria, idónea y proporcionada para obtener los objetivos perseguidos por la misma".¹¹

46. En ese orden de ideas, a partir del citado Principio de Razonabilidad o Proporcionalidad, la Administración Pública no sólo tiene la obligación de imponer sanciones que se ajusten a la naturaleza de las infracciones detectadas sino que, asimismo, ésta deberá abstenerse de imponerlas en aquellos casos en los que se advierta que tales medidas resultan innecesarias, ya sea por ausencia de responsabilidad administrativa o porque el correspondiente bien jurídico protegido tutelado no ha sido vulnerado o dañado.
47. En conclusión, sin perjuicio de que la Sala deba revocar la Resolución 501 en todos sus extremos –incluyendo aquellos en virtud de los cuales se impuso una multa a PACÍFICO, ordenó una medida correctiva a favor del señor Segovia y condenó a nuestra Empresa al reembolso de las costas y costos del procedimiento-, en el supuesto y negado caso de que se confirme dicho acto administrativo, entonces, específicamente en relación con la multa de 31 UIT, ésta deberá ser rebajada sustancialmente por la Sala, debido a que ha quedado demostrado que dicha multa resulta desproporcionada y viola el Principio de Razonabilidad consagrado en la LPAG, siendo que, en caso contrario, ello convalidaría el hecho de que los administrados sufran graves perjuicios como consecuencia de la actuación arbitraria de la Administración Pública al momento de la fijación de sanciones.

¹¹ GARBERÍ LLOBREGAT, José y BUITRÓN RAMÍREZ, Guadalupe. "El Procedimiento Administrativo Sancionador". Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch, 2001. pp. 121-123.

III. CONCLUSIONES.

48. PACÍFICO no ha infringido el Deber de Idoneidad previsto en los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia – rinitis alérgica y hemorroides - califican como preexistencias y las mismas no son susceptibles de cobertura en atención al seguro de salud contratado. En este contexto, debe tenerse en cuenta que el Artículo 118° de la LCS no dispone expresamente la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa. Por ello, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de la preexistencia del señor Segovia pese a que la misma haya sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS.
49. PACÍFICO no ha infringido el Deber Protección Mínima del Contrato de Consumo, supuesto tipificado en el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que cumplió con entregar al señor Segovia copia de la póliza contratada y sus anexos respectivos.
50. Sin perjuicio de que la Sala deba revocar la Resolución 501 en todos sus extremos –incluyendo aquellos en virtud de los cuales se impuso una multa a PACÍFICO, ordenó una medida correctiva a favor del señor Segovia y condenó a nuestra Empresa al reembolso de las costas y costos del procedimiento-, en el supuesto y negado caso de que se confirme dicho acto administrativo, entonces, específicamente en relación con la multa de 31 UIT, ésta deberá ser rebajada sustancialmente por la Sala, debido a que ha quedado demostrado que dicha multa resulta desproporcionada y viola el Principio de Razonabilidad consagrado en la LPAG, siendo que, en caso contrario, ello convalidaría el hecho de que los administrados sufran graves perjuicios como consecuencia de la actuación

arbitraria de la Administración Pública al momento de la fijación de sanciones.

POR TANTO:

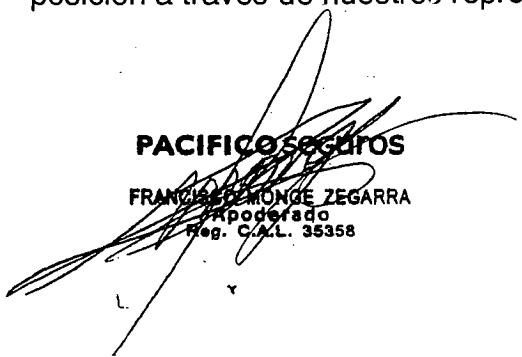
A USTED SEÑOR PRESIDENTE DE COMISIÓN PEDIMOS: Sírvase conceder y elevar el presente Recurso de Apelación a la Sala, a fin de que ésta lo declare Fundado en su oportunidad y, en tal sentido, revoque la Resolución 501 en todos sus extremos.

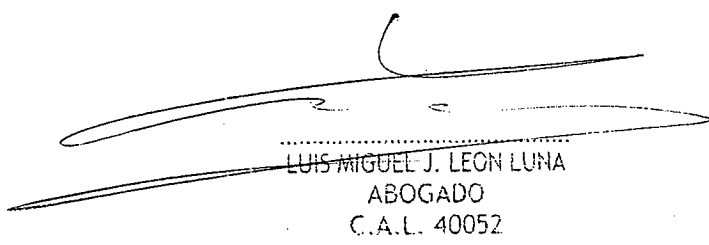
PRIMER OTROSÍ DECIMOS: Que, en calidad de Anexo 4-A, cumplimos con acompañar una copia del Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR.

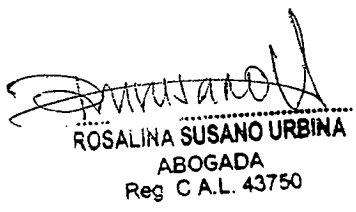
SEGUNDO OTROSÍ DECIMOS: Que, al amparo del numeral 5) del Artículo 113° de la LPAG, aplicable supletoriamente, señalamos como nuevo domicilio procesal de nuestra Empresa para efectos del presente procedimiento administrativo la Avenida Pardo y Aliaga N° 699, Oficina N° 701-A, Distrito de San Isidro, Lima (Estudio Lazo, De Romaña & Gagliuffi Abogados).

TERCER OTROSÍ DECIMOS: Que, al amparo del Principio de Participación consagrado en el numeral 1.12) del Artículo IV° del Título Preliminar de la LPAG, aplicable supletoriamente, solicitamos formalmente que se sirvan concedernos el **USO DE LA PALABRA**, a efectos de poder exponer personalmente nuestra posición a través de nuestros representantes legales y/o abogados.

Lima, 04 de junio de 2014


PACIFICO SEQUITOS
FRANCISCO MONGE ZEGARRA
Apostado
Reg. C.A.L. 35358


LUIS MIGUEL J. LEON LUNA
ABOGADO
C.A.L. 40052


ROSALINA SUSANO URBINA
ABOGADA
Reg C.A.L. 43750

114369

9 245

Indecopi

Expediente N°582-2013/CC1

2014 AGO 25 AM 9 45

Expediente N°002074-2014/SPC

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE
DOCUMENTOS

Lima, 25 de Agosto de 2014
Indecopi
Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad
Intelectual Sala Especializada en Protección al Consumidor
25 AGO 2014 9F
RECIBIDO
Por: [Signature] Hora: 15:15

SPCE

Señor Presidente de la Sala de Protección al Consumidor del INDECOPI:

Yo, Oscar Ezequiel Segovia Trauco; identificado con DNI N°41161228, habiendo recibido el martes 19 de Agosto del presente el Proveído 1 mediante el cual se me comunican los alegatos de Pacífico Seguros (la denunciada) apelando la Resolución Final N°501-2014/CC1.

Que, dentro del plazo legal, cumplo con rebatir lo expuesto por la denunciada a continuación:

El punto central es que al que suscribe en su condición de consumidor se le ofreció una Continuidad en la cobertura que se me venía brindando a través de Pacífico EPS, tal como se evidenció en el escrito presentado por mi persona el 06-Dic-2013 a la CC1, donde se demuestra que Pacífico Seguros en su página web publicita el Seguro de Continuidad (se adjunta Anexo-1 donde aparece la mencionada publicidad); en donde se señala, por escrito, que no solamente se brindará cobertura a aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación sino que cuando no se cuente con la EPS, te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindados por el producto de salud que elegiste afiliar a tu seguro de continuidad. En mi caso dicho seguro de continuidad se afilió al seguro brindado por la EPS. Pacífico Seguros se valió de la cobertura de la EPS para ofrecerme un nuevo seguro sin señalar o advertir distinción y/o diferenciación alguna, de ningún tipo ni mucho menos de carácter legal pues se presenta como una única compañía aseguradora. Hecho que además ha sido puesto en evidencia por la Sala de Protección al Consumidor en la Resolución N°0077-2014/SPC-INDECOPI que en el punto 29 a la letra dice: "(...) La unidad de dirección viene dado por quienes ejercen los cargos directivos de las empresas vinculadas y la apariencia externa de unidad empresarial puede evidenciarse mediante la presentación del proveedor ante los consumidores no como una empresa formal y aisladamente considerada sino como un grupo empresarial que brinda servicios en el mercado" (subrayado nuestro). Asimismo, en el punto 31 de la misma resolución se señala: "(...) este Colegiado considera que en un escenario en el cual exista una unidad de dirección y se haya generado la apariencia externa de unidad empresarial no puede ser exigible que un consumidor efectúe una diferenciación de los productos o servicios ofrecidos y brindados por las empresas que integran un grupo empresarial, más aun si corresponden a un mismo rubro como es el caso de planes de salud y atenciones médicas (...)" (Subrayado nuestro).

Respecto al supuesto vacío legal del artículo 118° de la Ley N°29946 corresponde, como ha ocurrido, al INDECOPI en virtud de las infracciones señaladas en la Resolución Final N°501-2014/CC1 pronunciarse siendo ésta la entidad competente precisamente por velar por los derechos del consumidor al amparo de la Ley N°29571 y que reconoce Pacífico Seguros como Base Legal tal como se demuestra en el Anexo 2 que comprende el folio 89 de 100 de la renovación de la póliza 9797782 (con la numeración N°9797782-35796613 con vigencia:31/07/2014 al 31/07/2015). Cabe señalar, además, que en dicha renovación Pacífico

Seguros ha mantenido consignando las preexistencias de rinitis alérgica y hemorroides como se advierte en el citado anexo.

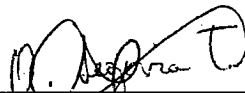
Respecto a la sanción impuesta a Pacífico Seguros cabe precisar que tal como señala la Resolución Final N°501-2014/CC1 en el punto 37: “El artículo 112° del Código establece que para determinar la gravedad de la infracción, la autoridad administrativa podrá tomar en consideración diversos criterios (...)”. Precisamente en el numeral 5 de este mismo artículo se señala a la letra: “La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad (...)” (Subrayado nuestro). Siendo el tema de la salud un derecho fundamental evocado en la Carta Magna, precisamente, en el artículo 7° de la Constitución Política del Perú donde textualmente se señala: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...)” (Subrayado y negrita nuestros) esgrime la suma importancia de la misma (la salud) consecuentemente se desprende que la violación de este derecho fundamental amerita una sanción ejemplar. Asimismo, el artículo 112° del Código señala como agravante, a la letra, lo siguiente:

“(...)1. La reincidencia o incumplimiento reiterado, según sea el caso”. La vulneración de este punto se advierte en el contenido de la Resolución N°077-2014/SPC-INDECOPI y de la Resolución N°1881-2014/SPC donde se demuestra que es una práctica recurrente de Pacífico Seguros consignar como enfermedades preexistentes aquellas que no corresponde calificarlas como tales; hecho que constituye un agravante por ser una reincidencia teniendo en cuenta el caso denunciado por el que suscribe.

“(...)3. Cuando la conducta infractora haya puesto en riesgo u ocasionado daño a la salud (...)”. (Subrayado nuestro). De la vulneración de este punto, mi persona expresamente manifiesta el estado de constante indefensión puesto que vivir en la ciudad de Lima es estar expuesto (incluso en verano) a niveles altos de humedad; datos que son de libre y fácil acceso a través de la web del Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI), lo cual afecta más a quienes sufren de rinitis alérgica (según me han indicado los médicos tratantes). Esto último, evidencia otro agravante más, toda vez que Pacífico Seguros tampoco reconoce asistencia médica respecto a los demás males que pudieran derivarse como consecuencia de las enfermedades a las que no brinda cobertura (preexistencias).

Por todo lo expuesto, solicito a la Sala de Protección al Consumidor tenga a bien ratificar en todos sus extremos la Resolución Final N°501-2014/CC1 haciéndola extensiva a la póliza N°9797782-35796613 toda vez como se señala líneas arriba es una renovación de la póliza N°9797782 (cuestionada en la denuncia) y persiste en consignar las preexistencias.

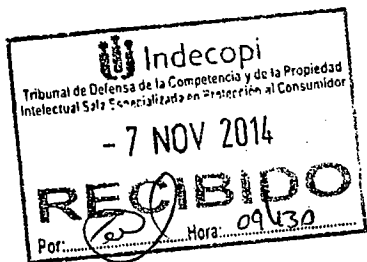
Atentamente,


Oscar E. Segovia Trauco
DNI: 41161228

146 / 1

Indecopi
7. Spe

153283 254



2014 NOV 6 PM 3
 UN RECORRIDO
 SECRETARIA TECNICA
 SUMILLA

Expo en Sala N° 27	2074-2014/SPC
Escrito N° 05	05
Secretaria Técnica	Liliana Cerrón Baldeón
Sumilla	Téngase Presente

SEÑOR PRESIDENTE DE LA SALA ESPECIALIZADA EN PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR DEL TRIBUNAL DEL INDECOPI:

EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante, "PACÍFICO SEGUROS"), debidamente representada por el señor Francisco Javier Monge Zegarra, en los seguidos por el señor ÓSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO (en adelante, indistintamente, el "señor Segovia" o el "Denunciante"), sobre presunta **INFRACCIÓN A LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**; a Usted atentamente decimos:

Que, con fecha 04 de junio de 2014 PACIFICO SEGUROS interpuso Recurso de Apelación con efectos suspensivos contra la Resolución Final N° 501-2014/CC1 (en adelante, la "Resolución 501") expedida por la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 (en adelante, la "Comisión") con fecha 21 de mayo de 2014; y, en tal sentido, al amparo de lo establecido en los artículos 57° y 161° de la Ley N° 27444, *Ley del Procedimiento Administrativo General* (en adelante, "LPAG") y a efectos de que la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI (en adelante, la "Sala") cuente con los mayores elementos de juicio para resolver la presente controversia, solicitamos que **TENGAN PRESENTES** los argumentos que exponemos a continuación:

ÍNDICE

- I. Cuestión Previa: Suspensión del presente procedimiento.....[p. 3]
- II. Sobre los hechos materia de denuncia.....[p. 10]
- III. Las disposiciones de la LCS no son aplicables al presente caso.....[p. 12]
- IV. El artículo 118° de la LCS no regula el supuesto de “preexistencias cruzadas” en relación al Sistema de Seguros y el Sistema de EPS.....[p. 20]
 - IV.1. Cuestión Previa: Marco regulatorio sobre las preexistencias en el Sistema de Seguros, el Sistema de EPS y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.....[p. 21]
 - IV.2. Sobre los alcances del artículo 118° de la LCS.....[p. 28]
 - IV.3. Aplicación al caso concreto.....[p. 36]
- V. Análisis de la razonabilidad sobre la imposición de la multa, reembolso de costos y costas, y dictado de medida correctiva.....[p. 39]
- VI. Conclusiones.....[p. 50]

I. CUESTIÓN PREVIA: SUSPENSIÓN DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO.

- 1. De acuerdo a lo establecido en el artículo 65° del Decreto Legislativo N° 807, *Ley sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI* (en adelante, el "DL807"), solicitamos que vuestra Sala disponga la **SUSPENSIÓN** del presente procedimiento administrativo.

- 2. Mediante Resolución 501 la Comisión declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS por presuntas infracciones a los artículos 18°, 19° y 41° (literal e) de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el "Código de Consumo") y, en tal sentido, se dispuso lo siguiente: (i) ordenar a PACÍFICO SEGUROS que cumpla con emitir una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "PACÍFICO EPS"), (iii) sancionar a PACÍFICO SEGUROS con una multa de 31 UIT; y, (iv) condenar a PACÍFICO SEGUROS al reembolso de las costas y costos del procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia.

- 3. El día 4 de junio de 2014, PACÍFICO SEGUROS procedió a apelar la Resolución 501, la cual se encuentra actualmente en trámite ante vuestra Sala. No obstante ello, una vez emitida la Resolución 501, INDECOPI, sin sustento legal alguno, desde el 10 de junio de 2014, procedió a publicitar en su portal web y en distintas redes sociales que nuestra Empresa había sido sancionada porque *"...no cubrió enfermedades preexistentes que fueron cubiertas por el seguro anteriormente contratado"*.

- 4. Vemos pues que el INDECOPI procedió - en un claro Abuso de Autoridad - a publicitar abiertamente un supuesto resultado en sede administrativa, el

cual no es definitivo ni mucho menos tiene calidad de cosa decidida. En efecto, nótese que el pronunciamiento publicitado por el INDECOPI ni siquiera puede ser considerado como un resultado final en sede administrativa toda vez que el mismo podría ser impugnado en vía judicial. Así pues, el INDECOPI ha brindado información inexacta y arbitraria al público sobre el resultado en un procedimiento administrativo sancionador en contra de nuestra Empresa, el cual únicamente ha sido resuelto en primera instancia administrativa; pero, publicitado por dicha entidad con titulares que generan en el público general un pleno –pero falso-convencimiento de que nuestra Empresa ha sido sancionada definitivamente y que, por tanto, estamos ineludiblemente obligados a no ejecutar la conducta que el INDECOPI ha sancionado –reiteramos- en primera instancia.

5. Lo anterior evidencia claramente que se han quebrantado las garantías constitucionales que amparan a nuestra Empresa referidas a (i) el derecho constitucional al Debido Proceso; (ii) el derecho constitucional a la Imagen y Buena Reputación y, (iii) el derecho constitucional a la Presunción de Inocencia; y, en consecuencia, nos han dejado en un estado absoluto de indefensión constitucional, no existiendo garantía de imparcialidad en el procedimiento que se sigue actualmente ante vuestra Sala puesto que finalmente la presión mediática y funcional generada como consecuencia de la publicidad realizada por el INDECOPI como institución recae sobre los vocales de vuestra Sala.

6. Ante ello, considerando la errónea y arbitraria decisión del INDECOPI de publicitar los alcances de la Resolución 501, PACÍFICO SEGUROS interpuso una Demanda de Amparo ante el Décimo Primer Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e INDECOPI de la Corte Superior de Justicia de Lima (**Anexo 5-A**), la misma que ya ha sido admitida a trámite mediante Resolución N° 2 de fecha 25 de septiembre de 2014 (**Anexo 5-B**), a fin que:

- a. Se declare que: (i) el derecho constitucional al Debido Proceso; (ii) el derecho constitucional a la Imagen y Buena Reputación y, (iii) el derecho constitucional a la Presunción de Inocencia de PACÍFICO SEGUROS; han sido vulnerados en sede administrativa por el INDECOPI como consecuencia de la arbitraria publicidad realizada por dicha entidad sobre el resultado del procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS en primera instancia y antes que sea resuelto en forma definitiva en la vía administrativa.
- b. Se restablezca a PACÍFICO SEGUROS el pleno ejercicio de: (i) su derecho constitucional al Debido Proceso; (ii) su derecho constitucional a la Imagen y Buena Reputación y, (iii) su derecho constitucional a la Presunción de Inocencia, declarando que se ha agotado la vía administrativa en el presente caso al no existir garantías de imparcialidad en el procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS ante el INDECOPI, pues se han quebrado las garantías constitucionales del procedimiento administrativo antes referidas, habiendo quedado PACÍFICO SEGUROS en un estado absoluto de indefensión constitucional, no existiendo garantía de imparcialidad en el procedimiento que se sigue actualmente ante la Sala.
- c. Se ordene al INDECOPI a no volver a publicar en su portal institucional web procedimientos administrativos que aún no han sido resueltos de manera definitiva y firme en sede administrativa, a fin de no transgredir los derechos constitucionales a: (i) la imparcialidad de los vocales de la Sala; (ii) la igualdad procesal o *igualdad de armas*; (iii) la imagen y buena reputación; y (iv) al principio de presunción de inocencia.

- d. Se ordene al INDECOPI a abstenerse de conocer cualquier procedimiento administrativo que verse sobre la misma materia discutida en el procedimiento administrativo seguido por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS, dándose de este modo por agotada la instancia en cualquier procedimiento administrativo que verse sobre dicha materia pues se ha transgredido: (i) la imparcialidad de los vocales que resolverán en segunda instancia; (ii) la igualdad procesal o igualdad de ambas de las partes; (iii) la imagen y buena reputación del administrado; y iv) el principio de presunción de inocencia del administrado.

- e. Se ordene al INDECOPI publicar una nota rectificatoria, con las mismas características que la publicada con fecha 10 de junio de 2014, donde se precise lo siguiente: (i) no corresponde que el INDECOPI publique los resultados de los procedimientos administrativos en primera instancia que no estén firmes; (ii) se comprometa a no incurrir nuevamente en esta misma conducta ofreciendo las disculpas correspondientes a PACÍFICO SEGUROS por el daño causado a su imagen y reputación; (iii) la imparcialidad de los vocales que resolverán en segunda instancia; (iv) la igualdad procesal o igualdad de armas de las partes; (v) la imagen y buena reputación del administrado; y, (vi) el principio de presunción de inocencia del administrado.

- 7. Es en este contexto que nuestra solicitud respecto de la suspensión del presente procedimiento administrativo, resulta absolutamente pertinente y necesaria, ello con el propósito de no generar serios e irreparables perjuicios a las partes, de conformidad con la normativa procedimental aplicable al presente caso. Al respecto, el artículo 65° del DL807 establece claramente los supuestos en los cuales los órganos funcionales del

INDECOPi suspenderán la tramitación de los procedimientos administrativos que se encuentren conociendo, tal y como puede apreciarse seguidamente:

“Artículo 65°.- Los órganos funcionales de Indecopi suspenderán la tramitación de los procedimientos que ante ellos se siguen sólo en caso de que, con anterioridad al inicio del procedimiento administrativo, se haya iniciado un proceso judicial que verse sobre la misma materia, o cuando surja una cuestión contenciosa que, a criterio del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual o de la Comisión u Oficina respectiva, precise de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramita ante Indecopi”.
(Subrayado y resaltado nuestro).

8. Así, queda claro que los órganos funcionales del INDECOPi están obligados a suspender la tramitación de los procedimientos administrativos que se encuentren sometidos a su conocimiento, siendo uno de los supuestos pertinentes cuando exista una cuestión contenciosa que a criterio del respectivo órgano funcional requiera de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramita ante éste y atendiendo a la existencia de posibles perjuicios graves, irreparables y desproporcionados que no puedan ser restablecidos posteriormente por revocación ante la autoridad administrativa o judicial.

9. En este sentido, la propia Sala ha reconocido en anteriores pronunciamientos que:

“El artículo 4° de la Ley Orgánica del Poder Judicial establece que toda persona y autoridad está obligada a acatar y dar cumplimiento a las decisiones judiciales, no pudiendo avocarse al conocimiento de causas pendientes ante el órgano jurisdiccional, ni dejar sin efecto resoluciones judiciales con autoridad de cosa juzgada, modificar su contenido o retardar su ejecución, bajo responsabilidad

administrativa, civil y penal que la ley determine en cada caso".¹

(Subrayado y resaltado nuestro)

10. Asimismo, cabe señalar que en diversos pronunciamientos vuestra Sala ha suspendido el procedimiento administrativo cuando resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en un proceso de amparo a fin que se pueda resolver los hechos materia de denuncia, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Nº	Resolución	Partes involucradas	Decisión de la Sala
1	1208-2014/SPC-INDECOPI	De Oficio Vs. Amalsi S.A.C.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.
2	1207-2014/SPC-INDECOPI	Alejandro José Rospigliosi Vega y Anabel Sofía Reaño Málaga Vs. Amalsi S.A.C.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.
3	1206-2014/SPC-INDECOPI	Luis Wilfredo Yauri Rojas Vs. Amalsi S.A.C.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.
4	1995-2014/SPC-INDECOPI	De Oficio Vs. Lan Perú S.A.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.

¹ Vid., a manera de ejemplo, la **Resolución N° 1208-2014/SPC- INDECOPI** de fecha 10 de abril de 2014 recaída en el Expediente N° 5-2011/CPC-SAN en el procedimiento iniciado De Oficio por la Comisión de Protección al Consumidor Lima Sur contra Amalsi S.A.C.

- 11. En el presente caso resulta de vital importancia y urgencia que vuestra Sala disponga la suspensión del presente procedimiento administrativo, tomando en cuenta que se encuentra actualmente dilucidándose en sede judicial la controversia existente entre PACÍFICO SEGUROS y el INDECOPI como consecuencia de la interposición de una Demanda de Amparo por parte de nuestra Empresa cuestionando la competencia de dicha entidad administrativa para resolver la cuestión en discusión al haberse puesto a PACÍFICO SEGUROS en un estado absoluto de indefensión constitucional y al no existir garantía de imparcialidad en segunda instancia para resolver los hechos materia de denuncia.

- 12. En ese orden de ideas, resulta evidente que la continuación del presente procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia genera un grave peligro para los intereses de PACÍFICO SEGUROS, considerando que, en el supuesto que vuestra Sala confirme la Resolución 501 en todos sus extremos, ello supondría la emisión de una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por PACÍFICO EPS y el pago de una multa de 31 UIT por presunta infracción a la normativa sobre protección al consumidor, no obstante que la competencia del INDECOPI para resolver la materia en discusión se encuentra precisamente siendo cuestionada en sede judicial.

- 13. En conclusión, a partir de las consideraciones planteadas en el presente escrito, resulta imprescindible que vuestra Sala disponga la suspensión del presente procedimiento administrativo hasta que la controversia existente en el proceso constitucional de amparo entre PACÍFICO SEGUROS y el INDECOPI sea resuelta en sede judicial.

- 14. Sin perjuicio de lo expuesto en los numerales precedentes y sin reconocer que el INDECOPI es competente para resolver la presente controversia, consideramos de suma importancia exponer a continuación nuestros

argumentos de defensa en relación a los hechos materia de discusión, pese a que nos encontramos en un estado absoluto de indefensión y que no existen garantías de imparcialidad para resolver el presente caso.

II. SOBRE LOS HECHOS MATERIA DE DENUNCIA.

15. En el presente caso, se debe tener en cuenta que el señor Segovia contrató un plan de salud con PACÍFICO EPS – persona jurídica distinta a nuestra Empresa, PACÍFICO SEGUROS - entre los meses de septiembre de 2011 y julio de 2013. Durante dicho período el Denunciante fue diagnosticado de rinitis alérgica y hemorroides, las cuales fueron cubiertas por el plan de salud contratado con PACÍFICO EPS.
16. En el mes de septiembre de 2012, durante el período de vigencia de la cobertura del plan de salud ofrecido por Pacifico EPS, el señor Segovia contrató con PACÍFICO SEGUROS una póliza de salud denominada comercialmente "Seguro de Continuidad". La referida póliza fue debidamente emitida bajo el número 7664910 (en adelante, "el Seguro de Continuidad"). Nótese que el Seguro de Continuidad fue emitido con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N° 29946, *Ley del Contrato de Seguro* (en adelante, la "LCS"). Además, en los documentos referidos al Seguro de Continuidad y que fueron entregados al señor Segovia se precisó que tanto la rinitis alérgica como las hemorroides que habían sido previamente diagnosticadas no se encontraban cubiertas por dicho seguro en tanto que las mismas calificaban como preexistencias.
17. Ahora bien, se debe tener en cuenta que el seguro de continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a un plan de salud ofrecido por una Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "EPS") o un seguro médico grupal. A través del seguro de continuidad, las enfermedades que pueden aparecer desde el momento de su

contratación, estarán también cubiertas en un futuro en caso el asegurado cambie de trabajo o EPS. Asimismo, este tipo de producto permite al asegurado ampliar el Beneficio Máximo Anual que brinda la EPS, lo cual implica que si el asegurado enfrentara un evento médico cuyo costo es superior a la cobertura de la EPS, el seguro de continuidad cubriría la diferencia.

18. Vemos pues que el seguro de continuidad es un respaldo adicional con el que cuentan los asegurados que lo contratan voluntariamente. Nótese que, en tanto el asegurado cuente con una EPS y no exceda el límite máximo de beneficio anual, el seguro de continuidad se mantiene "inactivo", por lo que la prima que se paga por dicho producto es menor en comparación con otros seguros. Una vez que el asegurado cambie de trabajo o se desafilia de su EPS, PACÍFICO SEGUROS emite un documento en el cual se consignan las condiciones que regulan la relación entre el asegurado y nuestra Empresa en atención al seguro de continuidad previamente contratado.

19. Pues bien, en el mes de julio de 2013, el señor Segovia se cambió de trabajo y, por lo tanto, se desafilió de su EPS, situación que fue informada a nuestra Empresa a efectos que se pudiera activar el Seguro de Continuidad y, por lo tanto, se emita un nuevo documento que contenga las condiciones que, complementando a las pactadas al momento de la contratación del Seguro de Continuidad (esto es, en el mes de septiembre de 2012), regirían la relación contractual con PACÍFICO SEGUROS. Por ello, se procedió a emitir una póliza, la cual por procedimientos internos de nuestra Empresa fue asignada con un nuevo número (esto es, la Póliza N° 9797782). Sin embargo, en dicha póliza se consignaron las condiciones contratadas previamente por el señor Segovia en relación con el Seguro de Continuidad y se precisó claramente la exclusión de no cobertura de los tratamientos excluidos en la póliza anterior (esto es, la rinitis alérgica y

las hemorroides), por calificar las mismas como preexistencias. La referida póliza fue emitida con vigencia del 31 de julio de 2013 al 31 de julio de 2014.

20. Vemos pues que la relación contractual que une al señor Segovia con PACIFICO SEGUROS es una sola y nació en el mes de septiembre de 2012, con anterioridad a la entrada en vigencia de la LCS. Además, vuestra Sala debe advertir que el Seguro de Continuidad contratado por el señor Segovia tenía por finalidad cubrir únicamente las enfermedades que se presentaran desde la fecha de su contratación, situación que fue informada y aceptada por el mismo Denunciante en su oportunidad. Atendiendo a ello, vuestra Sala deberá tener en consideración que en el presente caso los hechos materia de denuncia se regulan conforme a lo acordado entre las partes y, aun cuando la LCS fuese aplicable al presente caso, la referida norma legal no regula la figura sobre presuntas "preexistencias cruzadas" en relación con el Sistema de Seguros y el Sistema de EPS. Así pues, contrariamente a lo sostenido en la Resolución 501, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad, conforme a lo informado oportunamente al Denunciante. Más adelante, incidiremos en esta cuestión.

III. LAS DISPOSICIONES DE LA LCS NO SON APLICABLES AL PRESENTE CASO.

21. Hemos visto que el pronunciamiento de la Comisión en la Resolución 501 se sustenta principalmente en los alcances del artículo 118° de la LCS. En este sentido, a criterio de la Comisión y en atención a una interpretación forzada y arbitraria de la citada norma legal, PACÍFICO SEGUROS se encontraba presuntamente en la obligación de cubrir las enfermedades

prexistentes del señor Segovia, en tanto que las mismas habían sido cubiertas previamente a través de un plan de salud que el señor Segovia mantenía con PACÍFICO EPS.

22. Sin perjuicio de cuestionar más adelante la errónea interpretación que la Comisión ha dado al artículo 118° de la LCS, vuestra Sala debe advertir que la referida norma legal no resulta aplicable a los hechos materia de denuncia toda vez que la misma no se encontraba vigente al momento que nació la relación contractual entre el señor Segovia y PACIFICO SEGUROS; y, además, la relación contractual entre las partes se rige conforme a lo acordado previamente entre ellas de acuerdo a lo establecido en la misma LCS. Por ello, en el presente caso, no correspondía que PACÍFICO SEGUROS otorgara cobertura a las enfermedades del Denunciante en tanto que las mismas habían sido clasificadas como prexistencias y, por lo tanto, excluidas del Seguro de Continuidad.

23. **En primer lugar**, se debe tener en cuenta que la LCS fue publicada en el Diario Oficial El Peruano el día 27 de noviembre de 2012. En este sentido, la Novena Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la LCS² dispone que dicha norma legal entraría en vigencia a los ciento ochenta (180) días calendarios desde su publicación (esto es, el día 27 de mayo de 2013). Por su parte, la relación contractual entre PACÍFICO SEGUROS y el señor Segovia se inició con anterioridad a la fecha de publicación de la LCS en el Diario Oficial El Peruano puesto que el Seguro de Continuidad fue contratado en el mes de septiembre de 2012. Además, conforme podrá advertir vuestra Sala, la LCS entró en vigencia con posterioridad al inicio de la relación contractual entre el señor Segovia y PACIFICO SEGUROS.

² LCS. "NOVENA. Esta Ley entrará en vigencia a partir de los ciento ochenta (180) días desde su publicación. Durante este plazo la Superintendencia también establecerá los plazos a que se refiere el artículo 68." (Subrayado nuestro)

24. **En segundo lugar**, adicionalmente, se debe precisar que la Quinta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la LCS, referida a la aplicación en el tiempo de dicha norma legal, establece lo siguiente:

"QUINTA. A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente".

(Subrayado nuestro).

25. Es decir, al amparo de lo dispuesto en la misma LCS, las disposiciones de dicha norma legal no son aplicables a aquellas relaciones jurídicas que ya se encontraban reguladas contractualmente a la fecha de su entrada en vigencia. En el presente caso, hemos visto que PACÍFICO SEGUROS y el señor Segovia iniciaron su relación jurídica en septiembre 2012, es decir, con anterioridad a la entrada en vigencia de la LCS el 27 de mayo de 2013, por lo que, contrariamente a lo señalado en la Resolución 501, las disposiciones legales de la LCS no son aplicables al presente caso.
26. Así pues, queda claro que la relación contractual entre el señor Segovia y PACÍFICO SEGUROS se regula conforme a lo acordado entre las partes. Para reforzar nuestra posición, cumplimos con acompañar al presente escrito el Informe Legal de fecha 17 de julio de 2014 expedido por Juan Carlos Morón Urbina y Teresa Tovar Mena, miembros del Estudio Ehecopar asociado a Baker & McKenzie International, en el cual se explica claramente que las disposiciones de la LCS no son aplicables a los hechos materia de denuncia (en adelante, el "Informe Legal del Estudio Ehecopar") (Anexo 5-C).
27. **En tercer lugar**, conforme hemos advertido, **en el presente caso la relación contractual entre el señor Segovia y PACÍFICO SEGUROS se regula conforme a lo acordado entre las partes.**

28. Pues bien, en el mes de setiembre de 2012 el señor Segovia contrató el Seguro de Continuidad con PACÍFICO SEGUROS. Al respecto, en relación a los alcances del producto seguro de continuidad ofrecido por PACÍFICO, en el Informe Legal del Estudio Ehecopar se explica que:

"...el Seguro de continuidad nace como una alternativa para las personas que cuentan con un seguro contratado con una EPS y quieren que, de sufrir alguna dolencia en el futuro, esta sea cubierta aun cuando se desafilien del contrato con la EPS (por ejemplo, por la terminación de la relación laboral) y pasen al sistema privado de seguros.

En tanto, por su propia naturaleza, nos encontramos frente a un seguro que es contratado cuando el titular ya cuenta con la cobertura de una EPS - y, en consecuencia, no está interesado en contar con dos coberturas idénticas y pagar por ambas -, la principal característica del Seguro de continuidad es que este se mantiene "inactivo" en tanto la cobertura de la EPS se encuentre activa y sea suficiente para atender cualquier evento. Durante este periodo de inactividad, en el que el Seguro de continuidad solo funciona como un respaldo a la cobertura de la EPS, se aplicará un descuento (de hasta el 80%) sobre la prima que el titular deberá pagar, la cual se modificará cuando el seguro se active.

El Seguro de continuidad se activará en los siguientes casos:

- ***Como adicional a la cobertura de la EPS:*** Si el titular está trabajando y los gastos por el tratamiento de una enfermedad superan la cobertura máxima anual de su EPS, el Seguro de continuidad se activará como una capa adicional.
- ***Como seguro particular:*** Si el titular se desvincula de su EPS y en su nuevo trabajo no cuenta con una EPS, el Seguro de continuidad se activa como un seguro particular.³

29. En tal sentido, en el Informe Legal del Estudio Ehecopar se precisa que el seguro de continuidad ofrecido por PACÍFICO SEGUROS cubre todas las

³ Véase la página 6 del Informe Legal del Estudio Ehecopar.

enfermedades o dolencias que se presenten desde la fecha de su contratación, sin perjuicio que las mismas haya sido diagnosticadas durante el período de inactividad o actividad. Por ello, aun cuando el titular del referido producto presente una dolencia que sea cubierta por la EPS (por estar el seguro inactivo), cuando el seguro de continuidad se activa el tratamiento de dicha dolencia sería cubierto por éste. Sin embargo, las enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la contratación del seguro de continuidad constituirán preexistencias y, en tal sentido, no serían cubiertas por el seguro de continuidad en su período activo.⁴

30. Pues bien, al momento de contratar el Seguro de Continuidad, se señaló expresamente en las Condiciones Especiales que formaban parte de la Póliza N° 7664910 lo siguiente:

"...COBERTURA DE DIAGNÓSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN del deducible adicional anual por enfermedad y por persona de S/. 100,000.00. La eliminación del deducible adicional anual por enfermedad y por persona de S/. 100,000.00 se efectivizará una vez que el asegurado comunique formalmente a la compañía su desafiliación a la EPS o seguro de grupo de la entidad empleadora.

*La eliminación del deducible adicional anual por enfermedad y por persona implicará a su vez la eliminación del descuento aplicado. **Pasándose a aplicar la prima regular del producto**"*
(Subrayado y resaltado nuestro).

31. Asimismo, en la cláusula de exclusión de la Póliza N° 7664910 se indicaba expresamente que las hemorroides como la rinitis alérgica constituirán preexistencias y, en consecuencia, no se encontraban cubiertas por el Seguro de Continuidad, conforme transcribimos a continuación:

⁴ Ibíd.

"Queda entendido y convenido que de acuerdo a los antecedentes médicos al inicio del seguro, la presente póliza no cubre ningún tratamiento médico relacionado con las siguientes dolencias, complicaciones y consecuencias:

Titular Segovia Trauco Oscar Ezequiel
Hemorroides
Rinitis alérgica, no especificada
(Subrayado y resaltado nuestro).

32. Vemos pues que, desde la fecha de contratación del Seguro de Continuidad, éste funcionaba como un seguro de "segunda capa" destinado a cubrir el exceso de las atenciones médicas que no fueran cubiertas por el plan de salud que el señor Segovia mantenía con PACÍFICO EPS y, sobre todo, para que las enfermedades tratadas a través del plan de salud de su EPS no sean consideradas como preexistentes en caso el Denunciante dejara de contar con la cobertura de salud del plan de la EPS y pasara a utilizar la cobertura del Seguro de Continuidad como un seguro particular. Nótese que éste último beneficio era solamente aplicable a aquellas enfermedades diagnosticadas desde la fecha de contratación del Seguro de Continuidad y no a aquellas enfermedades diagnosticadas con anterioridad. Por ello, contrariamente a lo señalado por el Denunciante en su denuncia, éste no podía tener la expectativa que el Seguro de Continuidad iba a seguir cubriendo sus tratamientos vinculados a la rinitis alérgica y hemorroides, conforme había sido cubierto por el plan de salud que mantuvo con PACÍFICO EPS, en tanto que PACÍFICO SEGUROS cumplió con informarle oportunamente que solamente se iban a cubrir aquellos diagnósticos originados desde la fecha de contratación del Seguro de Continuidad.

33. Ahora bien, el señor Segovia puso en conocimiento de PACÍFICO SEGUROS su desafiliación del plan de salud contratado con la EPS en el mes de julio de 2013, motivo por el cual nuestra Empresa procedió a

activar el Seguro de Continuidad previamente contratado, y, en consecuencia, procedió a emitir la Póliza N° 9797782 que complementaba las condiciones referidas al Seguro de Continuidad, estableciéndose así en un único documento los términos que serían de aplicación en el período activo, señalándose expresamente que:

"Por continuidad de seguro quedan eliminados los periodos de carencia y de espera, a excepción del periodo para trasplantes de órganos.

El beneficio para trasplante de órganos tiene un periodo de espera de 24 meses contados a partir del 05/09/2012.

SE OTORGA COBERTURA DE DIAGNÓSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE CONTINUIDAD (05/09/2012) PÓLIZA DE SALUD TOTAL 7664910".

(Subrayado y resaltado nuestro).

34. Así pues, en virtud de lo acordado entre las partes no correspondía a PACÍFICO SEGUROS dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia, en tanto que desde el inicio de la contratación del Seguro de Continuidad se le informó claramente que el mismo no sería aplicable para aquellas enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la contratación de los beneficios ofrecidos por el Seguro de Continuidad.
35. **En cuarto y último lugar**, si bien en el expediente obran dos pólizas suscritas con PACÍFICO SEGUROS (Pólizas N° 7664910 y 9797782), lo cierto es que estamos ante **una misma relación jurídica, la cual nació en el mes de setiembre de 2012 y se encuentra actualmente vigente.**
36. En efecto, si bien PACIFICO SEGUROS procedió a la emisión de dos pólizas – una en setiembre de 2012 y la otra en julio de 2013 – para efectos de dar cumplimiento a sus procedimientos internos, ambas pólizas forman parte de una misma relación jurídica conformada por dos

momentos: periodo de inactividad y periodo de actividad. Es en el periodo de actividad que PACÍFICO SEGUROS emite un nuevo documento (al que denomina póliza y le otorga una nueva numeración) puesto que se agregaron prestaciones a la póliza inicialmente emitida al momento de la contratación del Seguro de Continuidad. No obstante, esto no implica en forma alguna que el periodo de actividad no forme parte de la relación jurídica establecida entre el señor Segovia y PACÍFICO SEGUROS en el marco del Seguro de Continuidad.

37. Al respecto, en el Informe Legal del Estudio Echeconpar se precisa que:

“...es el caso que Pacífico Seguros procedió a la emisión de dos pólizas (una en setiembre de 2012 y otra en julio de 2013) para efectos de dar cumplimiento a sus procedimientos internos, lo cierto es que ambas pólizas forman parte de una misma relación jurídica, la cual nació en el mes de setiembre de 2012 y se mantiene vigente a la fecha de la presente.”

Ello no solo se evidencia luego de conocer cuál es la naturaleza del Seguro de continuidad, sino en tanto ello se establece expresamente en ambas pólizas emitidas por Pacífico Seguros. En efecto, conforme al texto citado de la póliza de setiembre de 2012, en dicha oportunidad se establecía que lo que el señor Segovia estaba contratando era un deducible adicional anual por enfermedad, el cual se iba a activar en tanto ello sea solicitado por el señor Segovia a efectos de cubrir los costos del tratamiento de cualquier dolencia que pudiera presentarse y que excediera la cobertura de la EPS. Asimismo, se indicaba que, una vez que el Seguro de continuidad se active, se eliminaría el descuento aplicado y se procedería al cobro de la prima regular del producto. Cabe anotar que, durante el periodo de inactividad, la prima que Pacífico Seguros cobraba al señor Segovia ascendía a S/.407.55, mientras que la prima que se cobró a este desde la activación de la cobertura ascendía a S/.2,229.00.

Asimismo, conforme se aprecia del texto citado de la póliza emitida en julio de 2013, esta hace expresa referencia no solo a que se trata de una continuidad de seguro, relación jurídica que nació en el mes de setiembre de 2012, sino también al número de póliza que dio origen a dicha relación jurídica (Póliza No. 7664910).

A mayor abundamiento, otro hecho que revela que se trata de una misma relación jurídica es que Pacífico Seguros indica en el texto citado de la póliza emitida en julio de 2013 que quedan eliminados los periodos de carencia y de espera, salvo el referido a trasplante de órganos, en tanto el plazo para ello (computado desde la fecha que nació la relación contractual, esto es, desde setiembre de 2012) aun no había transcurrido. Si se tratara de una nueva relación jurídica, correspondería que los periodos de carencia y de espera vuelvan a computarse desde su nacimiento, mas este no es el caso.¹⁶

38. En conclusión, la relación jurídica que une al señor Segovia y a PACÍFICO SEGUROS es una sola y nació en el mes setiembre de 2012, esto es, antes de la entrada en vigencia de la LCS. En tal sentido, se debe tener en cuenta que las disposiciones contenidas en la LCS no son de aplicación al presente caso puesto que la misma no tiene fuerza ni efectos retroactivos, rigiéndose la presente relación jurídica por lo acordado entre las partes. Atendiendo a ello, conforme se desprende de los documentos que forman parte de la póliza referida al Seguro de Continuidad, no correspondía a PACÍFICO brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad.

IV. EL ARTÍCULO 118° DE LA LCS NO REGULA EL SUPUESTO DE “PREEXISTENCIAS CRUZADAS” EN RELACIÓN AL SISTEMA DE SEGUROS Y EL SISTEMA DE EPS.

39. Ahora bien, en el negado e hipotético caso que vuestra Sala considere que la LCS sí es aplicable en el presente caso - a pesar que claramente se ha determinado que la relación jurídica entre el señor Segovia y nuestra Empresa se regula conforme a lo acordado entre las partes - se debe tener en cuenta que el artículo 118° de la LCS no resulta aplicable en este caso, toda vez que la referida normal legal, contrariamente a lo sostenido

⁵ Véase las páginas 8 y 9 del Informe Legal del Estudio Ehecopar.

por la Comisión, no regula el supuesto de “preexistencias cruzadas” en relación con el Sistema de EPS y el Sistema de Seguros. Actualmente la regulación sobre la cobertura de enfermedades preexistentes se ajusta a lo establecido en las normas legales que regulan cada sistema y, en tal sentido, los afiliados no pueden migrar del Sistema de EPS al Sistema de Seguros y viceversa manteniendo la cobertura de sus preexistencias.

IV.1. Cuestión Previa: Marco Regulatorio sobre las preexistencias en el Sistema de Seguros, el Sistema de EPS y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

40. Debe tenerse en cuenta que en nuestro ordenamiento jurídico existen principalmente dos (2) sistemas de aseguramiento de salud: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS. Ambos sistemas están regulados y supervisados por entidades diferentes (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS y la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, respectivamente). En tal sentido, el tratamiento de las preexistencias en cada uno de los sistemas está regulado por normas distintas e independientes. Adicionalmente, la Ley N° 29344, *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud* (en adelante, “LMAUS”) creó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, “PEAS”), a fin de garantizar que las personas dispongan de un seguro de salud y, en este contexto, se decidió regular el supuesto de “preexistencias cruzadas” para dicho caso en particular. Nos explicamos.
41. **En primer lugar**, en el **Sistema de Seguros** la vinculación entre la compañía de seguros y el asegurado surge a partir del contrato de seguro. Al respecto, en el Informe Legal de fecha 24 de septiembre de 2014 expedido por Marco Rivera Noya, Fernando Allasi Uria y Gabriel Loli, miembros del Estudio Osterling (en adelante, el “Informe Legal del Estudio Osterling”) (**Anexo 5-D**) se precisa lo siguiente:

"...las pólizas de salud son convenciones privadas en las que las partes, previa celebración de un contrato, acuerdan los límites de cobertura, la cuantía y las sumas aseguradas. Entonces, al ser contratos de seguro se rigen por las normas de la Ley del Contrato de Seguros, la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, las normas complementarias dictadas por dicho organismo y, en especial, por las condiciones particulares convenidas entre las partes y contenidas en la póliza."⁶
(Subrayado nuestro).

42. Atendiendo a ello, se debe tener en cuenta que en el Sistema de Seguros general se brinda continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud de cualquier compañía de seguros en la vigencia anterior, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 28770, *Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior* (en adelante, la "Ley 28770") y en la Resolución SBS N° 3203-2013, *Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud* (en adelante, la "Resolución SBS 3203-2013").
43. En efecto, el artículo 1° de la Ley 28770 señala lo siguiente:

"Artículo 1°.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica.- En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia técnica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar,

⁶ Véase la página 8 del Informe Legal del Estudio Osterling.

en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.”
(Subrayado y resaltado nuestro).

44. La referida norma legal claramente señala que la continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud es solamente aplicable para el cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud. Es decir, no es aplicable en los casos que se pretenda migrar de un seguro de salud ofrecido por una Compañía de seguros a un plan de salud ofrecido por una EPS. Así pues, queda claro que la referida norma legal solamente regula el tratamiento de las preexistencias en el marco de la contratación de seguros de salud con compañías de seguros. En tal sentido, la Ley 28770 no es de aplicación a la desafiliación de una compañía de seguros y posterior afiliación a una EPS ni viceversa.⁷
45. Por su parte, el artículo 3° de la Resolución SBS 3203-2013 señala lo siguiente:

“Artículo 3°.- El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley, las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley N° 28770. Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley N° 28770. Asimismo, LA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA DE LAS PREEXISTENCIAS EN LOS SEGUROS DE SALUD NO SE RESTRINGE EN NINGÚN CASO A UNA SOLA EMPRESA DE SEGUROS SINO A CUALQUIERA QUE INTEGRE EL SISTEMA DE SEGUROS PERUANO, según lo señalado en la citada Ley.

⁷ Cfr. Página 4 del Informe Legal del Estudio Echeconpar.

Asimismo, el término "no resuelto" a que hace referencia el citado artículo 118º, se aplica a enfermedades que requieren de continuidad en la atención médica, y que hayan estado cubiertas por un contrato de seguro en el periodo inmediato anterior.

Para acceder a la continuidad de cobertura de las preexistencias, en el marco de la Ley N° 28770, bastará la firma del asegurado en la solicitud del seguro y la correspondiente aceptación por la empresa, para que esta solicite a la empresa anterior los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad. Cabe agregar que la empresa podrá hacer uso de establecimientos de salud afiliados, correspondientes a su red asistencial, que resulten equivalentes a las ofrecidas por la empresa anterior"
(Subrayado y resaltado nuestro)

- 46. Ninguna de las normas legales antes citadas regula el supuesto de "preexistencias cruzadas"; ello en tanto que el asegurado a un seguro de salud solamente puede acceder a una continuidad de cobertura de las preexistencias **dentro** del Sistema de Seguros.

- 47. **En segundo lugar**, se debe tener en cuenta que el **Sistema de EPS** tiene por finalidad prestar servicios de salud con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante, "SUSALUD"). Nótese que las EPS pueden ser empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a ESSALUD, que prestan atención en dos capas: (i) Capa Simple, definida como aquellas intervenciones sencillas y frecuentes, y que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria o cirugía de día, las mismas que tienen mayor frecuencia y menor complejidad (hoy PEAS); y (ii) Capa Compleja, conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia, que son complicadas e infrecuentes, y que requieren de mayor medicación, equipos, hospitalización o largo tiempo de tratamiento para su curación. Además, las EPS pertenecen al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud. Es decir, las EPS prestan un servicio en materia de salud

que el Estado se ha obligado constitucionalmente a brindar a la población. Por ello, este tipo de servicio no guarda relación directa con el Sistema de Seguros que se ofrecen en el mercado. Más adelante, incidiremos en esta cuestión.⁸

48. Ahora bien, la continuidad en la cobertura de preexistencias en relación a los planes de salud se regula por la Ley N° 29561, *Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud* (en adelante, "Ley 29561"). Al respecto, en dicha norma legal se precisa lo siguiente:

"Artículo 1°.- Objeto de la Ley.- La presente Ley tiene el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes.

Artículo 3°.- Preexistencias de capa compleja del plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), continuidad y condiciones.- En el plan de salud y en el contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares, ofertados por la Entidad Prestadora de Salud (EPS), que incluyan las enfermedades de capa compleja, debe incluirse una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en los supuestos señalados en el artículo 1° de la presente Ley."

(Subrayado nuestro)

49. Por su parte, el Decreto Supremo N° 008-2012-SA, Reglamento de la Ley 29561, establece que:

⁸ Cfr. Páginas 10 al 14 del Informe Legal del Estudio Osterling.

"Artículo 2°.- Definición de Continuidad de Cobertura de Preexistencias.- Es el derecho del asegurado y sus derechohabientes a seguir recibiendo, en términos y condiciones equivalentes, las prestaciones de salud por contingencias diagnosticadas y no resueltas durante la vigencia de un plan de salud contratado con anterioridad al cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.
 (Subrayado y resaltado nuestro)

Artículo 4°.- Cláusula de Garantía.- Los contratos de los planes de salud que incluyan cobertura de capa compleja deberán incorporar la siguiente cláusula general:

'La EPS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud y su Reglamento'
 (Subrayado y resaltado nuestro)

50. Lo anterior evidencia claramente que los asegurados pueden mantener o continuar la cobertura de preexistencias si varían de plan de salud debido a un cambio en el centro de trabajo o debido a un cambio de EPS. Sin embargo, las referidas normas legales no contemplan el supuesto de "preexistencias cruzadas" puesto que las mismas no regulan los supuestos de cobertura de preexistencias cuando el asegurado migra del Sistema de EPS al Sistema de Seguros, o viceversa.

51. **En tercer y último lugar,** cabe precisar que la LMAUS tiene como finalidad cumplir con un objetivo social: que todas las personas residentes en el territorio nacional tenga derecho pleno y progresivo a la seguridad social. En este contexto, el LMAUS creó a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, las "IAFAS") a fin que administren los fondos destinados al financiamiento de

prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados y bajo el marco legal previsto para el aseguramiento universal.

- 52. Ahora bien, la LMAUS creó el PEAS, que consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS.⁹ Por su parte, el artículo 14° de la LMAUS indica que las PEAS son ofertadas obligatoriamente por todas las IAFAS y que cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión.¹⁰
- 53. Nótese que, de acuerdo con el artículo 7° de la LMAUS, calificaban como IAFAS las EPS y las Compañías de Seguros Privados de Salud.¹¹ Por lo tanto, solamente entre dichas entidades y dentro de los diagnósticos que incluían las PEAS dentro de los planes de seguro de salud, las IAFAS estaban obligadas a dar cobertura a cualquier preexistencia. En efecto, sólo cuando el asegurado hubiera adquirido un PEAS de alguna IAFAS podía hacer valer el derecho a la continuidad de atenciones de los diagnósticos preexistentes al contratar otro PEAS con otra IAFAS.
- 54. Cabe advertir que, no obstante que las compañías de seguros fueron reconocidas como IAFAS, en el año 2009 las mencionadas entidades no existían registradas en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP -

⁹ **LMAUS.** "Artículo 13°.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.- El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiario".

¹⁰ **LMAUS.** "Artículo 14°.- De la obligatoriedad.- El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente."

¹¹ La referida norma legal fue derogada por el numeral 1 de la Única Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1158, publicado recién el 06 diciembre 2013 en el Diario Oficial El Peruano.

SBS. Es más, recién el 06 de diciembre de 2013 – luego del inicio del presente procedimiento administrativo - mediante Decreto Legislativo N° 1158, *Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud* (en adelante, el “Decreto Legislativo 1158”), se precisó que las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud, contempladas en la Ley N° 26702, *Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros*, calificaban como IAFAS.

IV.2. Sobre los alcances del artículo 118° de la LCS.

55. El artículo 118° de la LCS establece expresamente lo siguiente:

“Artículo 118. Preexistencias.- LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES ESTÁN CUBIERTAS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGUROS Y DE EPS, COMO MÍNIMO, HASTA LOS LÍMITES DEL CONTRATO ORIGINAL O ANTERIOR.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.”

(Subrayado y resaltado nuestro)

56. Esta norma reconoce que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del Sistema de Seguros y del Sistema de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Vemos pues que el artículo 118° de la LCS, por un lado, reconoce la existencia de dos sistemas diferentes: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS; y, por otro lado, establece que la cobertura de las preexistencias (independientemente del sistema al que se haga referencia) es, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Así, queda claro que la citada norma legal no regula de manera general el tratamiento de preexistencias – puesto que actualmente existen otras normas legales vigentes que regulan esta

materia en relación a cada sistema – sino únicamente el monto de la cobertura que debería ser respetado en cada sistema.

57. Lo anterior viene a ser confirmado por la propia Resolución SBS 3203-2013, la misma que establece que las coberturas de las preexistencias en relación con el Sistema de Seguros se rige conforme a lo indicado en la Ley 28770 y es aplicable a todas las empresas que forma parte del referido sistema.¹² En efecto, conforme podrá advertir vuestra Sala, la Resolución SBS 3203-2013 precisa claramente que la cobertura de las preexistencias no se restringe al caso en el que se contrata con la misma compañía de seguros sino respecto de todas las compañías de seguros que integren el sistema. Por lo tanto, queda claro que el artículo 118° de la LCS no regula los alcances sobre la continuidad de cobertura a las preexistencias en relación al Sistema de Seguros y el Sistema de EPS, es decir, no contempla la figura de las presuntas “preexistencias cruzadas”.
58. En esta misma línea, el Dr. Hernán Ramos Romero, Intendente de Regulación de la Superintendencia Nacional de ESSALUD precisó en la Conferencia sobre Avances y Retos de la Ley del Contrato de Seguros realizada en el Congreso de la República el día 20 de marzo de 2014 que en nuestro ordenamiento jurídico (i) la LCS tiene carácter supletorio cuando hay otras normas que rigen la materia, y (ii) la cobertura sobre preexistencias en relación al Sistema de Seguros se encuentra regulada por la Ley 28770, mientras que en relación al Sistema de EPS se rige por

¹² Resolución SBS N° 3203-2013.- “Artículo 3°.- El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley, **las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley N° 28770.** Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley N° 28770. Asimismo, **LA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA DE LAS PREEXISTENCIAS EN LOS SEGUROS DE SALUD NO SE RESTRINGE EN NINGÚN CASO A UNA SOLA EMPRESA DE SEGUROS SINO A CUALQUIERA QUE INTEGRE EL SISTEMA DE SEGUROS PERUANO,** según lo señalado en la citada Ley. (...)” (resaltado y subrayado nuestro)

la Ley 29561. Para acreditar lo alegado, cumplimos con acompañar al presente escrito una copia del vídeo de la presentación del Dr. Hernán Ramos Romero (**Anexo 5-E**), así como el Acta de Transcripción Parcial de la Conferencia sobre Avances y Retos de la Ley de Contratos de Seguros expedida por el Notario Público de Lima, Dr. José Urteaga Calderon de fecha 03 de julio de 2014 (**Anexo 5-F**).

59. En efecto, textualmente el Dr. Hernán Ramos Romero ha precisado que:

“La Ley de Contratos de Seguros es supletoria cuando hay otras leyes que rigen los seguros. En este caso, los seguros de salud y las IAFAS, se encuentran sujetas a la Ley de Aseguramiento, y en el segundo espacio es que en este momento existen vigentes, con respecto a preexistencias, cuatro normas que hablan de preexistencias, por un lado para las empresas de seguros, para las entidades prestadoras de salud, en el campo de seguros regulares de las EPS, tenemos la ley de preexistencias EPS, que habla sobre todo de capa compleja, Y para las preexistencias de empresas de seguros existe la Ley 28770, y para el resto del sistema que regulan las preexistencias al interior de cada sistema, pero aquí comienza el trato a las preexistencias de forma cruzada, y entonces ahí tenemos tanto a la Ley de Contrato de Seguros, que lo que dice es que las preexistencias se regulan por la Ley de Aseguramiento, y la Ley de Aseguramiento en su desarrollo dice que no hay preexistencias ni para el PEAS en ninguna IAFAS ni para seguros complementarios, y que los seguros complementarios deben tener clausulas que cubren preexistencia entre el sistema (...).”
(Subrayado y resaltado nuestro)

60. Por su parte, en relación a los alcances del artículo 118° de la LCS, en el Informe Legal del Estudio Echeconpar se precisa lo siguiente:

“...este artículo no regula de manera general el tratamiento de preexistencias (pues ya hay normas al interior de cada sistema que lo hacen), sino únicamente el monto mínimo de la cobertura que deberá ser respetado en cada sistema, por considerar que las normas ya existentes a la fecha no eran claras en dicho extremo.

Así, en nuestra opinión, es claro que la referencia a ‘dentro del sistema de seguros y de EPS’ tendría como único propósito

precisar que la limitación contenida en el artículo 118 (sobre el límite mínimo de la cobertura) es de aplicación a ambos sistemas, debiendo ser incorporada al marco legal que regula las preexistencias respecto de cada uno de ellos.

Por tanto, no es posible sostener que a través de este artículo se está regulando las preexistencias cruzadas, modificando así el marco legal vigente a la fecha. Dicha interpretación no es correcta por ser extensiva e inconsistente de la norma.

Conforme anotamos a manera de antecedentes, antes de la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, existían dos (2) normas que regulaban las preexistencias, una respecto del sistema privado y otra respecto de las EPS (Ley No. 28770 y Ley No. 29561, respectivamente).

La claridad en relación a que dichas normas regulaban únicamente la cobertura de preexistencias al interior de cada sistema (esto es, de seguro de salud privado a seguros de salud privado y de EPS a EPS) es incuestionable. Los propios títulos de las normas así lo refieren:

'Ley No. 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior.'

'Ley No. 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud.'

Así, contando con este marco legal de antecedente, y de una lectura literal de la norma, en un contexto en el cual la regulación de preexistencias ha merecido un tratamiento independiente respecto de cada sistema, **la conclusión es que el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro tendría por objeto únicamente incorporar a ambos marcos legales una disposición, para que esta se lea conjuntamente con las disposiciones contenidas en cada uno de ellos.**
(Subrayado y resaltado nuestro)

61. En este mismo sentido, en el Informe Legal del Estudio Osterling se indica lo siguiente:

*“De la lectura del artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro se evidencia que **no es posible pasar de un sistema a otro manteniendo las preexistencias, prueba de ello es que la SBS se ha referido a la continuidad en la cobertura de las preexistencias exclusivamente respecto del Sistema Asegurador**, no solamente porque es el ente regulador y supervisor de las empresas que conforman dicho sistema, sino porque como es evidente, **la continuidad en la cobertura de preexistencias en las EPS está reglamentada por una norma distinta (Ley 29561 y su Reglamento), cuya supervisión le corresponde a la SUSALUD.***

Como hemos visto a lo largo del presente informe, ambos sistemas (el de EPS y el de seguros) tienen una naturaleza distinta. Esto significa que resultaría a todas luces antitécnico pretender mantener las preexistencias al pasar de un sistema al otro, puesto que mientras uno se rige en función al riesgo, el otro se rige por normas de derechos de seguridad social.

*Adicionalmente, resulta correcto sostener que no es posible que una persona migre de una EPS a un seguro de salud o de asistencia médica –o viceversa–, con el objeto de mantener la cobertura de su plan de salud anterior respecto de las enfermedades preexistentes, al amparo de lo establecido por el artículo 118 de la LCS. **La continuidad en la cobertura de preexistencias a la que se refiere este artículo, debe ser aplicada en función al Sistema EPS al que pertenece el Plan de Salud del asegurado.***

En otras palabras, si la Póliza de Seguro de un asegurado fuera contratada con una Compañía de Seguros, en virtud de la Ley 28770 podrá mantener bajo cobertura cualquier existencia médica que hubiera surgido durante la vigencia, si lo hace en la misma Compañía de Seguros (renovando su Póliza) o contratando de manera sucesiva con otra Compañía de Seguros que integra el Sistema de Seguros peruano (celebrando un nuevo Contrato de Seguros o Póliza).

Lo propio ocurrirá si el Plan de Salud de un afiliado fuera contratado a través de una EPS. En este caso, en virtud de la Ley 29561 y a lo dispuesto por artículo 118° de la LCS, tal afiliado podrá mantener bajo cobertura cualquier existencia médica que hubiera surgido durante la vigencia del Plan de Salud en la EPS, si dicha variación de Plan obedece a un cambio de centro laboral o a un cambio de EPS en el mismo centro de trabajo.

*Sin embargo, **bajo ningún concepto, podría mantener la cobertura de preexistencias migrando de un Sistema al otro.** Si aceptásemos esta posibilidad, de inmediato se generaría una duda respecto de qué normatividad resultaría*

aplicable a la continuidad de la cobertura, ya que ambos sistemas, atendiendo a su distinta naturaleza, cuentan con normas y entidades supervisoras diferentes.”¹³
(Subrayado y resaltado nuestro)

62. Vemos pues que, contrariamente a lo sostenido por la Comisión en la Resolución 501, el artículo 118° de la LCS no contempla la figura de “preexistencias cruzadas” cuando un asegurado o afiliado migra de un sistema a otro. Lo anterior, pone en evidencia claramente que la Comisión, mediante una interpretación arbitraria y antitécnica, ha analizado incorrectamente los alcances del artículo 118° de la LCS; puesto que, como hemos visto, dicha norma legal no ha previsto que las preexistencias se aplican de manera cruzada, esto es, entre el Sistema de Seguros y el Sistema de EPS.

63. Ahora bien, vuestra Sala debe tener en cuenta que actualmente en el Congreso de la República se viene discutiendo los alcances del Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR (en adelante, el “Proyecto de Ley”), mediante el cual se propone modificar el artículo 118° de la LCS referido a las preexistencias y su cobertura dentro del Sistema de Seguros y el Sistema de EPS (Anexo 5-G).

64. Al respecto, el Proyecto de Ley pretende que el artículo 118° de la LCS se modifique en los siguientes términos:

“Artículo 118°.- Preexistencias.- Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La obligación de otorgar cobertura de las preexistencias en los seguros de salud corresponde a cualquier empresa de seguros, aún cuando el cambio se realice de

¹³ Véase las páginas 16 y 17 del Informe del Estudio Osterling.

una EPS a una compañía de seguros o viceversa.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."

(Subrayado y resaltado nuestro)

65. Sobre el particular, nótese que el Proyecto de Ley pretende que se modifiquen los alcances del artículo 118° de la LCS, de tal forma que una persona pueda trasladarse del Sistema de EPS al Sistema de Seguros o viceversa sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes cubiertas en dichos sistemas. Así pues, recién con dicho Proyecto de Ley se estaría admitiendo la figura de las "preexistencias cruzadas", esto es, la posibilidad de que exista continuidad de la cobertura de preexistencias entre los Sistemas de Seguros y el Sistema de EPS. Inclusive, nótese que el texto del Proyecto de Ley propuesto resulta ser contradictorio puesto que pretende regular la figura de preexistencias cruzadas sin modificar el marco legal vigente del Sistema de Seguros y el sistema de EPS. Vuestra Sala coincidirá con nosotros en que el referido Proyecto de Ley confirma claramente nuestra posición en el sentido que actualmente el artículo 118° de la LCS no dispone la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del Sistema de Seguros al Sistema de EPS y viceversa.
66. Ahora bien, cabe precisar que mediante Informe N° 078-2014-EF/65.01, de fecha 06 de junio de 2014, expedido por la Dirección General de Mercados Financieros y Previsional Privado del Ministerio de Economía y Finanzas (en adelante, el "Informe MEF") (Anexo 5-H) se emitió opinión desfavorable contra el Proyecto de Ley, al considerar que el mismo atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente, el

cual es aplicable en forma integral a los diversos sistemas existentes en la actualidad.

67. En efecto, en el Informe MEF se precisa lo siguiente:

“...esta Dirección considera que el argumento del Proyecto no es exacto, ya que de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 008-2010-SA aplicable al sistema de seguridad social (EPS y Seguro Social de Salud – ESSALUD), al sistema regulado por la Ley del Contrato de Seguro y al sistema público (Sistema Integrado de Salud – SIS, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales), y a los afiliados regulares a una EPS – como trabajadores dependientes – cuando se convierten en trabajadores independientes, pueden solicitar a esa misma EPS o cualquier otra del sistema que brinde un plan potestativo que les cubra sus preexistencias.

Por tanto, un trabajador dependiente al convertirse en uno independiente puede contratar un plan potestativo o individual que le cubra su salud, incluidas sus preexistencias, tanto con una EPS como con otra del sistema. Del mismo modo, tal como se manifiesta en el Proyecto, las preexistencias dentro del sistema de seguros también se encuentran cubiertas.

Además de lo precisado anteriormente, los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por las disposiciones de la Ley N° 29344. Siendo así, dicha norma constituye una Ley especializada en la materia que regula todos los sistemas, la misma que creó el PEAS y los planes complementarios, como mecanismos para que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pueden ser las encargadas de financiar las prestaciones de salud sin considerar a las enfermedades como preexistentes.

Otro elemento a tomar en cuenta es que la Ley N° 29946 contempla en lo referente al sistema de seguros y sistema de EPS, aspectos que ya se encontraban en la Ley N° 29344 y la posibilidad de migrar entre diferentes IAFAS con las preexistencias reconocidas como mínimo en el monto del contrato anterior y cuyo alcance es significativamente más amplio.

De ahí que, el tratamiento de las preexistencias en lo que corresponde al traslado de IAFAS debería continuar regulándose en la Ley especializada, estos es, la Ley N° 29344.”

(Subrayado y resaltado nuestro)

68. En conclusión, a la fecha existen principalmente dos (2) sistemas de aseguramiento de salud: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS. En ambos sistemas, el tratamiento de las preexistencias está regulado por normas distintas e independientes y, en las mismas, no se prevé la figura de “preexistencias cruzadas”, cuando un asegurado o afiliado migre de un sistema al otro. En este contexto, se debe tener en cuenta que el artículo 118° de la LCS no regula de manera general el tratamiento de preexistencias sino únicamente, a manera supletoria, el monto de la cobertura que debería ser respetado en cada sistema. Por otro lado, en el LMAUS, se ha previsto a manera excepcional la figura de preexistencias cruzadas en relación con los PEAS, los cuales son administrados por las IAFAS (entre ellas, las EPS y las compañías de seguros). La existencia del Proyecto de Ley confirma que recién con esta iniciativa legislativa se estaría admitiendo la figura de las “preexistencias cruzadas”, esto es, la posibilidad de que exista continuidad de la cobertura de preexistencias entre los Sistemas de Seguros y el Sistema de EPS, pero ello aún no ha sido aprobado como ley. Cabe indicar que el Informe MEF ha opinado contra el Proyecto de Ley por considerar que atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente, el cual es aplicable en forma integral a los diversos sistemas existentes en la actualidad.

IV.3. Aplicación al Caso Concreto.

69. En el presente caso, hemos visto que el señor Segovia mantenía un plan de salud con PACÍFICO EPS y durante la vigencia de la cobertura de dicho plan de salud se le diagnosticó con rinitis alérgica y hemorroides. Asimismo, durante la vigencia del plan de salud que mantenía con PACÍFICO EPS, el señor Segovia contrató el Seguro de Continuidad con

PACÍFICO SEGUROS. El Seguro de Continuidad, conforme fue informado oportunamente al Denunciante, tenía por finalidad cubrir el exceso de las atenciones médicas que fueran cubiertas por el plan de salud que mantenía con PACÍFICO EPS, y sobre todo, para que las enfermedades tratadas a través del plan de salud de su EPS no sean consideradas como preexistentes en caso el señor Segovia dejara de contar con la cobertura de salud del plan de la EPS y pasara a utilizar la cobertura del Seguro de Continuidad como un seguro particular. Es en este contexto que PACÍFICO SEGUROS cumplió con informarle al señor Segovia que tanto la rinitis alérgica como las hemorroides, las cuales habían sido previamente diagnosticados a la contratación de dicho seguro, no se encontraban cubiertas por el Seguro de Continuidad en tanto que las mismas calificaban como enfermedades preexistentes.

70. Pues bien, conforme hemos advertido a lo largo del presente escrito, la relación entre PACÍFICO SEGUROS y el señor Segovia se rige conforme a lo acordado entre las partes en el contrato de seguro. En tal sentido, conforme se desprende de los documentos que forman parte de la póliza referida al Seguro de Continuidad, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, estaban excluidas del Seguro de Continuidad.

71. El artículo 118° de la LCS solo precisa que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del Sistema de Seguros y el Sistema de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior y, en tal sentido, la continuidad de la cobertura de las preexistencias se regula conforme a la normatividad vigente prevista para cada sistema. Es por ello que se debe tener en cuenta que ni en el Sistema de Seguros ni en el Sistema EPS se regula la figura de preexistencias cruzadas; por el

contrario, en ambos sistemas solamente está regulada la posibilidad de que sus asegurados o afiliados mantengan la cobertura de preexistencias dentro de cada sistema ante un cambio en su póliza de seguro o en su plan de salud.

72. En tal sentido, cuando el señor Segovia contrató el Seguro de Continuidad con PACÍFICO SEGUROS, se precisó que las enfermedades de rinitis alérgica y hemorroides calificaban como preexistencias. Por ello, al activarse el Seguro de Continuidad – lo que implicó que el señor Segovia se cambiara del sistema de EPS al Sistema de Seguros – PACÍFICO SEGUROS no se encontraba en la obligación de seguir prestando cobertura a dichas enfermedades conforme a lo acordado en la póliza.
73. Ahora bien, hemos visto que dentro del LMAUS, a manera excepcional, se ha previsto legalmente la cobertura de preexistencias cruzadas en relación con el PEAS. Sin embargo, el PEAS es un producto distinto e independiente de los seguros ofrecidos en el mercado y, en tal sentido, es distinto al que fue adquirido por el señor Segovia. En este contexto, debe tenerse en cuenta que, a fin de acceder al beneficio de cobertura de las preexistencias dentro del LMAUS, la persona tiene que haber contratado un PEAS y solicitar un cambio de IAFA.
74. En el presente caso, conforme podrá advertir vuestra Sala, el señor Segovia contrató con nuestra Empresa un seguro distinto y diferenciado del PEAS, por lo que no podría acceder al beneficio de continuidad previsto en el LMAUS. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que recién el 6 de diciembre de 2013 mediante el Decreto Legislativo 1158 se precisó que las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud calificaban como IAFAS. Es decir, recién a partir del 6 de diciembre de 2013 – fecha posterior a la interposición de la denuncia del señor Segovia – es que PACÍFICO SEGUROS califica como IAFA y, en tal sentido, estaba en condición de ofertar PEAS en el mercado. Atendiendo a

ello, queda claro que aun cuando el señor Segovia hubiera contratado un PEAS nuestra Empresa no hubiera podido brindar el beneficio de continuidad en la cobertura de sus enfermedades preexistentes en tanto que no se encontraba registrada como IAFA.

75. En conclusión, en el presente caso, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad, conforme a lo informado oportunamente al Denunciante. Además, contrariamente a lo indicado en la Resolución 501, el texto del artículo 118° de la LCS no obliga a PACÍFICO SEGUROS a otorgar cobertura respecto de las enfermedades preexistentes del señor Segovia, por cuanto no regula las preexistencias cruzadas.

V. ANÁLISIS DE LA RAZONABILIDAD SOBRE LA IMPOSICIÓN DE LA MULTA, REEMBOLSO DE COSTOS Y COSTAS, Y DICTADO DE MEDIDA CORRECTIVA.

76. En primer lugar, cabe indicar que, a partir de la revisión de la Resolución 501, vuestra Sala podrá apreciar que la Comisión ha sancionado a nuestra Empresa con una multa pecuniaria ascendente a 31 UIT; sin embargo, dicha autoridad administrativa no ha cumplido con exponer de manera suficiente las razones que justifican su decisión, lo cual claramente constituye una afectación a la garantía de la Debida Motivación, que se encuentra subsumida y es un componente esencial del Principio del Debido Procedimiento, el cual, a su vez, está consagrado como un Principio del Procedimiento Administrativo, de conformidad con el numeral 1.2 del Artículo IV del Título Preliminar de la LPAG¹⁴. A continuación,

¹⁴ LPAG. "Artículo IV.- Principios del procedimiento administrativo (...)"

revisaremos brevemente la referida garantía, lo cual permitirá acreditar su inobservancia en el presente caso.

77. A nivel legal, el Principio de Debida Motivación está expresamente contemplado en el numeral 4) del Artículo 3° de la LPAG y en el Artículo 6° del referido cuerpo legal, como requisito de validez de los actos administrativos, en los términos siguientes:

“Artículo 3°.- Requisitos de validez de los actos administrativos.- Son requisitos de validez de los actos administrativos:

(...)

4. Motivación.- El acto administrativo debe estar debidamente motivado en proporción al contenido y conforme al ordenamiento jurídico”.

“Artículo 6°.- Motivación del acto administrativo.

6.1 La motivación deberá ser expresa, mediante una relación concreta y directa de los hechos probados relevantes del caso específico, y la exposición de las razones jurídicas y normativas que con referencia directa a los anteriores justifican el acto adoptado.

(...)

6.3 No son admisibles como motivación, la exposición de fórmulas generales o vacías de fundamentación para el caso concreto o aquellas fórmulas que por su oscuridad, vaquedad, contradicción o insuficiencia no resulten específicamente esclarecedoras para la motivación del acto.”

(Subrayado y resaltado nuestro).

78. A nivel jurisprudencial, el Tribunal Constitucional ha establecido el siguiente criterio:

1.2.Principio del debido procedimiento.- Los administrados gozan de todos los derechos y garantías inherentes al debido procedimiento administrativo, que comprende el derecho a exponer sus argumentos, a ofrecer y producir pruebas y a obtener una decisión motivada y fundada en derecho”. (...).

“...la motivación supone la exteriorización obligatoria de las razones que sirven de sustento a una resolución de la Administración, siendo un mecanismo que permite apreciar su grado de legitimidad y limitar la arbitrariedad de su actuación. Evidentemente, tal exigencia varía de intensidad según la clase de resolución, siendo claro que ella deberá ser más rigurosa cuando se trate, por ejemplo, de decisiones sancionadoras, como ocurre en el caso sub examine.

De otro lado, tal motivación puede generarse previamente a la decisión – mediante los informes o dictámenes correspondientes – o concurrentemente con la resolución, esto es, puede elaborarse simultáneamente con la decisión. En cualquier caso, siempre deberá quedar consignada en la resolución...

Es por ello que este Tribunal reitera que un acto administrativo dictado al amparo de una potestad discrecional legalmente establecida resulta arbitrario cuando sólo expresa la apreciación individual de quien ejerce la competencia administrativa, o CUANDO EL ORGANO ADMINISTRATIVO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, NO EXPRESA LAS RAZONES QUE LO HAN CONDUCIDO A ADOPTAR TAL DECISIÓN; DE MODO QUE, COMO YA SE HA DICHO, MOTIVAR UNA DECISIÓN NO SÓLO SIGNIFICA EXPRESAR ÚNICAMENTE AL AMPARO DE QUÉ NORMA LEGAL SE EXPIDE EL ACTO ADMINISTRATIVO, SINO, FUNDAMENTALMENTE, EXPONER EN FORMA SUCINTA – PERO SUFICIENTE – LAS RAZONES DE HECHO Y EL SUSTENTO JURÍDICO QUE JUSTIFICAN LA DECISIÓN TOMADA”.¹⁵

(Subrayado y resaltado nuestro).

79. A nivel doctrinario, respecto al Principio de Debida Motivación, Rubio ha indicado lo siguiente:

“El Tribunal [Constitucional] ha tratado diversos aspectos de detalle vinculados con el derecho y el principio de defensa. Los que estimamos más importantes son los siguientes: (...)

¹⁵ Sentencia emitida por el Tribunal Constitucional con fecha 17 de febrero de 2005, en los seguidos de Acción de Amparo por doña Blethyn Oliver Pinto vs. Comandante General del Ejército (Exp. N° 4289-2004-AA/TC).

La motivación de las resoluciones es esencial para el principio de defensa. Cuando ella no aparece, se produce indefensión en las resoluciones respectivas.¹⁶
(Subrayado y resaltado nuestro).

80. Así, el cumplimiento del Principio de Debida Motivación permite que el administrado tenga el derecho de conocer anticipadamente, y mediante una clara y motivada descripción, los hechos analizados por la Administración Pública y la fundamentación jurídica llevada a cabo para dicho análisis. De no garantizarse dicha situación, se corre el riesgo de que el pronunciamiento de la autoridad competente revista características de arbitrariedad.

81. En tal sentido, de la revisión integral de la Resolución 501, puede advertirse que la Comisión decidió simplemente realizar un análisis mínimo e incorrecto de los hechos y los medios probatorios que obran en el expediente. Así pues, en base a un análisis arbitrario, anti técnico e inconsistente con la norma, la Comisión concluyó que nuestra Empresa había infringido el Deber de Idoneidad al no prestar cobertura a las enfermedades preexistentes del señor Segura de acuerdo a lo señalado en el Artículo 118° de la LCS. Sin embargo, conforme hemos visto a lo largo del presente procedimiento, la Comisión no tuvo en consideración que el Artículo 118° de la LCS no regula la figura de preexistencias cruzadas cuando se migra del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa; y que, por el contrario, la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes se regula conforme al marco legal aplicable a cada sistema del aseguramiento de salud.

82. Ahora bien, a partir del análisis explicado de manera precedente queda claro que el Principio de Debida Motivación implica el cumplimiento de uno

¹⁶ RUBIO, Marcial. "La Interpretación de la Constitución según el Tribunal Constitucional". Lima: Fondo Editorial PUCP, 2005. pp. 137-141.

de los requisitos de validez elementales del acto administrativo y, en consecuencia, su inobservancia acarreará indefectiblemente su Nulidad, de conformidad con lo establecido por el Artículo 10º de la LPAG, el mismo que establece expresamente lo siguiente:

“Artículo 10º.- Causales de nulidad.

Son vicios del acto administrativo, que causan su nulidad de pleno derecho, los siguientes:

(...)

2. El defecto o la omisión de alguno de sus requisitos de validez, salvo que se presente alguno de los supuestos de conservación del acto a que se refiere el Artículo 14.(...).
(Subrayado y resaltado nuestro).

83. En ese orden de ideas, resulta evidente que en el presente caso, la sanción ascendente a 31 UIT (S/. 117,800.00 – Ciento Diecisiete Mil Ochocientos Nuevos Soles) que impuso la Comisión carece de una motivación suficiente, adecuada e idónea, toda vez que no se ha explicado de manera detallada las razones que justifican la imposición de dicha multa exorbitante. En tal sentido, vuestra Sala deberá considerar esta situación como una prueba más de que la Comisión no ha cumplido con realizar un adecuado análisis de la presente controversia y ha impuesto una multa que carece de fundamento y motivación, por lo que es necesario que se declare la nulidad de la Resolución 501 en relación a este extremo, en estricta aplicación del artículo 10º de la LPAG, precepto normativo aplicable al presente procedimiento.
84. **En segundo lugar**, sin perjuicio de lo señalado precedentemente, consideramos que la multa interpuesta por Comisión resulta inconsistente, en la medida que PACÍFICO no se encontraba en la obligación de otorgar cobertura a las preexistencias del señor Segovia puesto que (i) las mismas fueron excluidas expresamente del Seguro de Continuidad conforme a lo

informado previamente al señor Segovia y (ii) el texto del artículo 118° de la LCS no regula la figura de *preexistencias cruzadas*.

85. En tal sentido, la referida multa ascendente a 31 UIT ha sido establecida errónea e irrazonablemente en tanto que la Comisión realizó el cálculo de la misma, a partir de un supuesto daño inexistente. Sin embargo, resulta oportuno manifestar que la Comisión no ha tomado en consideración que nuestra Empresa cumplió con informar oportunamente al señor Segovia que al momento de activarse el Seguro de Continuidad sus enfermedades previamente diagnosticadas (esto es, rinitis alérgica y hemorroides) no serían cubiertas en tanto que las mismas calificaban como preexistencias. Cabe indicar que, distinto hubiese sido el caso si nuestra Empresa no hubiera informado al señor Segovia que dichas enfermedades serían consideradas como preexistencias al momento que contrató el Seguro de Continuidad, ya que en dicho supuesto sí hubiera sido más razonable la existencia del supuesto daño planteado en la Resolución 501.

86. Pues bien, en esa línea argumentativa resulta oportuno señalar que la multa impuesta a nuestra Empresa se encuentra alejada de toda aplicación del Principio de Razonabilidad contenido en el numeral 1.4) del Artículo IV° del Título Preliminar de la LPAG y en el Artículo 230° del referido cuerpo legal, que establecen expresamente lo siguiente:

“Artículo IV°.- Principios del procedimiento administrativo.

1. El procedimiento administrativo se sustenta fundamentalmente en los siguientes principios, sin perjuicio de la vigencia de otros principios generales del Derecho Administrativo:

(...)

1.4. Principio de razonabilidad.- Las decisiones de la autoridad administrativa, cuando creen obligaciones, califiquen infracciones, impongan sanciones, o establezcan restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y MANTENIENDO LA

DEBIDA PROPORCIÓN entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin de que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido. (...)

(Subrayado y resaltado nuestro).

“Artículo 230º.- Principios de la potestad sancionadora administrativa.- La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:

(...)

3. Razonabilidad.- Las autoridades deben prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. Sin embargo, las sanciones a ser aplicadas deberán ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, debiendo observar los siguientes criterios que en orden de prelación se señalan a efectos de su graduación:

- a) la gravedad del daño al interés público y/o bien jurídico protegido;*
- b) El perjuicio económico causado;*
- c) La repetición y/o continuidad en la comisión de la infracción;*
- d) Las circunstancias de la comisión de la infracción;*
- e) El beneficio ilegalmente obtenido; y*
- f) La existencia o no de intencionalidad en la conducta del infractor”.*

(Subrayado y resaltado nuestro).

87. Sobre el particular, conviene citar a **Morón**, quien se refiere al citado principio de la siguiente manera:

“El principio de razonabilidad ha sido concebido por la Comisión, como una regla particularizada para las decisiones de gravamen sobre los administrados, ya que se entiende que estas medidas convergen en afectaciones admitidas sobre los derechos y bienes de los administrados.

En tal sentido, teniendo como ámbito protector a la persona humana y arbitrando razonablemente con el interés público, la Ley mediante este principio da una pauta fundamental a la autoridad que tiene la competencia para producir actos de

*gravamen contra los administrados: producirla de manera legítima, justa y proporcional”.*¹⁷

88. Por su parte, **Cassagne**, opina lo siguiente:

*“De otra parte, la sanción penal administrativa ha de respetar el principio de proporcionalidad entre la pena prevista en la norma y la conducta del agente, sobre la base de la regla de razonabilidad cuya valoración debe responder a la realización del bien jurídico tutelado y su significado social, que configura la finalidad perseguida por la ley. Este vicio, en el procedimiento administrativo de carácter sancionatorio, traduce una nulidad absoluta y, al afectar la proporcionalidad inherente al objeto del acto que impone la sanción, vulnera la garantía innominada de razonabilidad (...).”*¹⁸

89. Pues bien, en virtud de todas las consideraciones planteadas en los párrafos precedentes, vuestra Sala no puede admitir la imposición de una multa cuyo monto resulta desproporcional, si toma en consideración que PACÍFICO SEGUROS cumplió con informar al señor Segovia que sus enfermedades calificaban como preexistencias y, por lo tanto, se encontraban excluidas del Seguro de Continuidad, tal como y como se desprende de las pólizas que obran en autos. En tal sentido, solicitamos que dicha sanción pecuniaria sea reducida, en virtud de los hechos que versan en el presente caso y que demuestran la correcta actuación de nuestra Empresa.

90. **En tercer y último lugar**, vuestra Sala debe advertir que la medida correctiva impuesta por la Comisión en la Resolución 501 resulta inconsistente con el ordenamiento jurídico vigente. En este sentido, cabe precisar que la Comisión ha ordenado a PACÍFICO SEGUROS que cumpla con emitir una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por Pacífico EPS. Es decir, la Comisión pretende que nuestra Empresa – una

¹⁷ MORÓN, Juan Carlos. *Op.Cit.*, p. 70.

¹⁸ CASSAGNE, Juan Carlos. *Op. Cit.*, p. 576.

compañía de seguros – emita un plan de salud que fue emitido previamente por una EPS, la cual forma parte de un sistema que difiere sustancialmente del sistema de seguros privados en muchos aspectos.

91. Sobre el particular, vuestra Sala debe tener en cuenta que el sistema de seguros y el sistema de EPS tiene una naturaleza marcadamente diferente en tanto que las EPS forman parte del seguro social de salud, el cual califica como un servicio público, por lo que no guarda relación con el sistema de seguros privados en salud. Al respecto, en el Informe Legal del Estudio Osterling se explica que:

“Las EPS integran el sistema del Seguro Social de Salud, conjuntamente con EsSalud y, consecuentemente, prestan un servicio público, vale decir, prestan un servicio en materia de salud que el Estado se ha obligado constitucionalmente a brindar a la población. Este servicio no tiene relación directa con los seguros privados de salud que se ofrecen en el mercado, como consecuencia de la libre iniciativa de las empresas de seguros.”

En esta línea, el portal de SUSALUD establece que “[...] EsSalud presta servicios al 37 % de la población trabajadora asegurada en esa entidad. La presencia de las EPS favorece la descongestión de los hospitales, policlínicos y otras instalaciones en las que se brinda los servicios de EsSalud y le permite concentrarse mejor en la atención descentralizada en todo el país y en las intervenciones médicas de alta complejidad”.

La combinación de prestación de servicios de EsSalud y EPS permite el mejor aprovechamiento de la infraestructura existente en la seguridad social peruana, para beneficio de los que la prestan y los que la reciben, siguiendo la tendencia mundial de los sistemas previsionales de los países con mayor experiencia en seguridad social.

En suma, la obligación que el Estado tiene con respecto a la salud de la población forma parte de las prestaciones y servicios mínimos que constitucionalmente debe proveer el Estado como parte de su función. Por esa razón, se consideran servicios públicos. Las EPS forman parte de este sistema, y consiguientemente, ellas fueron creadas para prestar servicios públicos de salud. El servicio público, por su propia naturaleza, es altamente regulado, ya que no se rige

por principios propios de los seguros, puesto que tienen altos componentes asistenciales, subsidios, de seguridad social y no son alcanzados por los límites típicos de un seguro particular, que otorga cobertura de riesgos en función de la prima pagada, y siempre está sujeta a límites basados en sumas aseguradas.

Ahora bien, si bien existen ciertas similitudes en ambos sistemas, resulta evidente que existen también grandes diferencias, a saber:

- Proporcionalidad entre riesgo y prima: los seguros privados son generalmente diseñados para que exista una proporcionalidad entre el riesgo asumido y la prima, tomando en cuenta la masa crítica y los estudios actuariales, mientras que los programas de seguridad social en general ponen un mayor énfasis en la pertinencia social de los beneficios para todos los participantes, sin que exista una proporción entre el riesgo asumido y la contraprestación pagada.
- Participación voluntaria versus obligatoria: La participación en programas de seguros privados es a menudo voluntaria. La participación en programas de seguro social es generalmente obligatoria, y cuando excepcionalmente la participación es voluntaria, el costo es en gran medida lo suficientemente subvencionado para asegurar la participación masiva.
- Derechos contractuales versus legales: El derecho a las prestaciones en un seguro privado es contractual, sobre la base de un contrato de seguro. La compañía de seguros no tiene el derecho unilateral de modificar o terminar la cobertura antes del final de la vigencia del contrato. Los programas de seguros sociales por otro lado no son generalmente basados en un contrato, sino en una ley, y el derecho a las prestaciones es legal y no contractual. Las disposiciones del programa se pueden cambiar si la ley se modifica.
- Financiación: La mayoría de sistemas de seguridad social se financian de manera continua sin hacer referencia a las obligaciones futuras. Esto es visto como una cuestión de solidaridad entre las generaciones y entre los enfermos y los sanos como parte del contrato social. En esencia, esto significa que la actual generación de trabajadores saludables pagan para cubrir el cuidado de la salud y los costos de vida de los que están actualmente incapacitados temporalmente por enfermedad o que han dejado de trabajar por vejez o invalidez. Los sistemas privados se financian con las primas y con el producto de las inversiones que las compañías de seguros realizan con dichas primas”

(Subrayado y resaltado nuestro).¹⁹

92. Lo anterior, pone en evidencia claramente que nuestra Empresa no está en condiciones de cumplir con la medida correctiva impuesta por la Comisión toda vez que, como hemos visto, PACÍFICO SEGUROS no califica como EPS y, por lo tanto, no emite planes de salud. En este sentido, vuestra Sala debe tener en cuenta que nuestra Empresa al ser una compañía de seguros emite seguros de salud que guardan proporcionalidad entre el riesgo asumido y la prima en atención a las condiciones contratadas. En tal sentido, la medida correctiva ordenada por la Comisión, claramente está obligando a nuestra Empresa a prestar un servicio público respecto del cual no nos encontramos obligados y, además, a asumir, dentro de un sistema de seguro privado, un riesgo que no guarda proporción con la prima establecida en el plan de salud que el señor Segovia mantenía con PACÍFICO EPS. Por lo tanto, la medida correctiva impuesta por la Comisión a PACÍFICO SEGUROS implica una contravención a las normas legales vigentes y, además, una flagrante violación a nuestro derecho a la libre iniciativa de las empresas. Atendiendo a ello, solicitamos a vuestra Sala se sirva dejar sin efecto la medida correctiva impuesta por la Comisión mediante Resolución 501.
93. Así pues, sin perjuicio de que la Sala debe revocar la Resolución 501 en todos sus extremos –incluyendo aquellos en virtud de los cuales se impuso una multa a PACÍFICO SEGUROS, ordenó el cumplimiento de una medida correctiva y pago de costas y costos–, en el supuesto y negado caso de que se confirme dicho acto administrativo, entonces, específicamente en relación con la multa de 31 UIT, ésta deberá ser rebajada sustancialmente por la Sala, debido a que ha quedado demostrado que dicha multa resulta desproporcionada y viola el Principio de Razonabilidad consagrado en la LPAG.

¹⁹ Véase las páginas 13 y 14 del Informe del Osterling.

VI. CONCLUSIONES.

94. A partir de las consideraciones planteadas en el presente escrito, resulta imprescindible que vuestra Sala disponga la suspensión del presente procedimiento administrativo hasta que la controversia existente en el proceso constitucional de amparo entre PACÍFICO SEGUROS y el INDECOPÍ sea resuelta en sede judicial.
95. La relación jurídica que une al señor Segovia y a PACÍFICO SEGUROS es una sola y nació en el mes setiembre de 2012, esto es, antes de la entrada en vigencia de la LCS. En tal sentido, se debe tener en cuenta que las disposiciones contenidas en la LCS no son de aplicación al presente caso puesto que la misma no tiene fuerza ni efectos retroactivos, rigiéndose la presente relación jurídica por lo acordado entre las partes. Atendiendo a ello, conforme se desprende de los documentos que forman parte de la póliza referida al Seguro de Continuidad, no correspondía a PACÍFICO brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad.
96. A la fecha existen principalmente dos (2) sistemas de aseguramiento de salud: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS. En ambos sistemas, el tratamiento de las preexistencias está regulado por normas distintas e independientes y, en las mismas, no se prevé la figura de "preexistencias cruzadas", cuando un asegurado o afiliado migre de un sistema al otro. En este contexto, se debe tener en cuenta que el artículo 118° de la LCS no regula de manera general el tratamiento de preexistencias sino únicamente, a manera supletoria, el monto de la cobertura que debería ser respetado en cada sistema. Por otro lado, en el LMAUS, se ha previsto a manera excepcional la figura de preexistencias

cruzadas en relación con los PEAS, los cuales son administrados por las IAFAS (entre ellas, las EPS y las compañías de seguros). La existencia del Proyecto de Ley confirma que recién con esta iniciativa legislativa se estaría admitiendo la figura de las "preexistencias cruzadas", esto es, la posibilidad de que exista continuidad de la cobertura de preexistencias entre los Sistemas de Seguros y el Sistema de EPS, pero ello aún no ha sido aprobado como ley. Cabe indicar que el Informe MEF ha opinado contra el Proyecto de Ley por considerar que atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente, el cual es aplicable en forma integral a los diversos sistemas existentes en la actualidad.

97. En el presente caso, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad, conforme a lo informado oportunamente al Denunciante. Además, contrariamente a lo indicado en la Resolución 501, el texto del artículo 118° de la LCS no obliga a PACÍFICO SEGUROS a otorgar cobertura respecto de las enfermedades preexistentes del señor Segovia, por cuanto no regula las preexistencias cruzadas.

POR TANTO:

A USTED SEÑOR PRESIDENTE PEDIMOS: Sírvase tener presente lo expuesto al momento de resolver, declarando fundado nuestro recurso de apelación y, por tanto, revocar la Resolución 501, siendo infundada la denuncia del señor Segovia en todos sus extremos.

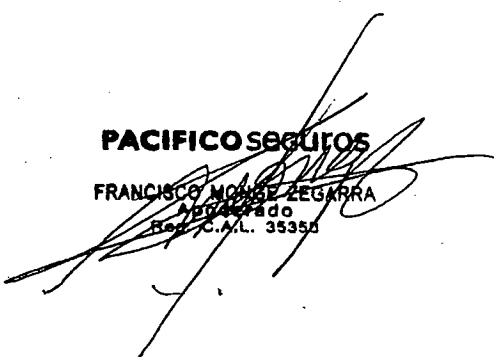
PRIMER OTROSÍ DECIMOS: Que, acompañamos al presente escrito, en calidad de anexos, los siguientes documentos:

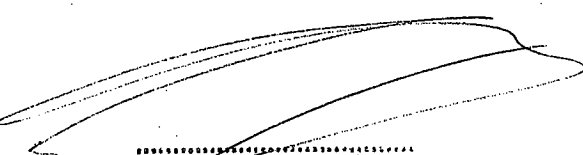
1. Copia de la Demanda de Amparo interpuesta por PACÍFICO SEGUROS ante el Décimo Primer Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e INDECOPI de la Corte Superior de Justicia de Lima en relación a los alcances de la Resolución 501 (**Anexo 5-A**).
2. Copia simple de la Resolución N° 2 del Décimo Primer Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e INDECOPI de la Corte Superior de Justicia de Lima, de fecha 25 de septiembre de 2014, mediante la cual admite a trámite la Demanda de Amparo de PACÍFICO SEGUROS (**Anexo 5-B**).
3. Informe Legal de fecha 17 de julio de 2014 elaborado por el Estudio Echecopar (**Anexo 5-C**).
4. Informe Legal de fecha 24 de septiembre de 2014 por el Estudio Osterling (**Anexo 5-D**).
5. Copia del vídeo de la presentación del Dr. Ramos Romero, Intendente de Regulación de la Superintendencia Nacional de ESSALUD (**Anexo 5-E**).
6. Acta de Transcripción Parcial de la "Conferencia Avances y Retos de la Ley de Contratos de Seguros" expedida por el Notario Público de Lima, Dr. José Urteaga Calderón de fecha 03 de julio de 2014 (**Anexo 5-F**).
7. Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR, mediante el cual se propone modificar el artículo 118° de la LCS referido a las preexistencias y su cobertura dentro del Sistema de Seguros y el Sistema de EPS (**Anexo 5-G**).
8. Copia del Informe N° 078-2014-EF/65.01 de fecha 06 de junio de 2014 expedido por la Dirección General de Mercados Financieros y Previsional Privado del Ministerio de Economía y Finanzas (**Anexo 5-H**).

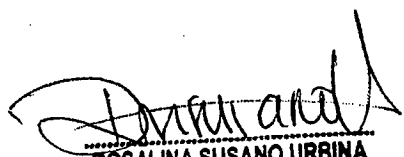
SEGUNDO OTROSÍ DECIMOS: Que, al amparo del Principio de Participación consagrado en el numeral 1.12 del artículo IV del Título Preliminar de la LPAG, aplicable supletoriamente, solicitamos formalmente que se sirva citar a **INFORME ORAL**, a efectos de poder exponer personalmente nuestra posición a través de nuestros representantes legales y/o abogados.

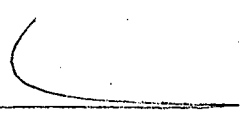
Lima, 22 de octubre de 2014

PACIFICO SEGUROS


FRANCISCO MONSE ZEGARRA
Abogado
Reg. C.A.L. 35358


.....
IVO S. GAGLIUFFI PIERCECHI
ABOGADO
C.A.L. 29381


.....
ROSALINA SUSANO URBINA
ABOGADA
Reg C.A.L. 43750


.....
LUIS MIGUEL J. LEON LUNA
ABOGADO
C.A.L. 40052



PROCEDENCIA : COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – SEDE LIMA SUR N° 1

PROCEDIMIENTO : DE PARTE

DENUNCIANTE : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

DENUNCIADA : EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

MATERIAS : IDONEIDAD DEL SERVICIO
SEGURO DE SALUD

ACTIVIDAD : PLANES DE SEGUROS GENERALES

SUMILLA: *Se confirma la resolución venida en grado en el extremo que declaró fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción de los artículos 18° y 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, debido a que denegó injustificadamente la cobertura del "seguro de continuidad" al considerar como preexistentes las enfermedades generadas y cubiertas bajo la vigencia del plan de salud contratado anteriormente con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, pese a que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de continuidad de cobertura para dicho supuesto.*

Asimismo, se confirma dicha resolución en el extremo que declaró fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción del artículo 47° literal a) del Código de Protección y Defensa del Consumidor, al haberse verificado que no proporcionó al denunciante una copia de la póliza y sus anexos cuando contrató el seguro de continuidad.

SANCIÓN: 10 UIT - por negativa injustificada de cobertura

1 UIT - por falta de entrega de póliza y anexos

Lima, 19 de diciembre de 2014

I ANTECEDENTES

1. El 28 de agosto de 2013, el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, el señor Segovia) denunció a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.¹ (en adelante, Pacífico Seguros) ante la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1 (en adelante, la Comisión)

¹ RUC 20100035392. Domicilio fiscal en Calle Juan de Arona N° 830, San Isidro, Lima.



por presuntas infracciones de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor² (en adelante, el Código).

2. En su denuncia, el señor Segovia señaló lo siguiente:

- (i) Entre los meses de setiembre de 2011 y julio de 2013 contaba con un seguro de salud contratado con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, Pacífico EPS), que cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, enfermedades que fueron diagnosticadas el 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, respectivamente;
- (ii) en agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, solicitó un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910) a Pacífico Seguros, quien le indicó que el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides -cubierto por Pacífico EPS- no sería excluido. Esta póliza fue posteriormente anulada el 31 de julio de 2013;
- (iii) el 31 de julio de 2013, al concluir el contrato de seguro con Pacífico EPS, suscribió con Pacífico Seguros un nuevo contrato de seguro (Póliza N° 9797782);
- (iv) el 17 de agosto de 2013, acudió a la Clínica Jockey Salud para continuar con el tratamiento que venía recibiendo. Sin embargo, personal médico de dicho establecimiento de salud le indicó que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y que, por tanto, no serían cubiertas por Pacífico Seguros; y,
- (v) pese a haber suscrito con Pacífico Seguros la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, a la fecha de la interposición de la presente denuncia no ha recibido copia de dicho documento.

3. Mediante Resolución 1 del 26 de setiembre de 2013, la Secretaría Técnica de la Comisión admitió a trámite la denuncia, considerando como presuntas infracciones las siguientes:

- (i) *Por presunta infracción de los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.*
- (ii) *Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar*

² Publicada el 2 de setiembre de 2010 en el diario oficial El Peruano y vigente a partir del 2 de octubre de 2010.



Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.

4. En sus descargos, Pacífico Seguros señaló que:
- (i) Era una compañía de seguros que dentro de sus servicios ofrece el beneficio denominado "Seguro de Continuidad", el cual brinda cobertura en atenciones médicas en forma paralela a un plan de salud ofrecido por Pacífico EPS, permitiendo que respecto de las atenciones médicas realizadas mediante la cobertura del EPS no se consideren como enfermedades preexistentes las que se generen desde su contratación, resaltando que Pacífico Seguros no era una EPS y no ofrecía planes de salud dentro de sus servicios;
 - (ii) el 5 de setiembre de 2012, el señor Segovia, optó por el beneficio de continuidad previamente descrito y contrató un "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 7664910), consignándose como exclusión la cobertura por tratamientos médicos de rinitis alérgica y hemorroides;
 - (iii) el 31 de julio de 2013, luego de que el señor Segovia cesó de laborar, solicitó el inicio del beneficio de continuidad para su "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 9797782), consignándose las mismas exclusiones contenidas en la póliza anterior;
 - (iv) Pacífico Seguros y Pacífico EPS eran personas jurídicas distintas que no tenían entre sí ninguna obligación legal de considerar las atenciones médicas cubiertas por sus pólizas o planes de salud como diagnósticos sujetos a mantener continuidad entre ellos;
 - (v) el derecho de continuidad previsto en la Ley N° 28770³ aplica solo cuando se realiza el cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS a otra, respectivamente, y no cuando el cambio se dé de una EPS a un seguro de salud o viceversa. Por ello, indicó que resulta válida la exclusión de cobertura de los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides formulada por la compañía aseguradora, en la medida que estas enfermedades encajarían dentro de lo que se define como una preexistencia, sin importar que hayan sido atendidas bajo la cobertura de Pacífico EPS; y,
 - (vi) el 18 de octubre de 2013, se hizo entrega de la póliza del seguro contratado y sus anexos al domicilio del señor Segovia.
5. Mediante Resolución 501-2014/CC1 del 21 de mayo de 2014, la Comisión emitió el siguiente pronunciamiento:

³ Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior.



- (i) Declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra Pacífico Seguros, por infracción a los artículos 18° y 19° del Código, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistentes enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS;
 - (ii) declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra Pacífico Seguros, por infracción al literal a) del artículo 47° del Código, en la medida que no proporcionó al denunciante la copia y los respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud;
 - (iii) ordenó a Pacífico Seguros que, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes;
 - (iv) sancionó a Pacífico Seguros con una multa de 30 UIT por haber negado injustificadamente la cobertura del seguro de salud y 1 UIT por no haber entregado copia de la póliza y sus anexos; y,
 - (v) condenó a Pacífico Seguros al pago de las costas y costos derivados del procedimiento.
6. El 4 de junio de 2014, Pacífico apeló la Resolución 501-2014/CC1, señalando lo siguiente:
- (i) El artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro reconocía la existencia de dos sistemas diferentes: el sistema de seguros generales y el sistema de EPS, los cuales se rigen por normas distintas. El sistema de seguros brindaba continuidad de cobertura a las enfermedades que habían sido cubiertas por una póliza de salud ante el cambio o migración a otro seguro de salud, conforme a la Ley 28770. El sistema de EPS estaba regulado por la Ley 29344, Ley Marco Aseguramiento Universal en Salud, siendo que los planes de seguros de salud y el tratamiento de preexistencias se regían por ésta, su reglamento y normas complementarias, conforme al artículo 117° de la Ley del Contrato de Seguro;
 - (ii) la Ley 29344 establecía que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, PEAS) y sus condiciones mínimas asegurables son financiadas por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, IAFAS), estando comprendidas,



entre otras, las EPS y las compañías de seguros privados de salud, siendo que estas últimas no se encontraban registradas en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (en adelante, la SBS). Agregó que el artículo 7° de la Ley 29344 fue derogado mediante Decreto Legislativo 1158 y se reconoció que las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud calificaban como IAFAS;

- (iii) ello evidenciaba claramente que el sistema de EPS y el sistema de seguros se mantuvieron independientes protegiendo la continuidad de la cobertura de los diagnósticos considerados preexistentes a los asegurados que permanecieran en cada uno de ellos, por lo que al momento de la interposición de la denuncia Pacífico Seguros no calificaba como IFA y, por ende, no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de las preexistencias, pese a que habían sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS;
- (iv) contrariamente a lo señalado por la Comisión, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no establecía que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una EPS o compañía de seguros, continuaban siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud, toda vez que ambos sistemas tenían distinta naturaleza y se regían por normas distintas, siendo cada sistema independiente uno del otro y la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes se protegía en cada uno de ellos;
- (v) a la fecha de presentación de la apelación, existía el Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR que proponía modificar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro para que una persona pudiese trasladarse del sistema de EPS al sistema de seguros o viceversa sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes, es decir, dicho proyecto estaba regulando un vacío legal existente en tomo a la continuidad de cobertura cuando alguien migra de un sistema a otro, por lo que Pacífico Seguros no tenía la obligación de continuar con la cobertura en el presente caso;
- (vi) en cuanto a la falta de entrega de la póliza sus anexos, Pacífico Seguros señaló que cumplió con entregar al denunciante copia de tales documentos el 18 de octubre de 2013; sin embargo, la Comisión por un criterio errado indicó que al haberse realizado la entrega 42 días después de la interposición de la denuncia habría incurrido en infracción, pues no existía plazo alguno para la entrega del contrato al consumidor. Ello había vulnerado el principio de tipicidad al imputarse un hecho que no se encontraba previsto en la norma, por lo que la Sala debería revocar dicho extremo; y,
- (vii) cuestionó la multa y la graduación de la sanción.



7. El 25 de agosto de 2014, el señor Segovia presentó un escrito señalando que Pacífico Seguros publicitaba a través de su página Web el "seguro de continuidad" informando que no solamente se brindaría cobertura a aquellas enfermedades que se originaran desde el momento de la contratación, sino que cuando no se contara con EPS se mantendría la cobertura por el producto de salud que se le venía brindando, por lo que Pacífico Seguros se valió de la EPS para ofrecerle un nuevo seguro sin señalar ni advertir que ello no era así. Señaló, además, que Pacífico debió ser sancionado con una multa más alta por haber afectado un derecho fundamental y haber incurrido en reincidencia, pues ya fue sancionada anteriormente por algo similar en la Resolución 077-2014/SPC-INDECOP, considerando también que la conducta infractora lo perjudicó directamente.
8. El 7 de noviembre de 2014, Pacífico Seguros presentó un escrito ampliatorio indicando lo siguiente:
- (i) Solicitó la suspensión del procedimiento, toda vez que se encuentra en trámite a nivel jurisdiccional la demanda de amparo interpuesta por Pacífico Seguros contra el Indecopi por haber publicitado la resolución apelada a pesar de que estaba pendiente el recurso de impugnación y no tenía la calidad de cosa decidida, lo que ha vulnerado las garantías del debido proceso, la imparcialidad de los vocales de la Sala que resolverán en segunda instancia, la imagen y buena reputación y la presunción de inocencia, teniendo en cuenta que en anteriores oportunidades la Sala suspendió algunos procedimientos por estar pendiente el pronunciamiento en sede judicial;
 - (ii) durante el periodo de cobertura del plan de salud que el señor Segovia contrató con Pacífico EPS (setiembre de 2011 – julio 2013), se le diagnosticó rinitis alérgica y hemorroides, las cuales fueron cubiertas. En el mes de setiembre de 2012, cuando se encontraba vigente el plan de salud con Pacífico EPS, el denunciante contrató con Pacífico Seguros un Póliza denominada "Seguro de Continuidad" (Póliza 7664910), es decir, se contrató cuando no estaba vigente la Ley del Contrato de Seguro y se consignó que la rinitis alérgica y las hemorroides no se encontraban cubiertas por preexistentes;
 - (iii) el seguro de continuidad podía ser contratado en paralelo a un plan de salud ofrecido por una EPS y permitía que las enfermedades que podían aparecer desde el momento de su contratación, también sean cubiertas en un futuro en caso cambie de trabajo o EPS, además permitía ampliar el beneficio anual, es decir, constituía un respaldo adicional que se mantenía "inactivo". En el mes de julio de 2013, el señor Segovia cambió de trabajo y se desafilió de la EPS, por lo que se activó el seguro de continuidad, emitiéndose un nuevo documento (Póliza 9797782) el 31 de



- julio de 2013 que, complementando a las cláusulas pactadas al momento de su contratación, regiría la relación contractual con Pacífico Seguros;
- (iv) el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no resultaba aplicable al presente caso al no encontrarse vigente al momento en que nació la relación contractual entre el señor Segovia y Pacífico Seguros, toda vez que : (i) dicha ley entró en vigor el 27 de mayo de 2013 y el seguro de continuidad se contrató en setiembre de 2012, es decir, con anterioridad a su vigencia; (ii) la quinta disposición final y modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro no es aplicable a aquellas relaciones que ya se encontraban reguladas contractualmente, es decir, conforme a lo acordado por las partes;
- (v) adjuntó un informe legal del Estudio Ehecopar que precisaba que el seguro de continuidad ofrecido por Pacífico Seguros cubre todas las enfermedades que se presenten desde la fecha de su contratación y que las anteriores constituirían preexistencias, lo cual se encontraba regulado en las condiciones especiales de la Póliza 7664910, donde se excluyó la rinitis alérgica y las hemorroides. Ello evidenciaría que se informó al denunciante oportunamente que sólo se cubrirían aquellos diagnósticos desde la fecha de contratación del seguro de continuidad, de modo que al activarse el seguro de continuidad se procedió a emitir la Póliza 9797782, siendo que en virtud de lo acordado no correspondía dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia;
- (vi) si bien Pacífico emitió dos Pólizas para dar cumplimiento a sus procedimientos internos, lo cierto es que se trataba de una misma relación jurídica, la cual inició en el mes de setiembre de 2012 y se encontraba actualmente vigente, conformada por dos momentos: periodo de inactividad y periodo de actividad. En la nueva póliza emitida se agregaron prestaciones a la póliza inicialmente emitida al momento de la contratación del seguro de continuidad, lo cual no implicaba que el periodo de actividad no forme parte de la relación jurídica establecida entre el señor Segovia y Pacífico Seguros. De modo que al haber nacido la relación jurídica entre el denunciante y Pacífico Seguros en setiembre de 2012 no era de aplicación al Ley del Contrato de Seguro, pues esta no tenía fuerza ni efectos retroactivos, rigiéndose, más bien, por los acordado entre las partes;
- (vii) en el hipotético y negado caso de que se considerase que la Ley del Contrato de Seguro era aplicable al presente caso, el artículo 118° no regula el supuesto de "preexistencias cruzadas" en relación con el sistema de EPS y el sistema de seguros, pues la cobertura de enfermedades preexistentes se regulaba legalmente en cada sistema y, en tal sentido, los afiliados no podían migrar de un EPS a un seguro o viceversa manteniendo la cobertura de sus preexistencias. Ello, debido a que existen principalmente dos sistemas de aseguramiento de salud: (i) el



- sistema de seguros; y, (ii) el sistema de EPS, siendo que ambos se encontraban regulados y supervisados por entidades diferentes (SBS y SUSALUD⁴, respectivamente) y el tratamiento de las preexistencias está regulado por normas distintas;
- (vii) en el sistema de seguros se brinda continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud de cualquier compañía de seguros, conforme lo dispuesto en la Ley 28770⁵, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el Periodo Inmediato Anterior, y la Resolución SBS N° 3203-2013, Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud. La ley 28770 claramente establece la continuidad de cobertura ante la migración de un seguro de salud a otro, y no ante un cambio de un seguro de salud a un plan de salud de una EPS, pues la norma sólo regula el tratamiento de las preexistencias en la contratación de seguros de salud con compañías de seguros. Lo mismo ocurre con la Resolución SBS N° 3203-2013, de modo que ninguna de las normas regula el supuesto de "preexistencias cruzadas", pues la continuidad de cobertura se aplica solamente dentro del sistema de seguros;
- (ix) el sistema de EPS tenía como finalidad prestar servicios de salud con infraestructura propia y/o de terceros, pudiendo ser instituciones públicas o privadas distintas a ESSALUD, que prestan atención médica en dos capas (capa simple y capa compleja). La continuidad en la cobertura de preexistencias en relación a los planes de salud se regula por la Ley 29561⁶, Ley que Establece la Continuidad en la Cobertura de Preexistencia en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud,

⁴ Superintendencia Nacional de Salud.

⁵ LEY 28770. LEY QUE REGULA LA UTILIZACIÓN DE LAS PREEXISTENCIAS EN LA CONTRATACIÓN DE UN NUEVO SEGURO DE ENFERMEDAD Y/O ASISTENCIA MÉDICA CON LA MISMA COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA QUE SE ESTUVO AFILIADO EN EL PERIODO INMEDIATO ANTERIOR. Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica

En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.

⁶ LEY 29561, LEY QUE ESTABLECE LA CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIA EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD. Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes.



y por su Reglamento (Decreto Supremo 008-2012-SA). Ello evidenciaba que los afiliados pueden mantener o continuar con la cobertura de preexistencias si varían de plan de salud debido al cambio de trabajo o cambio de EPS, pero no se contemplaba el supuesto de "preexistencias cruzadas";

- (x) el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro reconocía la existencia de dos sistemas diferentes (el sistema de seguros y el sistema de EPS) y establecía que la cobertura de las preexistencias (independientemente del sistema al que se haga referencia) era, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior, es decir, la norma no regulaba de manera general el tratamiento de preexistencias (pues hay normas que regulan cada sistema), sino sólo el monto de cobertura que debe ser respetado en cada sistema. Ello era corroborado por la Resolución SBS N° 3203-2013, según la cual la cobertura de preexistencias en el sistema de seguros se regía por la Ley 28770 y es aplicable a cualquier compañía de seguros, lo que evidencia que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no contemplaba la figura de "preexistencias cruzadas";
- (xi) el doctor Hernán Ramos Romero, Intendente de la Superintendencia Nacional de ESSALUD, en una conferencia precisó que la Ley del Contrato de Seguro tenía carácter supletorio cuando hay otras normas que rigen la materia y que la cobertura de las preexistencias con relación al sistema de seguros se encontraba regulada por la Ley 28770 y la del sistema de EPS por la Ley 29561. En el mismo sentido se pronunció el informe legal del Estudio Echeconpar y precisó también que no era posible sostener que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro regulaba las "preexistencias cruzadas" por ser extensiva e inconsistente, lo único que había pretendido dicha ley era incorporar ambos marcos legales (seguros y EPS) en una sola disposición para que esta se lea conjuntamente con las disposiciones contenidas en cada uno de ellos. Lo mismo ocurre con el informe legal del Estudio Osterling;
- (xii) de acuerdo con ello, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguros no preveía la figura de las "preexistencias cruzadas", por lo que la Comisión efectuó una interpretación arbitraria y antitécnica de la norma, más aun si actualmente se venía discutiendo un proyecto de ley que proponía modificar dicho artículo para garantizar la cobertura de la preexistencias ante el cambio de su seguro de salud a una EPS y viceversa. Asimismo, mediante Informe 078-2014_EF/65.01, emitido por la Dirección General de Mercados Financieros y Previsional Privado del Ministerio de Economía y Finanzas (en adelante, Informe MEF), se emitió opinión desfavorable contra el mencionado proyecto de ley al considerar que atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente;
- (xiii) en el caso materia de controversia, no correspondía a Pacífico Seguros brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia



bajo el EPS puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y estaban excluidas al momento de contratar el seguro de continuidad. Agregó que si bien la Ley 29334, de manera excepcional, había previsto la cobertura de preexistencias cruzadas con relación al PEAS, lo cierto es que el PEAS es un producto distinto e independiente de los seguros ofrecidos en el mercado y, en tal sentido, distinto al adquirido por el señor Segovia, por lo que para acceder al beneficio de cobertura de las preexistencias, el denunciante debió haber contratado un PEAS y solicitar un cambio de IAFA; sin embargo, contrato un seguro distinto y diferenciado del PEAS, por lo que no podría acceder al beneficio de continuidad. Precisó que a partir del 6 de diciembre de 2013 Pacífico Seguros califica como IAFA; y,

(xiv) amplió sus cuestionamientos sobre la medida correctiva y la graduación de la sanción.

9. El 17 de diciembre de 2014, Pacífico presentó adicionalmente un escrito reiterando su solicitud de suspensión del procedimiento por la publicación de dos notas de prensa que, a su criterio, resultaban ilegales y arbitrarias (la primera relacionada con la resolución impugnada y la segunda con la demanda de amparo que interpuso), las cuales habrían afectado sus derechos constitucionales (reputación, presunción de inocencia, imparcialidad, etc.) al haberse difundido una resolución que no tenía el carácter de firme en sede administrativa y que podría incidir o condicionar el juicio del Tribunal en segunda instancia.
10. El 19 de diciembre de 2014, se llevó a cabo la audiencia de informe oral con la asistencia del representante de Pacífico Seguros y del señor Segovia.

II CUESTIONES EN DISCUSIÓN

- (i) Establecer si corresponde suspender el procedimiento en la medida que existe un proceso de amparo en trámite contra el Indecopi por haber difundido la resolución de primera instancia;
- (ii) de ser el caso, determinar si la Ley del Contrato de Seguro es aplicable al presente caso;
- (iii) de ser el caso, dilucidar si dicha ley reconoce la garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes cuando se produzca la migración de un plan de salud bajo el sistema de EPS a un seguro de salud bajo el sistema de seguros en general y, a la luz de ello, determinar la responsabilidad de Pacífico Seguros por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código; y,
- (iv) de ser el caso, determinar si Pacífico Seguros infringió el artículo 47° literal b) del Código al no haber entregado la póliza y sus anexos al



momento de contratar, aun cuando haya sido entregada luego de la interposición de la denuncia e imputación de cargos.

III ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES EN DISCUSIÓN

III.1 Sobre la solicitud de suspensión del procedimiento

11. El artículo 139° inciso 2) de la Constitución Política del Perú⁷, en concordancia con el artículo 4° del Decreto Supremo 017-93-JUS, Texto Único Ordenado de la Ley Orgánica del Poder Judicial⁸, establece que ninguna autoridad, cualquiera sea su rango o denominación, puede avocarse al conocimiento de causas pendientes ante el órgano jurisdiccional, interferir en el ejercicio de sus funciones, ni cortar procedimientos en trámite seguidos por los fueros jurisdiccionales bajo responsabilidad política o penal.
12. El artículo 65° del Decreto Legislativo 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, establece que los órganos funcionales suspenderán la tramitación de los procedimientos que ante ellos se siguen en dos supuestos:
 - (i) Cuando se haya iniciado un proceso judicial que verse sobre la misma materia con anterioridad al inicio del procedimiento; o,
 - (ii) cuando surja una cuestión contenciosa que, a criterio del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual o de la Comisión u Oficina respectiva, precise de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramite ante INDECOPI.

⁷ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ DE 1993. Artículo 139°.- Principios de la Administración de Justicia.- Son principios y derechos de la función jurisdiccional:

(...)

2. La independencia en el ejercicio de la función jurisdiccional. Ninguna autoridad puede avocarse a causas pendientes ante el órgano jurisdiccional ni interferir en el ejercicio de sus funciones. Tampoco puede dejar sin efecto resoluciones que han pasado en autoridad de cosa juzgada, ni cortar procedimientos en trámite, ni modificar sentencias ni retardar su ejecución. Estas disposiciones no afectan el derecho de gracia ni la facultad de investigación del Congreso, cuyo ejercicio no debe, sin embargo, interferir en el procedimiento jurisdiccional ni surte efecto jurisdiccional alguno.

⁸ DECRETO SUPREMO 017-93-JUS. TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL. SECCIÓN PRIMERA. PRINCIPIOS GENERALES.

Artículo 4°.- Carácter vinculante de las decisiones judiciales. Principios de la administración de justicia.

(...)

Ninguna autoridad, cualquiera sea su rango o denominación, fuera de la organización jerárquica del Poder Judicial, puede avocarse al conocimiento de causas pendientes ante el órgano jurisdiccional. No se puede dejar sin efecto resoluciones judiciales con autoridad de cosa juzgada, ni modificar su contenido, ni retardar su ejecución, ni cortar procedimientos en trámite, bajo la responsabilidad política, administrativa, civil y penal que la ley determine en cada caso.



Cabe indicar que en este último caso, la norma no impide que dicha cuestión contenciosa pueda surgir durante el procedimiento⁹.

13. El propósito del referido artículo es evitar que surjan pronunciamientos contrarios entre distintas autoridades que afecten los intereses o derechos de los particulares y, adicionalmente, impedir la creación de inestabilidad e inseguridad jurídica respecto al propio ordenamiento jurídico.
14. En el presente caso, ante esta instancia Pacífico Seguros solicitó la suspensión del procedimiento, toda vez que se encuentra en trámite a nivel jurisdiccional la demanda de amparo interpuesta por dicho administrado contra el Indecopi por haber difundido la resolución impugnada a pesar de que estaba pendiente el recurso de impugnación y no tenía la calidad de cosa decidida, lo que habría vulnerado las garantías del debido proceso, los derechos a la imagen, buena reputación y presunción de inocencia de la referida empresa, así como la imparcialidad de los vocales de la Sala que resolverán en segunda instancia, teniendo en cuenta que en anteriores oportunidades la Sala suspendió algunos procedimientos por estar pendiente el pronunciamiento en sede judicial.
15. Al respecto, esta Sala considera que en principio la demanda de amparo interpuesta por Pacífico Seguros contra el Indecopi no incide propiamente en la dilucidación de la materia controvertida en el presente caso, pues la decisión jurisdiccional que se adopte no determinará si la Ley del Contrato de Seguro resulta aplicable o si esta regula una garantía de continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes ante el cambio o migración de un plan de salud del EPS a un seguro privado, ni dilucidará algún hecho que sirva de premisa fáctica para resolver la cuestión materia de denuncia. En otras palabras, la demanda de amparo no tiene una incidencia específica, directa y concreta respecto del tema de fondo de este procedimiento.
16. En efecto, los cuestionamientos de Pacífico Seguros en la demanda de amparo y que sustentan su pedido de suspensión del procedimiento, se dirigen en su mayoría a la publicación de una nota de prensa de la resolución emitida por la Comisión sin haberse agotado la vía administrativa ni haber adquirido la calidad de cosa decidida, lo cual habría afectado sus derechos al debido proceso, la presunción de inocencia, la imagen y buena reputación, siendo que ello afectaría la imparcialidad de los vocales de la Sala al estar presuntamente

⁹ **DECRETO LEGISLATIVO 807. LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI. Artículo 65°.-** Los órganos funcionales de Indecopi suspenderán la tramitación de los procedimientos que ante ellos se siguen sólo en caso de que, con anterioridad al inicio del procedimiento administrativo, se haya iniciado un proceso judicial que verse sobre la misma materia, o cuando surja una cuestión contenciosa que, a criterio del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual o de la Comisión u Oficina respectiva, precise de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramita ante Indecopi.

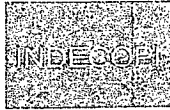


condicionados por la presión mediática y por el hecho de que se habría confirmado el 100% de los casos que contaban con notas de prensa.

17. Ello quiere decir que lo que pretende Pacífico Seguros es que el Tribunal no emita un pronunciamiento en segunda instancia administrativa por motivos relacionados con aspectos que no tienen ninguna incidencia con la dilucidación del tema de fondo en discusión. En tal sentido, en la medida que la demanda de amparo de Pacífico Seguros contra el Indecopi se dirige a cuestionar la publicación de una nota de prensa y de ello se pretende derivar un supuesto conflicto de intereses que incidiría en el sentido de la decisión de los vocales de la Sala -a pesar de que los mismos no promovieron ni ordenaron dicha publicación-, este Colegiado es de la opinión que el pronunciamiento que eventualmente emita el Poder Judicial no constituye una cuestión contenciosa previa para poder resolver el fondo de la controversia del presente caso.
18. De otro lado, cabe señalar que si bien en anteriores pronunciamientos la Sala ha suspendido procedimientos seguidos ante el Indecopi en mérito a procesos de amparo, ello se debió a que para resolver dichos casos se consideró necesario un pronunciamiento previo y definitivo en los procesos constitucionales, a diferencia del presente caso. Así, en las Resoluciones 1206-2014/SPC-INDECOPI, 1207-2014/SPC-INDECOPI y 1208-2014/SPC-INDECOPI¹⁰ en el proceso de amparo se cuestionó *"la validez y eficacia del requerimiento formulado por la Comisión, cuyo presunto incumplimiento generó que no se realizara una actuación probatoria (informe pericial) que derivó en que se declare fundada la denuncia"*. Asimismo, la Resolución 1995-2014/SPC-INDECOPI¹¹ ordenó la suspensión debido a que *"la eventual decisión que se tome en el marco de la demanda de amparo (...) está referido a la evaluación de aplicabilidad o no del artículo 66º.7 del Código, el cual es el sustento de la imputación de cargos en el caso de autos"*.
19. Ello quiere decir que la razón de la suspensión en aquellos casos se debió a la necesidad y relevancia de poder determinar de manera previa y definitiva la constitucionalidad del sustento material (actuación probatoria) o normativo (aplicabilidad de una norma) sobre el asunto materia de controversia, pendiente de pronunciamiento en segunda instancia. Es decir, el elemento común en las resoluciones citadas es la incidencia directa y específica que tenía la demanda de amparo en cada caso para la dilucidación del asunto de

¹⁰ Cabe precisar que dichas resoluciones se emitieron con abstención del vocal José Alejandro Rospigliosi Vega.

¹¹ Cabe precisar que dicha resolución se emitió con abstención del vocal Julio Baltazar Durand Carrión.



fondo, así como la necesidad de contar con un pronunciamiento final, lo cual no se refleja en la demanda de amparo solicitada por Pacífico Seguros en este caso, al incidir únicamente en la constitucionalidad de la publicación de la resolución de primera instancia que supuestamente habría afectado sus derechos al debido proceso, imagen y reputación, presunción de inocencia e imparcialidad.

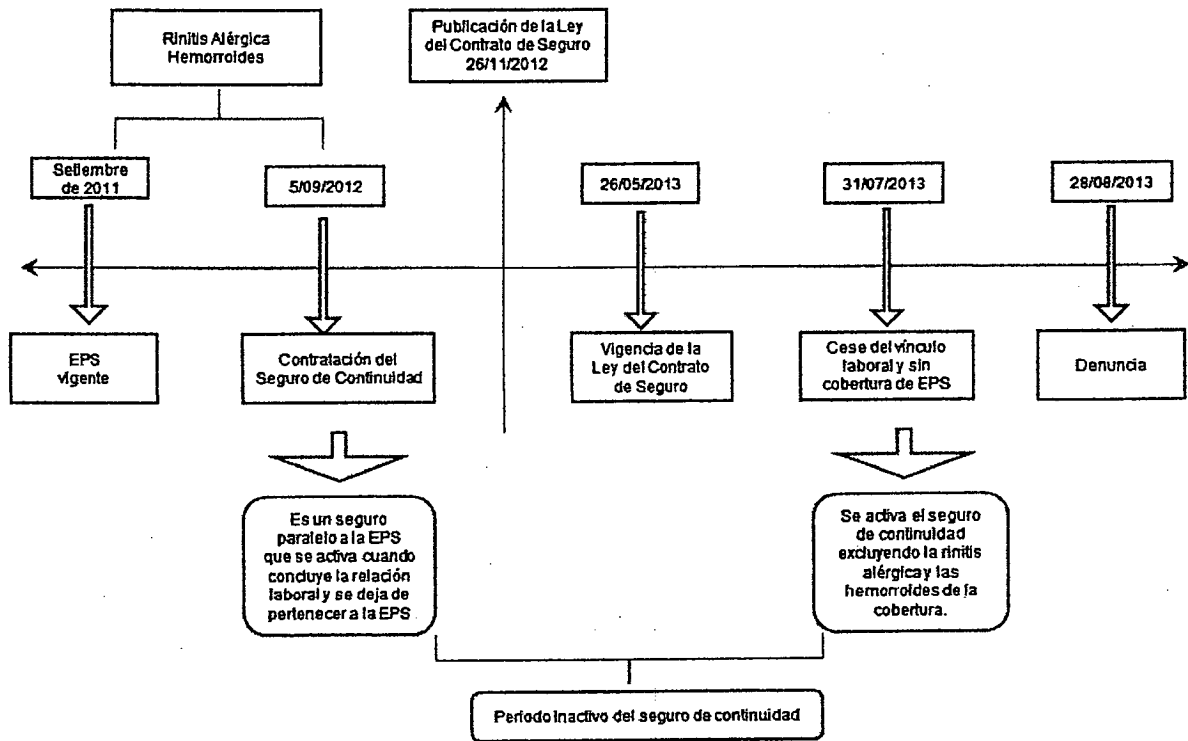
20. Por las razones expuestas, esta Sala considera que no corresponde suspender el presente procedimiento, por cuanto no existe una cuestión contenciosa que requiera un pronunciamiento previo y definitivo para poder resolver el asunto de fondo materia de controversia, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 65° del Decreto Legislativo 807.

III.2 Sobre la aplicabilidad de la Ley del Contrato de Seguro

21. En este punto, resulta importante determinar si la Ley del Contrato de Seguro es aplicable al presente caso, dado que dicha norma fue el sustento en virtud del cual la Comisión resolvió el asunto materia de controversia en primera instancia y el que ha sido objeto de cuestionamiento por Pacífico Seguros en esta instancia mediante el recurso de apelación.

Resumen del caso y criterio de la Comisión

22. En el presente caso, el señor Segovia **contaba con un plan de salud contratado con Pacífico EPS desde setiembre de 2011 hasta el 31 de julio de 2013**, el cual cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, diagnosticados el 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, respectivamente. **En agosto de 2012**, durante la vigencia del plan de Salud con Pacífico EPS, **solicitó un seguro de salud adicional a Pacífico Seguros denominado "seguro de continuidad"**, emitiéndose la Póliza N° 7664910. Finalmente, **el 31 de julio de 2013**, al concluir el plan de salud con Pacífico EPS por haberse extinguido el vínculo laboral con su empleador, **Pacífico Seguros activó el seguro de continuidad** y se emitió la Póliza N° 9797782. Cabe precisar que, luego de que el 17 de agosto de 2013 le negaron la cobertura de la rinitis alérgica y las hemorroides al ser consideradas enfermedades preexistentes, el señor Segovia **denunció a Pacífico Seguros el 28 de agosto de 2013**. De otro lado, la Ley del Contrato de Seguro, publicada el 27 de noviembre del 2012, entró en vigencia el 26 de mayo de 2013. El siguiente gráfico resume lo antes señalado:



23. La Comisión consideró que, en la medida que desde el 27 de mayo de 2013 se encontraba vigente la Ley del Contrato de Seguro y que sus disposiciones generales señalaban expresamente que dicha norma se aplicaba con carácter imperativo a todas las clases de seguro existentes en el mercado, e incluso a los seguros obligatorios y aquellos regulados por leyes especiales¹², la referida ley era aplicable al presente caso. Ello generó que en su análisis interpretara y aplicara el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro¹³ para establecer que dicha norma reconoce una garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes ante el cambio o migración de un plan de salud bajo una EPS a un seguro de salud de una compañía de seguros.

¹² LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I. La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.
En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria

¹³ LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. Artículo 118. Preexistencias
Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.
Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.



Recurso de apelación de Pacífico Seguros

24. En su apelación, Pacífico Seguros ha señalado que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no resulta aplicable al presente caso al no encontrarse vigente al momento en que nació la relación contractual entre el señor Segovia y Pacífico Seguros; toda vez que: (i) dicha ley entró en vigor el 27 de mayo de 2013 y el seguro de continuidad se contrató en setiembre de 2012, es decir, con anterioridad a su vigencia; (ii) la quinta disposición final y modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, no es aplicable a aquellas relaciones que ya se encontraban reguladas contractualmente, es decir, conforme a lo acordado por las partes.
25. Asimismo, adjuntó un informe legal del Estudio Echeconpar que precisa que el seguro de continuidad ofrecido cubre todas las enfermedades que se presenten desde la fecha de su contratación y que las anteriores constituirán preexistencias, lo cual se encontraba regulado en las condiciones especiales de la Póliza 7664910, donde se excluyó la rinitis alérgica y hemorroides. Ello evidenciaría que se informó al denunciante oportunamente que sólo cubrirían aquellos diagnósticos desde la fecha de contratación del seguro de continuidad, de modo que al activarse este se procedió a emitir la Póliza 9797782, por lo que en virtud de lo acordado por las partes no correspondía dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia.
26. Según Pacífico, si bien emitió dos Pólizas para dar cumplimiento a sus procedimientos internos, lo cierto es que se trata de una misma relación jurídica, la cual inició en el mes de setiembre de 2012 y se encuentra actualmente vigente, conformada por dos momentos: periodo de inactividad y periodo de actividad. En la nueva póliza emitida se agregaron prestaciones a la póliza inicialmente emitida al momento de la contratación del seguro de continuidad, lo cual no implica que el periodo de actividad no forme parte de la relación jurídica establecida entre el señor Segovia y Pacífico Seguros, de modo que al haber nacido la relación jurídica entre el denunciante y Pacífico Seguros en setiembre de 2012 no era de aplicación la Ley del Contrato de Seguro, pues esta no tiene fuerza ni efectos retroactivos y el tema materia de controversia se rige por lo acordado entre las partes.

Análisis del caso concreto

27. La Ley del Contrato de Seguro fue **publicada** en el Diario Oficial El Peruano el **27 de noviembre de 2012**. Sin embargo, no entró en vigencia al día siguiente de su publicación como manda por regla general la Constitución Política¹⁴, pues

¹⁴ CONSTITUCIÓN POLÍTICA. Artículo 109.- La ley es obligatoria desde el día siguiente de su publicación en el diario oficial, salvo disposición contraria de la misma ley que posterga su vigencia en todo o en parte.



por una indicación expresa de la novena disposición complementaria final y modificatoria de la referida ley, se estableció que entraría en vigencia a partir de los 180 días desde su publicación¹⁵. Ello quiere decir que la fecha de **inicio de vigencia** de la Ley del Contrato de Seguro es el **26 de mayo de 2013**.

28. En el presente caso, dada la naturaleza del “seguro de continuidad” -explicada en los informes legales presentados por Pacífico Seguros- en el que la contratación del mismo no determina la plena vigencia de su reglamentación o contenido contractual (condiciones generales y especiales), los efectos propios del contrato celebrado (relación contractual) o las consecuencias jurídicas que de él se deriven (situaciones jurídicas), empezaron a regir con posterioridad a la contratación misma, exactamente luego del cese del vínculo laboral con el empleador, circunstancia que operó como una suerte de condición suspensiva. Ello permite observar que existen dos momentos temporales claves en la existencia del referido “seguro de continuidad”: (i) la contratación, constitución o formación del contrato; y, (ii) la generación de consecuencias jurídicas o activación del seguro.
29. Es importante recordar que la contratación del “seguro de continuidad” (primer momento) se remonta al 5 de setiembre de 2012, es decir, el acuerdo contractual se llevó a cabo sin haberse publicado ni entrado en vigencia la Ley del Contrato de Seguro. Sin embargo, el momento de su activación data del 31 de julio de 2013 (segundo momento), fecha en la que empezó a regir plenamente el contenido contractual que reguló los derechos, obligaciones, cargas, etc. de las partes y en la que ya se encontraba vigente la Ley del Contrato de Seguro. Asimismo, debe subrayarse que en el presente caso es materia de discusión si se encontraba justificada la negativa de cobertura del referido seguro, es decir, una consecuencia (la negativa o falta de pago de la cobertura) de una situación jurídica derivada del contrato (el deber de la compañía de seguros de pagar la cobertura).
30. Lo anterior plantea un problema de aplicación de las normas legales en el tiempo o de derecho transitorio¹⁶, pues se trata de determinar si en el presente caso la Ley del Contrato de Seguro resulta aplicable o no al “seguro de continuidad”, concretamente, respecto de la negativa de cobertura del seguro

¹⁵ LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES Y MODIFICATORIA. NOVENA. Esta Ley entrará en vigencia a partir de los ciento ochenta (180) días desde su publicación. Durante este plazo la Superintendencia también establecerá los plazos a que se refiere el artículo 68.

¹⁶ “Normas de remisión de otras normas. [...], normas indicativas de las normas que deben ser aplicables. Estas normas son de carácter formal en cuanto que no regulan ellas mismas, de una manera directa, la realidad jurídica; sino que son normas de colisión que tratan de resolver los conflictos inter-temporales” (Ver: Luis DIEZ PICAZO y Antonio GULLON, *Sistema de Derecho Civil*, Volumen I, Cuarta edición, Primera reimpression, Tecnos, Madrid, 1982, p. 133.).



en los términos antes expuestos. En este punto, corresponde efectuar una interpretación de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, pues dicha norma establece el supuesto de hecho y la consecuencia jurídica que permite justificar la aplicación de la referida ley:

"DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES Y MODIFICATORIA.

QUINTA. *A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente."*

31. Se observa que las normas de la Ley del Contrato de Seguro resultan aplicables "inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes", "siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente". Ello supone que aun cuando la constitución del contrato y la regulación del contenido contractual se hayan establecido con anterioridad a la vigencia de dicha Ley, las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas que se hayan generado se regirán por dicha ley, una vez vigente esta. En el presente caso los efectos del contrato de seguro, es decir, las situaciones jurídicas previstas o contenidas en la relación contractual (derechos, obligaciones, cargas, etc.) no estuvieron en vigor desde el momento de su contratación¹⁷ (5 de setiembre de 2012), sino recién cuando se produjo la activación del "seguro de continuidad" (31 de julio de 2013).
32. Cabe señalar, además, que aun cuando la condición de preexistencia de la rinitis alérgica y las hemorroides estaba regulada contractualmente a efectos de excluir la cobertura, lo cierto es que dicha regulación no tuvo efecto jurídico alguno en el periodo inactivo del "seguro de continuidad", debido a que estaba condicionada a la extinción del vínculo laboral del denunciante. Por ello, se debe diferenciar las leyes que afectan el contenido o los efectos de las situaciones jurídicas cuando estas **sí** se han realizado y cuando **no** se han realizado (es decir, cuando se han cumplido, materializado, opuesto, aplicado o simplemente en vigor). Así, en el primer caso, no es aplicable la ley nueva (pues los efectos jurídicos de la regulación contractual ya se iniciaron con anterioridad); en el segundo caso, resulta aplicable inmediatamente la nueva ley (pues solo hubo una regulación contractual sin efecto jurídico -o con efectos pendientes- desde su contratación¹⁸).

¹⁷ Salvo el pago de la prima respectiva.

¹⁸ En efecto, se debe distinguir: "1.° Leyes nuevas referentes a la constitución o extinción de situaciones jurídicas. Estas leyes no pueden afectar a las situaciones jurídicas creadas o extinguidas con arreglo a las condiciones fijadas en la ley antigua. Por tanto, la regularidad y la eficacia del hecho constitutivo o extintivo se puede apreciar conforme a la ley antigua. 2.° Leyes que afectan al contenido o efectos de situaciones jurídicas. Distingue



33. En ese sentido, no se está aplicando retroactivamente la Ley del Contrato de Seguro, sino, por el contrario, constituye una aplicación inmediata de la ley a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes, es decir que se originaron estando ya vigente la Ley del Contrato de Seguro, las cuales en el presente caso se produjeron recién con la activación del "seguro de continuidad", lo cual se ajusta no sólo a lo señalado en la Quinta Disposición Final y Modificatoria citada precedentemente, sino que, además, se encuentra dentro de los parámetros constitucionales establecidos en el artículo 103° de la Constitución Política del Perú¹⁹.
34. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la Ley del Contrato de Seguro tiene un carácter imperativo²⁰ y un interés público y social innegables, en la medida que tutela, entre otros, el derecho a la salud de los consumidores²¹. En este orden de ideas, debe recordarse el criterio establecido por el Tribunal Constitucional al interpretar los alcances del artículo 62° de la Constitución Política en la Sentencia emitida en el Expediente N° 2670-2002-AA-TC del 30 de enero de 2004 (posteriormente citada en las sentencias del Expediente N° 052-2004-PVTC y del Expediente N° 003-2004-AVTC):

"c) aunque la discusión central que se ha planteado en el presente proceso gira en torno a determinar si el régimen normativo establecido en la norma cuestionada lesiona o no la libertad contractual y la inmutabilidad de los términos contractuales, este Colegiado considera que ello parte de un supuesto que de antemano debe descartarse: que los contratos en cuanto tales impiden, en lo absoluto, todo tipo de

entonces entre los efectos ya realizados de la situación jurídica antes de la vigencia de la nueva ley y los no realizados. A éstos es aplicable inmediatamente la ley que regula nuevamente el contenido de la situación, salvando los efectos o consecuencias ya producidos con anterioridad a su vigencia." (ver: DIEZ- PICAZO, Luis y GULLÓN, Antonio, *Sistema de Derecho Civil*, Volumen I, octava edición, Tecnos, Madrid, p. 113). En el mismo sentido y con alguna variante: ESPINOZA ESPINOZA, Juan, *Los Principios Contenidos en el Título Preliminar del Código Civil Peruano de 1984*, segunda edición, Grijley, Lima, p. 233.

¹⁹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ. Artículo 103.- Pueden expedirse leyes especiales porque así lo exige la naturaleza de las cosas, pero no por razón de las diferencias de las personas. La ley, desde su entrada en vigencia, se aplica a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tiene fuerza ni efectos retroactivos; salvo, en ambos supuestos, en materia penal cuando favorece al reo. La ley se deroga sólo por otra ley. También queda sin efecto por sentencia que declara su inconstitucionalidad. [Subrayado agregado].

²⁰ LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I. La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.
En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

²¹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ. Artículo 65.- El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

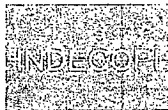


intervencionismo estatal: d) si bien el artículo 62° de la Constitución establece que la libertad de contratar garantiza que las partes puedan pactar según las normas vigentes al momento del contrato y que los términos contractuales no pueden ser modificados por leyes u otras disposiciones de cualquier clase, dicha disposición necesariamente debe interpretarse en concordancia con su artículo 2°, inciso 14), que reconoce el derecho a la contratación con fines lícitos, siempre que no se contravengan leyes de orden público. Por consiguiente, y a despecho de lo que pueda suponer una conclusión apresurada, es necesaria una lectura sistemática de la Constitución que, acorde con lo citado, permita considerar que el derecho a la contratación no es ilimitado, (...). Asumir que un acuerdo de voluntades, por más respetable que parezca, puede operar sin ningún referente valorativo, significarla no precisamente reconocer un derecho fundamental, sino un mecanismo de eventual desnaturalización de los derechos". (Subrayado agregado).

35. Cabe mencionar que dicha interpretación es compartida por un sector de la doctrina nacional al analizar el artículo 62° de la Constitución Política, estableciendo, por un lado, que "es indispensable interpretar el art. 62 de la Constitución en el sentido de que éste no alcanza las normas que son imperativas y de orden público"²² y, por otro lado, que "el art. 62 de la Constitución se refiere sólo al caso de las normas supletorias"²³.
36. En suma, la aplicación de la Ley del Contrato de Seguro tiene un sustento normativo, jurisprudencial y doctrinal en virtud del cual se puede concluir que en el presente caso el contenido o los efectos de las situaciones jurídicas reguladas en el contrato (derechos, obligaciones, cargas, etc. en función a la cobertura del "seguro de continuidad") no se generaron inmediatamente luego de su contratación (periodo inactivo), al estar condicionados a la verificación del cese del vínculo laboral del denunciante, el cual se materializó el 31 de julio de 2013 (periodo activo), es decir, estando ya vigente la Ley del Contrato de Seguro, siendo esta ley aplicable a las relaciones y situaciones jurídicas generadas con la activación del referido seguro.
37. Siendo así, contrariamente a lo señalado por Pacífico, la regulación contractual previa o el contenido del acuerdo con anterioridad a la vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, en el que excluyó de la cobertura la rinitis alérgica y las hemorroides, no determina la imposibilidad de aplicar la citada ley, pues lo relevante a estos efectos no es la contratación, sino la eficacia del contrato. De

²² Ver: Carlos CARDENAS QUIROS, *Autonomía privada, contrato y Constitución*, en: Manuel De LA FUENTE Y LAVALLE, Carlos CARDENAS QUIROS y Walter GUTIERREZ CAMACHO, *Contrato y mercado*, Gaceta Jurídica, Lima, 2000, p. 154.

²³ Ver: Juan ESPINOZA ESPINOZA, *Los principios contenidos en el título preliminar del código civil peruano de 1984*, Crijley, Lima, 2011, p. 230.



allí que, en tanto los efectos se desplegaron estando vigente la Ley del Contrato de Seguro, esta norma es aplicable²⁴.

38. Por tales motivos, esta Sala considera que la Ley del Contrato de Seguro resulta aplicable al presente caso.

III.3 Alcances del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro en el marco del deber de idoneidad

39. El artículo 18° del Código²⁵ define a la idoneidad de los productos y servicios como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a la naturaleza de los mismos, las condiciones acordadas y a la normatividad que rige su prestación. Asimismo, el artículo 19° del Código²⁶ establece la responsabilidad de los proveedores por la idoneidad y calidad de los productos y servicios que ofrecen en el mercado.
40. En el presente caso, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por haberse negado injustificadamente a dar cobertura del seguro de continuidad contratado, alegando que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía eran enfermedades preexistentes. La Comisión declaró fundada la denuncia al considerar que la denunciada calificó indebidamente como preexistentes tales enfermedades, pese a que habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente con Pacífico EPS.
41. La Comisión indicó que, en la medida que desde el 27 de mayo de 2013 se encontraba vigente la Ley del Contrato de Seguro y que sus disposiciones generales señalaban expresamente que se aplicaba con carácter imperativo a todas las clases de seguro existentes en el mercado²⁷, la referida norma era

²⁴ Cabe señalar que la interpretación realizada por esta Sala supone que el seguro de continuidad constituye un único contrato, pero cuya vicisitud ocurre en dos momentos, por lo que carece de objeto pronunciarse sobre el alegato de Pacífico Seguros que hace referencia a ello.

²⁵ **LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 18°.- Idoneidad.** Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.

La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

²⁶ **LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCION Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 19°.- Obligación de los proveedores.** El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.

²⁷ **LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I.** La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo



aplicable. Ello generó que en su análisis interpretara y aplicara el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro²⁸, estableciendo que dicha norma reconocía una garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes ante el cambio o migración de un plan de salud bajo una EPS a un seguro de salud de una compañía de seguros.

42. En tal sentido, Pacífico Seguros ha centrado su apelación en cuestionar la interpretación efectuada por la Comisión. Por ello, corresponde analizar los alcances del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro.
43. Para tal efecto, es necesario desarrollar brevemente cuál es la razón y el propósito de las normas de protección al consumidor. Al respecto, el artículo 65° de la Constitución Política del Perú establece que, en el marco de una economía social de mercado, es una obligación del Estado defender el interés de los consumidores y usuarios, debiendo garantizar el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado, así como su salud y seguridad²⁹. En cumplimiento de dicho mandato, el Código establece las normas de protección y defensa de los consumidores, instituyendo como un principio rector de la política social y económica del Estado la protección de sus derechos.
44. En tal sentido, se puede afirmar que la finalidad del Código es que los consumidores adquieran productos y contraten servicios idóneos y que gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección y defensa, reduciendo la asimetría informativa, así como corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses³⁰. No

contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

28

LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. Artículo 118. Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

29

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ. Artículo 65°.- Defensa del consumidor.

El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

30

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo II.- Finalidad

El presente Código tiene la finalidad de que los consumidores accedan a productos y servicios idóneos y que gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección, reduciendo la asimetría informativa, corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses. En el régimen de economía social de mercado establecido por la Constitución, la protección se interpreta en el sentido más favorable al consumidor, de acuerdo a lo establecido en el presente Código.



obstante, para lograr dicha finalidad en algunas ocasiones se exige la aplicación de normas que se encuentran fuera de dicho cuerpo normativo (leyes especiales, derecho común, etc.) para que, en virtud de una interpretación sistemática de las mismas, se pueda desarrollar y establecer una disciplina normativa completa y coherente de una materia que incida en los derechos de los consumidores.

45. Ahora bien, regresando al análisis del presente caso, si bien existen dos sistemas diferentes de aseguramiento en salud de las personas en el Perú (sistema de EPS y el sistema de seguros), cada uno con regulación sectorial propia y supervisado por entidades distintas³¹, no es posible considerar que el tratamiento legal de las preexistencias en cada sistema (Ley 28770 para el sistema de seguros y Ley 29561 para las EPS) es autónomo e independiente uno del otro, por lo menos en esta materia en particular (regulación de preexistencias), pues ello no se desprende del artículo 118° del Código, el cual, por el contrario, regula el contrato de seguro en general y el seguro de salud en particular estableciendo lo siguiente:

"Artículo 118. Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior." (Subrayado agregado)

46. En este punto, cabe recordar que antes de la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, las Leyes 28770 y 29561 establecieron en el sistema de seguros y en el sistema de EPS, respectivamente, la continuidad de cobertura de preexistencias ante: (i) el cambio o migración de un seguro de salud a otro con la misma compañía aseguradora³²; y, (ii) el cambio de plan de salud por otro como consecuencia del cambio de centro laboral o de EPS. Como puede apreciarse, las referidas normas no consideraron expresamente las "preexistencias cruzadas", es decir, la continuidad de cobertura de preexistencias cubiertas bajo un plan de salud EPS cuando se pasa a un seguro de salud y viceversa.
47. Lo antes señalado seguiría siendo válido si se considerara aisladamente cada sistema en virtud de su marco regulatorio propio. Sin embargo, con la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro y bajo el artículo 118° citado precedentemente, la garantía de continuidad no se restringe a los supuestos

³¹ Por lo menos, hasta la entrada en vigencia del Decreto Legislativo 1158 promulgado el 6 de diciembre de 2013 (es decir, con posterioridad a la interposición de la presente denuncia), pues en esta norma se incluyen a las compañías aseguradoras como IAFAS y como tales son supervisadas por SUSALUD.

³² Con la Resolución SBS N° 3203-2013 se ha ampliado los alcances a cualquier empresa del sistema de seguros.



establecidos en cada sistema, siendo posible considerar que se ha establecido una garantía general y común para ambos sistemas, la misma que incluye a las denominadas "preexistencias cruzadas".

48. Lo anterior es confirmado por el Diario de los Debates de la Primera Legislatura Ordinaria del 2012 del Congreso de la República del Perú, donde los congresistas discutieron los alcances del Proyecto de la Ley del Contrato de Seguro (que posteriormente fue aprobado) y manifestaron una postura favorable a la garantía de continuidad de las preexistencias ante el cambio o migración de una EPS a una compañía aseguradora o viceversa³³. Ello demuestra que la intención del legislador fue reconocer el tratamiento de las "preexistencias cruzadas".
49. A mayor abundamiento, si la interpretación correcta del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro fuese regular dos sistemas separados, tal como sostiene Pacífico Seguros, dicha norma sería innecesaria, en tanto para ello serían suficientes las Leyes 28770 y 29561. Sin embargo, a criterio de esta Sala, la interpretación expuesta no resistiría al mínimo análisis, pues implicaría que una norma no tenga efecto jurídico ni práctico alguno, lo cual no resulta razonable ni coherente porque se estaría vaciando de contenido o dejando sin ningún margen de aplicabilidad el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro que regula una garantía de continuidad de cobertura de preexistencias vinculado tanto al sistema de EPS como al sistema de seguros.
50. Un tercer argumento a favor de la decisión de la Comisión es la interpretación *pro consumidor*. En efecto, si bien este Colegiado considera que la interpretación del artículo materia de análisis resulta clara, incluso si se considerara que existe duda o conflicto de normas respecto de su sentido, cabe recordar que en materia de protección al consumidor la interpretación del contrato y de las normas legales se rigen por el principio *pro consumidor*, según el cual "*en caso de duda insalvable en el sentido de las normas [...], debe interpretarse en sentido más favorable al consumidor*"³⁴. Asimismo, en materia de seguros, la Ley del Contrato de Seguro señala que cuando el

³³ Cfr. Diario de los Debates del jueves 11 de octubre de 2012: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/DiarioDebates/Publicad.nsf/SesionesPleno/05256D6E0073DFE905257A95005BC516/\\$FILE/FLO-2012-16A.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/DiarioDebates/Publicad.nsf/SesionesPleno/05256D6E0073DFE905257A95005BC516/$FILE/FLO-2012-16A.pdf), página 37 y 78 (Página web consultada el 19 de diciembre de 2014)

³⁴ **LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. TÍTULO PRELIMINAR. Artículo V.- Principios**
El presente Código se sujeta a los siguientes principios:
(...)
2. Principio Pro Consumidor.- En cualquier campo de su actuación, el Estado ejerce una acción tuitiva a favor de los consumidores. En proyección de este principio en caso de duda insalvable en el sentido de las normas o cuando exista duda en los alcances de los contratos por adhesión y los celebrados en base a cláusulas generales de contratación, debe interpretarse en sentido más favorable al consumidor.



contratante o asegurado tenga la condición de consumidor "en caso de conflicto [de normas] son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario"³⁵. Se puede apreciar entonces que existe una regla de interpretación de las normas legales más favorable al consumidor, lo cual constituye una expresión legislativa del principio *pro homine* desarrollado por el Tribunal Constitucional^{36 37}.

51. Es importante señalar, además, que la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de protección del asegurado ante la disminución o limitación de sus derechos, al señalar que "son nulas aquellas estipulaciones contractuales que amplían los derechos del asegurador o restringen los del asegurado en contravención de las disposiciones establecidas en la presente Ley"³⁸. Ello supone la exigencia de una tutela más amplia y directa de los consumidores ante el recorte de sus derechos reconocidos legalmente al momento de la celebración de un contrato de seguro.
52. De lo anterior se desprende que la disciplina general que regula el contrato de seguro y la disciplina especial que garantiza el respeto de los derechos adquiridos de los asegurados en los planes de salud, constituyen parámetros legales de interpretación de las normas que implican una función tuitiva acorde con la protección de los derechos de los consumidores. Por tal razón, al interpretar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro se debe buscar el significado que corresponde a su finalidad, reconstruyendo los propósitos que el derecho del consumidor protege, en virtud de una interpretación teleológica³⁹

³⁵ LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I.

(...)

En los contratos de seguro en los que el contratante o asegurado tengan la condición de consumidor o usuario es de aplicación el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571, y demás normas pertinentes, en lo no expresamente regulado por esta ley.

No obstante, en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario.

³⁶ Ver: Sentencia del Expediente N° 1049-2003-AA/TC (fundamento 4) y Sentencia del Expediente N° 2005-2009-PA/TC (fundamento 33).

³⁷ Teniendo en cuenta ello, y contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no establece que la garantía de cobertura mínima de las preexistencias hasta los límites del contrato original o anterior se restrinja al monto de dicha cobertura que se debe respetar en cada sistema, pues, por el contrario, debe entenderse que hace referencia a la garantía de continuidad de cobertura de preexistencias en función del contrato original o anterior, y no del monto de la cobertura propiamente dicho. Resulta evidente que esta última interpretación es la más favorable al consumidor, por lo que en ese sentido la interpretación dada por Pacífico en este punto debe ser desestimada, dado que no se adecua al mandato de interpretación previsto en el principio *pro consumidor*.

³⁸ LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo IV. En la interpretación del contrato de seguro se aplican las reglas siguientes:

(...)

Decimosegunda. Son nulas aquellas estipulaciones contractuales que amplían los derechos del asegurador o restringen los del asegurado en contravención de las disposiciones establecidas en la presente Ley.

³⁹ "El argumento teleológico (o "hipótesis del legislador provisto de fines") es aquel por el cual a un enunciado



-sistemática⁴⁰ de las normas. Así, se debe efectuar una interpretación a la luz de la finalidad de las normas de protección al consumidor, que es garantizar de la forma más favorable la plena vigencia de los derechos de los consumidores.

53. El artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro señala que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. En virtud de una interpretación finalista-sistemática de las normas en materia de seguros de salud, se desprende que la ley garantiza la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes en función de los límites establecidos en el contrato original o anterior, cuando una persona cambia un plan de salud contratado con una EPS por un seguro de salud contratado con una compañía de seguros⁴¹.
54. Es decir, la garantía de continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes es aplicable aun cuando el cambio de plan de salud o de seguro de salud implique un cambio de sistema de aseguramiento de una EPS a una compañía aseguradora, toda vez que la norma expresamente establece que "están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS". En ese sentido, en el presente caso la continuidad de cobertura de las preexistencias ante el cambio de un plan de salud por un seguro de salud, se encuentra garantizada en virtud de la Ley del Contrato de Seguro, de modo que, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, sí se encontraba obligada a dar cobertura a la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía el señor Segovia y que fueron diagnosticadas y/o tratadas al amparo del plan de salud original anterior.
55. En su apelación, Pacífico Seguros presentó dos informes legales que señalan que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no regula las "preexistencias cruzadas" y que sostener lo contrario implicaría una interpretación extensiva e inconsistente, toda vez que lo único que habría pretendido esta ley es incorporar ambos marcos legales (seguros y EPS) en una sola disposición, pero siempre entendiendo que se aplican en función de

normativo debe atribuirse el significado que corresponde al fin propio de la ley (...). Quien usa el argumento teleológico reconstruye los fines "de la ley" (o "del legislador": pero en este caso se trata de una entidad abstracta) a partir del texto de la ley o desde una clasificación de los fines o intereses que el derecho protege" (Ver: Giovanni TARELLO, *La interpretazione della legge*, Giuffrè, Milano, 1980, p. 370-371.)

⁴⁰ "El argumento sistemático (p hipótesis del derecho ordenado) o "del derecho por sí ordenado", en general, es aquel por el cual a un enunciado normativo o a un conjunto de enunciados normativos (entre ellos asuntos vinculados a los fines de la interpretación "sistemática") se debe atribuir el significado prescrito, o no se debe atribuir el significado proscribido, del "sistema jurídico". (Ver: Giovanni TARELLO, *La interpretazione della legge*, op. cit., p. 375.)

⁴¹ Por ello, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, la garantía de continuidad de preexistencias no sólo se da con relación al PEAS regulado en la Ley 29334 y su reglamento, puesto que la Ley del Contrato de Seguro ha predispuerto una garantía legal más amplia en cuanto a su contenido, alcances y aplicación.



cada sistema. De acuerdo a ello, la Comisión habría efectuado una interpretación arbitraria y antitécnica, más aun si actualmente se viene discutiendo un proyecto de ley que propone modificar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro para garantizar la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes ante el cambio de un seguro de salud a una EPS y viceversa. Este ha sido el principal argumento de Pacífico a lo largo del procedimiento.

56. Dicho alegato ya ha sido desvirtuado con los argumentos desarrollados previamente, sin perjuicio de lo cual es importante resaltar que la situación planteada por Pacífico Seguros busca crear una diferenciación de dos regímenes que la Ley del Contrato de Seguro no prevé, más aun cuando la existencia de un marco regulatorio común para diferentes tipos de proveedores en el mercado no resulta novedosa, toda vez que, por ejemplo, el artículo 72° del Código ha establecido una prohibición para las empresas de seguros y los proveedores de servicios de salud en general de eliminar coberturas inicialmente pactadas, variando las condiciones de las preexistencias⁴². Ello demostraría que la existencia de una regulación común relacionada con aspectos particulares del servicio que brindan proveedores distintos no resulta equívoca o antitécnica, pues el tratamiento normativo de una materia en particular puede establecer una aplicación transversal de considerarse oportuno o conveniente en función de la naturaleza del interés protegido.
57. De otro lado, es importante señalar que si bien existe un proyecto de ley que pretende establecer de manera literal la garantía de continuidad aun cuando el cambio se realice de una EPS a una compañía de seguros, lo cierto es que ello no afecta ni incide en la dilucidación del presente caso, dado que aun cuando no se apruebe el proyecto de ley, se ha podido demostrar que legalmente se ha reconocido la continuidad de las preexistencias en el supuesto mencionado. Del mismo modo, en caso se aprobase el proyecto de ley, este Colegiado considera que con ello no se estaría creando un derecho nuevo, pues la garantía de continuidad ya se desprende de la lectura e interpretación del actual texto de la Ley del Contrato de Seguro.
58. Adicionalmente, Pacífico Seguros ha alegado que el MEF emitió opinión desfavorable contra el referido proyecto de ley al considerar que el tratamiento de preexistencias debe continuar regulándose por la Ley 29344 que regula todos los sistemas de salud y que lo contrario atentaría contra los alcances

⁴² LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 72.- Condiciones aplicables a los seguros de salud y planes y programas de salud
Las empresas de seguros y los proveedores de servicios de salud no pueden, mediante la variación unilateral de las condiciones referidas a preexistencias, eliminar las coberturas inicialmente pactadas. Esta disposición también se aplica para las renovaciones de los planes o seguros de salud.



establecidos en el marco legal vigente. No obstante, ello no incide en el presente caso, en la medida que conforme a los argumentos desarrollados extensamente en los párrafos previos, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro ya ha establecido una garantía de continuidad de las preexistencias para ambos sistemas en caso de migración de una EPS a un seguro privado. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la opinión citada no es vinculante para la autoridad de consumo.

59. Otro argumento de defensa de Pacífico Seguros es que el Intendente de la Superintendencia Nacional de ESSALUD refirió en una conferencia que la Ley del Contrato de Seguro tiene carácter supletorio cuando hay otras normas que rigen la materia. Al respecto, cabe destacar que si bien tanto el sistema de seguros como el sistema de EPS cuentan con una regulación especial en cuanto a la continuidad de las preexistencias en caso de un cambio o migración de seguro de salud a otro (Ley 28770) o en caso de cambio de plan de salud por cambio del centro laboral o de EPS (Ley 29561), respectivamente, lo cierto es que en ninguna de dichas normas se excluye o prohíbe la continuidad de cobertura de preexistencias en caso consumidor migre de un plan de salud contratado con una EPS a un seguro de salud contratado con una compañía aseguradora, ni se establece que se traten de sistemas totalmente cerrados en los cuales no sea posible la aplicación del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro con los alcances desarrollados precedentemente.
60. Ello quiere decir que existe un vacío de regulación de las normas especiales y en ese sentido corresponde aplicar la Ley del Contrato de Seguro supletoriamente, tal como señala dicha norma al indicar en su artículo I que en *"el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria"*. Por ende, el alegato de Pacífico Seguros no constituye un argumento dirigido a cuestionar la aplicación de la Ley del Contrato de Seguro, sino, por el contrario, lo confirma, en la medida que la consecuencia jurídica aplicable al supuesto de hecho que nos ocupa, consistente en la migración de un plan de salud a un seguro de salud, no se encuentra contemplada en las leyes especiales, razón por la cual resulta legítimo aplicar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro.
61. Por las razones expuestas, corresponde confirmar la resolución impugnada que declaró fundada contra Pacífico Seguros por infracción de los artículos 18° y 19° del Código, debido a que denegó injustificadamente la cobertura del seguro de continuidad al considerar como preexistentes las enfermedades generadas y cubiertas bajo la vigencia del plan de salud contratado anteriormente con Pacífico EPS, pese a que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de continuidad de cobertura para dicho supuesto.



III.4 Sobre la falta de entrega de la póliza y sus anexos

62. El artículo 47° literal e) del Código⁴³ establece que los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor⁴⁴.
63. En este extremo, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por no haberle entregado la póliza y anexos del seguro de continuidad contratado, siendo que el hecho infractor imputado a título de cargo consistió en "no haber proporcionado al señor Segovia copia de la póliza y sus anexos". Debido a ello, correspondía a la Comisión verificar si Pacífico Seguros había incurrido en dicha infracción, es decir, si se había contravenido lo dispuesto en el artículo 47° literal e) del Código, el cual tutela el derecho de los consumidores de contar con una copia de los contratos que se celebren por escrito.
64. La Comisión declaró fundada la denuncia al haber constatado que, a la fecha de interposición de la denuncia (28 de agosto de 2013), no se habían entregado los documentos citados precedentemente, siendo que estos fueron remitidos al denunciante recién 42 días luego de haberse interpuesto la denuncia .
65. En su apelación, Pacífico Seguros señaló que cumplió con entregar al denunciante copia de tales documentos el 18 de octubre de 2013, siendo que la Comisión habría indicado erróneamente que al haberse realizado la entrega 42 días después de la interposición de la denuncia, habría incurrido en infracción, pese a que no existe plazo alguno para la entrega del contrato al

43

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 47.- Protección mínima del contrato de consumo

En los contratos de consumo se observa lo siguiente:

(...)

e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor.

44

Cabe señalar, además, que el deber de entrega de la póliza también se encuentra previsto en el artículo 26° de La Ley del Contrato de Seguro:

"Artículo 26. Contenido de la póliza

El asegurador está obligado a entregar al contratante una póliza debidamente firmada por el representante de la empresa, con redacción clara, en caracteres legibles y en caracteres destacados para el caso del artículo 27."



consumidor, vulnerando así el principio de tipicidad al imputarle un hecho que no se encuentra previsto en la norma.

66. Al respecto, esta Sala considera necesario distinguir el momento en que se incurre en infracción administrativa, que determina la comisión de un ilícito sancionable⁴⁵, y el momento en que la conducta infractora ya materializada es corregida o subsanada con posterioridad a su comisión, pudiendo ello ser considerado como una circunstancia atenuante al momento de graduar la sanción⁴⁶. En ese sentido, cualquier conducta desplegada después de la comisión de un hecho infractor sancionable, no constituye un eximente de responsabilidad administrativa.
67. Ahora bien, aun cuando el artículo 47° literal e) del Código no señala expresamente un plazo para la entrega a los consumidores del documento donde consten las condiciones generales del contrato, lo cierto es que ello no autoriza a interpretar que el deber de entrega no cuente con límite temporal alguno para su cumplimiento, más aun si dicho documento contiene información relevante que permite a los consumidores el pleno conocimiento de sus derechos y obligaciones, así como la previsión de posibles contingencias para planear determinadas conductas en el marco de la relación de consumo entablada con el proveedor.
68. Sostener lo contrario, implicaría que el momento de la entrega de la copia del contrato dependa discrecionalmente de la voluntad del proveedor, vaciando de contenido la norma en discusión y anulando la *ratio iuris* de la misma, lo cual debe evitarse, dado que ello incrementaría la situación de asimetría existente

45

LEY 27444. LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL. Artículo 230.- Principios de la potestad sancionadora administrativa

La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:

(...)

8. Causalidad.- La responsabilidad debe recaer en quien realiza la conducta omisiva o activa constitutiva de infracción sancionable.

46

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 112.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas

Al graduar la sanción, el Indecopi puede tener en consideración los siguientes criterios:

(...)

Se consideran circunstancias atenuantes especiales, las siguientes:

1. La subsanación voluntaria por parte del proveedor del acto u omisión imputado como presunta infracción administrativa, con anterioridad a la notificación de la imputación de cargos.
2. La presentación por el proveedor de una propuesta conciliatoria que coincida con la medida correctiva ordenada por el Indecopi.
3. Cuando el proveedor acredite haber concluido con la conducta ilegal tan pronto tuvo conocimiento de la misma y haber iniciado las acciones necesarias para remediar los efectos adversos de la misma.
4. Cuando el proveedor acredite que cuenta con un programa efectivo para el cumplimiento de la regulación contenida en el presente Código (...).



entre los consumidores y los proveedores, vulnerando abiertamente el principio de corrección de asimetría informativa previsto en el Código⁴⁷.

69. Siendo así, aun cuando no exista un plazo específico para la entrega de la documentación que contiene las condiciones y términos del contrato, esta Sala considera que resulta aplicable el criterio de razonabilidad (plazo razonable) atendiendo a la posibilidad de entrega del documento en función a las circunstancias y características del caso. Cabe resaltar que similar interpretación ya ha sido asumida y expuesta por este Tribunal en un anterior pronunciamiento al analizar el plazo de entrega de información solicitada por los consumidores⁴⁸.
70. Así, teniendo en cuenta que en el presente caso se trata de un contrato de seguro celebrado por escrito, la entrega se concreta, de modo regular, con la emisión de la póliza o la fecha de vigencia del contrato⁴⁹. La emisión de la póliza original de acuerdo a la información que obra en el expediente fue el 20 de setiembre de 2012⁵⁰; sin embargo, la entrega de dicho documento con las modificaciones efectuadas al entrar en vigor (póliza endosada) se produjo el 18 de octubre de 2013, es decir, más de un año después de su emisión, lo cual, a criterio de esta Sala, constituye una infracción al deber de entregar de la póliza.
71. Siendo así, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, la infracción constatada por la Comisión no constituye una vulneración al principio de tipicidad, toda vez que se ha podido acreditar que la denunciada no entregó la póliza original al señor Segovia al momento en que se emitió o al momento en que entró en vigencia las condiciones y términos, sino recién cumplió con su deber el 18 de octubre de 2013, es decir, luego de interpuesta la denuncia y la notificación con la imputación de cargos, pese a que tenía conocimiento que recaía en la compañía aseguradora el deber de entrega de la póliza y que su inobservancia constituía una infracción administrativa, teniendo en cuenta, además, que estuvo en posibilidad de entregar dicho documento.

47

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo V.- Principios

El presente Código se sujeta a los siguientes principios:

(...)

4. Principio de Corrección de la Asimetría.- Las normas de protección al consumidor buscan corregir las distorsiones o malas prácticas generadas por la asimetría informativa o la situación de desequilibrio que se presente entre los proveedores y consumidores, sea en la contratación o en cualquier otra situación relevante, que coloquen a los segundos en una situación de desventaja respecto de los primeros al momento de actuar en el mercado.

48

Ver: Resolución 1495-2013/SPC-INDECOPI del 10 de junio de 2013. Procedimiento seguido por Roberto Luis Rivera Carhuapoma contra MiBanco - Banco de la Microempresa S.A.

49

Se entiende que la entrada en vigor de un contrato de seguro supone la plena vigencia de las condiciones y términos contractuales regulados y contenidos en él.

50

Ver en la foja 74 del Expediente.



72. Por las razones expuestas, corresponde confirmar este extremo de la resolución impugnada que declaró fundada la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción del artículo 47° literal a) del Código, al haberse verificado que no proporcionó al denunciante una copia de la póliza y sus anexos.

Sobre la medida correctiva.

73. El artículo 114° del Código establece la facultad que tiene la Comisión para ordenar a los proveedores, la imposición de medidas correctivas a favor de los consumidores, con la finalidad de revertir los efectos que la conducta infractora causó al consumidor o evitar que en el futuro, esta se produzca nuevamente.
74. Las medidas correctivas reconocidas legalmente y que pueden ser dictadas en el marco de las normas de protección de los derechos de consumidores son: (i) medidas correctivas reparadoras⁵¹ que "tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior"; y, (ii) medidas correctivas complementarias⁵² que "tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro".
75. En este orden de ideas, las medidas correctivas tienen una *función reparadora* de la conducta infractora, toda vez que su finalidad radica en: (i) resarcir o reparar las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas producidas por la conducta infractora para volverlas a su estado anterior; o, (ii) revertir los efectos que la conducta infractora haya generado o evitar que se generen otra vez en el futuro. De allí que lo que se busque con las medidas correctivas - a diferencia de las sanciones administrativas que tienen *función represiva*⁵³- es

⁵¹ LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 115.- Medidas correctivas reparadoras

115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y pueden consistir en ordenar al proveedor infractor lo siguiente:
(...)

⁵² LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 116.- Medidas correctivas complementarias

Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:
(...)

⁵³ "El fundamento último de una y otra decisión es, pues, bien distinto. En uno, represor del incumplimiento; en el otro, reparador de este (rectius de su resultado). En otras palabras, las sanciones administrativas castigan la perturbación, infligiendo un mal que no restablece el orden quebrantado por la infracción; las medidas reparatorias la remedian, restituyendo las cosas a su estado anterior" (Ver: CASINO RUBIO, Mguel, "La Indebida



que las cosas vuelvan a la situación anterior o a la condición que tuvo, con anterioridad a la comisión del hecho infractor.

76. En el presente caso, la Comisión ordenó en calidad de medida correctiva que Pacífico Seguros cumpliera con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.
77. En su defensa en esta instancia, Pacífico Seguros cuestionó la medida correctiva ordenada alegando que la Comisión pretende que una compañía de seguros como su representada emita un plan de salud que fue emitido previamente por una EPS que forma parte del sistema de seguro social de salud que difiere sustancialmente del sistema de seguros privados, conforme a lo indicado en los informes legales presentados, por lo que no están en condiciones de cumplir con la medida correctiva impuesta, pues Pacífico Seguros no califica como EPS y no emite planes de salud, sino seguros de salud. Agregó que en el sentido expuesto la medida correctiva obligaría a su representada prestar un servicio público del que no se encuentran obligados, contraviniendo las normas legales vigentes y la iniciativa privada.
78. Para analizar este punto es importante citar textualmente la parte resolutive de la resolución impugnada donde se ordenó la medida correctiva que ha sido cuestionada por Pacífico Seguros:

"TERCERO: ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes." (Subrayado agregado)

79. De ello se desprende que, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, el mandato de la Comisión no pretende la emisión de un plan de salud en el marco del servicio prestado por una EPS, sino que se limita a ordenar la emisión de una póliza que mantenga las coberturas y beneficios que brindaba anteriormente Pacífico EPS, precisando que Pacífico Seguros no deberá considerar como enfermedades preexistentes, ni excluirl de cobertura, a la rinitis alérgica y las hemorroides que padece el denunciante.

Confusión entre Sanciones y otras Medidas Administrativas de Policía: comentarios a la STS del 2 de febrero de 1998, artículo 2060", Reala, número 283, mayo-agosto, 2000, p. 572).



80. Ello quiere decir que no se está ordenando brindar un servicio en el marco de la EPS, sino a mantener la cobertura y beneficios que brindaba anteriormente Pacífico EPS dejando de considerar preexistentes la rinitis alérgica y las hemorroides, para garantizar de ese modo la continuidad de cobertura de tales enfermedades ante el cambio de un plan de salud por un seguro de salud, cuyo sustento normativo se encuentra recogido en el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, tal como ha sido desarrollado en el acápite III.3 de la presente resolución.
81. Siendo así, esta Sala considera que la medida correctiva no contiene un mandato que contravenga normas legales vigentes, sino que, por el contrario, constituye la consecuencia de tutelar la continuidad de cobertura de las preexistencias establecidas por la ley como límite a la iniciativa privada de los particulares.
82. Por tales razones, corresponde confirmar este extremo de la resolución impugnada que ordenó, en calidad de medida correctiva, que Pacífico Seguros cumpla con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por Pacífico EPS, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides como enfermedades preexistentes.

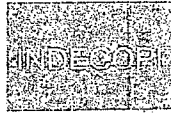
Sobre la graduación de la sanción

83. El artículo 112° del Código establece que para determinar la sanción aplicable al infractor, se debe atender al beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción, la probabilidad de su detección, el daño resultante de la infracción y los efectos que se pudiesen ocasionar en el mercado, la naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores y otros criterios que dependiendo del caso particular, considere adecuado adoptar la Comisión⁵⁴.

54

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 112°.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas. Al graduar la sanción, el Indecopi puede tener en consideración los siguientes criterios:

- El beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción.
- La probabilidad de detección de la infracción.
- El daño resultante de la infracción.
- Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado.
- La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores.
- Otros criterios que, dependiendo del caso particular, considere adecuado adoptar. (...)



84. Las sanciones de tipo administrativo tienen por principal objeto disuadir o desincentivar la realización de infracciones por parte de los administrados. El fin de las sanciones es, en último extremo, adecuar las conductas al cumplimiento de determinadas normas.
85. En el presente caso, la Comisión sancionó a Pacífico Seguros con una multa de 30 UIT por negativa injustificada de cobertura y 1 UIT no por haber entregado la póliza y anexos al denunciante.
86. En su defensa en esta instancia, Pacífico Seguros alegó que la Comisión vulneró la garantía del deber de motivación al efectuar un análisis arbitrario, antitécnico e inconsistente sin considerar que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no regula la figura de las preexistencias cruzadas y que la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes se regula en cada sistema de aseguramiento en salud (seguros y EPS). Asimismo, señaló que la Comisión no tuvo en cuenta que Pacífico seguros cumplió con informar oportunamente al denunciante que al momento de activarse el seguro de continuidad la rinitis alérgica y las hemorroides no serían cubiertas por preexistentes, lo cual evidencia que la sanción impuesta es desproporcionada y vulnera el principio de razonabilidad.
87. Al respecto, es importante señalar que si bien Pacífico Seguros alegó una presunta afectación de los principios de motivación y razonabilidad, lo cierto es que los cuestionamientos formulados hacen referencia a la interpretación del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro y la valoración de los medios probatorios que, a su entender, evidencian, por un lado, que no se encuentran reguladas las preexistencias cruzadas como garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes y, por otro lado, que al momento de la contratación del seguro de continuidad se informó al denunciante que la rinitis alérgica y las hemorroides eran enfermedades que no serían cubiertas al activarse la póliza.
88. Este Colegiado considera que, contrariamente a lo señalado por la recurrente, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro garantiza la continuidad de cobertura de enfermedades preexistente ante el cambio de un plan de salud por un seguro de salud en virtud de lo desarrollado en el acápite III.3 de la presente resolución.
89. Cabe señalar, además, que los criterios de graduación de la sanción analizados por la Comisión se sustentaron en el daño y los efectos en el mercado. El primero consistente en dejar sin cobertura la rinitis alérgica y las hemorroides y el eventual gasto en que pudo haber incurrido el denunciante



este Colegiado asume como propios los fundamentos de la Comisión sobre dicho extremo, en virtud de la facultad establecida en el artículo 6° de la Ley del Procedimiento Administrativo General⁵⁷. Por tanto, corresponde confirmar dicho extremo de la resolución impugnada.

RESUELVE:

PRIMERO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 del 21 de mayo de 2014, emitida por la Comisión de Protección al Consumidor - Sede Lima Sur N° 1, que declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Óscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción de los artículos 18° 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, debido a que denegó injustificadamente la cobertura del seguro de continuidad al considerar como preexistentes las enfermedades generadas y cubiertas bajo la vigencia del plan de salud contratado anteriormente con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, pese a que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de continuidad de cobertura para dicho supuesto.

SEGUNDO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que ordenó como medida correctiva que El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. cumpla, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

TERCERO: Revocar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que sancionó a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 30 UIT y, reformándola, se le sanciona con una multa de 10 UIT.

CUARTO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que sancionó a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 1 UIT.

57

LEY 27444. LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL. Artículo 6.- Motivación del acto administrativo

(...)

6.2 Puede motivarse mediante la declaración de conformidad con los fundamentos y conclusiones de anteriores dictámenes, decisiones o informes obrantes en el expediente, a condición de que se les identifique de modo certero, y que por esta situación constituyan parte integrante del respectivo acto.



TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 4357-2014/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 582-2013/CC1

QUINTO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que condenó a El Pacífico Peruano Suiza Seguros y Reaseguros S.A. al pago de las costas y costos del procedimiento.

Con la intervención de los señores vocales Julio Baltazar Durand Carrión, Alejandro José Rospigliosi Vega, Ana Asunción Ampuero Miranda y Javier Francisco Zúñiga Quevedo.



JULIO BALTAZAR DURAND CARRIÓN

Presidente

SEGURO DE SALUD TOTAL**CONDICIONES GENERALES****INDICE****INTRODUCCIÓN****CONDICIONES TÉCNICAS**

1. Objeto del seguro
2. Evaluación de asegurabilidad
3. Personas aseguradas
4. Beneficio máximo anual por persona
5. Períodos de carencia y espera
6. **Gastos cubiertos**
7. **Coberturas**
8. **Gastos no cubiertos y exclusiones**
9. Pagos a cargo del Asegurado

CONDICIONES OPERATIVAS

10. Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú
11. Relación de proveedores médicos afiliados a la compañía en el Perú
12. Pago de beneficios
13. Tarifa para pagos por atención bajo la modalidad de reembolso

CONDICIONES LEGALES

14. Del contrato de seguro
15. Declaraciones
16. Avisos y comunicaciones
17. Residencia
18. Vigencia, ajuste de prima y modificaciones a la póliza
19. Observaciones de la póliza
20. Pago de la prima
21. Nulidad del contrato de seguro
22. Resolución automática del contrato
23. Terminación de la cobertura
24. Revisión de los siniestros
25. Declaración falsa y/o reticente
26. Subrogación y otros seguros
27. Prescripción liberatoria
28. Predominio de condiciones y/o cláusulas
29. Defensoría del asegurado
30. Solución de controversias
31. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
32. Tributos
33. Glosario

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la Solicitud de Seguro presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, así como con los resultados de la evaluación de ASEGURABILIDAD, en los casos que corresponda; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SEGURO DE SALUD TOTAL, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos adjuntos; El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada LA COMPAÑÍA, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o a la persona designada por éste en adelante ASEGURADO TITULAR y en caso los tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscritos(s), en la Póliza contra los riesgos de ENFERMEDAD y ACCIDENTE, con sujeción a la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, la COMPAÑÍA conviene en pagar los gastos médicos cubiertos que sufra el ASEGURADO a consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD, que requiera tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza, en el Perú, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y hasta los límites y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Artículo 2°

EVALUACIÓN DE ASEGURABILIDAD

La COMPAÑÍA define, para fines de ASEGURABILIDAD, las políticas y los procesos de suscripción de riesgos y emisión de la póliza, teniendo como documento base la Declaración de Salud firmada por el ASEGURADO, cuya veracidad y exactitud exigen la manifestación más completa de sus antecedentes, síntomas, dolencias, enfermedades y tratamientos, así como también los de sus DEPENDIENTES, lo cual es importante para la estimación del riesgo y es base para la celebración del contrato.

El ASEGURADO y sus DEPENDIENTES de ser el caso, debieron haber suministrado toda la información requerida por la COMPAÑÍA sobre su estado de salud, antes de la emisión de la Póliza; y así mismo autorizaron a los profesionales o instituciones donde hayan sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

Si el ASEGURADO ha pasado por una evaluación de ASEGURABILIDAD a requerimiento de la COMPAÑÍA antes de la emisión de la Póliza, toda la información obtenida pasará a formar parte del archivo personal de salud del propuesto ASEGURADO.

Artículo 3°**PERSONAS ASEGURADAS**

Esta Póliza cubre al ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con tal de que residan en el Perú, gocen de buena salud al momento de su inclusión en la Póliza y en el caso de los DEPENDIENTES además convivan con o dependan económicamente del ASEGURADO TITULAR, siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

La edad límite de ingreso a la cobertura de la póliza para el ASEGURADO TITULAR y su cónyuge o conviviente registrado como DEPENDIENTE, se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

La edad límite de ingreso y la edad límite de permanencia bajo la cobertura de la Póliza para los hijos registrados como DEPENDIENTES se establecerán en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, pudiendo luego continuar asegurados bajo una Póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro, con las mismas condiciones, pagando la prima correspondiente al rango de edad según tarifa vigente a la fecha de la contratación de la nueva póliza.

El hijo cuyo nacimiento haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y cuyo PARTO tenga derecho de cobertura, podrá ser incluido en el seguro desde el primer día de nacido, siempre que se presente la Solicitud de Seguro dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia. Los hijos adoptados y los hijos del(la) cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR podrán ser incluidos en el seguro desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a la COMPAÑÍA la solicitud del seguro dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a ello.

Asimismo, el/la cónyuge o conviviente al(a) que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, sólo podrá ser incluido(a) en el seguro desde el primer día de haber adquirido el estado civil o derecho legal correspondiente, siempre que se presente la Solicitud de Seguro dentro de los 30 días calendario posteriores al mismo. Para certificar la adquisición del derecho legal de conviviente se deberá presentar a la COMPAÑÍA la certificación oficial correspondiente.

Artículo 4°**BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA**

Los gastos pagados por la COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la Póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

El BENEFICIO MÁXIMO ANUAL contratado aplica independientemente para cada ASEGURADO y es consumido según las atenciones médicas cubiertas y pagadas de cada uno de ellos. En caso de consumir totalmente el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia del seguro, siempre que la póliza haya sido renovada y pagada la prima correspondiente.

Artículo 5°**PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA****a) Período de Carencia**

Es el período de tiempo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro.

Las condiciones de salud que se presenten dentro de este período serán consideradas PREEXISTENCIAS para todos los efectos durante la vigencia de la Póliza siendo susceptibles de excluirse formalmente de la cobertura a través del endoso correspondiente.

Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las atenciones en los casos de las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS siguientes: apendicitis, ENFERMEDAD cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio, salvo que las enfermedades mencionadas sean consideradas preexistentes.

b) Período de Espera

Es el período establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza durante el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos. A diferencia del período de carencia, todo DIAGNÓSTICO o ENFERMEDAD manifestado durante este período sí estará sujeto a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de carencia.

Durante el período de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta Póliza.

El período de espera para las enfermedades y procedimientos detallados a continuación es el siguiente:

1. Para toda condición de gestación o EMBARAZO, incluyendo las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO así como las del PARTO y del PUERPERIO, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.
2. En relación con un TRASPLANTE, el período de espera será el que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la póliza.
3. En relación con las siguientes enfermedades y sus consecuencias el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza:
 - a) Enfermedades del útero y/o anexos.
 - b) Quistes y prolapso genito urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
 - c) Enfermedades de la mama (con excepción de cáncer de mama luego de terminado el período de carencia).
 - d) Hernias de cualquier clase, incluida la hernia de núcleo pulposo de la columna vertebral.
 - e) Hemorroides.
 - f) Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar.

- g) Cirrosis hepática.
- h) Litiasis del sistema urinario.
- i) Adenoma de próstata.
- j) Catarata, glaucoma.
- k) Enfermedades tiroideas.
- l) ENFERMEDAD cerebrovascular (con excepción del accidente cerebrovascular).
- m) ENFERMEDAD cardiovascular (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable), incluida la dislipidemia.
- n) Hipertensión arterial.
- o) Asma.
- p) Diabetes Mellitus.
- q) Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
- r) Procedimiento de Artroscopía.
- s) Procedimiento de Litotricia.
- t) Hiperhidrosis.
- u) Polisomnografía.

El período de Espera y las excepciones indicadas aplican solamente a enfermedades que no sean preexistentes.

Artículo 6°

GASTOS CUBIERTOS

Esta Póliza cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD, condición médica o ACCIDENTE bajo cobertura, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, en el Perú donde se efectúe el tratamiento, hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO, según los COPAGOS y COASEGUROS establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES para cada una de las coberturas y después de haberse alcanzado el DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el Plan de Seguro contratado por cada ASEGURADO contemple dicho deducible. También están incluidos bajo este seguro, las coberturas especiales, según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

A tales efectos el ASEGURADO deberá hacer uso del servicio de atención al crédito para los casos de atención médica hospitalaria y/o ambulatoria, así como para las coberturas especiales, exclusivamente en las redes de proveedores médicos afiliados para estos servicios o atención a reembolso, en las condiciones que se indican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

a) **GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:**

- Habitación individual o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el DIAGNÓSTICO y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.
- Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado.
- Yeso acrílico. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.

- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
 - Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) donante(s), incluyendo los exámenes de compatibilidad sanguínea y los exámenes de descarte de enfermedades infecciosas de transmisión por hemoderivados de las unidades utilizadas.
- b) **GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:**
- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
 - Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al **DIAGNÓSTICO** y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible, para un adecuado **DIAGNÓSTICO** y tratamiento.
 - En caso de una **CIRUGÍA AMBULATORIA** se cubrirá bajo condiciones de una atención hospitalaria.

Artículo 7°

COBERTURAS

En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** por Persona y se cubrirán hasta por los límites y condiciones establecidos para cada una de ellas en la **TABLA DE BENEFICIOS** y de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por la presente Póliza y siempre que se haya consumido el **DEDUCIBLE ANUAL**, en el caso que el plan de seguro del **ASEGURADO** contemple dicho deducible.

a. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS:

Este seguro cubre los gastos por enfermedades oncológicas de acuerdo con las **CONDICIONES GENERALES** y las señaladas en la **TABLA DE BENEFICIOS**. Para la aprobación de la cobertura resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:

1. Que tanto el tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) haya(n) concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir, que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso (categorías 1 y 2A) de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
2. Que los procedimientos oncológicos (cirugía oncológica, radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren dentro de los protocolos establecidos por la NCCN, según las categorías 1 y 2A.

Para mayor información sobre la Organización National Comprehensive Cancer Network (NCCN), acceder a la siguiente página web: www.nccn.org.

En el caso de un cáncer de mama que involucre una Mastectomía Radical o Total, se incluye la cobertura de la **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA** como parte del tratamiento integral de dicho cáncer. Dicha cobertura aplica solamente para tratamientos en el Perú según la red de proveedores establecida para dicho fin y que se encuentra precisada en la **TABLA DE BENEFICIOS** inserta en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza.

Se reconocerá la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA una sola vez por mama (sólo en el Perú) independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Se reconocerán las complicaciones de la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA que ocurran dentro de las 3 semanas posteriores de realizada cada fase de la reconstrucción, la cual no podrá tener una duración mayor a un año. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezones.

Una vez activado el beneficio oncológico la COMPAÑÍA, luego de haber recibido el Informe Anatómo Patológico Histológico positivo para Cáncer, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica para tener una reunión de orientación, o en caso de impedimento del ASEGURADO, la orientación se podrá realizar telefónicamente. La COMPAÑÍA orientará al ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológicos, limitaciones, exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza.

b. TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

El ASEGURADO deberá notificar a la COMPAÑÍA cuando se determine la necesidad de realizar un TRASPLANTE. Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por o en relación a un procedimiento de TRASPLANTE que no haya sido previamente aprobado por la COMPAÑÍA.

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

1. Se otorgará luego del período de carencia y de espera señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES.
2. Se otorgará sólo en el Perú y en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y TRASPLANTE) del MINSA. Si la indicación del TRASPLANTE fue realizada por primera vez, durante el período de 60 días calendarios consecutivos, contados a partir de la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza, no se otorgará cobertura.
3. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.
4. En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para TRASPLANTE de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.
5. Los únicos TRASPLANTES de órganos que están cubiertos para este beneficio son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea (Autólogo) e hígado. El número de TRASPLANTE está limitado al monto de la cobertura que tiene este beneficio señalada en las CONDICIONES PARTICULARES. Un TRASPLANTE de dos órganos o tejidos realizados durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo TRASPLANTE. Los beneficios para la repetición de TRASPLANTE de un mismo órgano o tejido (un TRASPLANTE realizado por segunda vez debido

al fracaso de un TRASPLANTE inicial), solo serán pagaderos si la COMPAÑÍA lo aprueba como médicamente necesario.

6. Las exclusiones que tiene esta cobertura, adicionales a las establecidas en esta Póliza, por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, son:

- a) Aquellas condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un TRASPLANTE que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por la COMPAÑÍA.
- b) Los TRASPLANTES considerados como experimentales.
- c) Cuando el órgano sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
- d) Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.

c. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:

Este seguro cubre el valor de las PRÓTESIS internas que sean quirúrgicamente necesarias, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. No se cubren PRÓTESIS externas salvo las dentales en caso de una EMERGENCIA ACCIDENTAL.

d. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO EN PÓLIZA:

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, así como aquellos de tipo genético hereditario, de los hijos recién nacidos de madres cuyo PARTO tenga derecho de cobertura por esta Póliza y que hayan sido inscritos en ésta dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de nacimiento.

Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

e. ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS:

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas así como aquellas de tipo genético hereditario, no diagnosticadas antes de ingresar a la Póliza. Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

f. GASTOS OFTALMOLÓGICOS:

Las enfermedades o cirugías de los ojos serán cubiertas como ambulatorio u hospitalario según corresponda y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

g. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS:

Están cubiertas según la modalidad de atención, sea hospitalario o ambulatorio, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la

TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

No se cubren las epidemias que se encuentren bajo el control del Ministerio de Salud o de alguna otra entidad gubernamental.

- h. **CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS EN EL PERÚ:**
Están cubiertos por una vez al año por ASEGURADO, chequeos médicos preventivos y centros médicos a nivel nacional señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, y bajo las condiciones ahí establecidas.
- i. **ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH:**
Todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus VIH serán cubiertas como hospitalario o ambulatorio, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.
- j. **EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA EN EL PERÚ:**
Siempre que el manejo de la EMERGENCIA ACCIDENTAL sea de manera exclusivamente ambulatoria y sea atendida dentro de un plazo máximo de 24 horas de ocurrida, los gastos serán cubiertos sin aplicación de COPAGO ni COASEGURO, y hasta la rehabilitación del paciente, por un período máximo de 60 días calendarios. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, afectos al COPAGO y COASEGURO correspondiente.

Será considerado EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, en caso que, a consecuencia del ACCIDENTE, se requiera hospitalización o CIRUGÍA AMBULATORIA. En esta situación la emergencia será reconocida como atención hospitalaria o atención ambulatoria según corresponda, de acuerdo a lo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, desde el primer día de la atención.

- k. **TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL PERÚ:**
Si el ASEGURADO sufre una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL y no haya la capacidad profesional y/o equipamiento médico en el lugar en que el ASEGURADO se encuentra, la COMPAÑIA pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano bajo las siguientes condiciones:
- a) Coordinación previa del equipo médico de la COMPAÑIA con el médico que atiende al ASEGURADO herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre o avión de línea comercial) hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.
 - b) En el caso de traslado por avión de línea aérea comercial por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL, se cubre por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (sólo por motivos de evacuación). Previa coordinación y aprobación de la COMPAÑIA. Por

hospitalización se cubre por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos.

- c) Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA como en caso de Hospitalización, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la salud. No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.

I. SEPELIO EN EL PERÚ:

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral de acuerdo al paquete descrito en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. Este beneficio se otorgará siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por esta Póliza.

m. PROGRAMA DE MATERNIDAD:

Se cubren los gastos del ASEGURADO TITULAR, cónyuge o conviviente bajo la presente Póliza por los servicios indicados y hasta los límites establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza a consecuencia del EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO y las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. Es condición indispensable para tener derecho a este beneficio haber transcurrido el periodo de espera indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

En el Perú, la póliza cubre los servicios pre y post natales, el programa madre - niño y el PARTO de acuerdo con las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. Los beneficios se aplican para cada EMBARAZO cubierto por esta Póliza. No gozan de los beneficios otorgados por el programa de maternidad, las hijas aseguradas como DEPENDIENTES.

Este beneficio cubre los gastos del PARTO, sea vaginal o por cesárea, las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO y los gastos de atención inmediata del recién nacido normal sin complicaciones (pediatra en sala de PARTOS o sala de operaciones, sala de bebés de recién nacido normal, exámenes de laboratorio: grupo y factor, hematocrito, glucosa) hasta los límites especificados en la TABLA DE BENEFICIOS.

Se considera ABORTO y/o AMENAZA DE ABORTO el producido hasta la semana veinte (20) de gestación. A partir de la semana veintiuno (21), se considerará como una amenaza de PARTO pre-término.

n. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA MÉDICA NACIONAL (para cirugías programadas):

Se brinda la oportunidad de reevaluar la necesidad de una cirugía propuesta por el médico del ASEGURADO. Para ello, la COMPAÑÍA presentará una terna de médicos especialistas para que el ASEGURADO elija a uno de ellos. Este beneficio aplica a cirugías programadas en pacientes ambulatorios.

Sólo se cubre la consulta, no se cubren los exámenes auxiliares ni tratamientos adicionales que el médico evaluador pudiera sugerir; tampoco el viaje del paciente ni de sus familiares.

o. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL:

Debido a que algunos casos presentan dificultad diagnóstica o terapéutica (previa validación de Auditoría Médica de la COMPAÑÍA), ya sean médicos o quirúrgicos, se brinda la oportunidad de obtener la opinión y sugerencias de médicos especialistas en el tema que laboran en el extranjero los cuales forman parte de un grupo consultor sugerido por el operador internacional de la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO no puede realizar el proceso indicado precedentemente en forma directa. Este beneficio no está sujeto a reembolso.

Adicionalmente, se cubrirá al 100% los exámenes auxiliares sugeridos por esta segunda opinión, siempre que estén disponibles en el Perú.

Este beneficio no incluye el viaje ni la evaluación del ASEGURADO; sólo envía el expediente médico.

p. LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR:

Se otorga cobertura de un año de seguro sin pago de prima, a partir de la fecha del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, siempre que la muerte sea causada por una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por la Póliza.

Se mantendrán asegurados los DEPENDIENTES inscritos bajo la misma Póliza en que se encontraba cubierto el ASEGURADO TITULAR fallecido.

Cumplido el año, tanto el/la cónyuge o conviviente ASEGURADO(a) así como sus DEPENDIENTES, podrán continuar con la cobertura bajo las mismas condiciones que tenían, si así lo desean, en calidad de ASEGURADO TITULAR y DEPENDIENTES respectivamente, pagando las primas correspondientes.

q. GASTOS ODONTOLÓGICOS EN EL PERÚ:

Esta cobertura comprende la consulta diagnóstica, radiografías, extracción simple, restauración directa (curación) y endodoncias, en los proveedores médicos y bajo las Condiciones Particulares especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

r. ASISTENCIA AL VIAJERO EN EL EXTRANJERO:

A través del Operador Internacional, se otorga atención por enfermedades, emergencias médicas o accidentales en el extranjero, traslados médicos, asistencia por pérdida de equipaje, entre otros.

Los alcances de esta cobertura se detallan en el Anexo Condiciones del Beneficio de Asistencia Médica y del Viajero en el Extranjero de esta Póliza.

s. CENTROSALUD

Servicio de atención médica ambulatoria programada en consultorios de la COMPAÑÍA ubicados en la Clínica Tezza, atendidos por médicos en las especialidades de Medicina Interna[PM1], Pediatría y Gineco Obstetricia, para lo

cual el ASEGURADO deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.

t. PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Programa de atención médica ambulatoria especialmente diseñado para el manejo, prevención y control de ASEGURADOS que durante la vigencia de la Póliza, se les diagnostiquen las siguientes enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial, Asma, y Diabetes Mellitus II, a cargo de especialistas en Cardiología, Neumología y Endocrinología según corresponda. La cobertura se inicia luego de realizada la primera consulta en el CENTROSALUD, pudiendo continuar la atención en dicho establecimiento o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.

Esta cobertura estará sujeta a la evaluación médica y aceptación de la COMPAÑÍA.

u. ATENCIÓN A DOMICILIO

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO, bajo alguna de las siguientes formas:

• **ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO**

Servicio de atención médica ambulatoria programada a domicilio, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el COPAGO establecido por consulta.

• **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Servicio de unidades móviles para la atención de EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS o EMERGENCIAS ACCIDENTALES a domicilio dentro de las ciudades establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, durante las 24 horas y todos los días del año, sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

La EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL será determinada por el Médico evaluador al momento de la atención, y dicha atención de no ser considerada una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL deberá ser cubierta de acuerdo condiciones del servicio de Médico a Domicilio establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS.

Son considerados bajo este concepto los gastos médicos como consecuencia de:

- Paro cardíaco y/o respiratorio
- Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
- Pérdida de conocimiento súbito
- Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
- Heridas cortantes
- Diarreas severas
- Deshidratación aguda
- Vómitos reiterados

- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos
- Envenenamiento
- Hemorragias
- Accidentes cerebrovasculares agudos
- Asfixias de cualquier origen
- Quemaduras
- Crisis asmática
- Crisis hipertensiva
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Reacciones alérgicas
- ABORTO y/o AMENAZA DE ABORTO
- Trabajo de PARTO

Cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de emergencia por los médicos o paramédicos tratantes según las definiciones de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA y EMERGENCIA ACCIDENTAL.

Artículo 8°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) **PREEXISTENCIAS**, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como **PREEXISTENCIAS** a las enfermedades por las que el **ASEGURADO** haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la **COMPAÑÍA** u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.
- b) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles.
- c) Medicina Alternativa y/o Complementaria.
- d) Cuidados particulares de enfermería.
- e) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.
- f) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell), salvo que se requiera para **TRASPLANTE** de médula ósea (Autólogo).
- g) En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

h) Medicamentos, productos, tratamientos y otros precisados a continuación:

1. Todo medicamento, equipo, dispositivo, **IMPLANTE** o insumo médico utilizado o de reciente implementación que no haya sido aprobado por la FDA para el **DIAGNÓSTICO** correspondiente.
2. Los que no se consideren médicamente necesarios y no cuenten con el sustento médico según la **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA** con ensayos clínicos de fase III concluidos y con beneficio demostrado en los casos que aplique.
3. Medicamentos aprobados por la F.D.A, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados (excepto en casos de cáncer).
4. Medicamentos que aun cuando hayan sido aprobados por la F.D.A, se encuentren señalados expresamente en este artículo como excluido.
5. Medicamentos utilizados con fines placebo.
6. Recursos terapéuticos naturales (uña de gato, muérdago, etc.), cualquiera sea su forma de presentación.
7. Tratamientos o procedimientos experimentales.
8. Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 y 2 A en la "Clinical Practice Guidelines in Oncology" (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de América. Para mayor información acceder a www.nccn.org.
9. Productos de higiene personal. Productos **COSMÉTICOS**, productos dermatocosméticos y bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.
10. Medicamentos para tratamiento de la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
11. **Psicofármacos**: ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes y nootrópicos, anfetamínicos, derivados y afines cuando se indiquen para enfermedades de la esfera mental (psicológicas o psiquiátricas), así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención (incluido autismo) y del aprendizaje. Curas de reposo o de sueño.
12. Medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias o complicaciones infecciosas, degenerativas o neoplásicas. Para estas enfermedades se concede una cobertura limitada, según se indica en las Coberturas Especiales dentro de la **TABLA DE BENEFICIOS**.
13. Vitaminas, minerales y suplementos alimenticios (excepto los utilizados para el **ASEGURADO** hospitalizado), complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.
14. Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria (excepto aspirina, warfarina, clopidogrel, heparinas, metformin, montelukast en asma, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios, los cuales sí se cubrirán).

15. Inmunoestimulantes. Vacunas (excepto vacuna indicada por isoimmunización materno-fetal y vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica).
 16. Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.
 17. Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.
 18. Plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.
 19. PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
 20. Dispositivos o **IMPLANTES** médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: **IMPLANTE** coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales sí se cubrirán).
 21. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extrahospitalario y con fines **DIAGNÓSTICOS** o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, glucómetro y muletas.
- i) Estudios o procedimientos **DIAGNÓSTICOS** o terapéuticos, tratamientos (médicos o quirúrgicos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:
1. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas congénitas del recién nacido y de enfermedades congénitas no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.
 2. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
 3. Ginecomastia y Gigantomastia.
 4. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por Cáncer de Mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta Póliza, para la cobertura Oncológica o en los casos de **ACCIDENTES** cubiertos por la Póliza, debidamente reportados a la **COMPAÑÍA**.
 5. Vasectomía y Bloqueo Tubario.
 6. Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales, así como gastos de maternidad y del recién nacido (prematuridad y enfermedades congénitas) en aquellos casos en que el **EMBARAZO** sea consecuencia de los procedimientos de fertilización indicados en esta exclusión o procedimientos similares cuyo fin es la concepción.
 7. Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.
 8. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de **PRÓTESIS**.
 9. Tratamiento de alopecia androgénica.

10. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.
11. Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
12. Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por un profesional de la salud en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda.
En caso de ACCIDENTE vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo.
Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda o, cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE.
Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.
13. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
14. Cirugía odontológica, enfermedad periodontal, ortodoncia, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética, cirugía bucal (exodoncia impactada, apicectomía y similares), PRÓTESIS dentales, IMPLANTES dentales y todo lo relacionado a ellos, salvo las atenciones indicadas en el artículo de Beneficios y Gastos Cubiertos como "Gastos Odontológicos".
15. Problemas de la mandíbula incluyendo el síndrome témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.
16. Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.
17. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de actividades, competencias o deportes peligrosos. La siguiente relación es nominativa no excluyente: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puenting, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o cualquier deporte practicado de manera profesional.
18. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.

19. Tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto e intraoculares multifocales.
20. Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana, así como controles de enfermedades no cubiertas ~~por esta póliza~~.
21. Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.
22. Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.
23. Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.
24. Gastos por complicaciones o complicaciones relacionadas a DIAGNÓSTICOS o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.
25. Procedimientos de criopreservación o criogenéticos.
26. Gastos incurridos para el cuidado y asistencia de personas con discapacidad.
27. Tratamiento o gastos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados, para el lugar de atención.
28. Tratamientos que no se consideren médicamente necesarios.
29. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas)
30. Pruebas diagnósticas no certificadas y tratamientos desensibilizantes para alergias.
31. Tratamiento con hormona de crecimiento, o cualquier otro tratamiento cuya finalidad sea la de estimular el crecimiento.
32. Dispositivos para columna: separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o neulolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.
33. Enfermedades epidémicas que se encuentren bajo el control del Ministerio de Salud o de cualquier otra entidad gubernamental.
34. Viscosuplementación para patologías articulares, excepto en osteoartrosis tibiofemoral de rodilla. No se cubre en condromalacia patelar.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, la COMPAÑÍA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

Artículo 9°

PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO

(COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL)

Para todo Gasto Cubierto incurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubiertos por la póliza, así como en el caso de las coberturas especiales cubierta en la póliza, el ASEGURADO tendrá como obligación el pago del DEDUCIBLE ANUAL, en el caso de que su Plan de Seguro contemple dicho deducible, y de los COPAGOS y COASEGUROS establecidos para cada una de las coberturas, según se

especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la póliza. Las definiciones de COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL, se encuentran señaladas en el GLOSARIO de la Póliza.

Asimismo, el ASEGURADO tendrá como obligación pagar los gastos no cubiertos por la póliza.

Los montos que así se determinen por concepto del DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO y COASEGURO, así como los gastos no cubiertos, representan la participación total del ASEGURADO en el gasto.

En caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria no se aplicará (COPAGO), (COASEGURO), siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en las CONDICIONES GENERALES, sujeto a las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y anexos adjuntos.

La aplicación del DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO, COASEGURO y los límites específicos de cobertura establecidos en la póliza seguirán el siguiente orden:

1. Se sumarán todos los gastos facturados.
2. Se restarán todos los gastos no cubiertos (incluyendo montos en exceso de los límites establecidos en el Tarifario Pacífico, en caso de que éste se aplique, y gastos en exceso del GASTOS USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO).
3. Se aplicará el DEDUCIBLE ANUAL que corresponde.
4. Se aplicará el COPAGO que corresponde.
5. Se aplicará el COASEGURO que corresponde.
6. Del resultado, se restará cualquier monto en exceso de límites específicos establecidos en la póliza.

El DEDUCIBLE ANUAL debe consumirse en cada vigencia de la Póliza por cada ASEGURADO y por cada uno de su(s) DEPENDIENTES.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 10°

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ

En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que su Plan de Seguro contemple dicho deducible, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

a) ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE LA COMPAÑÍA)

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de la COMPAÑÍA, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

Las formas de atención son las siguientes:

1) ATENCIÓN AMBULATORIA

Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de la Compañía su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado se pondrá en contacto con la Compañía para verificar el seguro y le cobrará al ASEGURADO solamente los montos a su cargo.

Las situaciones de EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria serán cubiertas al 100% sin COPAGO según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES.

2) ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado su documento de identidad o carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado solicitará una carta de garantía a la COMPAÑÍA con un mínimo de tres días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia. La Carta de Garantía es la autorización escrita que la COMPAÑÍA otorga al centro de salud para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el DIAGNÓSTICO presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

Siempre y cuando la atención hospitalaria y/o quirúrgica esté cubierta, la COMPAÑÍA otorgará la carta de garantía solicitada por el proveedor médico afiliado a la red de la COMPAÑÍA.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta.

3) ATENCIÓN EN CENTROSALUD

El ASEGURADO deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita médica.

4) ATENCIÓN A DOMICILIO

• **ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO**

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con la central de información y ventas al teléfono que aparece en su carnet de ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS.

• **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**

Sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en su carnet de ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS.

b) ATENCIÓN A REEMBOLSO (FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS)

En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de la COMPAÑÍA indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a la COMPAÑÍA el reembolso correspondiente de los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al Tarifario Pacífico, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y las condiciones establecidas en la Tabla de Beneficio inserta en la Póliza que se encuentra a su disposición en la página web de la COMPAÑÍA: www.pacificoseguros.com

Todos los gastos ambulatorios y/u hospitalarios serán pagados por el ASEGURADO, quien luego deberá presentar a la COMPAÑÍA dentro de los 90 días calendarios posteriores a la atención, la siguiente documentación:

- Solicitud de Reembolso por la atención médica con la información completa y suscrita por el médico tratante.
- Original de la factura o recibo por honorarios profesionales.
- Original de la receta prescrita por el médico tratante.
- Original de la factura de farmacia.
- Original de la orden de exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes y patología, entre otros).
- Original de la factura del laboratorio y proveedor de procedimientos.
- Copia de resultados de todos los exámenes auxiliares (análisis, radiografías y exámenes especializados, entre otros).
- Fotocopia de REPORTE OPERATORIO, en caso de intervención quirúrgica.
- Copia de resultado de anatomía patológica, si hubo patología.
- Copia de EPICRISIS en caso de internamiento.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar al ASEGURADO que presente un Informe Médico ampliatorio, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de salud y facilite la atención de la Solicitud de Reembolso

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de EL PACIFICO-PERUANO SUIZA Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC N°20100035392. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del ASEGURADO. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

Presentada esta documentación y encontrada conforme por la COMPAÑÍA, es decir medicamentos y/o exámenes auxiliares y/o procedimientos relacionados directamente con el DIAGNÓSTICO, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido según el TARIFARIO PACIFICO, dentro de los 30 días hábiles desde la fecha de recepción. El reembolso referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

Artículo 11°**RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A LA COMPAÑÍA EN EL PERU**

La relación de los proveedores médicos afiliados a la COMPAÑÍA se muestra en un Anexo de la PÓLIZA DE SEGURO.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de modificar la relación de los proveedores médicos afiliados a efectos de preservar el derecho de los asegurados a acceder a un servicio de salud de calidad, lo cual podrá realizarse en cada renovación de la Póliza y previa comunicación al ASEGURADO, de ser el caso. En caso que esto suceda y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en el centro médico bajo las mismas condiciones que tenía hasta el alta del ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, la COMPAÑÍA orientará al ASEGURADO sobre otras alternativas de atención (en caso de que el ASEGURADO lo solicite).

Artículo 12°**PAGO DE BENEFICIOS**

LA COMPAÑÍA, reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, en el país, aún cuando haya contratado el DEDUCIBLE ANUAL, en cuyo caso, éste deberá ser asumido primero directamente por el ASEGURADO y de acuerdo con el procedimiento establecido en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

Si el ASEGURADO opta por la Atención a Reembolso, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos que haya pagado directamente, en los casos, bajo las condiciones y en la forma establecida en estas CONDICIONES GENERALES.

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una hospitalización en el Perú se efectuaran gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad o ACCIDENTE, estos serán cubiertos como gastos hospitalarios.

La liquidación de gastos y pagos de beneficios se efectuará bajo las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, previa aplicación y pago por el ASEGURADO al proveedor médico afiliado a la red y/o médico del COPAGO y/o COASEGURO correspondiente, así como de los importes por gastos no cubiertos.

Artículo 13°**TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO**

Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el Perú que el ASEGURADO haya pagado directamente a clínicas y/o médicos no afiliados a la red de proveedores de la COMPAÑÍA, serán reembolsados con base en el "Tarifario Pacífico" y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

El ASEGURADO tiene a su disposición el "Tarifario Pacífico", en la página web de la COMPAÑÍA: www.pacificoseguros.com, y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas cuyo número se indica en su carnet de ASEGURADO.

Dichos reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

CONDICIONES LEGALES

Artículo 14° DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual la COMPAÑÍA se obliga mediante el pago de la prima, a indemnizar al ASEGURADO, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. Es parte del Contrato de Seguro, las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, Especiales, Cláusulas adicionales, Endosos, Anexos así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro.

La presente Póliza se emite de acuerdo con las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES y Especiales que hubieren, teniendo como base la Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud efectuada por el ASEGURADO y/o su representante, y las declaraciones adicionales que le sean requeridas para la debida evaluación del riesgo, todas las cuales se consideran parte de la misma, de tal forma que cualquier omisión, inexactitud, ocultación o falsedad en la información proporcionada dará lugar a la nulidad del Contrato de Seguro, quedando la COMPAÑÍA relevada de cualquier pago o indemnización y con derecho a retener la prima cobrada.

El ASEGURADO facilitará a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de, en su caso, verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración de Salud realizada, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico u hospital, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica en caso se requiera, liberándolos del secreto profesional correspondiente.

La cobertura de la Póliza está sujeta a que la COMPAÑÍA haya aprobado la Solicitud del Seguro y el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima en la forma establecida o haber celebrado el convenio de pago respectivo.

Artículo 15° DECLARACIONES

La Solicitud de Seguro y la Póliza, y sus eventuales endosos, firmados por el ASEGURADO y los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, respectivamente, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

El ASEGURADO debe devolver a la COMPAÑÍA una copia de la Póliza debidamente firmada.

El ASEGURADO declara que, antes de la emisión de la Póliza, ha tomado pleno conocimiento de todas las CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES, Cláusulas Adicionales y Condiciones Especiales y Anexos que hubieren, a cuyas estipulaciones queda sujeto el Contrato de Seguros, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 380° del Código de Comercio.

Artículo 16°**AVISOS Y COMUNICACIONES**

Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes CONTRATANTES deberán ser formulados por escrito.

El CORREDOR DE SEGUROS, en su caso, representa al ASEGURADO. La carta de nombramiento que el ASEGURADO extiende a un corredor de seguro, faculta a éste para realizar actos administrativos de representación, más no de disposición.

Artículo 17°**RESIDENCIA**

Para gozar del beneficio que otorga esta póliza, se requerirá siempre que el TITULAR y los DEPENDIENTES residan permanentemente en el Perú, entendiéndose como tal que están en Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia. En consecuencia, el incumplimiento del expresado plazo mínimo de residencia acarreará la suspensión de las coberturas.

Si el estado de suspensión supera los doce meses, la COMPAÑÍA podrá solicitar al ASEGURADO el llenado de una nueva declaración de salud.

La suspensión opera siempre y cuando no se dé el supuesto de mora en el pago de las primas y la consecuente resolución automática del contrato.

Artículo 18°**VIGENCIA, AJUSTE DE PRIMA Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA**

La Póliza tendrá vigencia anual pero la COMPAÑÍA cada año otorgará la cobertura al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, siempre y cuando acepte los nuevos términos y condiciones del contrato que cada año podrá establecer la COMPAÑÍA, incluyendo el aumento de primas, COPAGOS, COASEGUROS, y del DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el Plan de Seguro contratado contemple dicho deducible, así como el cambio del "Tarifario Pacífico". El cambio de las primas, Copagos, Coaseguros, del Deducible Anual de haberse contratado y el cambio del "Tarifario Pacífico" se realizarán cuando los resultados del programa lo requieran. La edad alcanzada en cada emisión de Póliza determinará el rango para el cálculo de las nuevas primas y los términos de las condiciones.

Treinta (30) días antes del vencimiento de cada vigencia, la COMPAÑÍA enviará al ASEGURADO TITULAR la Póliza con los términos y condiciones que regirán en el año siguiente, salvo que el ASEGURADO TITULAR haya comunicado previamente a la COMPAÑÍA, su voluntad de no continuar con el contrato.

El ASEGURADO TITULAR tendrá un plazo de 15 días calendarios contados desde la recepción de la nueva Póliza, para comunicar la aceptación de los nuevos términos y/o condiciones propuestos. Transcurrido dicho plazo sin que el ASEGURADO TITULAR haya expresado por cualquier medio escrito su rechazo a los nuevos términos y condiciones propuestos, se entenderá que ha aceptado la Póliza, con la prima y las nuevas CONDICIONES GENERALES o particulares en ella establecidas.

En el supuesto que el ASEGURADO exprese su rechazo y no haya acuerdo con la COMPAÑÍA en un plazo máximo de quince (15) días calendario, la COMPAÑÍA podrá dar por resuelta la Póliza y en consecuencia terminará la cobertura que otorga esta Póliza.

Mientras las partes contratantes no se pongan de acuerdo en los términos de la Póliza, la cobertura quedará suspendida.

La devolución de la Póliza firmada o el pago de la nueva prima por parte del ASEGURADO TITULAR son actos que ratifican la aceptación a los cambios realizados por la COMPAÑÍA.

En el caso que el ASEGURADO TITULAR no acepte los nuevos términos y condiciones de la Póliza se entenderá que no ha continuado la cobertura y que ésta terminó automáticamente al término del plazo fijado en la Póliza que fenece.

Queda establecido que los plazos de espera y de carencia se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. Asimismo no será necesario que se presente una nueva declaración de salud. Ambas concesiones se darán en tanto exista relación de continuidad.

No existe obligación de emitir una nueva Póliza y/o la cobertura no se considerará otorgada en los casos de falta de pago de primas, o cuando haya declaración falsa y/o reticente al contratar la primera Póliza, o cuando exista reclamación fraudulenta, de acuerdo a lo dispuesto en este condicionado, durante la vigencia de cualesquiera de las pólizas que se suscriban.

Artículo 19°

OBSERVACIONES A LA PÓLIZA

El ASEGURADO TITULAR podrá observar los términos y condiciones establecidos en la Póliza, debiendo solicitar por escrito su rectificación, dentro de los quince (15) días útiles posteriores a su recepción.

La Solicitud de Rectificación se entenderá como una propuesta de modificación del contrato (contraoferta) y no obliga a la COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al ASEGURADO TITULAR, en un plazo de quince (15) días útiles de recibida la Solicitud de Rectificación, su decisión de aceptar o no las modificaciones solicitadas. La falta de respuesta en ese plazo por parte de la COMPAÑÍA se entenderá como una respuesta negativa a lo solicitado. El ASEGURADO TITULAR, luego de los quince (15) días útiles antes indicado tendrán un plazo de cinco (5) días útiles para aceptar o rechazar la Póliza, vencido dicho plazo sin su pronunciamiento se tendrá por aceptada la Póliza en los términos en que fue emitida originalmente.

Artículo 20°

PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los contratos de seguros, la Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

- a) El pago de la prima debe efectuarse al contado o se fracciona en cuotas y debe realizarse en la(s) fecha(s) y forma establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza y/o en el Convenio de Pago que se anexa a la Póliza. El Contrato surtirá efecto siempre que la prima haya sido pagada.
- b) La falta de pago o el atraso en el pago de la prima, sea total o parcial, en las fechas establecidas origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. La COMPAÑÍA no

será responsable por ningún gasto cubierto incurrido durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas durante más de treinta (90) días calendario, la cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso o comunicación previa.

En caso de resolución por falta de pago, la COMPAÑÍA tiene el derecho a cobrar la prima correspondiente al período corrido desde el inicio de la cobertura hasta la fecha de resolución, incluyendo intereses, tributos y gastos originados por la emisión de la Póliza, aplicando la tabla de período corto señalado en estas CONDICIONES GENERALES. Para todo lo no estipulado en esta cláusula y las siguientes referidas al pago de la prima serán de aplicación la Resolución SBS N° 225-2006, que aprobó el Reglamento de Pago de Primas o la norma legal que la sustituya. De igual manera, se aplicará la resolución automática del contrato en aquellos casos en que habiéndose efectuado abonos a los documentos por cobrar a cargo del ASEGURADO, por operaciones de descuento de letras u otras similares en empresas del sistema financiero, éstos sean devueltos por incumplimiento de pago por parte del ASEGURADO.

- c) El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA, el centro de pagos o la entidad financiera, autorizados para el cobro según lo establecido en la Póliza, perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de pago.

Artículo 21°

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo de pleno derecho, en lo que respecta al ASEGURADO, en los siguientes casos:

- a) Por la mala fe probada de alguna de las partes al momento de celebrarse el contrato.
b) Por la inexacta declaración del ASEGURADO, aún hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.
c) Por la omisión u ocultación, por el ASEGURADO, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.

En caso que la nulidad del Contrato de Seguro se produjera por las causales b) y c) señaladas en el presente artículo, la COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas por el ASEGURADO, descontando un monto equivalente a todos los gastos en los que hubiera incurrido la COMPAÑÍA en relación con este seguro, siempre que no haya existido mala fe probada.

En el caso que hubiera mediado mala fe probada del ASEGURADO, el importe de las primas quedará totalmente a favor de la COMPAÑÍA por concepto de penalidad, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios causados.

En caso de nulidad, el ASEGURADO, no tendrán derecho a reclamar cobertura o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si hubiese recibido algún beneficio relacionado con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la COMPAÑÍA la suma desembolsada por ésta, conjuntamente con los intereses

compensatorios y/o moratorios a las tasas máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 22°

RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO

Además de lo previsto en este condicionado sobre pago de primas, queda establecido que el contrato de seguro quedará resuelto automáticamente, sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, con respecto a cada ASEGURADO, perdiendo todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que ocurra una reclamación fraudulenta, según lo establecido en el presente condicionado.

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho derivado de esta Póliza, procediéndose a la resolución automática de la misma en el caso que, en cualquier tiempo el ASEGURADO, o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento o sus DEPENDIENTES, empleen medios o documentos falsos o adulterados para sustentar una reclamación (siniestro) o para derivar beneficios de la cobertura otorgada por la presente Póliza.

En caso la COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende una reclamación (siniestro) que posteriormente se determine que ha sido fraudulenta, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado conjuntamente con los intereses moratorios y/o compensatorios a las tasas de interés máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 23°

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura del Seguro terminará para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Con la resolución automática del Contrato de Seguro.
- b) A solicitud del ASEGURADO, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de la COMPAÑÍA, con mínimo treinta (30) días calendario de anticipación. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en el aviso; la que sea posterior.
- c) Cuando un ASEGURADO pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de ASEGURADO, de acuerdo con los términos de este Contrato.
- d) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- e) Si se incurre en una causal de nulidad.
- f) Por falta de pago de la prima.
- g) Cuando el ASEGURADO traslade su residencia fuera del Perú.

En el caso que el ASEGURADO solicite la terminación del Contrato, ello no afectará a cualquier siniestro originado durante la vigencia de la Póliza, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:

- a) En caso de encontrarse hospitalizado, al término de la hospitalización.
- b) En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de terminación de la Póliza.

Si la COMPAÑÍA da por terminado el Contrato de Seguro sin que medie causal de resolución automática devolverá la parte de la prima neta correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, calculada proporcionalmente al periodo que falte para su vencimiento. Se entiende por prima neta el importe de la prima antes de aplicar los gastos e impuestos de ley.

Si el Contrato de Seguro termina por resolución solicitada por el ASEGURADO o por causal de resolución imputable al ASEGURADO se liquidará la prima neta a periodo corto, devengándose en favor de la COMPAÑÍA, por cada mes o fracción de mes de vigencia del Seguro, la prima resultante de la aplicación de la siguiente tabla:

TABLA DE CANCELACIÓN A PERÍODO CORTO			
MES	% DE LA PRIMA ANUAL	MES	% DE LA PRIMA ANUAL
1	25	6	80
2	40	7	85
3	55	8	90
4	65	9	95
5	75	10	100

Artículo 24°

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

La COMPAÑÍA tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de la COMPAÑÍA y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier siniestro.

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de la información adicional solicitada, sea para pagos de reembolsos, beneficios y auditorías, dispensando al médico tratante y/o establecimiento de salud de la reserva de información. La COMPAÑÍA manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 25°

DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE

Este contrato se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del ASEGURADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia del presente contrato, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada la COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la Póliza, a partir de la fecha de dicha declaración.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.

La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de la situación de salud del ASEGURADO o sus DEPENDIENTES inscritos, formulada de manera intencional o no.

La declaración falsa y la declaración reticente del ASEGURADO constituyen causal de nulidad de la Póliza, aun cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por la COMPAÑIA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive anularlo.

Artículo 26°

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

La COMPAÑIA tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de las lesiones causadas por terceros al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos.

En virtud del derecho de subrogación y con el objeto de materializar dicha recuperación, la COMPAÑIA queda autorizada para interponer directamente las acciones legales contra los terceros causantes de las lesiones.

En igual forma lo podrá hacer contra el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES si estos, violando el derecho de subrogación que le asiste a la COMPAÑIA, han cobrado para sí directamente dichos pagos.

Para el ejercicio de este derecho, el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos se obligan a lo siguiente:

- a) Firmar el convenio respectivo y subrogar a la COMPAÑIA en todos y cada uno de los derechos que por tal razón pudieran corresponderles, hasta el límite de lo efectivamente indemnizado.
- b) No tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.
- c) Cooperar y asistir a la COMPAÑIA en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

Asimismo, en caso de que el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos gozaran de otro u otros seguros que cubran los mismos riesgos, los importes a reembolsar por la COMPAÑIA, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto reconocido.

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico que tenga los mismos beneficios en la misma COMPAÑIA u otra, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en un principio. Si el ASEGURADO decide activar primero el otro seguro, el presente seguro podrá reconocer al 100% el reembolso de los gastos incurridos por concepto de COPAGOS y COASEGUROS, y los honorarios médicos hasta los límites establecidos en el TARIFARIO PACIFICO, según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES inserta en la Póliza. No se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro

Artículo 27°**PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana. La COMPAÑÍA quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el siniestro, a menos que esté en tramitación una acción judicial relacionada con la reclamación.

Artículo 28°**PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS**

En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Cláusulas Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares sobre las CONDICIONES GENERALES, y las primeras sobre las últimas.

Artículo 29°**DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

La presente Cláusula establece el derecho del ASEGURADO y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para procurar resolver las controversias que surjan entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA según los alcances de su competencia de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

El ASEGURADO podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión de la COMPAÑÍA en la atención de su controversia.

De acuerdo al Reglamento de la Defensoría, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los ASEGURADOS o usuarios de los servicios de seguro, procurando la solución de reclamos por siniestros que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o usuario.
- c) Procede sólo para atender reclamos por siniestros formulados por asegurados que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de la COMPAÑÍA.
- d) Quedan excluidos del ámbito de competencia de la Defensoría, todos los reclamos provenientes de siniestros del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio del Sistema Nacional de Pensiones y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia, Gastos de Sepelio y Rentas de Jubilación del Sistema Privado de Pensiones.
- e) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de 180 días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por la COMPAÑÍA.
- f) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de completado el expediente. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.
- g) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la COMPAÑÍA cuando es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada, siempre y cuando no exista ningún pedido de revisión pendiente.
- h) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de cinco (05) días hábiles de su notificación, debiendo

indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión general. La Defensoría del Asegurado resuelve dentro del plazo de diez (10) días hábiles.

- i) En caso se interponga un recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el inciso anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.

Artículo 30°

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes convienen que, en caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, se someterán a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley.

Artículo 31°

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

En caso de consultas y/o reclamos el ASEGURADO puede contactarse con la COMPAÑÍA a través de su central de información y ventas llamando a los teléfonos de la COMPAÑÍA indicados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, o ingresando a la Página Web: www.pacificoseguros.com, así mismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico en la avenida Juan de Arona Nro. 830 San Isidro, Lima.

Artículo 32°

TRIBUTOS

Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo del ASEGURADO.

Artículo 33°

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

- **ABORTO**
Interrupción prematura del EMBARAZO que se presenta antes de la semana 20 de gestación.
- **ACCIDENTE**
Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **AMBULANCIA AÉREA**
Avión especialmente equipado con personal médico, paramédico e instrumental, capaz de asistir cualquier emergencia.
- **AMENAZA DE ABORTO**
Conjunto de síntomas y/o signos que sugieren la posibilidad de un aborto.

- **ASEGURADO**
Dentro de esta denominación se incluye al ASEGURADO TITULAR, así como a los DEPENDIENTES inscritos en la Póliza como personas que gozan de los beneficios de la Póliza, salvo que el condicionado haga la distinción.
- **ASEGURADO TITULAR**
Es el CONTRATANTE del seguro obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza.
- **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**
Cantidad total anual asegurada bajo esta Póliza con respecto al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos.
- **CANCER**
ENFERMEDAD que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.
- **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**
Conjunto de circunstancias que deben concurrir en un riesgo para que la cobertura pueda ser aceptada por la COMPAÑIA. Con este propósito, los aseguradores suelen disponer la evaluación del riesgo y/o la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados para cada caso.
- **CIRUGÍA AMBULATORIA**
Intervención quirúrgica que utiliza Sala de Operaciones y que no requiere de hospitalización.
- **CIRUGÍA PROGRAMADA**
Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.
- **CHEQUEOS PREVENTIVOS**
Exámenes médicos realizados a los ASEGURADOS y su DEPENDIENTES, de manera gratuita una vez al año.
- **COASEGURO**
El Coaseguro es el porcentaje del Gasto Cubierto que le corresponde asumir al ASEGURADO, después de satisfacer el DEDUCIBLE ANUAL, de haberse contratado y de pagar el COPAGO correspondiente, por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario según se especifica en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.
- **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**
Eventos presentados durante la gestación y que ponen en riesgo la continuidad de la misma. Se consideran así a los abortos, EMBARAZO ectópico, incompatibilidad de Rh, problemas con la placenta, hiperemesis, preeclampsia y eclampsia, así como PARTO pretérmino y rotura de membranas.

- **CONDICIONES GENERALES**

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la PÓLIZA DE SEGURO.

- **CONDICIONES PARTICULARES**

Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene el detalle de la TABLA DE BENEFICIOS y gastos cubiertos en las diferentes clínicas y centros médicos de la red de proveedores de la COMPAÑÍA. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan adquirido por el ASEGURADO.

- **CONSULTA**

Acto mediante el cual el profesional de la salud atiende a la solución de un problema que guarda relación con alguna condición de salud de un individuo (el paciente).

- **CONTRATANTE**

Persona que toma el seguro, ya sea a su favor, en cuyo caso es el ASEGURADO TITULAR o a favor de otra persona en cuyo caso ella se convierte en ASEGURADO TITULAR. El CONTRATANTE es el obligado al pago de la prima y con quién se convienen las condiciones del seguro.

- **COPAGO**

El Copago es el importe fijo del Gasto Cubierto que le corresponde asumir al ASEGURADO por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

- **CORREDOR DE SEGUROS**

Persona natural o jurídica que, a solicitud del tomador o contratante, puede intermediar en la celebración de los contratos de seguros y asesorar a los asegurados o contratantes del seguro en materias de su competencia.

- **COSMÉTICO**

Producto cosmético es toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos cosméticos.

El producto cosmético que, en razón de su composición o absorción, tenga efectos farmacológicos deberá registrarse como producto farmacéutico. Igual disposición rige para los cosméticos a los que se les atribuye propiedades terapéuticas.

Se considera grupo cosmético a:

- a) Los productos cosméticos con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.
- b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.

- c) Los cosméticos de perfumería con la misma fragancia.
- d) Los productos cosméticos para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

- **DEDUCIBLE ANUAL**

Es el importe anual que dependiendo del Plan de Seguro elegido, corresponderá asumir directa e íntegramente al ASEGURADO, durante cada vigencia de la Póliza. La COMPAÑÍA procederá recién a indemnizar una vez superada la cifra establecida como Deducible Anual en la Póliza. Para el cómputo del Deducible Anual se considerarán sólo los Gastos Cubiertos por la Póliza realizados durante su vigencia anual.

- **DEPENDIENTE**

Se considera como dependientes asegurables a las siguientes personas:

- El cónyuge, o en su defecto la persona de sexo distinto que, viviendo en calidad de conviviente del ASEGURADO esté reconocida como tal y haya pasado por el proceso de suscripción de la póliza satisfactoriamente.
- Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijastros del ASEGURADO siempre y cuando sean solteros, residan con él en el mismo domicilio, sean dependientes económicamente y hayan pasado por el proceso de suscripción de la póliza satisfactoriamente.

- **DIAGNÓSTICO**

Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte, aun cuando no haya sido informada al ASEGURADO.

- **EMBARAZO**

Estado de gravidez de la mujer; período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del PARTO.

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**

Toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

- **EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**

Aquel problema de salud que se presenta en forma súbita, como manifestación de una ENFERMEDAD AGUDA o como recurrencia, progresión o complicación de una afección crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

- **ENFERMEDAD**

Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

- **ENFERMEDAD ADQUIRIDA AL NACER**

Alteración del estado de salud no congénita cuyo origen se establece desde el momento del nacimiento.

- **ENFERMEDAD AGUDA**

Enfermedad de curso menor o igual a un mes.

- **ENFERMEDAD CONGÉNITA**

Cualquier enfermedad, defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, aunque no presentara manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina y aun cuando su evolución orgánico-funcional y/o manifestación clínica se haga evidente per se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo del ASEGURADO.

- **ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS**

Aquellas condiciones de salud potencialmente patológicas (anomalías en la estructura, función o metabolismo) originadas antes del nacimiento, mas no necesariamente manifestadas o identificadas en dicho momento, no siendo conocidas (ni siquiera parcialmente) por el asegurado en el momento de ingreso a su póliza.

- **ENFERMEDAD CRÓNICA**

Enfermedad de curso mayor a un mes.

- **ENFERMEDAD EPIDÉMICA**

Enfermedad infecto-contagiosa que afecta simultáneamente a un gran número de la población.

- **ENFERMEDAD GENÉTICO - HEREDITARIA**

Enfermedad cuyo origen obedece a leyes de la genética y se transmite a las siguientes generaciones sin necesariamente respetar un orden natural. Se refiere a enfermedades hereditarias autosómico – dominantes.

- **EPICRISIS**

Documento resumen que formula y firma el médico tratante al momento del alta hospitalario del paciente.

- **EVENTO HOSPITALARIO**

Se considera como EVENTO HOSPITALARIO cada reclusión o internamiento de una persona registrada como paciente en un HOSPITAL O CLÍNICA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una enfermedad, accidente o emergencia médica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **F.D.A.**

Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos de América. Agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la regulación de alimentos (tanto para seres humanos como para animales), suplementos alimenticios, medicamentos (humanos y veterinarios), cosméticos, dispositivos médicos (humanos y animales), productos biológicos y productos hemáticos.

Según la F.D.A, los dispositivos médicos se clasifican en tres categorías:

Clase I: Los controles generales son suficientes para asegurar la seguridad y eficacia de estos dispositivos. Ejemplos: vendas elásticas, guantes de látex, pinzas para sala de operaciones.

Clase II: Son dispositivos que deben pasar por controles especiales. Requieren una Solicitud de Notificación Previa (formulario PMA o 510[k]), aprobada por la F.D.A antes de que el dispositivo pueda comercializarse. Ejemplos: bombas de infusión, mantas o cobertores quirúrgicos, glucómetros.

Clase III: Son dispositivos para el mantenimiento y apoyo a la vida. Requieren una Solicitud de Notificación Previa (formulario PMA o 510[k]), aprobada por la F.D.A antes de que el dispositivo pueda comercializarse. Ejemplos: desfibriladores implantables, equipos de ventilación asistida, marcapasos, equipos de neuroestimulación, IMPLANTE eléctrico para incontinencia urinaria.

Para mayor información, puede acceder a: www.fda.gov.

- **FECHA DE INICIO DEL SEGURO**

Fecha que aparece en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza como fecha de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujeto a los períodos de carencia o espera establecidos en la misma.

- **GASTOS USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO**

Son los costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el ASEGURADO, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, se encuentren cubiertos.

- **HOTEL**

Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

- **IMPLANTE**

Puede referirse a: **aparatos** como implante coclear, marcapaso, etc.; **PRÓTESIS** o sustancias en el cuerpo como: Cadera, rodilla, siliconas, dental, capilar/cabello, huesos de titanio, sustancias radioactivas, hormonas, etc; todas con la finalidad de mejorar alguna función o con un fin estético.

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**

Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica. La Medicina Complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La Medicina Alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica.

Incluye, pero no se limita:

- | | |
|----------------|-------------------------|
| ▪ Acupuntura | ▪ Hipnosis |
| ▪ Aromaterapia | ▪ Homeopatía |
| ▪ Ayurveda | ▪ Kinesiología |
| ▪ Cromoterapia | ▪ Medicina folklórica |
| ▪ Dietética | ▪ Medicina holística |
| ▪ Fitoterapia | ▪ Medicina Naturopática |
| ▪ Hidroterapia | ▪ Medicina Osteopática |

- Medicina tradicional oriental
 - Quiromasaje, Quiropráctica
 - Qi gong
 - Reiki
 - Reflexoterapia
 - Sanación pranika
 - Sofrologia
 - Terapia floral
 - Terapia de toque
 - Watsu
 - Yoga
- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**
Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.
 - **NCCN**
National Comprehensive Cancer Network
Es una alianza norteamericana de centros médicos de excelencia en el tratamiento del cáncer la cual promueve la atención médica de alta calidad y elabora Pautas para la Práctica Clínica en Oncología para el tratamiento del cáncer. Las guías representan una declaración de pruebas y consenso de expertos en cuanto a su punto de vista sobre los enfoques de tratamiento aceptados en la actualidad.
 - **PARTO**
Salida del feto del cuerpo materno, dando por finalizado el embarazo.
 - **POLIZA DE SEGURO**
Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las **CONDICIONES GENERALES**, particulares, cláusulas adicionales, endosos, Anexos así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el **ASEGURADO**, con ocasión de la contratación del seguro.
 - **PREEXISTENCIA**
Toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del **ASEGURADO**, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.
No se considerará como **PREEXISTENCIAS** a las enfermedades por las que el **ASEGURADO** haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la **COMPANÍA** u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.
 - **PUERPERIO**
Se llama así al período de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto y se extiende por 45 días. El puerperio se divide en puerperio, inmediato, mediato y tardío.
 - **PRÓTESIS**
Es una extensión artificial, que sustituye parte del cuerpo, su utilidad puede ser funcional o estética.
Ejemplos de **PRÓTESIS**: Ortopédicas, auditivas, ocular, genital, dental.
 - **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS**
Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.

- **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**
Reconstrucción de la forma de la mama que por Cáncer fue extirpada, incluyendo las técnicas o etapas necesarias para la reconstrucción, este procedimiento no tendrá una duración mayor a un año.
- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**
Conjunto de prestadores de salud tales como clínicas, centros médicos, hospitales que se encuentran afiliados a la COMPAÑÍA y que se detallan en la póliza del ASEGURADO.
- **REPORTE OPERATORIO**
Documento que describe el procedimiento quirúrgico empleado y que se registra al concluir un acto quirúrgico. Es suscrito por el médico tratante.
- **SALUD**
Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.
- **SÍNDROME**
Conjunto de los síntomas que refiere el paciente o que identifica el médico durante el interrogatorio médico, aunado a los signos clínicos que detecta el médico a través del examen físico, pudiendo contar o no para ellos con procedimientos de ayuda al diagnóstico tales como exámenes de laboratorio, imágenes y patología, entre otros.
- **SINIESTRO**
Reclamo o solicitud de cobertura efectuado por el ASEGURADO.
- **SOLICITUD DE BENEFICIOS**
Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que el ASEGURADO completa y suscribe resumiendo sus requerimientos de atención médica, sea ambulatoria u hospitalaria, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico competente.
- **SOLICITUD DE REEMBOLSO**
Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que el ASEGURADO llena y suscribe resumiendo la relación de pagos realizados directamente a médicos y/o clínicas, que solicita se le reintegren, adjuntando las facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.
- **SOLICITUD DE SEGURO**
Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, en el cual consignando la identificación del ASEGURADO y dependientes, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la Declaración de SALUD de los solicitantes.
- **SUSCRIPCIÓN DE POLIZAS DE SALUD**
Políticas y procesos definidos por la Compañía para fines de asumir o no el riesgo; entre sus instrumentos se incluyen: Declaración de Salud; Examen de Asegurabilidad, interrogatorio ginecológico, perfil de exámenes auxiliares por edad y sexo. Puede incluir además: exámenes adicionales y/o informes médicos.

- **TABLA DE BENEFICIOS**

Cuadro inserto en la CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que contiene las especificaciones de las coberturas y los límites de las sumas aseguradas, así como el COPAGO, COASEGURO y DEDUCIBLE ANUAL a cargo del ASEGURADO.

- **TARIFARIO PACIFICO**

Documento que fija los montos máximos a pagar para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de la COMPAÑÍA.

- **TRASPLANTE**

Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un ASEGURADO, uno o más de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de trasplante, provenientes de un donante humano.

- **TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL**

Todo tratamiento o procedimiento, ya sea de índole médica o quirúrgica, que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

Seguro de Continuidad

El Seguro de Continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a la EPS o Seguro Médico Grupal. Con su contratación puedes tener la tranquilidad de saber que las enfermedades que puedan aparecer a lo largo de tu carrera profesional estarán cubiertas también en el futuro en caso de que decidas cambiar de trabajo y por ende de EPS, con lo cual toda preexistencia será también cubierta por tu próximo seguro de salud.

Central de Emergencia y Asistencia:

01 415-1515

01 513-5000

¿QUÉ TE OFRECEMOS?

- Garantiza la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación.
- Permite ampliar el Beneficio Máximo Anual que te brinda la EPS, esto quiere decir que si enfrentarás un evento médico cuyo costo es superior a tu cobertura de EPS, el Seguro de Continuidad cubrirá la diferencia.
- De acuerdo al producto de salud elegido como asociado a tu Seguro de Continuidad, tendrás un descuento de hasta un 80% sobre la prima total de dicho producto.
- En caso decidas cambiar de trabajo y no cuentes con EPS, te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindados por el producto de salud que elegiste afiliar a tu seguro de continuidad.

Plan de Vida

TODO SOBRE ESTE SEGURO

¿Qué cubrimos?

Este seguro cubre todas las enfermedades que puedan haber sido detectadas mientras trabajabas y tenías una EPS y garantiza su cobertura futura en caso cambies de trabajo y en consecuencia de EPS.

¿Qué no cubrimos?

¿Cómo usar tu seguro?