

PRINCIPIOS JURÍDICOS DEL SEGURO

ALONSO NÚÑEZ DEL PRADO S.⁽¹⁾

Abogado.

Profesor de Derecho de Seguros
de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

SUMARIO

I. Introducción. - II. El principio de indemnización. - III. Doctrina de la máxima buena fe. -
IV. Interés asegurable. - V. Doctrina de la causa próxima.

I. INTRODUCCIÓN

El seguro por su historia y esencia es una institución que supera todas las fronteras y es por tal internacional; y, aún cuando existen diferentes legislaciones que lo acogen, hay consenso en que los cuatro principios o columnas fundamentales sobre las que se sostiene la institución, son los que exponemos a continuación.

Asimismo, es menester reconocer que debido a su predominio en la industria del seguro —más aún del reaseguro— Gran Bretaña ha resultado imponiendo buena parte de sus normas y costumbres al respecto, en especial en lo concerniente al Derecho Marítimo, aunque también, como veremos más adelante, en el mismo Derecho de Seguros; por lo que prácticamente toda la jurisprudencia citada en el presente artículo, es del Derecho inglés, a lo que también nos ha forzado nuestra pobre tradición jurídico-aseguradora.

No por esto debemos dejar de reconocer la importancia y aportes del Derecho continental —especialmente el italiano, cuyo país es considerado por muchos la cuna del seguro, el francés, el suizo y el alemán— que como sabemos es el heredero del Derecho romano y el principal antecesor del nuestro.

II. EL PRINCIPIO DE INDEMNIZACIÓN

Desafortunadamente, las pérdidas¹ se dan con más frecuencia de lo que quisiéramos y los incidentes que causan daños a propiedades aseguradas, se convierten en reclamos por pérdidas bajo pólizas de seguro. La cantidad que se pague constituye el principio de indemnización.

La indemnización es un concepto sumamente importante, que rige una buena parte del negocio del mercado de seguros y se le encuentra incorporada a las pólizas.

La idea es que el asegurador pague una suma en compensación por el monto de una pérdida tratando, en la medida de lo posible, que el asegurado retorne a la situación en que estaba antes de que ocurriera la misma.

Esto tiene su origen en el fallo del juez L. J. Brett en una corte inglesa en el caso *Castellain vs. Preston* en 1883, quien a la letra dijo:

(1) Este artículo y la información contenida en él se debe en su mayor parte a un curso en video, adquirido por la entonces Escuela de Seguros de la APESEC, probablemente de algún proveedor londinense, al que tuve acceso mientras fui profesor de la misma.

En el presente artículo he tratado de no usar el término 'sinistro' —que es el uso en el mercado— por sus obvias connotaciones, cambiándolo por el de 'pérdida', que además de ser más adecuado es el que corresponde a la traducción del término 'loss' en inglés, que es el usado en el mercado internacional.

"En mi opinión el cimiento mismo de toda regla que se haya aplicado a la legislación sobre seguros es el siguiente: que el contrato de seguros incluido en una póliza marítima o de incendio es un contrato de indemnización y sólo de indemnización"

Tras palabras, declaró que un asegurado no debería beneficiarse por una pérdida, pero que tampoco debería quedar en peor situación a antes de que ocurriera ésta.

Teóricamente, esta es una idea razonable, pero con frecuencia es difícil ponerla en práctica. Así lo puede atestiguar mucha gente que a tenido que vérselas con pérdidas aseguradas.

Existen tres métodos de compensación. Son: pago en efectivo, reparación o reemplazo, y la determinación de cuál es el más apropiado, está a opción del asegurador.

El problema está en que lo que se llama una indemnización apropiada (pago, reparación o reemplazo), requiere que se tenga en cuenta la depreciación, es decir el descuento que corresponde por el uso y desgaste el bien afectado. Y esto con frecuencia constituye un problema, sino que lo digan quienes han sufrido daños en sus automóviles por accidentes de tránsito. ¿Debería reemplazarse usado por nuevo o pintar íntegramente el vehículo porque la pintura antigua no coincide totalmente con el color de la nueva?

Existen dos buenas razones para la vigencia del principio de indemnización en la liquidación de las pérdidas. La primera es que si no existiera, el asegurado podría lucrar a consecuencia de la misma, y no todos podrían resistir la tentación.

La segunda es que la contribución o prima que la gente paga a la "bolsa" de seguros se basa en la magnitud y medida de riesgos que traen a ésta. Por lo tanto, todos deberían beneficiarse en la medida en que contribuyen,

De estas consideraciones, surgió la necesidad de deducir del costo de un artículo nuevo, un monto que equivalga al uso y desgaste que ya había tenido el original.

La mayor parte de los contratos de seguros son contratos de indemnización, pero existen algunas clases en las que no se aplica este principio. Eso ocurre, por ejemplo, en los casos en los que después de un acontecimiento es imposible regresar al asegurado a la misma situación que tenía antes de éste.

Este es el caso de los seguros de vida y de accidentes personales, ya que no podemos asignarle un valor monetario a la vida humana (aunque en los Estados Unidos ya se han esbozado intentos, aunque sólo para efecto de los seguros). Los aseguradores no pueden restaurarle la vida a nadie, ni están en capacidad de reemplazar algún miembro perdido o asignarle algún valor financiero a tal desgracia. Estos seguros no están sujetos al principio de indemnización.

Hay otros, que ofrecen variantes aceptadas del principio. Una empresa puede asegurar el costo de sus edificios y maquinarias a valor de nuevos. Esto se conoce como el seguro sobre a valor de reposición o reemplazo; y en el caso de una pérdida no se efectuaría deducción alguna por uso y desgaste, pero esta concesión conlleva la obligación de asegurarse en el monto necesario para la reposición (en otros mercados —como el inglés—basta hacerlo al 85%).

En algunos mercados, esta idea se ha ampliado a pólizas que cubren enseres domésticos y en estos, actualmente, ésta es una opción en las pólizas domiciliarias en que los muebles y otros enseres pueden cubrirse sobre la base de nuevo por viejo. Como es de suponer, tales pólizas requieren primas más altas y están sujetas a limitaciones y condiciones y, especialmente en el caso de riesgos industriales, es importante asegurarse de que se establezca un monto asegurado adecuado.

Teniendo en cuenta las razones que acabamos de exponer como fundamento del principio de indemnización, esta excepción podría llevarnos a cuestionar la validez del mismo y de si verdaderamente es capaz de este tipo de modificación.

El fundamento se encuentra en la necesidad de que la contribución al fondo común se dé en proporción con el riesgo —severidad y frecuencia— que se desea cubrir; esto es que las primas cobradas deben ser justas y proporcionales entre todos los que contribuyen al fondo que servirá más adelante para pagar las pérdidas. En el caso de seguros generales, incendio, robo, etc., la medida del riesgo queda establecida en la tarifa cobrada; y la prima se obtiene aplicando la tasa al monto asegurado. En el caso de seguros a valor de reposición el proceso es similar, por lo que las primas resultan mayores al aplicarse a sumas aseguradas más altas —las de valor nuevo.

Esto nos sirve para introducir otro tema y que resulta de la pregunta: ¿Qué sería lo justo que los aseguradores pagaran, si después de la pérdida se descubre que el valor asegurado es inferior al real?

Si recordamos que en los seguros, los muchos contribuyen para pagar las desgracias de los pocos, de manera que, en cualquier caso, los aseguradores tienen tanta responsabilidad frente a los otros asegurados como ante la víctima. La respuesta es que para garantizar la equidad entre un asegurado y otro, las pólizas se redactan sujetas a proporcionalidad. Esto significa que un asegurado recupera el monto de su pérdida —total o parcial— si la suma asegurada representa el valor total de la propiedad en riesgo al momento de la pérdida. Si es menor que el valor real, al asegurado se le pagará en proporción. Ésta se determina mediante la fórmula siguiente.

La primera parte de la ecuación comprende el monto asegurado y el valor en riesgo al momento de la pérdida. Si el monto asegurado es menor que el valor, el resultado será una fracción. Se paga entonces esta misma fracción de la pérdida real.

Con el ejemplo que expongo a continuación es más fácil de entender como funciona esto. Digamos que el monto asegurado es de \$ 80,000, el valor en riesgo es de \$ 100,000, y que la pérdida es de \$20,000. Aplicando la fórmula tenemos:

$$\frac{80,000}{100,000} \times \frac{20,000}{1} = 12,000$$

Al asegurado se le pagan \$ 12,000 menos que el valor de su pérdida, debido a lo que entre aseguradores se llama intraseguro. Suele decirse que se ha convertido en su propio asegurador por la diferencia.

Hasta el momento hemos mencionado ejemplos de seguros reales en los que el principio de la indemnización es de aplicación obvia, pero también se aplica a las pérdidas en seguros patrimoniales entre las que se encuentran las que involucran responsabilidad legal. Una póliza de responsabilidad civil indemniza al asegurado contra los montos por los que resulte ser legalmente responsable, hasta el límite establecido en la misma. Por lo que al contratarla se debe tener cuidado en que los

límites sean suficientes y en estos días de crecientes indemnizaciones no resulta difícil que una póliza contenga límites inadecuados. Tengo la impresión que las indemnizaciones judiciales seguirán incrementándose —como ha ocurrido recientemente en Argentina y Chile— y que contar con una póliza de responsabilidad civil será muy pronto indispensable.

Para completar el cuadro deberíamos mencionar otros dos aspectos de la indemnización, que en realidad son corolario de ésta. Se trata de la subrogación y la contribución. Una pérdida podría deberse a la negligencia de alguien que no es el asegurado o a la de una persona que se encuentre a su servicio.

Por ejemplo, un electricista al intentar hacer una reparación podría causar un corto circuito y un consiguiente incendio. El propietario de la casa reclamaría bajo su propia póliza —domiciliaria o de incendio— y sus aseguradores tendrían que satisfacer el reclamo.

Legalmente, el propietario tiene el derecho a demandar al electricista por negligencia y cobrarle. Sin embargo, en razón del nombrado principio de indemnización, él no puede cobrar dos veces por el mismo daño. Si la aseguradora satisface el reclamo, se subroga en el derecho de resarcirse de su pérdida cobrándole a la persona negligente.

En el caso del Perú así lo establece el artículo 408^º del Código de Comercio, respecto de los seguros de incendio y por extensión a todos los demás, para que el asegurador pueda recuperar su pago de terceros. Esto se conoce como el derecho de subrogación y está también legislado en los artículos 1260^º y siguientes del Código Civil. A pesar de todo lo indicado, todas las pólizas lo incluyen en su condicionado.

Permite que el asegurador se ponga, por así decirlo, en los zapatos del asegurado, pero el primero sólo podrá hacer uso de su derecho luego de haber pagado el siniestro.

La situación legal, en algunos países, es modificada mediante una condición en la póliza, por la que el asegurado conviene en que el asegurador tendrá la potestad de ejercer derechos de subrogación antes de efectuar el pago. Todo esto con la intención de ganar tiempo.

La contribución es el otro medio de garantizar que el asegurado se le compense sólo por la pérdida verdadera. Puede darse el caso de que la misma propiedad esté cubierta contra los mismos riesgos por dos o más pólizas y el pago bajo todas éstas podría muy bien resultar en un exceso, si es que se cubre el mismo interés en cada caso y además cubren el mismo riesgo que causó la pérdida.

Ante la ley —en el Perú el artículo 395^º del Código de Comercio— el asegurador que paga un siniestro puede solicitar al otro o a los otros que compartan la pérdida, luego de la liquidación. Cada asegurador debería pagar la misma proporción de la pérdida que la que tiene el monto asegurado bajo su póliza con respecto al valor total cubierto por todas.

Las condiciones de una póliza permiten que una pérdida se reparta antes de su liquidación. Es por eso que un asegurado no puede recuperar el monto total de su pérdida de cada uno de sus aseguradores. Si lo hiciera recibiría más de lo que realmente perdió.

La subrogación y la contribución constituyen, como ya hemos dicho, corolarios de la indemnización y sólo pueden aplicarse a pólizas de indemnización. Por lo tanto no se aplican a pólizas de seguro de vida y de accidentes personales.

Lo hasta aquí expuesto podría resumirse de la siguiente manera:

Indemnización establece que después del siniestro el asegurado regrese lo más pronto posible a la misma posición que tenía antes del mismo.

Subrogación permite que el asegurador reemplace al asegurado y ejerza los derechos que tenía éste contra un tercero.

Contribución garantiza que aún si al mismo tiempo, hubiera más de una póliza cubriendo al mismo interés, contra el mismo riesgo, el asegurado será indemnizado por su pérdida, pero no recibirá más de una indemnización.

III. DOCTRINA DE LA MÁXIMA BUENA FE

Por muchos siglos, la relación entre alguien que busca un seguro y el asegurador que se lo proporciona se ha definido bajo lo que se conoce como la doctrina de la máxima buena fe —*ubérima bona fides*.

Desde los primeros días de los seguros marítimos, pasando luego a otras formas de seguros, el peso de revelar todos los hechos relevantes, ha descansado sobre el proponente. Esto significa que éste debe proporcionar toda la información que posea y sea relevante respecto al riesgo. No sólo aquella que considere que es importante, y debe ofrecerla voluntariamente. Se lo pidan o no.

Y ¿qué es un 'hecho relevante' —'material fact'? Se ha definido al 'hecho relevante' como aquel que influenciaría a un asegurador prudente en la aceptación del riesgo; y, de hacerlo, qué tarifa debería cobrar por éste.

En una sentencia muy antigua —*Carter vs. Boehm* de 1766— el juez, Lord Mansfield, resumió esta doctrina diciendo:

"El seguro es un contrato en base a una especulación. Los hechos especiales sobre los que se debería calcular el riesgo contingente por lo general son conocidos sólo por el asegurado: el asegurador confía en lo que éste manifiesta y actúa en la confianza de que el asegurado no se está reservando circunstancia alguna que él conozca, para engañarlo tratando que crea que no existe tal, induciéndolo a estimar el riesgo como si este no existiera... Aunque la omisión ocurriera por error, sin intención fraudulenta, el asegurador habrá sido engañado y la póliza es nula; porque el riesgo corrido es realmente diferente al que se entendió y que se pensaba asumir al momento del convenio".

Este principio fue incluido posteriormente en la Ley de Seguro Marítimo (*Marine Insurance Act*) de 1906, Sección 18, donde se define el nivel de la obligación de revelar:

"El asegurado deberá revelar al asegurador, antes de celebrar el contrato, toda circunstancia material que conozca el asegurado y se considera que el asegurado conoce todas las circunstancias, que en el curso normal de su negocio, deberían ser conocidas por él. Si el asegurado omitiera hacer tal revelación, el asegurador podrá invalidar el contrato".

El segundo párrafo agrega: *"Toda circunstancia que podría influenciar el raciocinio del asegurador prudente para fijar la prima o para determinar si asume el riesgo, es relevante"*.

Como se puede ver, es muy importante que el proponente de un seguro cumpla con la doctrina de la máxima buena fe. No está demás agregar, que a estas alturas la obligación de revelar —"disclosure"— recae también en el asegurador. Este también debe ejercer la doctrina de la máxima buena fe y no debe engañar al proponente respecto de las coberturas del seguro cuando el mismo se está negociando.

Otro caso histórico del derecho inglés que terminó en los tribunales londinenses, el de *Bufe vs. Turner*, cuya audiencia se celebró en 1815, nos servirá de introducción para el análisis de esta doctrina.

No lejos del taller de un constructor de botes, un hombre tenía un almacén. Al producirse un incendio en el taller, el propietario del almacén se percató, con alarma, que no tenía cobertura contra incendio. Parecía que se había extinguido el incendio antes de que llegara a su almacén, recordando que no estaba asegurado, solicitó de inmediato una cobertura, omitiendo mencionar el incendio en el taller vecino. Desafortunadamente, el incendio no había sido adecuadamente extinguido y dos días después se volvió a encender y se extendió al almacén. No tan preocupado, ya que había obtenido la cobertura que solicitada, presentó su reclamo. Más al asegurador esto no le pareció muy transparente, ya que al estudiar la solicitud de seguro se encontró que no había mención al incendio ocurrido dos días antes. Por lo tanto, se negó a aceptar el reclamo arguyendo que no se había revelado un hecho relevante. En otras palabras, sostuvo que su decisión de otorgar el seguro, habría sido diferente si se le hubiera proporcionado la información respecto al incendio anterior. Al no poder cobrar el dueño del almacén decidió recurrir al Poder Judicial para cobrar la indemnización, pero el juez apoyó la negativa del asegurador a pagar el siniestro sosteniendo en la sentencia que en realidad se había incumplido la obligación de la máxima buena fe.

En base a éste y a otros casos similares podemos ver que proporcionar toda la información relevante es un deber fundamental y que la consecuencia de su incumplimiento, es decir, la violación de este principio, hace a la póliza anulable a opción de la parte agraviada, usualmente el asegurador (*underwriter*). Pero lo que constituye un hecho relevante, puede resultar siendo algo que finalmente tenga que ser decidido en la vía judicial y de acuerdo a cada caso particular.

La larga historia del seguro y los múltiples fallos judiciales en ese período, han establecido algunos hechos que no requieren revelarse. Algunos de ellos son:

- Hechos que mejoran el riesgo. Así se podrá proteger un edificio mediante equipos contra incendio o un sistema de alarma, sin comunicárselo al asegurador.
- Hechos que debería conocer un asegurador competente como parte de su trabajo. Por ejemplo, debería estar bien informado sobre las zonas en conflicto o que pueden ser especialmente peligrosas debido a fenómenos naturales, especialmente si es que corresponden a los lugares a que alcanza su cobertura.
- Requerimientos legales pertinentes con los que un asegurador debería estar familiarizado, como la legislación que rige la cobertura de un vehículo automotor.
- Hechos que hubiera conocido si hubiera realizado una averiguación. Si

llenando un formulario (la solicitud) el proponente al responder una pregunta contenida en el mismo, respecto a los antecedentes del seguro indica: "Consultar sus propios archivos", el asegurador, deberá hacerlo. Si no lo hace no podrá argumentar una falta contra la buena fe.

- Hechos que se le escapen al asegurador cuando envía a su representante a realizar una inspección, siempre que el proponente no se los haya ocultado.

Si bien es cierto que en general estos hechos no requieren ser revelados, una decisión definitiva al respecto sólo podrá hacerse luego de ameritarse todos los demás detalles que rodeen al caso específico.

Con frecuencia ocurre que al buscar una cobertura de seguros alguna otra persona —usualmente el corredor— actúa a nombre del proponente. El deber de ejercer la máxima buena fe, descansa igualmente sobre sus hombros y el hecho de que un agente o el representante de un corredor profesional, no cumpla con revelar plenamente los hechos, se considera como un incumplimiento del titular, lo que hace anulable la póliza. Soy de la opinión, sin embargo, que esta es una afirmación válida en términos generales, pero que debería ser evaluada al detalle en la casuística.

Como sabemos, el término "anulable" significa que el contrato puede quedar nulo, pero a opción de una de las partes, a diferencia de "nulo" que implica su inexistencia.

La máxima buena fe debe existir durante las negociaciones del contrato y debe continuar hasta el momento que caduca o se hace efectiva la póliza. Entonces, para algunos seguros tales como los de incendio y robo, existe una condición que señala expresamente que durante su vigencia, se deberá notificar al asegurador de cualquier cambio que aumente el riesgo y para el cual, claro está, podría requerirse una prima adicional. Esta obligación vuelve a regir a la renovación y el tenedor de la póliza violaría sus obligaciones, si es que pagara la prima de renovación, sin haber declarado un cambio material que aumente el riesgo.

Mas en el caso de seguros de vida, es diferente, ya que la obligación cesa con el pago de la primera prima. Así tenemos que si un empleado bancario obtiene una póliza y posteriormente entra a trabajar desactivando explosivos, no requiere comunicar este cambio, siempre y cuando no fuera su intención cambiar de ocupación al momento de contratar el seguro.

La información y los hechos proporcionados por un proponente y posterior asegurado, forman parte del contrato de seguros, porque representan, reflejan o describen el riesgo para el asegurador. Deben, consecuentemente, ser substancialmente correctos, esto es, al leal saber y entender del proponente. En las solicitudes suele incluirse al final una declaración que las respuestas son ciertas y completas al leal saber y entender del firmante. Esto tiene el efecto de transformar la información y los hechos proporcionados en garantías.

La doctrina en materia contractual, en relación a los seguros, sostiene que habiendo el asegurador celebrado el contrato en base a la información proporcionada, las declaraciones del asegurado se convierten en garantías y son declaraciones fundamentales para el contrato, por lo que en el caso de que la información sea incompleta o equívoca, el primero tiene la opción de anularlo.

Veamos ahora, algunas de las maneras en las que podría violarse este deber de la máxima buena fe.

Inocentemente el solicitante de un seguro podría:

- Dejar de comunicar alguna información vital, por olvido o por no darse cuenta que es importante, es decir una **omisión**. Un ejemplo sería que el solicitante de un seguro de vida omite revelar que cuando niño había sufrido fiebre reumática. Las solicitudes de propuesta no siempre incluyen una pregunta sobre esta enfermedad y el proponente puede no percatarse de su importancia.
- Proporcionar información que cree correcta cuando en realidad no lo es. Es conocida como **falsa declaración inocente** y podría ocurrir cuando, por ejemplo, el arrendador de un inmueble describió el trabajo que realizaba su inquilino como “de ingeniería” cuando sin que él lo supiera, el inquilino hubiera incursionado en la fabricación de productos plásticos; o podría ir aún más lejos, y deliberadamente
- Ocultar un hecho relevante —como mencionamos anteriormente en el caso de *Bufe vs. Turner*— lo que constituye un **ocultamiento**; o
- Llegar hasta el punto de proporcionar información falsa. Así un conductor que afirma tener 70 años cuando en realidad tiene 75, hace una **falsa declaración fraudulenta**.

El efecto de cualquiera de estos casos, es hacer anulable la póliza (el contrato) a opción del asegurador. Por lo que, cuando ha ocurrido un hecho de los mencionados, éste debe evaluar si está dispuesto a continuar con el seguro al mismo costo, incrementarlo o si la falta es lo suficientemente seria como para hacer nula la póliza.

Hay, sin embargo, una corriente en el Derecho continental europeo —del que como dijimos es heredero el nuestro— que sostiene que el pago debe ser proporcional a la seriedad de la falta, siempre que ésta sea inocente.

Si como con frecuencia sucede que los verdaderos hechos sólo salen a la luz a consecuencia de una pérdida, el asegurador tendrá que decidir si la violación es lo suficientemente seria como para que se niegue a aceptar el reclamo. Y ésta es una decisión que debe ser detenidamente meditada, porque el rechazo de una reclamación puede tener que justificarse posteriormente en la vía judicial, con los consecuentes sobre costos.

Es sin duda interesante, pero también indispensable —dadas las características del negocio de los seguros— que este código de conducta —la obligación de la *uberrima bona fidei*— que se estableciera hace tanto tiempo, continúe todavía dominando todas las relaciones de la industria; y sea aceptada universalmente por todos los que trabajan en el mercado asegurador.

Por sus eventuales consecuencias en la doctrina de la máxima buena fe y por lo interesante que resulta jurídicamente, vale la pena comentar el caso inglés de la Ley de Rehabilitación del Trasgresor de 1974 (*Rehabilitation of Offenders Act*). Esta ley modificó la obligación de revelar información. Así una persona que ha sido condenada, ha cumplido su condena y ha “continuado por el camino recto” durante el tiempo estipulado, tiene derecho a considerar la condena como “extinguida” (*spent*). Consecuentemente, puede hablar y actuar como si nunca hubiera cometido el delito ni hubiese sido condenada. Más aun, tendrá el derecho de denunciar (iniciar una

querrela en nuestro caso) por difamación, contra cualquiera que revele su prontuario.

Alguien que estuviese enterado de los hechos, por ejemplo un corredor que esté tramitando el seguro de un cliente, puede encontrarse con que tiene que mentir —“verdad legal”— con el respaldo de la ley. Si más adelante, al investigarse un reclamo sale a luz una condena “extinguida”, ésta no constituye causal de rechazo para un asegurador.

IV. INTERÉS ASEGURABLE

Supongamos que una persona cualquiera inventa una herramienta ingeniosa y con algún capital propio y un préstamo compra una pequeña fábrica, algunas máquinas y la materia prima necesaria e inicia operaciones.

Habiendo comprado el edificio y la maquinaria, cae en la cuenta que al cambiar su capital por bienes que pueden dañarse. La propiedad de la fábrica, su maquinaria y existencias le da, por así decirlo, el derecho de asegurarlas. En otras palabras, se ha creado un interés asegurable. Este término significa que la persona que se asegura y que se conoce como el asegurado, debe tener alguna relación, reconocida por ley, con el bien o con lo que esté asegurando, de manera que se beneficiará de su seguridad, perjudicará por su pérdida o incurrirá en responsabilidad por la misma.

Veamos nuevamente la fábrica ¿qué podría salir mal? El propietario se da cuenta que debe asegurar la fábrica misma y su contenido; pero adicionalmente pueden ocurrir accidentes y podría incurrir en responsabilidad, si se lesiona uno de sus empleados mientras labora, uno de sus camiones de reparto se viera involucrado en un choque o uno de sus inventos se rompiera y lesionara a la persona que lo estaba utilizando, haciéndolo probablemente responsable y obligándolo al pago de una compensación. Consciente de esto toma un seguro para cubrir la responsabilidad en que incurriría para con sus empleados y el público. ¿Y qué de él mismo? Su propia vida, que podrá asegurar por el monto que desee o por el que pueda pagar. En todos estos casos existe, como resulta obvio, interés asegurable.

Pero el interés asegurable no siempre fue un requisito para adquirir un seguro de vida. Hasta hace un par de siglos, cuando en Inglaterra se aprobó la Ley de Seguros de Vida (*Life Insurance Act*) de 1774, era allí posible asegurar la vida de alguna otra persona, existiera o no un interés asegurable. En esos tiempos solía contratarse pólizas de seguro sobre la vida de los miembros de la familia real, especialmente si corría algún rumor de que estaban enfermos o sobre algún general que partía para la guerra u otras personas prominentes en la esperanza de que su muerte temprana produjera ricas recompensas para la persona que adquiría la póliza. La indicada ley puso fin a esta práctica haciendo ilegal tomar una póliza sobre la vida de otra persona a no ser que la persona que la sacara tuviera un interés asegurable en la vida asegurada —en otras palabras— que sufriría como resultado de la muerte de la vida asegurada. Adicionalmente el nombre de la persona en cuyo beneficio se ha sacado la póliza debe aparecer en la misma y la póliza no podrá ser por un valor superior al del interés asegurable.

Como corresponde a un derecho basado en la jurisprudencia, como es el caso del inglés, y como ya hemos visto en los dos principios anteriores, el interés asegurable se definió en un caso específico, el de *Lucena vs. Crawford* (1806), de la siguiente forma:

“El estar interesado en la preservación de una cosa es tener tal relación con ésta, como para derivar un beneficio de su existencia y un perjuicio de su destrucción”.

Y llevado aún más lejos en la ya mencionada Ley de Seguros Marítimos (*Marine Insurance Act*) de 1906:

“...beneficiarse por la seguridad y debido ambo de la propiedad asegurada o perjudicarse por su pérdida[...] o tener responsabilidad con respecto a la misma”.

La diferencia entre el seguro y el juego de azar se enfatizó posteriormente en Inglaterra, cuando se aprobó la Ley de Juegos de Azar de 1845, que anulaba todas las apuestas y contratos de juego. Una póliza emitida sin que medie interés asegurable es meramente una apuesta y por lo tanto no puede cobrarse judicialmente.

Hemos estado tratando el interés asegurable en la vida, pasemos ahora a los seguros reales y patrimoniales. ¿Quién puede asegurar?

Los propietarios, se benefician de la seguridad de sus bienes. ¿Quién más? Los esposos y esposas, ya que normalmente comparten los bienes comunes; los fideicomisarios, porque se les ha hecho responsables por la seguridad de ciertos bienes; los acreedores hipotecarios, esto es, aquellos que prestan dinero contra la garantía de un inmueble. Estos sufrirán si es que la prenda sobre la que han prestado dinero se daña o destruye; los depositarios, es decir, los que tienen en depósito — bajo su responsabilidad— algún bien que es propiedad de otro, por ejemplo la empresa que repara artefactos eléctricos, mientras los tiene en su taller o la lavandería respecto de la ropa de sus clientes. Y, por supuesto, no debemos olvidar a las compañías de seguros que pueden beneficiarse por la seguridad de las vidas y propiedades que aseguren lo que les da derecho de reasegurar su responsabilidad.

A estas alturas es importante hacer una diferencia. La casa, los muebles, el cuadro que alguien posee o la responsabilidad en que puede incurrir cuando conduce un automóvil son la “materia del seguro”; pero la materia del contrato entre esa persona y la compañía de seguros es su ‘interés’ en dichos bienes. Normalmente los aseguradores no reemplazarán, ni repararán los edificios dañados o los bienes robados, sino que compensarán a sus asegurados con dinero, de acuerdo a los términos del contrato.

Hemos estado analizando qué es un interés asegurable, veamos ahora “cuando” es este necesario. Líneas arriba, al hablar sobre el seguro de vida, afirmamos que tenía que haber interés asegurable al momento de contratar la póliza, pero éste no es necesario posteriormente, durante toda la vigencia de la póliza y, por lo tanto, una póliza de vida es un documento negociable, en otras palabras, se puede vender. El comprador podrá continuar pagando las primas y recibir el dinero de la póliza, cuando el asegurado fallezca o a su vencimiento, antes de que lo primero ocurra.

En ciertos casos se puede adquirir una casa, obteniendo un préstamo y contratando una póliza de vida por el monto del mismo y endosando la póliza al banco o persona acreedora. Se van pagando las primas y, a su vencimiento, el dinero de la póliza cancela el préstamo, con la ventaja adicional de que si muere el asegurado antes de concluido el plazo de la hipoteca, la casa pasa a su viuda o a quienquiera la herede a su fallecimiento, libre de la carga de la deuda, que es pagada por la póliza. Esta es una la figura muy próxima a los seguros de desgravamen hipotecario a que obligan los bancos a sus prestatarios.

Si regresamos a quien le prestó el capital a la innominada persona de nuestro ejemplo inicial para iniciar su negocio, ésa podrá tomar una póliza sobre la vida de su deudor, por el monto del préstamo; mas lo interesante es que así el industrial le cancele el préstamo, el acreedor todavía podrá cobrar el dinero de la póliza a su vencimiento, siempre y cuando la mantenga vigente.

Es así que en una póliza de vida, el interés asegurable debe existir sólo al momento que se la contrata, pero posteriormente puede cederse a cualquier otra persona.

En el caso de pólizas de accidentes y de incendio, el interés asegurable debe existir al adquirirse la póliza y también cuando ocurre la pérdida. Éstas se conocen como pólizas "personales", porque no se pueden ceder a otra persona, sin el consentimiento del asegurador. En las pólizas de carga marítima, el interés asegurable es necesario al momento de la pérdida. Esto permite tomar una póliza para cubrir bienes desde su puerto de partida y, si se venden en tránsito, ésta es uno de los documentos que se transfiere, beneficiándose el nuevo propietario automáticamente de la misma.

Resumiendo lo esencial respecto a "interés asegurable", diremos que:

Debe haber una vida, bien o responsabilidad en posibilidad de ser cubierto. Tal vida, bien o responsabilidad, resultaría ser la materia del seguro y el asegurado debe tener alguna relación, reconocida por la ley, con la materia del seguro, por la que se beneficia con su seguridad, perjudica con su pérdida o puede incurrir en responsabilidad a causa de la misma.

Alguna gente suele equiparar el seguro a los juegos de azar, pero como puede colegirse de lo expuesto, hay muchas diferencias y quizá la más importante, es el requerimiento legal del interés asegurable. No muchos de los aficionados a las apuestas hipicas tienen interés en los animales por los que arriesgan su dinero, además que ésta es, como hemos dicho, inexigible, mientras que todo asegurado tiene un contrato a partir del cual su interés está debidamente protegido por la ley.

V. DOCTRINA DE LA CAUSA PRÓXIMA

La gente involucrada en un desastre, por lo menos dispondrá de alguna compensación si se hubiera hecho de un seguro adecuado. Pero ¿Cómo decide un asegurador si paga una compensación?. ¿Cómo es que el tenedor de una póliza puede saber si su reclamo por la pérdida sufrida tendrá cobertura?

El principio que nos guía para esto es un principio legal, conocido como la doctrina de la causa próxima.

Un ejemplo sencillo, nos ayudará a aclarar el concepto. Una pareja joven que alquila un departamento encima de un supermercado, tienen una póliza domiciliaria que cubre los contenidos del mismo contra incendio y líneas aliadas. El propietario de la tienda también tiene una póliza multirriesgos que incluye coberturas similares. Una noche la esposa regresa a casa del trabajo algo más tarde que de costumbre, enciende la cocina eléctrica para calentar la sartén y va al dormitorio a cambiarse. Esto le tomó más tiempo de lo que pensaba y, al regresar a la cocina, se encuentra que la sartén se ha incendiado y que el fuego se está expandiendo a las cortinas y muebles.

Afortunadamente, mantuvo la calma, apagó la corriente y llamó por teléfono a los bomberos, que pronto apagaron el fuego. Luego, a su debido tiempo su esposo presentó un reclamo por los daños causados por el incendio. No habiendo duda respecto al origen del daño, se pagó el reclamo.

Pero a las existencias al tendero del primer piso, al filtrarse el agua utilizada para apagar el incendio, les había causado bastantes daños. ¿Podría presentar un reclamo por sus existencias, si tenemos en cuenta que los daños los causó el agua y no el incendio, suponiendo que no cuenta con la cobertura de daños por agua?

A la luz de esta doctrina, la respuesta es que él puede reclamar bajo la cobertura de incendio de su póliza, porque la pérdida se debió directamente a éste. En otras palabras, la 'causa próxima' de su pérdida fue el incendio, aunque el daño lo causara el agua, por lo que tiene derecho a cobrarle la indemnización a su asegurador.

En teoría la doctrina es bastante sencilla: la pérdida debe surgir directamente de un riesgo asegurado; o ser el resultado de una cadena directa de acontecimientos que se inician con el mismo. Quizá el ejemplo más sencillo sea una hilera de fichas de dominó paradas y suficientemente juntas, de tal manera que si se cae la primera, derribará a la siguiente y así sucesivamente. Si el primero es un riesgo asegurado y éste causa el siguiente, estableciendo una cadena, la pérdida estará cubierta bajo la póliza.

Otras dos ilustraciones —esta vez provenientes de sendos casos judiciales— ayudarán a hacer más comprensible el concepto.

En el caso de *Montoya vs. London Assurance* de 1851, un barco con un cargamento de cueros crudos y tabaco tropezó con una tormenta, motivando que entrara agua a la bodega mojando los cueros, que se pudrieron. El hedor fue tan fuerte, que cuando el barco llegó a puerto, el tabaco apestaba a cuero crudo podrido y no se podía utilizar. El agua de mar no había afectado el tabaco, pero como el hedor era resultado directo de los cueros crudos afectados por el agua de mar, se aceptó el reclamo. No hubo interrupción en la cadena.

En otro caso famoso, el de *Etherington and the Lancashire & Yorkshire Accident Insurance* de 1909, se cuenta que cierta persona —que tenía una póliza de accidentes personales que cubría muerte y lesiones, pero no enfermedad— un día en que había salido a cabalgar, fue desmontado, cayendo en una acequia y rompiéndose la pierna. No se le encontró, sino varias horas después y para ese entonces estaba en tan malas condiciones, que durante su estadía en el hospital contrajo una neumonía que le causó la muerte. Siendo la neumonía una enfermedad, el asegurador se negó a aceptar el reclamo por fallecimiento, pero los albaceas demandaron en la vía judicial el pago de la suma asegurada y el juez falló sosteniendo que no había habido interrupción en la cadena de acontecimientos. Aunque la persona había fallecido por enfermedad, ésta había sido el resultado directo de un accidente y los demandantes recibieron su dinero a la vez que sentaron un importante precedente, como ejemplo de causa próxima.

Un incendio, o cualquier otra pérdida, puede ocurrir como consecuencia de un riesgo excluido por la póliza, pero se sigue aplicando la misma doctrina. ¿Cuál fue la causa directa?. ¿Ha habido alguna interrupción en la cadena?

Veamos otro caso. El de *Toola Broadhurst Lee Co. vs London & Lancashire*

Fire Insurance Co. de 1908 en Jamaica. A causa de un terremoto, se desató un incendio en un edificio relativamente alejado de otro. El segundo edificio estaba asegurado bajo una póliza de incendio a la que no se había adicionado la cobertura de terremoto, ni la de incendio consecutivo de terremoto, por lo que estaba excluida. El incendio del primer edificio cundió por todo el pueblo e hizo presa del segundo. Los propietarios reclamaron sosteniendo que la pérdida se debía a un incendio, los aseguradores retrucaron arguyendo que la causa directa había sido el terremoto. El juez falló afirmando que no había habido interrupción en la cadena entre el inicio del incendio, debido al terremoto y la destrucción del edificio asegurado. El incendio había cundido de manera natural y que consecuentemente, como el incendio causado por terremoto, era un riesgo excluido bajo la póliza, la pérdida no era pagadera. En su sentencia, el juez comparó lo ocurrido con la situación que podría haber surgido si alguien que le tuviera inquina al propietario del edificio asegurado, hubiera tomado una tea encendida del inmueble en el que se había declarado el incendio y se la hubiera llevado al inmueble asegurado y la hubiera tirado adentro. Aquí —ocurrió— hubiera habido intervención de una nueva fuerza —el hombre rencoroso— y ésta hubiera sido la causa directa. El terremoto se hubiera convertido en la remota.

Para mostrar cuán importante es distinguir entre la causa directa y la remota, consideremos el caso de *Marsden vs. City & County Assurance Co.* de 1865. Aprovechándose de que a poca distancia ocurría un incendio, unos rufianes rompieron las lunas de una tienda en el deseo de robarse los artículos en exhibición. Las pólizas de vidrios excluyen los daños causados por incendios —ya que pueden ser cubiertas por las pólizas para este riesgo— y cuando el tendero presentó su reclamo bajo su póliza de vidrios para que lo reemplazaran la luna rota, los aseguradores se negaron a pagar sobre argumentando que la causa de la pérdida era el incendio ocurrido en las cercanías. El juez falló sosteniendo que el incendio era sólo la causa remota y que la causa directa de la pérdida era la rotura del vidrio por los rufianes.

En 1908, en un caso conocido como *Pawsey vs. Scottish Union & National*, el juez Lamb dio una definición muy clara y que todavía se cita, de lo que constituye causa próxima. Dijo, "*La causa próxima es la causa eficiente y activa que pone en marcha una cadena de acontecimientos que producen un resultado sin intervención de alguna otra fuerza que se iniciara y trabajara activamente originada en una fuente nueva e independiente*".

Como hemos visto en los diversos casos que hemos citado, la póliza paga cuando la pérdida es el resultado directo de un riesgo contra el cual se ha asegurado y cuando no ha habido intervención alguna de una nueva fuerza, que podría ser un riesgo excluido o uno que no está asegurado. Ambas ilustraciones no cubren todas las posibles variaciones de circunstancias y los casos reales motivan con frecuencia que se tenga que recurrir al Poder Judicial para resolverlos. Por ejemplo, se dan situaciones en que hay riesgos concurrentes o en los que se hace presente un riesgo excluido luego de la ocurrencia del riesgo asegurado. Es importante, en todo caso, no olvidar la definición, examinando cada caso a la luz de la misma,