

La delimitación temporal en el Seguro de Responsabilidad Civil

EDUARDO PAVELEK ZAMORA

MAPFRE RE

Las entidades aseguradoras se han visto obligadas a desplegar sus máximos esfuerzos para centrar sus obligaciones contractuales en un entorno sometido a transformaciones sociales, legales y, en especial, judiciales terriblemente exigentes.

En este marco en permanente cambio, se producen trascendentales diferencias de interpretación en uno de los aspectos más importantes del Seguro de Responsabilidad Civil: la delimitación temporal de la cobertura.

La singularidad del Seguro de Responsabilidad Civil

Si hay un elemento que permite al Seguro de Responsabilidad Civil configurarse como modalidad de seguro diferente es, precisamente, el de su dinamismo. La razón de esta continua transformación se expresa de una manera determinante a través de los cambios sociales que se van produciendo a lo largo de los años.

En efecto, como el Seguro de Responsabilidad Civil, al fin y al cabo, no viene a reflejar más que la evolución de un instituto tan antiguo como cambiante, la Responsabilidad Civil, figura jurídica vinculada a la propia andadura de la sociedad que se expresa a través de diferentes factores (desarrollo técnico, nueva legislación, criterios judiciales en favor de las víctimas, conciencia «reclamatoria», protección de consumidores, indemnizaciones cada vez más elevadas, seguro como instrumento de compensación social de pérdidas, etc...), fácilmente puede colegirse la imposibilidad de mantener criterios inmutables. Se habla incluso de la influencia que el seguro ejerce sobre la propia responsabilidad civil y, a su vez, de ésta última frente al seguro, de manera que mantener conceptos inalterables en una institución tan viva no resulta conveniente, ni mucho menos posible, como puede deducirse de los argumentos que se resumen en este trabajo.

El art. 73 de la Ley de Contrato de Seguro

«Por el seguro de responsabilidad civil el Asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a cubrir el riesgo del nacimiento a cargo del asegurado de la obligación de indemnizar a un tercero los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea civilmente responsable el asegurado conforme a derecho.»

Poco tiempo después de la promulgación de la Ley de Contrato de Seguro, las entidades aseguradoras se vieron obligadas a realizar un esfuerzo ingente para adaptar sus pólizas a las nuevas exigencias legales incorporando a sus condicionados cláusulas específicas que acotaran los límites del contrato, según esta definición.

Siguiendo en este punto a Olivencia, **«La individualización del riesgo, en su caso, se hará en relación a las personas, bienes o derechos que puedan resultar dañados, a la situación jurídica de la que pueda derivar el daño, al lugar en que éste se produzca o a otros datos diversos. La enorme variedad de supuestos que puedan darse en la práctica, ha aconsejado que la Ley no sea más precisa en esta materia.»**

Concretamente, en el marco de esta individualización del riesgo, las entidades aseguradoras de todo el mundo han venido articulando diversas modalidades de delimitación en lo que respecta a uno de los aspectos más trascendentales del Contrato de Seguro de Responsabilidad Civil: **LA DELIMITACIÓN TEMPORAL DE LA COBERTURA.**

Atendiendo, pues, a las distintas clases de actividades y riesgos a asegurar, se han venido desarrollando diferentes sistemas que culminaban en distintos criterios de imputación acudiendo a factores tales como hecho generador, la acción u omisión del accidente, la ocurrencia del siniestro, la manifestación del daño, la notificación al asegurador, la reclamación fehaciente, la formula-

ción de la demanda, la sentencia condenatoria y algún otro. Por consiguiente, era algo plenamente aceptado —y todavía lo debe seguir siendo— que, a la vista de las circunstancias concretas de cada riesgo, procedía aplicar uno u otro criterio, dependiendo de la experiencia acumulada por la actividad aseguradora, del tipo de póliza y, muy especialmente, de la prima aplicada.

Este último elemento es dejado de lado con demasiada frecuencia y, sin duda constituye uno de los factores que contribuyen a romper con una mayor virulencia «el justo equilibrio de las contraprestaciones», en razón a que el alcance de cobertura de las pólizas presenta diferentes graduaciones, y resulta bastante fácil asimilar, en el sector seguros y en cualesquiera otras actividades económicas, que **«cada cosa tiene su precio, e, incluso, algunas que no tienen precio alguno.»**

La Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 1991

Sin pretender recoger la sentencia en su totalidad, se citan los principales elementos de la misma acudiendo al resumen efectuado por López Cobos:

«Los hechos que dieron lugar al recurso de casación y a la subsiguiente sentencia del Tribunal Supremo fueron el rehusé por parte de una entidad (aseguradora de RC de un colectivo de profesionales) de unos siniestros cuyas acciones negligentes o hechos generadores tuvieron lugar durante la vigencia de la póliza, pero cuyas reclamaciones, al no haberse revelado o manifestado el hecho dañoso a la fecha de cancelación de la misma, se produjeron con posterioridad a esa fecha.»

La cláusula en cuestión, al amparo de la cual la entidad procedió al rehusar de tales siniestros, y concretamente al párrafo objeto del contencioso rezaba como sigue: **«La cobertura otorgada bajo esta póliza alcanza a aquellas reclamaciones por hechos ocurridos estando en vigor el contrato, siempre que unos y otros sean puestos en conocimiento de la Compañía dentro del período de vigencia de la póliza».**

Obviamente, y en congruencia con los argumentos vertidos en los fundamentos de derecho, el fallo condena a la demandada a **«asumir la cobertura de los siniestros acaecidos por actos profesionales negligentes realizados durante la vigencia de la póliza con independencia de la fecha en que se formulen las reclamaciones por los presuntos perjudicados».**

La cuestión no hubiera tenido en sí misma mayor importancia que la derivada de la aclaración de la cobertura de una póliza concreta de ciertos supuestos más o menos controvertidos, sino fuera por que el Tribunal Supremo ha descendido a interpretar el alcance del propio art. 73 en el siguiente sentido:

«Claramente está poniendo de manifiesto que el legislador español en materia de responsabilidad civil, de entre los sistemas determinantes de la indemnización, de su hecho motivador, de la reclamación o de ambos, ha optado por el hecho motivador, que en esencia es el riesgo de nacimiento, es decir, del acto médico que resultase equivocado que es, en definitiva, lo que constituye el siniestro y comporta en consecuencia la obligación de indemnizar, de tal modo que ésta surge nuevamente de aquél, que es consecuencia del acto médico culposo y todo ello con independencia de la fecha en que el perjudicado por tal acto formule su reclamación...».

Con una declaración tan terminante, el Tribunal Supremo ha venido a conmocionar un sistema de aseguramiento habitual de los mercados de seguro y reaseguro: los denominados «claims made bases», que sumariamente vienen a amparar las reclamaciones formuladas durante la vigencia

de la póliza, pero nunca con un enunciado tan tajante como el ya citado, ya que lo habitual es que pueda otorgarse cobertura retroactiva y períodos de reclamación posteriores a la fecha de extinción del contrato.

El siniestro en el Seguro de Responsabilidad Civil

Para hacerse una idea de la magnitud del problema y de las dificultades que surgen de la adopción de determinaciones tan rotundas, quizá válidas para un supuesto concreto como el de «los actos médicos quirúrgicos», pero un tanto inadecuadas para otro tipo de acciones u omisiones en el sector de la sanidad o en otras profesiones y, mucho más, para otras actividades empresariales agravadas, convendría recordar algunas características singulares del siniestro en el Seguro de Responsabilidad Civil.

Una de las cuestiones más debatidas en el ámbito del Seguro de Responsabilidad Civil es, sin duda, la de determinar cuál es el hecho que en este seguro constituye el siniestro, a lo que cabría añadir y el momento en qué tal siniestro se produce.

Los argumentos utilizados para acogerse a una u otra teoría han sido muy variados, pero todos pretenden un común denominador. En efecto, los elementos clásicos de la responsabilidad civil —acción u omisión—, daño y relación de causalidad —se ven reflejados en el seguro con algún otro factor: la reclamación. Por lo tanto, al menos en un plano teórico, ninguno de estos elementos constituye en sí mismo el siniestro, pero podría optarse, y de hecho así sucede, porque cualquiera de ellos ponga en juego los efectos de la póliza, el denominado (trigger).

Prosiguiendo con este discurso y retomando nuevamente a Calzada, **«La razón de esta pluralidad**

de opiniones sobre un tema tan esencial como es el del siniestro reside, en principio en el dato siguiente: en la práctica de ese seguro, a diferencia de lo que ocurre en los de daños clásicos, hay al menos dos de ellas que desarrollan el papel del siniestro. Pero, además, lo que complica la situación es que esos hechos no se producen normalmente al mismo tiempo. En efecto, nos encontramos, en primer lugar, con el hecho que causa el daño al tercero (o accidente según la terminología habitual en la práctica)... En segundo lugar, aparece la reclamación del tercero y ocurre que es este hecho —y no el accidente— el que determina el nacimiento de la obligación del asegurador».

De entre las varias teorías invocadas, parece más razonable la que sostiene que «el siniestro es un supuesto de hecho complejo o un proceso integrado por varias fases. Frente a esta postura, cabe alegar, en particular, que al perder la noción del siniestro su significado típico pierde también su valor práctico, pues un siniestro compuesto de varios hechos que, normalmente, no se producen de forma simultánea sólo pueden crear confusiones inútiles».

Personalmente no me atrevería a calificar esta confusión de inutilidad sino más bien de inseguridad jurídica. Las entidades aseguradoras se han visto envueltas en algún tipo de siniestros muy caracterizado y, sin duda complejo, donde era virtualmente imposible conocer ni técnica ni jurídicamente, donde se situaba el hecho generador ni cuando se produciría el daño. Si, a estas particulares pero trascendentales indeterminaciones, se añade la sucesión de pólizas varias con distintas aseguradoras, sumas aseguradas diferentes, tramos en exceso, acumulaciones y sistemas de cobertura, distribución de reaseguro, etc... que, con el paso del tiempo, ha demostrado sus carencias, se concluirá en que no existen soluciones universales ni unívocas para este problema.

La evolución del «trigger»

Si pudiera relatarse la historia del Seguro de Responsabilidad Civil, en particular de los Estados

Unidos, sociedad eminentemente litigiosa, en la que la Responsabilidad Civil y, en consecuencia el seguro, han discurrido paralelamente en una evolución continua y, en ciertos casos, «al borde del precipicio», es inevitable referirse a aquellos supuestos que «disparan» la cobertura del seguro de responsabilidad y determinan el momento del siniestro: accidente «occurrence», «claims made» y sus combinaciones.

Originalmente, las pólizas amparaban aquellos supuestos que correspondían a hechos claramente accidentales, enmarcados en la definición tradicional de causa violenta súbita y externa y ajena, concepto en el que tenían acogida aquellos «riesgos» típicos —peligros—, cuyos efectos dañinos se percibían en forma casi automática: incendios, derrumbamientos, explosiones, colisiones, atrapamientos, hundimientos y accidentes asimilables.

La propia realidad y las características de las reclamaciones que se iban elevando a los tribunales se encargaron de demostrar que la noción de accidente era demasiado estrecha. Sobre los años setenta, se generaliza una definición del objeto del seguro de responsabilidad civil mucho más amplia con los siguientes postulados: «**La compañía pagará de parte del asegurado todas las sumas que el asegurado deba legalmente pagar por daños causados por un "occurrence"**».

El término «occurrence» —evento, acontecimiento—, como puede suponerse, ha resultado extraordinariamente confuso. Incluso sus intentos de definición distaban mucho de marcar sus límites, ya que acogían hechos accidentales y no accidentales, abriendo enormes conflictos de interpretación, desde el momento en que se observaban reclamaciones que reflejaban nuevos casos, enmarcados en supuestos de «riesgos de desarrollo, que inicialmente no se previeron y, por consiguiente, no habían tenido reflejo en una prima acomodada a un futuro imposible de vaticinar: «**viejas pólizas para cubrir nuevas responsabilidades**».

En 1986, a la vista de los problemas de interpretación surgidos, especialmente en los casos del asbesto, productos químicos, contaminación y especialidades farmacéuticas que generan daños latentes manifestados a lo largo de períodos de

tiempo extraordinariamente dilatados, se formula una nueva redacción a las pólizas CGL (Comercial General Liability), introduciendo un nuevo esquema que sencillamente viene a significar que la cobertura del seguro se aplica solamente a aquellos supuestos en que la reclamación es formulada durante el período de vigencia de la póliza. En realidad, no se trata de un sistema tan cerrado ya que, según cada actividad concreta, es posible estipular coberturas retroactivas o ampliar el plazo de las reclamaciones, aunque la póliza se haya extinguido, pero todo ello con recargos adicionales sobre las primas básicas.

Para acabar con este punto, en materia de responsabilidad civil de abogados, auditores, corredores de seguro, administradores sociales, agentes inmobiliarios y actividades paralelas, la experiencia ha venido a demostrar que nociones como accidente o «occurrence» no tienen apenas sentido en los siniestros que derivan de errores u omisiones en el ejercicio de estas profesiones. Tampoco el hecho generador, el error profesional en sí, es determinante, ya que existen negligencias continuadas e inactividades u omisiones —dejar de hacer algo— que abren un inmenso campo a la incertidumbre, en lo que a su localización temporal respecta.

En definitiva, y esta es una solución a la que se ha llegado en otros ámbitos, cuando se trata de determinar el contenido y alcance de un seguro de responsabilidad civil, especialmente en supuestos como los que se exponen en el punto siguiente, y de considerar asimismo probables sucesiones de entidades aseguradoras cubriendo el mismo riesgo, es preciso acudir a criterios que, al menos, proporcionen un mínimo de certeza, tanto para los aseguradores como para los asegurados y perjudicados.

La crisis del sistema «occurrence»

Ya se ha señalado cómo este terrible «caos» asegurador es, en cierto modo, el resultado del

desarrollo tecnológico que permite, después de un tiempo, el descubrimiento de efectos perjudiciales sobre las personas, las cosas o el medio ambiente previamente impensables. Los cambios sociales, legislativos y judiciales contribuirán a que estas transformaciones se manifiesten con toda su virulencia.

Para ilustrar al profano en la materia, existen algunos desafortunados episodios que se elevan como paradigma de la penosa trayectoria del Seguro de Responsabilidad Civil a través de una afirmación abundantemente citada: **«No es tan triste la verdad, lo que no tiene es remedio»**. Seguidamente se resumen algunos de los casos más significativos.

Asbestosis

El contacto con el asbesto y la respiración del «polvillo» que se desprende del mismo, según se ha demostrado, causa varias modalidades de cáncer —mesothelioma y carcinoma bronquial— y una enfermedad en cierto modo profesional, la asbestosis, que afecta al aparato pulmonar ocasionando dificultades respiratorias y hasta la muerte.

Estas enfermedades comportan un largo período de latencia, pues tardan en manifestarse entre 15 y 40 años, de forma que hasta bien entrado el segundo milenio no se podrá asistir a la finalización de este desgraciado capítulo, estimándose entre 74.000 y 265.000 fallecimientos en los próximos 30 años como consecuencia del asbesto.

Naturalmente, los afectados por esta enfermedad o sus herederos han demandado a las empresas que producían asbesto, o las que lo incorporaban a sus productos o aquellas otras que lo utilizaban en sus procesos de fabricación. Detrás de los demandados, se situaban las entidades aseguradoras que han debido afrontar un acontecimiento de magnitud inesperada, llegándose incluso a disputar si hay siniestro, cuál es el momento del siniestro y a qué póliza se le asigna.

Algunos tribunales acudieron al momento de la manifestación como hecho determinante del siniestro: otros jueces, estimaron como factor di-

ferenciador el concepto de «exposición al asbesto», distinguiendo entre la exposición a la inhalación (la respiración de las fibras o polvo) y la exposición «en latencia» —in residence— (el período en que las fibras o polvo se encuentran en los pulmones, pero antes de que se manifieste la enfermedad); finalmente, otro tribunal abrió otro camino acuñando un nuevo concepto: el triple o continuous «trigger», que recoge una combinación de estos elementos y ha servido para argumentar otras decisiones posteriores. El considerando más ilustrativo de esta sentencia dictada por un Tribunal de Apelación del Distrito de Columbia, intenta definir la cuestión.

En las reclamaciones contra un demandado por una enfermedad relacionada con el asbesto, es bastante probable que se acuda a las pólizas de más de un asegurador. En razón a que cada asegurador es responsable por completo, surge la necesidad de dividir la obligación de los aseguradores. La única solución lógica de este asunto es que el demandado pueda recibir de cualquier asegurador cuya cobertura entre en juego (is triggered), la totalidad de la indemnización que se deba, condicionado solamente a las disposiciones de las pólizas que regulan la asignación de responsabilidades cuando más de una póliza cubre un daño.

En otras palabras, todas las pólizas que han cubierto una actividad industrial concreta que genere daños por asbestos pueden ser invocadas y obligadas a indemnizar a los perjudicados: desde la que cubría el instante de la primera inhalación, hasta la que amparaba el momento de la manifestación, pasando por todas aquellas que garantizaban todo el período de latencia de la enfermedad. Teniendo en cuenta que el número de pleitos pendientes superaba los 30.000 en los años ochenta y se registraban 500 nuevos casos cada día, puede fácilmente imaginarse las disponibilidades económicas que son necesarias para hacer frente a este problema. Un nuevo supuesto de reclamación pone de manifiesto hasta dónde se puede llegar: los herederos de una mujer afectada de cáncer han reclamado una indemnización apoyándose en que la enfermedad se

ha adquirido al lavar la ropa de trabajo de su marido, trabajador de un astillero en el que se utilizaba el amianto.

Talidomida

En 1961 se produce uno de los más grandes siniestros de productos farmacéuticos: Varios cientos de niños nacieron con deformaciones en sus extremidades y, en algunos casos, en sus órganos internos. Otros cientos murieron.

Contergan, una especialidad con fines tranquilizantes y relajantes que venía siendo comercializada en Alemania desde 1957, contenía el elemento causante de la tragedia: la talidomida. Se había venido empleando en 50 especies farmacéuticas distintas comercializadas en 60 países.

La catástrofe de la talidomida abrió un amplio debate sobre la necesidad de proteger a los consumidores y de implantar un sistema de control de los medicamentos mucho más estricto. Asimismo, en 1978 entró en vigor en Alemania la Ley de Productos Farmacéuticos que estableció un sistema de responsabilidad civil objetiva con seguro obligatorio.

Sin pretender entrar en profundidad en los detalles de la Ley, pero considerando las dificultades que entraña el concepto de siniestro en daños de esta naturaleza, la póliza alemana, que establece un límite por producto, no por empresa, de 12.000 millones de Ptas. (200 millones de marcos), atiende a los daños acaecidos durante la vigencia de la póliza. Como lógicamente no es posible en algunos casos determinar cuándo se producen estos daños se ha incorporado esta definición del momento del siniestro:

Se considera que el daño personal ha ocurrido en el momento en que la parte afectada consulta al médico por primera vez sobre los síntomas de su enfermedad, los cuáles, en esta ocasión o más tarde, pueden ser los síntomas reales del daño personal invocado.

Este momento de tiempo puramente convencional solamente se consideraría en ausencia de

otro más relevante que muestre unos efectos más simultáneos entre la ingestión del medicamento y su perniciosidad.

Dalkon Shield

AH Robins Co. fabricante del dispositivo contraceptivo citado que causa infecciones, infertilidad y cáncer, cuyos primeros efectos no se notaron hasta 1975, ha establecido un fondo financiero de 61.500 millones de Ptas. (615 millones de dólares USA) para afrontar las posibles reclamaciones que se presenten en el futuro por encima de los límites de 7.000 millones de Ptas. (70 millones de dólares USA) de su seguro de RC. Robins ha abonado más de 31.400 millones de Ptas. (314 millones de dólares USA) a las 8.300 mujeres afectadas, quedando pendientes todavía 3.800 demandas.

Las dificultades de prueba del uso del citado dispositivo por parte de las 200.000 perjudicadas en todo el mundo han conducido plantear el establecimiento de un esquema de indemnización a las víctimas convenido por AH Robins y la Asociación de perjudicados. Las cantidades acordadas parten de una suma de 72.500 millones de Ptas. (725 millones de dólares USA) a quienes no están en situación de demostrar la utilización del dispositivo hasta 10 millones de Ptas. (100.000 dólares USA) para mujeres con daños graves e historial médico contrastado.

Por tratarse de daños latentes, manifestados en forma diferida, provocados por diferentes actividades, sometidos a un nuevo régimen de responsabilidad civil muy estricto, afectados por un régimen de responsabilidad objetiva con carácter retroactivo sobre un sistema de solidaridad (joint and severally); —es imposible determinar cuándo ocurre el siniestro, a quien se le imputa y qué póliza ha de cubrirlo.

El hecho, por otra parte, de que se esté acudiendo a todas las pólizas que han estado cubriendo la citada actividad a lo largo de casi 30 años ha provocado un nuevo fenómeno, el «**stacking**»: la acumulación de todas las sumas aseguradas de cada una de las pólizas involucradas en las disputadas coberturas.

SIDA

Para ilustrar este repertorio de precedentes en los que no es posible determinar cuándo ocurre un siniestro y sus implicaciones con respecto a la causalidad y los factores de imputación, no es preciso salir de nuestro país.

El Tribunal Supremo español reconoce la actividad imprudente al omitir las más elementales normas de precaución y cautela y condena a indemnizar a los afectados al director del Hospital, quien «desoyó las advertencias y peticiones que se le formuló en tres ocasiones para la adquisición de determinados reactivos aptos para la realización de prácticas de detección anti-sida».

El contagio de la denominada plaga del siglo XX constituye un problema médico y político de inusuales consecuencias; bastaría con citar «los casos de los centros de transfusión en Francia y la decisión política de constituir un Fondo de Indemnización a las víctimas» o la intención de la Federación Española de Hemofilia de reclamar al Estado más de 20.000 millones de Ptas. (200 millones de dólares USA) de indemnización para los 1.147 contagiados. (416 fallecidos) por el virus a través de productos derivados de la sangre en 1981 y 1985. La causa y el momento del «hecho motivador» presentan otra vez graves problemas de identificación.

Ardystil

Este reciente y desafortunado suceso ocurrido en España, que ha acaparado las páginas de los periódicos en el último año, viene a abrir un nuevo frente de litigiosidad en lo que respecta a enfermedades o lesiones adquiridas en el trabajo, pero que no adquieren la consideración de enfermedades profesionales.

En abril de 1992, empezó a detectarse una extraña enfermedad que se manifiesta en forma de fibrosis pulmonar. Hasta el momento 6 personas han muerto y otras 92 están afectadas; todas ellas trabajan en el sector de la aerografía textil, pre-

sumiéndose que la enfermedad fue producida por la inhalación de productos químicos utilizados en la estampación de las telas.

El hecho de que una enfermedad profesional no clasificada, pero adquirida en el trabajo, pueda ser declarada accidente laboral, además de producir una cierta convulsión en las prestaciones habituales de la Seguridad Social, originó una conmoción total en los esquemas de la garantía de Responsabilidad Civil Patronal que, en el marco del seguro privado, están asumiendo la cobertura de algunos riesgos laborales.

El contencioso no ha hecho más que empezar, especialmente si se considera el terrible panorama que está apareciendo en un escenario de nuevas enfermedades ocupacionales: sorderas, afecciones respiratorias, enfermedades de la piel, lesiones de comprensión repetida (repetitive strain injuries) como consecuencia del uso de ordenadores, muebles inadecuados, realizando sobrecargas o ejercicios reiterativos con utensilios, herramientas o maquinaria que provocan lesiones degenerativas o crónicas.

Responsabilidades profesionales

En materia de responsabilidades de actividades de carácter técnico (Arquitectos e Ingenieros), los daños en los edificios o instalaciones y sus secuelas frente a terceros, especialmente cuando se trata de la denominada RC Decenal, acostumbra a proceder de «hechos motivadores» que no respondan a acciones u omisiones concretas. Si se admite que la ruina de un edificio procede de vicios del suelo o de la dirección, habría que reconducir el citado hecho motivador al error profesional al momento de la acción u omisión, tarea además de dificultosa, absolutamente incierta, ya que exigiría acudir a la llamada «arqueología aseguradora», consistente en perseguir todas las pólizas anteriores al daño para determinar que póliza concreta debe hacer frente a una reclamación.

En tal sentido, el Tribunal Supremo en una sentencia de 31 de enero de 1990 en la que precisamente se dilucidaba qué entidad debía asumir las consecuencias económicas de un daño, estimó válido el criterio de las reclamaciones que se hicieran durante el tiempo de la vigencia de la póliza, con tal de que hubiesen sido **«puestas en conocimiento de la compañía dentro del período de vigencia y siempre que no se pueda demostrar que el arquitecto ya tenía conocimiento de la reclamación, por requerimiento o notificación fehaciente, antes de la entrada en vigor del presente contrato»**.

Para finalizar este punto, la teoría del hecho motivador, entendido como error profesional negligente, y el momento de ubicación del mismo en el tiempo despliegan todas sus incógnitas cuando se trata de inactividades u omisiones, o bien de acciones continuadas cuyos efectos se difieren con posterioridad. Definir, en el caso de sucesión de contratos de seguro con diferentes entidades, qué pólizas debe amparar un supuesto concreto no ofrece más que incertidumbre e inseguridad jurídica, tanto para las Compañías Aseguradoras como para los asegurados y perjudicados.

Aluminosis

Hacia 1990 comienza a descubrirse en España la pérdida de resistencia de edificios construidos entre los años 50 y 70 con un tipo de cemento calificado de «aluminoso», formado con una mezcla de caliza y bauxita, que fue prohibido desde 1977.

De las 871.000 viviendas construidas en Cataluña a lo largo de esos 20 años, el 52% de los pisos tienen cemento aluminoso, es decir 467.000 moradas. Algunos bloques de viviendas de Barcelona ya han tenido que ser desalojados por estar afectados. Otros, aún habitados, han sido condenados al derribo por los técnicos. En Madrid, el número de viviendas con defectos no llegará a una cifra tan elevada pero, en todo caso, se estima que podrían ser unas 30.000.

¿Hay realmente daño? ¿Cuándo se ha producido? ¿Cómo se entiende la relación de causalidad? ¿Quién es el responsable? ¿Existe Compañía de Seguros amparando a los responsables?

Las Sentencias del Tribunal Supremo Francés

En diciembre de 1990, el Tribunal de Casación francés se adelanta a la sentencia de los magistrados españoles, «haciendo abstracción de las limitaciones del contrato de seguro en lo que al ámbito temporal se refiere». El Tribunal de Casación francés basa su decisión en los siguientes argumentos que se reproducen en su integridad.

«Considerando que el pago de las primas para el período que se sitúa entre la toma de efecto del contrato y su expiración tiene por contrapartida necesaria la garantía de daños que encuentren su origen en un hecho que se produzca durante este período: Que la estipulación de la póliza según la cual el daño no se garantiza más que si la reclamación de la víctima, en todo caso, en los términos del artículo 1.124-1 del Código de Seguros, en lo que afecta al Seguro de Responsabilidad Civil, ha sido formulada en el curso del período de validez del contrato, conduce a privar al Asegurado de los beneficios del seguro en razón a un hecho que no le es improbable, y a crear una ventaja ilícita, como desprovista de causa, y, en consecuencia, contraria a la disposición del art. 1131 del Código Civil, en beneficio solamente del asegurado que habría entonces percibido la prima sin contrapartida.

Que esta estipulación, en consecuencia, debe ser reputada como no escrita».

La sentencia, bastante mal acogida por el sector asegurador, ha provocado que ciertas modalidades de seguro articuladas sobre un esquema

«claims», no obtengan una respuesta aseguradora. Aunque se trata de siete sentencias que afectan específicamente al sector de la construcción, sometido a una Ley especial con seguro de naturaleza obligatoria, los principios de la misma podrían ser de aplicación a las pólizas de responsabilidad civil suscrita en otros ámbitos.

La respuesta aseguradora por el momento se ha limitado a una propuesta de convenio con el fin de evitar contenciosos entre aseguradores en lo que respecta al contenido de sus pólizas, decisión útil cuando no hay vacíos de cobertura en el supuesto de sucesión de seguros, pero que no aborda el problema de fondo cuando lo que se está debatiendo es si se cubre o no un siniestro.

Posteriormente, la propia APSAD (Asamblea de Sociedades de Aseguradores de Daños) ha redactado un informe jurídico resaltando las particularidades de los siniestros de responsabilidad civil, la necesidad de libertad contractual para definir el marco de cobertura, el carácter lícito de «la cláusula claims made» y, por último, como argumento técnico, la regulación de las cuentas anuales en materia de reservas de riesgos en curso.

Asimismo, el informe de la Comisión de Asuntos Jurídicos del APSAD culmina su «Argumento sobre la validez de cláusulas definitorias de la duración de la garantía de RC sobre el criterio de reclamación» con una recopilación de 21 sentencias de otros Tribunales que no se ciñen a los criterios del Tribunal de Casación.

La nueva Ley Belga del Contrato de Seguro Terrestre de 25 de junio de 1992

En 1937 se había constituido una comisión real para modificar la vieja Ley de 1874. Así pues, después de casi 50 años, se ha promulgado una nue-

va Ley que reafirma los principios imperativos de su contenido y, en la parte que nos ocupa, desarrolla el seguro de Responsabilidad Civil con mucho mayor detalle.

Según el art. 78 de la Ley, no se permite al Asegurador limitar los términos del seguro exclusivamente a las reclamaciones formuladas durante la vigencia del contrato, sino que se le obliga a asumir las mismas, cualquiera que sea el momento en que se presenten, pero siempre y cuando se refieran a un acontecimiento dañoso sobrevenido en el curso del contrato:

Obligaciones del asegurador posteriores a la expiración del contrato

«La obligación del asegurador se extiende a las reclamaciones formuladas después de la expiración del contrato cuando el acontecimiento dañoso se haya producido en el curso del contrato».

Según George Hupin, **«es sorprendente que la Ley opte por un modo de delimitación de la garantía en el tiempo, los acontecimientos dañosos sobrevenidos en el curso del período de seguro, y parezca excluir otros criterios, en especial para las grandes empresas». Se prohibirá así utilizar «claims made basis» que, sin embargo, según los especialistas, pasa por ser una condición inexcusable para definir la asegurabilidad de los riesgos latentes.**

Estos riesgos latentes podrían conceptuarse como aquellos acontecimientos dañosos raramente perceptibles y difícilmente «datables en el tiempo, que se manifiestan con extraordinaria dilación, o no son fácilmente identificables o imputables, tales como los riesgos de contaminación, especialmente los que provienen de almacenamiento de residuos».

Por otra parte, otro supuesto destacable de la Ley Belga es que no acoge el criterio del hecho generador sino del acontecimiento dañoso, opción mucho más concreta en determinados casos, ya que el daño, al fin y al cabo, no es más que la consecuencia de un hecho motivador, de un error

u omisión, de un comportamiento humano, en suma.

La Ley Alemana del Medio Ambiente

En Enero de 1991, entró en vigor la Ley Medioambiental, confirmando las preocupaciones desarrolladas a lo largo de los últimos 30 años por la sociedad alemana.

De este modo, se imponen a ciertas actividades «clasificadas» responsabilidades civiles de carácter objetivo y solidario hasta un total de 18.000 millones de Ptas. (320 millones de marcos) por daños originados a la atmósfera, suelos o aguas.

En su artículo 19, se establece una cobertura obligatoria que se puede materializar por medio de un seguro, una garantía, o un aval a cargo de una Institución Financiera.

En la materia que nos ocupa, debe destacarse que el contenido concreto de esta cobertura aseguradora ha sido objeto de negociación entre la Administración Federal y la Asociación de Aseguradores Alemanes, en razón a que existen cierta clase de daños medioambientales que no son ni serán asegurables.

En lo que se refiere al ámbito temporal de cobertura, la nueva póliza atiende al criterio de **«la primera identificación verificable»**, de que un daño ha ocurrido, siempre que la misma tenga lugar durante la vigencia del seguro.

Este criterio permite a los aseguradores reaccionar oportunamente en el caso de una evolución imprevista del riesgo cubierto. Se considera asimismo la extensión de período opcional de cobertura a tres años para daños que ocurran durante la vigencia pero que sean identificables solamente durante este período de extensión.

Nuevamente se pone de manifiesto que el alcance del seguro de responsabilidad civil en la

mayoría de las veces no se ajusta a las propias exigencias de responsabilidades legales ni abarca la totalidad de las mismas.

Los usos del mercado de Seguros y Reaseguros

Puede afirmarse que en todo el mundo desarrollado, que coincide con aquellos países en los que el Seguro de Responsabilidad Civil adquiere cierta representatividad en razón al grado de evolución social, cultural y económico de sus habitantes, se admite la libertad contractual en lo que respecta al ámbito temporal de cobertura de las pólizas.

Esta libertad contractual se plasma en tres criterios que se materializan bien en el momento del acto, bien del acaecimiento del daño, o, por último, de la formulación de la reclamación. Pero ninguno de estos principios opera actualmente sobre unas reglas estrictamente puras, ya que se combinan unos con otros. En todo caso puede afirmarse que la pauta del hecho motivador, entendiéndolo como acto generador, es el menos habitual de todos los sistemas. El resumen de la situación podría formularse del siguiente modo:

— **En las pólizas de actividades profesionales, se acude a un esquema «claims made» con posibilidad de pactar retroactividad por hechos anteriores, a cambio de la correspondiente sobreprima.**

— **En riesgos industriales y diversos se aplica el sistema de «occurrence» (daños ocurridos) durante la vigencia de la póliza, pero siempre que la reclamación se formule en el curso del contrato y dentro de un período variable (sunset) entre dos y cinco años, contados a partir de la extinción de la póliza.**

— **En materia de responsabilidades por productos específicos (Farmacéuticos, cosméticos,**

químicos) o contaminación, se acoge un régimen «claims made» con posibles retroactividades y coberturas subsiguientes (extended reporting period), mediante el cálculo y aplicación de una prima adicional.

Si, al amparo de las Directivas Comunitarias, se pretende culminar la libre prestación de servicios y el coaseguro comunitario, resulta evidente que la actividad aseguradora no puede resultar constreñida a unos principios cerrados e inmutables, sino que habrá que adaptarse a las prácticas habituales de los países desarrollados que aplican ciertos usos aseguradores suficientemente contrastados y experimentados por las naciones que conforman el liderazgo mundial del seguro y reaseguro.

Ventajas e inconvenientes de los distintos sistemas de delimitación temporal

Si, declarando la nulidad de determinadas cláusulas, se pretende proteger el asegurado y a los perjudicados, aplaudamos la buena intención de legisladores y jueces. Sin embargo, como se ha podido comprobar en los precedentes recogidos en este trabajo, no todo es tan claro como originalmente pueda parecer. La Sentencia del Tribunal Supremo español es perfectamente aceptable en un supuesto puntual como el que se planteaba: intervención quirúrgica demostrada que se materializó en un daño efectivo casi simultáneo cuya reclamación desembocó en un vacío de cobertura al no ser aceptados los siniestros ni por la póliza primera ni por la posterior.

En otros supuestos, sin embargo, hubiera sido imposible determinar hechos motivadores, causalidades, responsables y aseguradores, y, en tal caso, las incertidumbres surgidas habrían condu-

cido a resaltar la utilidad de otros criterios que presentarían mayores beneficios para asegurados y víctimas.

Por consiguiente, los mayores inconvenientes que se desprenden del criterio del hecho motivador, derivan de la concreción de tal hecho, no siempre posible, de la necesidad de encontrar la póliza o pólizas que cubrían el hecho motivador causante del daño (arqueología aseguradora), de que los límites asegurados a colación serán los vigentes en el momento de realización del propio hecho motivador, no los posteriores, (deuda de responsabilidad como deuda de valor), de que la suma asegurada pueda haber quedado agotada por siniestros previos, de que, en tiempos de crisis, las compañías que cubrían estos riesgos han podido haber quebrado o están sometidas a algún proceso de intervención o liquidación.

Desde una perspectiva económica, mantener un período de cobertura ilimitadamente cubierto en el tiempo comporta un incremento considerable de la prima, ya que no es igual cubrir un plazo más o menos cerrado que otro extraordinariamente indefinido (long tail).

Los otros sistemas, adaptados a la medida de cada caso concreto, contrastan esta incertidumbre con un mayor componente de seguridad, ya que permiten con un mejor fondo de certeza situar el siniestro en el tiempo, determinar causalidades, definir quién es el responsable y, sobre todo, adjudicar la indemnización a una póliza perfectamente identificada y a un cuadro de reaseguro convenientemente configurado.

Por otro lado, al concentrarse el período de cobertura y disminuir las expectativas de siniestros latentes e inesperados, se podría ajustar el precio del seguro a la realidad del riesgo cubierto con mayor exactitud.

Asimismo, la solvencia de la entidad aseguradora no sería tan controvertida desde el momento de que se está jugando con períodos de contratación más próximos en el tiempo, circunstancia que, al menos teóricamente, salvaguarda un proceso de liquidación inmediato.

Los solapamientos y vacíos de cobertura resultarían también superados al quedar fijados los

ámbitos contractuales de cada póliza. En caso de sustitución, el seguro ulterior se ajustará a la póliza precedente con el fin de evitar estos contenciosos.

Por último, la suma asegurada se actualizaría oportunamente al objeto de responder a las reales necesidades de seguro en razón a las peculiaridades del riesgo cubierto y a la prima abonada, teniendo siempre en cuenta la relación cobertura-coste.

Opiniones doctrinales

A la vista de las consecuencias de la Sentencia del Tribunal Supremo, que han convulsionado a la Institución Aseguradora, hasta el punto que actualmente se detectan insuperables problemas para la contratación de ciertas clases de seguro, se solicitan dictámenes jurídicos a prestigiosos despachos de abogados que han formulado diversos informes que se resumen seguidamente.

El dictamen de Ruíz Gallardón y Muñiz se inclina por una redefinición del riesgo que se cubre mediante el Seguro de Responsabilidad. En efecto, no sería la acción u omisión del asegurado el elemento determinante del daño, sino el propio acto de reclamación que formula el perjudicado.

Esta solución queda plenamente reafirmada en aquellos casos en que la acción u omisión produce un daño del que no se reclama resarcimiento. La causa de la obligación de indemnizar no llegaría así a nacer **«quedando indemne el patrimonio del asegurado, cuya salvaguardia es, precisamente, la finalidad que se persigue con el seguro de Responsabilidad Civil. El siniestro será, pues la reclamación y no el hecho dañoso»**.

Por su parte, Sánchez Calero se pronuncia sobre la validez de sus cláusulas de delimitación temporal:

«A nuestro juicio ha de estimarse válida, por el contrario, la cláusula que limita la cobertura

temporal del riesgo asumido por el asegurador a la circunstancia de que el tercero perjudicado efectúe la reclamación por el hecho dañoso —ocurrido durante la vigencia del contrato— antes de que transcurra un determinado plazo a contar desde la extinción del contrato. Plazo que sugerimos sea de dos años.

La cláusula indicada es válida, a nuestro juicio, en cuanto que es una delimitación temporal del riesgo que asume el asegurador. Este asume la cobertura del riesgo del nacimiento de una deuda indemnizatoria causada por determinados hechos dañosos, siempre que tales hechos se verifiquen estando en vigor el contrato y la reclamación del tercero se produzca antes del término indicado de dos años, contados a partir de la extinción del contrato de seguro. Ciertamente la deuda indemnizatoria podrá permanecer viva a cargo del asegurado más tiempo, pero el asegurador ha querido delimitar temporalmente el riesgo asumido».

Sin perjuicio de que el profesor Sánchez Calero parece identificar «hecho motivador» con «hecho dañoso», y de que sugiere incorporar a las pólizas un plazo de reclamación de dos años, siempre discutibles, parece oportuno apoyar su teoría. La expresión «dentro de los límites de la Ley del contrato» junto con la noción de «hecho previsto en el contrato» debería considerarse suficiente argumento para señalar los confines de la responsabilidad del asegurador, susceptibles siempre de ampliar o restringir en función del precio del seguro.

Criterio de la Dirección General de Seguros

Por su parte, la sección de consultas y reclamaciones de la Dirección General de Seguros parece sostener dos posturas un tanto incompatibles, ya

que por un lado se acoge a la «doctrina del hecho motivador» y, por otro, se admite la validez de una cláusula de línea «claims made», bien es cierto que sobre premisas distintas.

La primera resolución de Junio de 1992 se refiere a un supuesto de Responsabilidad Civil profesional de un arquitecto. Las condiciones de las pólizas se articulan sobre un esquema «claims», de modo que, para que entren en juego las garantías de la póliza, **«será necesario que el asegurado haya tenido conocimiento fehaciente de la reclamación extrajudicial o judicial durante la vigencia de la póliza. Por lo tanto, se delimita así el ámbito temporal del seguro sin que pueda entenderse que es otro distinto al describir como objeto del seguro la responsabilidad civil derivada del art. 1591».**

En virtud de todo lo expuesto, la Dirección General de Seguros entiende que la actuación de la Entidad Aseguradora se ha ajustado a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico.

Sin embargo, en otro procedimiento de febrero del presente año referido a la póliza del Insalud, se opta por una decisión contraria basada en los argumentos de la Sentencia del Tribunal Supremo, considerando que el sistema determinante de la responsabilidad civil es el «hecho motivador» de que tales responsabilidades nazca. En este asunto, el acto médico culposo constituiría el siniestro, comportando la obligación de indemnizar, con independencia de cuando reclame el perjudicado.

Prosiguiendo con esta fundamentación, la cláusula que limita a doce meses, después de concluido el contrato, la cobertura de las reclamaciones formuladas por hechos acaecidos durante la vigencia y cuyas consecuencias se evidencian en ese plazo, tiene carácter lesivo para las aseguradoras, llevando aparejado el efecto indudable de nulidad.

En esta misma línea, a los efectos de la aprobación de la documentación técnica y contractual del seguro de Responsabilidad Civil, la propia Dirección General de Seguros, en lo que se refiere a la vigencia temporal del seguro, ha venido últimamente exigiendo la redacción de esta cláusula con observancia de los siguientes términos:

«La acción u omisión causante del daño se deberá producir durante la vigencia de la póliza pero la consecuencia dañosa que dará lugar a la responsabilidad civil podrá manifestarse desde ese momento hasta el plazo que señalen las correspondientes leyes procesales y esto conforme al contenido de la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 1994».

El sostenimiento de un criterio tan exigente está conduciendo en realidad a una cierta contracción del mercado asegurador y reasegurador, que está reconsiderando la suscripción de determinados riesgos y modalidades de seguro, incapaces de resistir este planteamiento, cuya inseguridad e insuficiencia ha quedado sobradamente demostrada.

El justo equilibrio de las contraprestaciones

En el campo de los intereses económicos y sociales del consumidor contemplados en la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, se concede una especial relevancia a las cláusulas, condiciones o estipulaciones de los contratos. Sin perjuicio de la promulgación de la futura Ley sobre Condiciones Generales de Contratación y de la aprobación de la Directiva que se está redactando sobre el mismo contenido, en el art. 10 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios se determinan los requisitos que deben observar los contratos, acentuando tales exigencias en la concreción, claridad y sencillez de la redacción de las cláusulas, la entrega a los interesados de documentos acreditativos, y el respeto a la buena fe y al justo equilibrio de las contraprestaciones.

Este precepto, junto con los artículos segundo y tercero de la Ley de Contrato de Seguro, han servido de apoyo para declarar la lesividad y nulidad de las estipulaciones contractuales que no

se ajusten a estos principios. Sin embargo, sin discutir los fundamentos jurídicos de estas decisiones, no se aborda un problema de fondo de extraordinaria trascendencia: La otra cara de la contraprestación recogida en el artículo primero de la Ley del Contrato de Seguro en base al principio de la reciprocidad obligacional.

Con el loable pretexto de protección del consumidor, se olvida que la cobertura de seguro otorga a cambio de una prima, de forma que a más amplias garantías, mayor precio. En tal sentido, aplicando simplemente criterios de economía doméstica no es muy dificultoso colegir que, entre los factores que inciden en el precio del seguro de responsabilidad civil, hay que considerar la suma asegurada, el ámbito territorial, la contratación de garantías complementarias, la derogación de algunas exclusiones particulares y el ámbito temporal.

Por consiguiente, en la mayoría de los casos no solamente no se aprecia una ventaja ilícita para el asegurado por el hecho de atribuir a la póliza un ámbito temporal concreto, sino que la declaración de nulidad de esta clase de cláusulas genera un perjuicio considerable al mismo, ya que la prima no se calculó para hacer frente a compromisos exorbitantes que caían fuera de la intención de las partes, hasta el punto de que **«si se hubiera pretendido utilizar otro esquema temporal de cobertura del riesgo, la póliza bien se hubiera sucrito o se hubiera realizado a condiciones económicas diferentes».**

La consideración de «Gran Riesgo»

Según reza la Exposición de Motivos de la Ley 21/1990 sobre la adaptación de la legislación de seguros a la Directiva 88/357 y la actualización de la Legislación de Seguros privados, **«la norma-**

tiva de control ha de introducir igualmente las especialidades propias de los llamados grandes riesgos. Este tipo de riesgos se sitúa bajo un control administrativo que en algunos aspectos, y por imperativo de dicha norma comunitaria, queda flexibilizado en atención al especial carácter de los tomadores».

La citada exigencia se plasma en la modificación introducida en el art. 44 de la Ley: **«No serán de aplicación al contrato de seguro contra daños por grandes riesgos, tal como se delimitan en la Ley de Ordenación de Seguros Privados, el mandato contenido en el artículo segundo de esta Ley».**

Como se recordará, el mencionado artículo se refiere a los preceptos de carácter imperativo de la Ley, entre los que se encuentra el art. 73 que define el Seguro de Responsabilidad Civil, aderezado con la interpretación judicial que sirve de fondo a este trabajo.

De este modo, el 1 de Enero de 1997, fecha en que se darán por finalizados los períodos transitorios, tendrá la consideración de gran riesgo, aquellos en los que el Tomador del Seguro supere, al menos, dos de los tres límites siguientes:

- **6,2 millones de Ecus como suma total del balance: (860 millones de pesetas).**
- **12,8 millones de Ecus como cifra neta de negocio. (1760 millones de pesetas).**
- **250 como número medio de personas empleadas durante el último ejercicio.**

En otras palabras, y retomando nuevamente el informe de Sánchez Calero **«Los preceptos de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro no tienen carácter imperativo, prevaleciendo en principio la voluntad de las partes sobre el texto de la propia Ley».**

Podría incluso afirmarse con absoluta seguridad que la mayoría de los riesgos industriales, incluso los de cuasi mínima entidad, entrarían dentro de esta calificación, quedando al margen de los mismos los riesgos sencillos que no suelen presentar problemas de aplicación de cláusulas «claims made» por no presentar problemas de «long-tail», y las responsabilidades profesionales de carácter in-

dividual que, a tenor de su evolución, no parecen tener mucho atractivo para la mayoría de los aseguradores, especialmente si se aplican criterios ajenos a las prácticas de seguro.

Sería posible incluso sostener, si se quiere como una «boutade», que los principios inspiradores de la Ley de Seguros de protección de asegurados y perjudicados podrían discurrir por un duro trance si este proceso llegara hasta el final, sin haber abordado la cuestión de fondo: **La modificación urgente del art. 73 de la Ley de Contrato de Seguro, reputando como lícitas las cláusulas de limitación temporal que sean más adecuadas al riesgo cubierto, ateniéndose en, cualquier caso, a la libre autonomía de la voluntad de las partes.**

Corolario

Si se pudiera resumir en dos palabras la andadura del Seguro de Responsabilidad Civil en todo el mundo en los últimos 20 años, habría que referirse en los siguientes términos: cambio e incertidumbre.

En esta continua marcha hacia delante, las entidades aseguradoras se han visto obligadas a desplegar sus máximos esfuerzos para centrar sus obligaciones contractuales en un entorno sometido a transformaciones sociales, legales y, en especial, judiciales terriblemente exigentes. Las razones de estos requerimientos, que acaban por materializarse en términos puramente económicos, se justifican por la función social del seguro conjugada por el hecho de la existencia de una víctima desprotegida a la que es preciso indemnizar.

Sin embargo, a menudo se olvida un elemento fundamental: Responsabilidad Civil y Seguro de Responsabilidad Civil no tienen idéntico contenido. En efecto, una de las primeras cosas que se aprende al dedicarse a la actividad aseguradora,

especialmente en el campo de estos seguros, es la distinción entre responsabilidad y seguro, de forma que ninguna póliza de seguro en ningún país del mundo abarca en su integridad toda la esfera de responsabilidades que derivan del ejercicio de una actividad empresarial, profesional o privada. **Siempre hay, pues, riesgos o daños que no son objeto del contrato de seguro y aspectos particulares que se delimitan en razón al propio precio del seguro.**

En este contexto, la sentencia del Tribunal Supremo que ha provocado en cierto modo esta conmoción, puede estimarse válida a los efectos del caso debatido, pero la solución adoptada abriría serios interrogantes en otros supuestos en los que se hubieran registrado otros factores mucho más difíciles de apreciar, como ha podido constatarse anteriormente.

Como ya expresaba Viney **«parece claro que en función de la extensión que han experimentado los seguros, se ha ido realizando de manera progresiva una deformación de las condiciones tradicionales de los principios de la Responsabilidad Civil. Quizá no fuera aventurado establecer que la sucesiva desaparición de los requisitos de lo injusto, de la culpa o del nexo causal se produce sobre todo en aquellos casos en los que la responsabilidad está cubierta por un seguro o en aquellos otros en los que, aunque no existía el seguro, éste debería haber existido, bien en virtud de una obligación «ex lege», de una obligación reglamentaria o, incluso, si se quiere, de un deber de carácter consuetudinario».**

Prosiguiendo con este argumento, De Angel alude a una nueva posible fuente de la obligación de resarcimiento: La responsabilidad por asegurabilidad. De este modo, «las circunstancias de que un hecho, o la actividad en que se encuadra, sean asegurables —esto es, que exista la posibilidad de transferir al asegurado los riesgos correspondientes—, hace que el daño producido sea, por este sólo motivo, fuente de responsabilidad para el agente».

Puede así apreciarse cómo es posible concebir al Seguro, tal y como se indicó, como un sis-

tema de compensación social de pérdidas, sin tener en cuenta que esta solución sería en todo caso aceptable desde el punto de vista de indemnización a las víctimas de un daño que no debían soportar, pero en ese caso ya no se está hablando de un seguro, si no de otra cosa diferente (Fondos públicos, privados o mixtos, Partidas presupuestarias especiales o Instituciones Benéficas).

En este punto, es preciso entender que el seguro se basa en unos esquemas económicos basados en el reparto o en la financiación, o bien en ambos conceptos a la vez. Mediante el primer sistema, todos los asegurados abonar una cantidad determinada para hacer frente a las consecuencias de una pérdida grave que afecta a uno de ellos, atendiendo así a los principios originales del mutualismo. La financiación se materializa a través de la acumulación de cuotas o plazos que sirvan para reparar un siniestro futuro.

Las entidades aseguradoras no hacen en definitiva más que administrar unas primas, que se calculan en función de unos compromisos contractuales asumidos sobre unas intenciones originales de cobertura en función de cada riesgo. Extender este concepto a otros ámbitos excede con mucho de la función aseguradora, al menos en lo que una economía de mercado se refiere.

El sostenimiento de una filosofía del seguro exorbitante no puede llevar más que a los excesos del llamado **«Síndrome de California»**. Como resume Neave. **«Sirve para describir la absurda situación de incertidumbre que se impone sobre cuestiones puramente legales. Las quejas de especial preocupación se refieren a la interpretación por los Tribunales de las cláusulas de los contratos, la consideración de los daños y las elevadas indemnizaciones otorgadas. En aquellos países en los que la actividad de seguros se ha desarrollado, el peligro de extensión de estas prácticas es muy real. En este clima, las perspectivas de una «huelga de seguros» y la negativa de los aseguradores a cubrir ciertos riesgos puede llegar a ser una posibilidad real».**

Este vaticinio se ve confirmado a través de otra célebre sentencia que acostumbra a citarse como ilustración de los excesos producidos en materia de responsabilidades por contaminación: El caso SUMMIT. Summint Associate Inc. adquirió un terreno en Edison Township, Nueva Jersey, sin saber que había sido precisamente utilizado como instalación para tratamiento de aguas residuales. Cuando se descubrieron los residuos tóxicos depositados en este terreno, se ordenó a Summit que retirara los mismos. Acto seguido, Summit reclamó a Liberty Mutual, su compañía de seguros, los costes de retirada de los residuos más los de limpieza del terreno.

Como, al igual que en otros muchos casos, lo que se estaba debatiendo era el propio contenido de las cláusulas del contrato de seguro, el asunto se planteó ante un Tribunal que, entre otros argumentos, declaró:

Los principios de Orden Público que subyacen en este campo son bastante claros cuando los daños potenciales a la salud, seguridad y bienestar de la gente deben prevalecer sobre las estipulaciones del contrato de seguro en cuestión. Por consiguiente, la exclusión de la póliza que se contiene en la cobertura cuando el daño afecta al propio terreno del asegurado, debe considerarse inaplicable cuando el peligro al medio ambiente es extremo».

Por bien, no quisiéramos prolongar más estos razonamientos sin resaltar las propias palabras de Olivencia en los comentarios al art. 73 de la Ley: «El contenido de este artículo, sin duda susceptible de mejora, ha permanecido inalterado desde la primera versión del anteproyecto. Después de más de diez años, la sociedad y el seguro han sufrido una transformación tan notoria que la modificación de este artículo resulta absolutamente imprescindible para que el seguro de Responsabilidad Civil pueda subsistir, continuando desempeñando esa función social tan invocada por los Tribunales en cuantas ocasiones deben acudir al seguro para amparar a perjudicados que merecen ser protegidos».

Conclusiones

A la vista de los argumentos que se acaban de expresar, sería ciertamente posible formular, un conjunto de postulados que, a modo de remate, resumirán el estado de la cuestión y gozarían de una aceptación casi general en el propio sector asegurador.

1. **El Seguro de Responsabilidad Civil se caracteriza por su continua transformación.**
2. **El art. 73 de la Ley de Contrato de Seguro puede admitir diversas Interpretaciones, pues parece ofrecer un contenido más abierto.**
3. **Las Sentencias del Tribunal Supremo han sido pronunciadas en supuestos concretos en los que se apreciaba un vacío de cobertura.**
4. **El siniestro en el Seguro de Responsabilidad Civil es un proceso complejo integrado por varias fases.**
5. **Las prácticas aseguradoras internacionales utilizan varios sistemas para delimitar el ámbito temporal de la cobertura en función de los riesgos cubiertos.**
6. **El sistema del hecho motivador —como acción o como daño— no es adecuado en un buen número de casos.**
7. **Decisiones similares a la española adoptadas en otros países (Francia y Bélgica), están provocando los mismos problemas y requiriendo modificaciones legales urgentes.**
8. **Los sistemas de delimitación habitualmente utilizados se adaptan a lo más conveniente en cada caso concreto.**
9. **Existen opiniones doctrinales que sugieren otras interpretaciones del art. 73.**
10. **Los criterios de la Administración se prestan, al menos, a discusión.**
11. **El justo equilibrio de las contraprestaciones debe atender, entre otros factores, al precio del seguro.**
12. **La consideración de «Gran Riesgo» llevará aparejada la inaplicación de la Ley de Contrato de Seguro a ciertos riesgos.**

ANÁLISIS

13. Para alcanzar mayor seguridad jurídica, es preciso modificar el actual art. 73 de la Ley de Contrato.

14. Responsabilidad Civil y Seguro de Respon-

sabilidad Civil no se ajusta al mismo contenido.

15. La asegurabilidad de determinadas actividades o profesiones es inabordable con la interpretación actual del mencionado artículo. ■