

RAFAEL LARA GONZÁLEZ
Profesor Titular de Derecho mercantil
Universidad Pública de Navarra

ENUNCIADO

Don Faustino Trujillo, persona con un nivel de instrucción bajo, suscribió el día cinco de enero de dos mil tres con una entidad aseguradora, a propuesta de un agente de ésta, un contrato de seguro de enfermedad, con efectos de uno de febrero de dos mil tres y con fecha de vencimiento de treinta y uno de enero de dos mil cuatro. El contrato de seguro de enfermedad cubría la incapacidad temporal (IT) del tomador-asegurado con un subsidio diario de cincuenta euros y una cobertura máxima de trescientos sesenta y cinco días. Al formalizar la propuesta de seguro en el mes de enero, el tomador-asegurado contestó negativamente a todas las preguntas que le formuló el agente sobre los datos del cuestionario impreso facilitado por la mercantil aseguradora acerca de las enfermedades que padecía o de aquellas padecidas durante su vida, rellenándolo el propio agente y siendo firmado por el solicitante. Con dicha firma el tomador aceptó expresamente las cláusulas limitativas de pérdida de derechos entre las que se encuentran la reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, no facilitar al asegurador la información sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro y si la causa del siniestro es anterior a la contratación de la póliza. En la póliza no se concretó plazo de carencia alguno.

El día 15 de abril de 2003, el asegurado fue remitido por el médico de cabecera a la unidad de traumatología de un hospital público a causa de la persistencia del dolor lumbar aparecido tras realizar un esfuerzo laboral que le produjo una rotura discal, y el día veinticinco del mismo mes fue sometido a intervención quirúrgica por inestabilidad de la L5-S1, permaneciendo de baja laboral desde entonces. Iniciadas por el asegurado las pertinentes gestiones para que la entidad aseguradora se hiciera cargo de las prestaciones aseguradas, y al no dar dichas gestiones resultado positivo, encarga a un abogado la realización de las gestiones necesarias en defensa de sus derechos. Puesto este letrado en contacto con la aseguradora, ésta le contestó mediante misiva en la que le comunicaba que en diferentes ocasiones había solicitado al asegurado el informe del mecanismo lesional de su actual patología, sin haber recibido contestación, por lo que precisaba informe de su traumatólogo y médico de cabecera para poder estudiar el expediente. Una vez remitidos estos documentos, se constató que en el año 1993 el asegurado, contando entonces con 21 años de edad, acudió al mismo hospital público a causa de padecer dolores lumbares debidos a los esfuerzos realizados durante su

primer año de trabajo, y que practicado un TAC lumbar se le apreció una hipertrofia de facetas articulares, además de diagnosticársele espina bífida oculta. No consta que el asegurado hubiera estado de baja laboral hasta que fue intervenido quirúrgicamente de la rotura de disco lumbar y no se ha propuesto prueba pericial médica para determinar que la intervención trae causa directa de la dolencia lumbar que le afectaba desde antes de la suscripción del seguro.

CUESTIONES PLANTEADAS:

1. Señale las características fundamentales del seguro de enfermedad.
2. Señale los argumentos jurídicos que conducirían a la desestimación de una eventual demanda judicial que se pudiera entablar a instancias del tomador-asegurado.
3. Señale los argumentos jurídicos que conducirían a la estimación de la mencionada demanda.

SOLUCIÓN

1. El seguro de enfermedad es aquel que protege al asegurado contra las circunstancias de un estado anormal del cuerpo o del espíritu, según dictamen médico. El artículo 105 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS) parte del supuesto de que el riesgo asegurado sea la enfermedad y afirma que en caso de siniestro podrá obligarse a efectuar determinadas prestaciones. Pues bien, se dice que la enfermedad consiste en una perturbación del estado de salud, que se traduce en una situación anormal del cuerpo o del espíritu o bien, una anormal situación del cuerpo o de la mente según el parecer médico, sin que haya intervenido una causa externa violenta. Pero no parece que la enfermedad por sí sola sea el riesgo que asume el asegurador, sino la posibilidad de que tal enfermedad pueda producir determinados efectos dañosos, contra los que se quiere cubrir el asegurado. La enfermedad, efectivamente afecta a la salud, pero poca trascendencia tiene, a los efectos del contrato de seguro, una alteración de ella que el propio asegurado se cura sin tener que interrumpir su vida normal. Ahora bien, el interés que tiene el asegurado sobre su propio cuerpo puede verse afectado por la enfermedad en cuanto que ha de solicitar la ayuda de terceros, a cuya incidencia económica ha de hacer frente, aparte de que la enfermedad por regla general le incapacitará para ejercer su vida profesional e, incluso, su vida normal, con la consiguiente pérdida de ingresos. De ahí que se entienda más propiamente como riesgo en este tipo de seguro, las consecuencias económicas de un estado anormal del cuerpo o del espíritu. La prestación del asegurador, cuando el seguro se denomina de enfermedad, consiste en una cantidad monetaria por cada día de enfermedad, normalmente con la existencia de un plazo de carencia y un límite máximo de indemnización.

2. *Prima facie* se podría entender que el asegurado actuó dolosamente al ocultar las circunstancias por él conocidas al contestar al cuestionario de salud no aportando la información requerida relativa a los antecedentes patológicos. En este sentido, cabría sostener que la mercantil aseguradora procedió correctamente al rechazar el pago de la indemnización a tenor de lo dispuesto en los artículos 10 y 16 de la LCS. Concretamente, la tesis que se debería mantener a fin de concluir que el tomador del seguro incurrió en dolo o culpa grave al omitir las enfermedades sufridas, se fundamentaría

en el hecho de no haber rellenado fiel y estrictamente el cuestionario ocultando episodios graves de dolor lumbar y que los mismos son la causa de la intervención quirúrgica que ha motivado su IT.

De hecho, en la práctica se ha suscitado el problema respecto al modo en que son rellenados los cuestionarios, cuando lo han sido por el agente o por persona distinta al asegurado, y su influencia a los efectos que nos ocupan, cuestión tratada en la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 6 de abril de 2001, de la que puede inferirse que debe estarse a las circunstancias de cada caso, y así tal hecho en alguna STS es calificado como equivalente a «una falta de presentación del cuestionario» (STS de 31 de mayo de 1997). Sin embargo, en otras resoluciones del Alto Tribunal, como la de 24 de junio de 1999, tal *dato ab initio* es irrelevante por el hecho de estar firmado por el interesado, presumiéndose que abarca a toda su integración instrumental.

En todo caso, se debería considerar que el asegurado ocultó los datos sobre su padecimiento y que tienen influencia sobre el riesgo cubierto, en cuanto tales circunstancias son trascendentales respecto a la conclusión y condiciones económicas del contrato (SSTS de 6 de noviembre de 1985 y 13 de octubre de 1989); consiguiendo con dicha ocultación, que al menos debiera calificarse de culposa, que la compañía aseguradora le cubriera los riesgos de enfermedad en las condiciones estipuladas, cuando de haber sido veraz en el cuestionario que se le sometió, hubiera dado lugar a que aquélla rechazara el riesgo o lo hubiera limitado, o, al menos, hubiera supuesto una mayor contraprestación económica por parte del asegurado, pues, como tuvo ocasión de señalar el TS (STS de 4 de abril de 1988) «dado el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe, exige inexcusablemente la colaboración del futuro asegurado, en el sentido de tener que dar a conocer con lealtad, exactitud y diligencia al posible asegurador todas aquellas circunstancias que éste deba conocer para poder decidir, con el máximo conocimiento de datos, que sólo el futuro asegurado puede aportar, si acepta o no la concertación del proyectado seguro».

3. La argumentación realizada en el número anterior no se compartiría ya que de los hechos probados no se desprende que el tomador actuara dolosamente o con culpa grave al suscribir el cuestionario de salud. En efecto, ya la STS de 31 de mayo de 1997 -antes citada- declaró que «el deber impuesto al tomador del seguro de contestar verazmente al cuestionario que se le someta, declarando todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo (art. 10 de la LCS), exige, a su vez, que por el asegurador se haya presentado a aquél el correspondiente cuestionario». Así, en el supuesto que nos viene ocupando, el agente de seguros fue quien rellenó el cuestionario, que el tomador se limitó a firmar, y ello equivaldría a una falta de presentación del cuestionario cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado y sí, en todo caso, sobre el agente de la aseguradora; debiéndose tener en cuenta, además, que el asegurado renunció formalmente a la solicitud de seguro ya que, en realidad, fue una propuesta de seguro dado que fue el agente quien tomó la iniciativa en la concertación del mismo. Se debe entender igualmente que la entidad aseguradora renunció a realizar un reconocimiento médico al asegurado, dando por suficiente la cumplimentación del cuestionario. En este mismo orden de ideas convendría recordar que no sólo la insuficiencia del cuestionario sino también la oscuridad del mismo en alguno de sus extremos, conducirían a que la compañía aseguradora no pudiera reprochar al asegurado una falta de lealtad contractual, habida cuenta de que la presentación del cuestionario no se encuentra configurada como un derecho de la aseguradora sino como una carga al objeto de deducir la entidad del riesgo (SAP de Barcelona de 23 de septiembre de 1995).

Por otra parte, es un dato significativo que la entidad aseguradora no se haya preocupado de practicar la prueba pericial médica pertinente a fin de probar que la enfermedad diagnosticada con anterioridad a la suscripción del seguro fuera la causa directa de la intervención quirúrgica que motivó la IT, cuando es cuestión pacífica que recae sobre el asegurador la carga de la prueba de que el siniestro tiene su causa en la acción dolosa o gravemente culposa del asegurado (STS de 30 de mayo de 1986, por todas), y que toda sanción impuesta con motivo de infringir las obligaciones que establece la LCS debe interpretarse con un sentido claramente restrictivo, tanto a la hora de valorar si ha habido dolo o culpa grave, como al estimar si ha producido o no una verdadera violación de la norma obligatoria (STS de 18 de julio de 1998, entre otras).

Tampoco cabría atribuir al asegurado culpa grave en el incumplimiento de la obligación de informar a la aseguradora sobre las circunstancias del siniestro *ex* artículo 16.3 de la LCS, puesto que el asegurado le remitió a la mercantil toda la documentación sobre la causa de la intervención quirúrgica –rotura de disco vertebral por esfuerzo laboral– y que la remisión al servicio de traumatología del Instituto Nacional de la Salud el día quince de abril de dos mil tres lo fue por persistencia del dolor lumbar que venía padeciendo con anterioridad tras realizar un acusado esfuerzo laboral.

Las conclusiones precedentes como base de la potencial condena de la mercantil aseguradora responden, asimismo, a la aplicación del principio «pro seguro» potenciando la protección de los asegurados, tanto por la propia «adhesión» de su voluntad al clausulado de la póliza, como por no haber agotado el deber de cumplir con una norma de diligencia mínima cual es realización correcta del cuestionario -con independencia de la práctica de un reconocimiento médico- premisa fundamental para calificar de futuro la buena fe respectiva de los contratantes.

En definitiva, la estimación o desestimación de la potencial demanda que pudiera entablarse en el marco de un contrato de seguro de enfermedad sobre la base de la declaración de las circunstancias influyentes en la valoración del riesgo o deber de declaración del riesgo, se revela como una cuestión esencialmente unida al éxito o al fracaso de la actividad probatoria.

SENTENCIAS, AUTOS Y DISPOSICIONES CONSULTADAS:

- Código Civil, art. 1.261.
- Ley 50/1980 (Contrato de Seguro), arts. 10, 16, 105 y 106.
- SSTS de 6 de noviembre de 1985, 30 de mayo de 1986, 4 de abril de 1988, 13 de octubre de 1989, 18 de mayo de 1993, 30 de septiembre de 1996, 31 de mayo de 1997, 18 de julio de 1998, 24 de junio de 1999 y 6 de abril de 2001.
- SSAP de Teruel de 22 de octubre de 1994; de Barcelona de 23 de septiembre de 1995; de Granada de 11 de febrero de 1998; de Gerona de 23 de febrero de 1998; de Guipúzcoa de 2 de mayo de 1998; de Murcia de 31 de julio de 1998; de Baleares de 3 de mayo de 1999; de Tarragona de 18 de mayo de 1999; de Palencia de 27 de noviembre de 2000; de Madrid de 8 de mayo de 2001; de Baleares de 20 de septiembre de 2002 y de Murcia de 17 de marzo de 2003.