



**FACULTAD DEPOSTGRADO
TESIS DEPOSTGRADO**

**CLAUSULAS Y PRACTICAS ABUSIVAS DEL CONTRATO DE
SEGUROS EN PERJUICIO DE LAS EMPRESAS
CONSUMIDORAS DE SEGUROS POR DAÑOS**

**SUSTENTADO POR:
AMOR MEDINA CARRANZA**

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE
MÁSTER EN
DERECHO EMPRESARIAL**

TEGUCIGALPA, F. M.

HONDURAS, C.A.

JULIO, 2017

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

UNITEC

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

MARLON ANTONIO BREVÉREYES

SECRETARIO GENERAL

ROGER MARTÍNEZ MIRALDA

DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO

JOSÉ ARNOLDO SERMEÑO LIMA



FACULTAD DE POSTGRADO

CLÁUSULAS Y PRÁCTICAS ABUSIVAS DEL CONTRATO DE SEGUROS EN PERJUICIO DE LAS COMPAÑÍAS CONSUMIDORAS DE SEGUROS POR DAÑOS

NOMBRE DE LA MAESTRANTE:

Amor Medina Carranza

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar la existencia de cláusulas y prácticas abusivas del contrato de seguros en perjuicio de las compañías consumidoras de seguros por daños. A través de un estudio metodológico cualitativo, se pretendía determinar las causas principales que permitían el abuso de las compañías de seguros en perjuicio de las empresas consumidoras. Por medio de una investigación, la maestrante fijó objetivos específicos, variables de investigación e indicadores para plantear un resultado general de la investigación. Se tomó en consideración la investigación documental, entrevistas a expertos y encuestas realizadas a representantes legales de empresas mercantiles, para determinar que: La problemática planteada se debía no por la falta de regulación legal de dichas prácticas, sino por la falta de aplicación, cumplimiento y desinformación de la normativa vigente y de la falta de compromiso de las entidades regulatorias en cumplir y hacer cumplir las mismas. Bajo esa consideración, se propuso unificar en un solo cuerpo normativo todas las disposiciones legales que regulen la actividad aseguradora del país, mejorar la participación de las entidades regulatorias en el país y fomentar la educación financiera a favor de los consumidores.

Palabras Claves:cláusulas abusivas, compañías consumidoras, patrimonio social, prácticas abusivas, seguros.



GRADUATE SCHOOL

ABUSIVE PRACTICES AND CLAUSES THAT THE INSURANCE COMPANIES OF HONDURAS INCLUDE IN ALL OF THEIR CONTRACTS WITH CONSUMER'S.

BY:

Amor Medina Carranza

Abstract

The purpose of this research was to determine the existence of clauses and/or any abusive practices that the Insurance Companies, included in their contract's that may be abusive to the Consumers. Through a qualitative methodological study, it was tried to determine the main causes that allowed the abuse of the insurance companies to the detriment of the consuming companies. Through an investigation, the researcher set specific objectives, research variables and indicators to raise a general result of the research. Documentary research, interviews with experts and surveys completed by the legal representatives of honduran companies that are current consumers of Insurance Companies, were taken into account to determine that: The problem was caused, not by the lack of legal regulation of such practices, but by the lack of implementation, compliance and enforcement by the Honduran Authorities and by the mayor disinformation of the current regulations by part of the Consumer's. Under that consideration, it was proposed to unify in a single regulatory body all of the legal provisions that regulate the country's insurance activity, to improve the participation of regulatory entities in the country and to promote financial education in favor of consumers.

Key words: abusive clauses, abusive practices, consumer companies, insurance, social assets.

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la oportunidad de culminar esta etapa en mi vida, por permitirme nuevamente lograr mis objetivos con salud y entendimiento pero sobre todo por su infinita bondad y amor.

A mi madre, por ser mi razón de vivir, por todo su apoyo, sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, y por todo el amor sin condición que me entrega día a día.

A mi padre, a un hombre que a pesar que no pueda verlo ni tenerlo físicamente, está presente en cada momento de mi vida. Es la razón de que yo pueda seguir alcanzando cada una de mis metas, con todo su amor me enseñó realmente a ser una mujer decidida, con muchos deseos de triunfar y lograr todo lo que me propusiera. Hoy en día, le debo todo lo que soy y lo que puedo ser. Sé que este logro lo celebra también conmigo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a una persona muy importante en mi vida, alguien que me ha apoyado como nadie más lo ha hecho en mi vida, Max Mejía. Con todo su amor y sus consejos me ha acompañado desde el principio de este gran proyecto. Estoy sumamente bendecida de tenerlo a mi lado para impulsarme y nunca dejarme sola.

Agradezco a mis familiares por siempre estar pendiente de todo lo que me sucede. De igual manera, le agradezco a cada uno de mis maestros que en el transcurso de mi maestría me han apoyado para culminar mis estudios profesionales; al Abogado Carlos Espinal, por su tiempo, apoyo y paciencia en la elaboración del proyecto de tesis.

Y por último y no menos importante, a mis compañeros maestrantes. Ha sido una verdadera satisfacción compartir este proyecto con personas tan maravillosas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 Introducción	13
1.2 Antecedentes del problema	14
1.3 Definición del problema	16
1.3.1 Enunciado del problema	16
1.3.2 Formulación del problema	17
1.3.3 Preguntas de investigación	17
1.4 Objetivos del proyecto	18
1.4.1 Objetivo general	18
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.5 Justificación	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	19
2.1 Análisis de la situación actual	20
2.1.1. Análisis del macro-entorno	21
2.1.2. Análisis del micro-entorno	25
2.1.3 Análisis interno.....	31
2.2. Teorías de sustento	40
2.3. Conceptualización	43
2.4. Marco Legal.....	52
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	55
3.1 Congruencia metodológica	55
3.2 Enfoques y Métodos	58
3.3 Diseño de la Investigación	58
3.3.1 Población	59
3.3.2 Muestra	59
3.3.3 Unidad de análisis	60
3.4 Técnicas e instrumento aplicados	61
3.5 Limitaciones del problema de investigación	62

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS	63
4.1 Entrevista	65
4.1.1 Resultados	65
4.2.1 Resultados	69
4.3 Encuestas	71
4.3.1 Resultados	71
4.4 Apuntes del Investigador	72
4.5 Análisis Integral	74
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
5.1 Conclusiones	77
5.2 Recomendaciones	82
BIBLIOGRAFÍA	86

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ESTAMENTOS LEGALES.	53
TABLA 2. MATRIZ METODOLÓGICA.	55
TABLA 3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES.	56
TABLA 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.	58
TABLA 5. EMPRESAS DE SEGUROS EN HONDURAS.	¡Error! Marcador no definido.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo detalla una descripción breve del contenido de la investigación realizada sobre las cláusulas abusivas y prácticas abusivas de las aseguradoras en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros de daños, mismo que incluye los antecedentes que

fundamentan el presente estudio, su importancia teórica y práctica, así como la problemática actual y las consecuencias que se pueden generar por los abusos y por las prácticas abusivas cometidas en contra de las empresas aseguradas.

1.1 Introducción

En el amplio campo comercial, la creciente tendencia hacia la comercialización en el mundo entero conlleva, como causa y consecuencia, a la búsqueda de formas de convivencia que presentan nuevos desafíos para la solución de los conflictos sociales, incluyendo la toma de decisiones y el rediseño de mecanismos antiguos, así como el descubrimiento de nuevas modalidades.

Las relaciones en el ámbito comercial, dado el continuo quehacer del individuo, tienden a acentuarse, por lo cual de una u otra forma, han sido objeto de preocupación por parte de investigadores y científicos quienes han incursionado en el campo del comercio jurídico. Así, en el ámbito del derecho mercantil se estudia el auge que han tenido las contrataciones de seguros que se le ofrecen a la sociedad, y particularmente que se ofrecen a las empresas mercantiles para resguardarse frente a cualquier menoscabo en contra de su propiedad.

Resulta ante ello imprescindible, analizar las regulaciones jurídicas de los casos que con aumentada frecuencia en la actualidad se presentan y que tocan los aspectos relacionados con el tráfico mercantil de seguros. Ante las nuevas formas y procedimientos, el contrato de seguro se ha erigido por excelencia como una de las vías para asumir los riesgos de las actuaciones sociales de las empresas mercantiles.

Es así que se analiza el contrato de seguro, y en el proceso se descubre que el problema de la desprotección de los asegurados o empresas de consumidores de seguros radica tanto en las 'Cláusulas Abusivas', como en las 'Prácticas Abusivas' de ciertas compañías de seguros, que no cumplen verdaderamente con su función social, cobrando de manera efectiva las primas con placer, pero que en la mayoría de los casos, se justifican en algún supuesto para no pagar los siniestros por los cuales fueron contratados.

De aquí parte la importancia de la presente investigación, orientada a determinar cuáles son los abusos que perjudican los legítimos intereses de los propios asegurados y cómo podemos evitar los mismos, así como su repercusión en los efectos personales y patrimoniales, velando por la correcta protección a favor de las empresas consumidoras de seguros, especialmente en el seguro de daños.

1.2 Antecedentes del problema

Desde la aparición del hombre sobre la tierra, el ser humano ha buscado, además de su sustento, la protección de sus bienes y de su entorno familiar y social, por tanto, la noción de seguridad es consustancial a la del ser humano. El seguro es una actividad que reduce el temor del hombre ante la incertidumbre e inseguridad que rodean su integridad personal y sus bienes (riesgos sobre los que no tienen control, que le amenazan y que de producirse le originarán gastos y/o pérdidas patrimoniales).

Las empresas, como institución mercantil, en el giro de sus actividades comerciales se encontraban expuestas, de igual manera a muchos riesgos, por eso resultó importante la predicción o prevención completa de la ocurrencia de los riesgos, que les permitiera contraer los efectos financieros que afectaban directamente a la sociedad en sí.

Es así que las empresas, hoy en día, resultan ser grandes consumidoras de seguros, y cada vez más, surgen más compañías de seguros, que se encargan de producir el servicio de seguridad que estas necesitan, cubriendo así determinados riesgos económicos (riesgos asegurables) a las unidades económicas de producción y consumo.

No obstante, la relación de las empresas consumidoras de seguros y las compañías aseguradoras no está siendo para nada fácil, especialmente cuando se produce un siniestro. El asegurado, en la mayoría de los casos, es la parte débil, que a menudo se ve en una situación de desventaja y está obligado a reclamar. Estos son víctimas de abusos y malas prácticas por parte de las compañías de seguros.

Entre los abusos más frecuentes, encontramos la falta de información sobre las coberturas, donde se incluyen exclusiones desproporcionadas en las condiciones generales; el aumento desproporcionado y progresivo de las primas, la negativa en la aceptación de un siniestro, la indebida atención, la mora en el pago de una indemnización y, en general, las barreras que imponen algunas aseguradoras a sus clientes cuando estos presentan una reclamación. Pero también a estos problemas hay que sumarles otros relacionados con las discrepancias en la interpretación de las pólizas y la falta de cumplimiento por parte de las aseguradoras en caso de siniestro.

Es así, que todo lo anterior, tiene disparadas las quejas contra esta industria y la protección del consumidor de seguros se convierte en uno de los temas prioritarios en la agenda del sector asegurador hondureño.

1.3 Definición del problema

1.3.1 Enunciado del problema

En teoría las condiciones de una póliza o contrato de seguro se pactan de común acuerdo entre la compañía aseguradora y su cliente, y ambas partes las dan por buenas. Pero en el caso de los seguros no hay acuerdo: se utilizan contratos de adhesión, que consisten en que una parte, en este caso la compañía de seguros, redacte e imponga las cláusulas al asegurado, que generalmente sólo se limita a suscribir o rechazar el contrato en su integridad.

Las condiciones del seguro no se negocian previamente con los consumidores de manera individual, y los consumidores no pueden influir sobre su contenido, causando así, en detrimento del consumidor, un desequilibrio importante entre los derechos y obligaciones de las partes que se derivan del contrato.

Por otra parte, las compañías de seguros hoy en día, se siguen haciendo cada vez más poderosas, adquiriendo sus riquezas mediante la venta de pólizas y coleccionando primas de seguros mientras minimizan los pagos de sus demandas; incluso pueden hasta demorar o negar el pago exigido en la demanda u ofrecerle muy poco dinero comparado con lo que realmente vale lo asegurado.

Lo ideal es que las aseguradoras tengan la obligación de cuidar a sus asegurados, pero como ya lo indiqué, realizan prácticas que resultan en el rechazo injusto de las demandas y esto se lleva a cabo al buscar tecnicismos en la póliza que le dan a la aseguradora una salida técnica para evitar los pagos a sus asegurados. Esta práctica incluso puede provocar incumplimiento de

contrato o intencionalmente abusar de su poder e intimidar a sus asegurados para que acepten una cantidad menor en lugar de un arreglo justo de la demanda.

En tal sentido, resulta importante conocer o establecer los instrumentos y medidas necesarias que impidan que las compañías de seguros abusen de la circunstancia de ser el lado que redacta el contrato de seguros y de manejar completamente el negocio de la actividad aseguradora cometiendo prácticas abusivas en contra de las empresas consumidoras de seguros.

1.3.2 Formulación del problema

¿Cómo pueden las empresas consumidoras de seguros proteger sus intereses frente a los abusos cometidos por las compañías de seguros?

1.3.3 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la normativa aplicable contra los abusos cometidos por las compañías de seguro?

- ¿Cuáles disposiciones legales se deben establecer para impedir tantos abusos?

- ¿Cuáles son los factores que inciden negativamente en los contratos de seguros contra daños?

- ¿Qué procedimientos legales se necesitan para regular las prácticas y cláusulas abusivas de las compañías de seguro?

1.4 Objetivos del proyecto

1.4.1 Objetivo general

Investigar, determinar y proponer los mecanismos de protección frente a los abusos que cometen las compañías aseguradoras en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros a través de un análisis práctico y legal para prevenir la completa ocurrencia de riesgos que les permita a las empresas consumidoras de seguros contra daños contraer los efectos financieros con pérdidas patrimoniales derivados de la aplicación de esas cláusulas y prácticas abusivas o del siniestro mismo.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la existencia de cláusulas abusivas en los contratos de seguros que suscriben las empresas consumidoras de seguros
- Identificar las prácticas abusivas que también perjudican los legítimos intereses de los propios asegurados y de las víctimas de siniestros por parte de las mismas compañías de seguros.
- Analizar si la normativa existente en nuestra legislación es suficiente para impedir tantos abusos o es necesaria la implementación de nuevas disposiciones legales en el país.
- Proponer los mecanismos de defensa para la protección a la parte más débil de la relación compañías de seguros y empresas consumidoras de seguros contra daños.

1.5 Justificación

La presente investigación surge como una necesidad de detener y prevenir los múltiples abusos de las compañías de seguros en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros por

daños, obligando a las primeras a cumplir verdaderamente con su función social y a que sean efectivas a la hora de ocurrir el siniestro por el cual fueron contratadas, protegiendo así, los intereses de las empresas en general, ya que estas no sufrirían las consecuencias de las pérdidas patrimoniales y financieras del siniestro, logrando así, una mejor estabilidad y desempeño empresarial.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo contiene el marco teórico que permite apreciar el análisis de la situación actual del tema de estudio. A través del contenido expuesto a continuación, se apreciarán las concepciones y características principales de los abusos de las compañías de seguros contra daños. Estas conceptualizaciones deben ser analizadas con el fin de determinar los

mecanismos de protección de los derechos y legítimos intereses de las empresas consumidoras de seguros por daños.

2.1 Análisis de la situación actual

Estas prácticas abusivas contractuales se vienen tratando de revertir desde mediados del Siglo XIX, por la doctrina y legislación europea; en América a partir de la década del 40 de este siglo. Y en ambos continentes conculcan las diversas teorías, definiciones y pautas interpretativas para la aplicación a derecho de las cláusulas abusivas.

Desde un principio, se presentaban como cláusulas exageradas y se buscaba una solución en base a que si bien esas cláusulas limitaban los derechos de los consumidores, no alcanzaba a desvirtuar la eficacia de las demás cláusulas, caso contrario se ponía en peligro la naturaleza misma del contrato. Es decir, se debía proteger fundamentalmente la validez del contrato, a pesar de los aspectos negativos para el consumidor.

Ya en la década de los 70's, estas cláusulas vejatorias o leoninas provocaban en el ordenamiento jurídico una verdadera crisis contractual y ocasionaban que paralelamente, decayera el sistema económico generándose en las tratativas contractuales, una arraigada suerte de mala práctica comercial, que se tradujo en indignos abusos económicos contra la parte más débil de la sociedad, el consumidor.

2.1.1. Análisis del macro-entorno

Nuestros códigos civiles desde sus orígenes enarbolaron los aparentemente inmovibles principios de la autonomía de la voluntad en los contratos y de la libertad contractual, plasmando las corrientes protectoras de la parte débil en el contrato, esto es, la parte a la que, de cara a un contrato con cláusulas predispuestas, no queda sino adherirse, pues pocas o ninguna posibilidad tiene el consumidor de poder discutirlos.

En cuanto a los contratos inmersos en el ámbito de la legislación tutelar del consumidor, de modo general nuestras legislaciones ya les dispensan un adecuado tratamiento, pero es el caso en que la práctica conoce un crecido número de contratos que escapan de dicho régimen protector, pues la relación en sí no encaja dentro de las consideradas como proveedor-consumidor, o bien las propias legislaciones excluyen su aplicación a cierto tipo de contratos, cual es el caso de México, cuya Ley Federal de Protección al Consumidor no se extiende a los contratos bancarios ni tampoco al contrato de seguro, a pesar de que, como todos sabemos, la inmensa mayoría de los deudores y acreedores de los bancos, así como los asegurados, son, cabalmente, consumidores de los servicios respectivos.

En el caso de la República de Argentina, la comisión redactora del proyecto de Código Civil unificado con el Código de Comercio, proclama, en el Artículo 967 que las cláusulas abusivas, aunque sean de práctica, no pueden configurar usos, lo que por sí solo supondría un importante paso adelante en el logro del moderno propósito equilibrador de las fuerzas en el mundo contractual. De igual manera, en el artículo siguiente, el Artículo 968, sanciona con la ineficacia las cláusulas que, en los contratos predispuestos, den lugar a suponer que la parte

redactora del contrato impuso a la otra su predominio económico o jurídico. (Díaz Bravo, 2007, p. 38)

De este modo, Argentina pasa a ocupar un lugar en el escenario de la modernidad equilibradora, que está dejando atrás los venerables principios que durante dos siglos fueron el más importante estandarte del liberalismo individualista trasvasado al derecho civil y comercial de los contratos, a los que antes me referí, esto es, el de la libertad contractual y el de la voluntad de las partes como suprema ley en los contratos, ahora desdibujados por el arrollador empuje de las nuevas circunstancias económicas y sociales en las que hoy día se desenvuelve el mundo de los negocios.

Con respecto a Europa, la protección contra los abusos de las compañías de seguros ha cobrado mayor intensidad en comparación con otros países.

La regulación europea. Pues bien, la primera y más importante expresión legislativa de esta corriente tutelar es, sin duda, la Directiva 93/13, de 5 de abril de 1993, emitida por el Consejo de las Comunidades Europeas, sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con los consumidores, cuyo Artículo 3 considera como tales las

“... que no se hayan negociado individualmente... si pese a las exigencias de la buena fe, causan en detrimento del consumidor un desequilibrio importante entre los derechos y obligaciones de las partes...”

“...se considerará que una cláusula no se ha negociado individualmente cuando haya sido redactada previamente y el consumidor no haya podido influir sobre su contenido, en particular en el caso de los contratos de adhesión”.

El Artículo 6 de dicha directiva condena a la ineficacia estas cláusulas abusivas, no así al contrato que las contenga, en la medida en que pueda subsistir sin ellas.

Es así que Europa se obliga a incorporar en su legislación el contenido de tal Directiva, no obstante en España, el legislador no se limita al contenido de la misma, sino que optó por ir más allá y ellos pretenden proteger los legítimos intereses de los consumidores y usuarios, pero también de cualquier otro que contrate con una persona que utilice condiciones generales en su actividad, tal como ellos lo enmarcaron para el caso de los seguros.

En su 35ª sesión de pleno, celebrada el 29 de enero de 1998, y aprobado por 77 votos a favor y tres abstenciones –ni un solo voto en contra-, el Comité Económico y Social de las Comunidades Europeas aprobó el conocido como dictamen de iniciativa sobre Los consumidores en el mercado de los seguros, documento que atribuyó una gran importancia en el tema, y que a través de la presente investigación, destaco algunos de sus puntos importantes:

- La existencia de prácticas en las empresas aseguradoras, supuestamente derivadas de imposiciones técnicas por parte de los reaseguradores internacionales, que implican perjuicio a los intereses y legítimas expectativas de los asegurados, en algunos casos con franca violación de disposiciones legales.
- El Comité admite que pretende incitar a los aseguradores a llevar adelante la

elaboración de códigos de conducta y la institución de defensores del asegurado “que hagan más transparente su actividad y aumenten la confianza de los consumidores en los servicios prestados por las compañías de seguros”.

- En cuanto a las entidades supervisoras, se las acusa de no mostrar en forma transparente los criterios que utilizan para verificar el respeto del principio de no discriminación.

- Como contratos de adhesión, las pólizas de seguro son paradigma de superioridad económica, unilateralidad e invariabilidad, lo que coloca al asegurado ante el dilema de “tomar o dejar”.

- Es lamentable la generalizada carencia de información precontractual a los tomadores de seguros, particularmente en los casos de la “publicidad intrusa”, que se da en forma telefónica, de “telemarketing” televisiva o electrónica.

- La redacción de las pólizas suele ser inaccesible al común de los asegurados, en razón de la sempiterna existencia de cláusulas confusas, con un sello marcadamente técnico o jurídico, y aun contradictorias.

Ahora bien, tal como lo indiqué superficialmente, el legislador mexicano no ha incursionado, hasta ahora, en la regulación tuitiva desde el punto de vista del clausulado contractual, camino seguido por las legislaciones antes examinadas, sino que ha optado por el fácil expediente de crear un organismo burocrático con las pretensiones protectoras de un defensor del asegurado, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de

Servicios Financieros, organismo surgido como fruto del fermento de discordia creado por las tesis jurisprudenciales sentadas, a fines de 1998, por la Suprema Corte de Justicia, en las que, para decirlo en pocas palabras, se admitió la validez de la cláusula de anatocismo en los contratos celebrados por los bancos con sus acreditados.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público aprovechó tal coyuntura y, con el pleno respaldo del Congreso de la Unión, logró que se expidiera la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, incluidos en ellos los de seguros, publicada en el DO de 18 de enero de 1999 y reformada según decreto que apareció en el mismo órgano publicitario del 5 de enero de 2000. (Díaz Bravo, 2007, p. 43)

2.1.2. Análisis del micro-entorno

En Centroamérica durante los últimos años se han introducido reformas a la legislación que regula la actividad aseguradora, con el propósito de establecer y adaptar las respectivas regulaciones al nuevo entorno de la modernización de los Estados y el proceso de globalización, eliminando los grandes abusos cometidos por las compañías de seguros.

En Costa Rica, el contrato de seguros, y todo su entorno había estado monopolizado por el Instituto Nacional de Seguros, ya que era el único autorizado para distribuir los seguros y autorizar su distribución, sometiendo siempre a las aseguradoras al acatamiento de sus órdenes, dentro del marco de las potestades de imperio que como ente ostenta. Los consumidores se sentían incomprendidos, abusados y hasta hartos de no obtener lo que deseaban con la prestación del servicio.

Pero con la aprobación del Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y Estados Unidos y República Dominicana (CAFTA) se dio la ruptura de varios monopolios, entre estos el de seguros. Para esto se crearon una serie de leyes complementarias; la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, que, junto a la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, rigen la apertura del mercado de los seguros en dicho país. Ambas leyes admiten algunos retoques en beneficio de la parte más vulnerable en este tipo de contratos: el consumidor (tomador del seguro), al otorgársele la posibilidad de elegir lo que considere más conveniente para sus necesidades, teniendo una gama más amplia de ofertas, cada una en lucha por ser más atractiva que la otra.

Dentro de esta línea, la Ley Reguladora del Mercado de Seguros buscaba controlar el acceso y la actividad de empresas de seguros al mercado costarricense, de modo que sólo puedan actuar las que cumplan con ciertos requisitos de solvencia, de provisiones técnicas, de reaseguros y otros. Así mismo, establece la figura del “defensor del Asegurado”.

Por su parte, el de Ley Reguladora del Contrato de Seguros busca reducir la posición ventajosa de las compañías aseguradoras frente al tomador del seguro, quien usualmente “no tiene conocimiento técnico de la materia ni participación en la redacción de la póliza”.

Entre los cambios que se le causan a la materia de seguros con la entrada en vigencia del Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y Estados Unidos y República Dominicana, están la creación de la Superintendencia de Seguros y que dejan de existir los seguros solidarios, en la medida en que entran en competencia y no podrán ser brindados al costo.

Por otra parte, en El Salvador, la Ley de Protección al Consumidor aprobada por Decreto Legislativo No.666, de fecha 14 de marzo de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 58, Tomo

No. 330 del 22 de ese mismo mes y año, en su artículo 1717 regula las llamadas cláusulas abusivas, ya sea en contratos de adhesión o en contratos de libre negociación. Dicha Ley presenta una regulación más general e indica las cláusulas que no pueden incluirse en el contrato, específicamente aquellas en las que el proveedor modifique unilateralmente, en perjuicio de los clientes, las condiciones y términos del contrato, o sustraerse unilateralmente de sus obligaciones y en las que el proveedor desnaturalice las obligaciones derivadas de la contratación a cargo de los proveedores.

Es importante mencionar que en El Salvador, los contratos de adhesión no son verdaderamente considerados como un contrato sino más bien una forma de contratar, donde las cláusulas son redactadas por una sola de las personas y que quien adquiere el bien o el servicio se limita a aceptar o rechazar el contrato en su integridad. Estos contratos, deben ser revisados previamente por la Defensoría del Consumidor.

No obstante, en el ámbito de seguros, existe la posibilidad que algunas condiciones generales de contratación que se insertan en los contratos de seguro y en sus anexos, contengan cláusulas que puedan considerarse como abusivas para el consumidor, por afectarle directamente en sus consecuencias, siendo necesario que se tenga una regulación más adecuada en este respecto.

Para el caso de Guatemala, hasta antes de entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, el sector asegurador del país estaba regido por una legislación que databa de los años cincuenta. Dicha legislación ya no era congruente con la realidad del país ni del mercado asegurador. El hecho de estar regidos por una normativa desactualizada no permitía el desarrollo de este sector.

La promulgación de la nueva ley trajo consigo una serie de desafíos para las entidades aseguradoras, que van desde la exigencia en el fortalecimiento de su capital, la obligatoriedad de una administración basada en riesgos, y el establecimiento de una supervisión mucho más estricta basada en estándares internacionales. Pero a mi parecer, la misma no se encuentra totalmente orientada a tratar de proteger directamente los intereses de los asegurados.

Es así que para la protección de los mismos me remito a lo establecido en el Código de Comercio de Guatemala en su artículo 882 que establece que: El contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el asegurado o contratante reciba la aceptación del asegurador, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial o a la entrega de la póliza o documento equivalente.

Esto significa que el contrato de seguro nace a la vida jurídica y por lo tanto ambas partes asumen sus respectivos derechos y obligaciones, desde el momento en que se concrete el consenso que consiste en la aceptación del asegurador, aun cuando la póliza de seguro como documento que formaliza la relación contractual no haya sido recibida por el asegurado.

En general, la póliza de seguro está sujeta a las disposiciones especiales que sobre los contratos mediante formularios y contratos mediante pólizas establece el código de comercio. En particular, el cuerpo normativo citado establece:

Contratos mediante formularios. Los contratos celebrados en formularios destinados a disciplinar de manera uniforme determinadas relaciones contractuales, se regirán por las reglas siguientes: a. Se interpretarán, en caso de duda, en el sentido menos favorable para quien haya preparado el formulario. b. Cualquier renuncia de derecho sólo será válida si aparece subrayada o en caracteres más grandes o diferentes que los del resto del contrato. c. Las cláusulas adicionales prevalecerán sobre las del formulario, aun cuando estas no hayan sido dejadas sin efecto. (El Congreso de la República de Guatemala, 1971)

En este punto se puede observar la intencionalidad del legislador en otorgarle protección preferente al asegurado, a quien se le considera de alguna manera la parte débil de la relación contractual, y se trata de garantizar que el asegurador quien es la entidad experta en la administración de riesgos, redacte en la forma más clara posible, las cláusulas contractuales. No obstante, el legislador no estableció limitaciones legales en los contratos de adhesión, que prevengan y sancionen los abusos en los que incurren algunas compañías aseguradoras.

En este caso podríamos decir que la ley faculta a las compañías de seguros para que estipulen a su antojo las condiciones de la relación, muchas veces abusivas sobre las cuales versará la conducta del asegurado. Es así como la conducta de los guatemaltecos al momento de contratar se limitan a “aceptar” las condiciones impuestas por la compañía aseguradora. Es importante mencionar que la misma ley establece el registro de este tipo de contratos, los cuales deberán ser enviados a la dirección para su homologación o autorización, no obstante habría que preguntarse bajo qué criterios autorizaría dichos formularios.

En Nicaragua la actividad aseguradora surge tardíamente en relación a otros países y su aparición obedece, principalmente, a la inserción de la economía nicaragüense en el mercado mundial, a través del café.

La organización y el impulso de la actividad aseguradora correspondieron inicialmente a empresarios extranjeros y la evolución de las disposiciones legales relacionadas al contrato de seguro ha sido lenta en sus inicios y algunas veces estática. La primera disposición que se encuentra en Nicaragua relativa al seguro privado está contenida en el Título XXXIII llamado “De los contratos aleatorios” del Código Civil del 25 de enero del año 1867. Estas disposiciones se limitaban a remitirnos al Código de Comercio vigente en esa época. Siendo pues, este último

Código el encargado de la regulación de los seguros en general, pero luego se hizo la distinción entre los seguros terrestres y los seguros marítimos.

La actual regulación relativa al contrato de seguro privado en Nicaragua está establecida en el Código de Comercio de 1917. Este contrato está normado en el Título XI, llamado “De los Contratos de Seguros”, en los artículos 535 al 599 inclusive. Es importante hacer notar que desde la fecha de promulgación hasta hoy, en lo referente al contrato de seguro, no ha sido objeto de reformas sustanciales. Era por esta razón que había sido la costumbre mercantil la que había dinamizado la actividad aseguradora en Nicaragua, perjudicando los intereses los asegurados.

No obstante en 1970 se aprobó la “Ley General de Instituciones de Seguros” para luego ser derogada en el 2010 por la, “Ley General de Seguros; Reaseguros y Fianzas” misma que contempla un capítulo que contiene regulaciones generales relativas al contrato de seguros.

El artículo 86 de la Ley General de Seguros, Reaseguros y Fianzas, establece que la propaganda y publicidad que las sociedades de seguros, intermediarios y auxiliares de seguros efectúen en territorio nacional o en el extranjero, deberán sujetarse a las disposiciones de dicha Ley y a las normas de carácter general que dicte el Consejo Directivo de la Superintendencia. Asimismo, el artículo 92 de la referida Ley, prevé el derecho de los usuarios de comparecer ante la Superintendencia a interponer quejas o reclamos en contra de las entidades prestadoras de los servicios regulados por dicha Ley.

De igual manera, el artículo 61 de la Ley de Protección de los Derechos de las Personas Consumidoras y Usuarias de Nicaragua publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 129 del once de julio del dos mil trece obliga que las instituciones financieras antes de celebrar contrato, están

obligadas a suministrar información necesaria para que sus clientes conozcan de forma comprensible, transparente, homogénea y exacta las comisiones, gastos y tasa de interés corrientes y moratorias que se cobrarán, aspectos que deben ser desarrollados mediante normativa, a efecto de que los clientes puedan realizar el análisis y comparación respectiva.

2.1.3 Análisis interno

La industria de seguros en Honduras ha ido aumentando, prueba de ello, es que las funciones de las aseguradoras están reguladas por El Banco Central de Honduras, la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, entre otros, y las cifras correspondientes a su giro son puestas a escrutinio público para verificar las operaciones realizadas por las Compañías de Seguros Privados que se desempeñan en el país, constituyéndose en uno de los sectores más regulados en el área centroamericana.

Lo anterior se realiza en consideración del marco regulatorio hondureño que fue fortalecido en el año 2001 cuando se aprobó la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, en donde la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) ejecuta las funciones de supervisar, vigilar y controlar a todos los agentes involucrados en este sector, vale decir: las instituciones propias de seguros así como sus afianzadoras, reaseguradoras, reafianzadoras, entre otros.

A pesar de la naturaleza regulatoria de la actividad aseguradora en Honduras, también tenemos el interés de la Comisión para La Defensa y Promoción de la Competencia (CDPC) en analizar este sector, a fin de poder determinar si el mismo está funcionando bajo un verdadero marco de libre competencia, tal cual es su propósito en función de lo que la Ley le ordena, a fin

de velar por la eficiencia en los mercados, que a la vez derive en bienestar para los consumidores.

Refiriéndose un poco más a la normativa que intenta salvaguardar la protección de los consumidores, La Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros regula los modelos de contratos o pólizas de seguro o fianzas, así como las bases técnicas y tarifas o primas de los seguros que las instituciones de seguros usen en sus operaciones. Siendo así que en el artículo 84 establece la obligación de presentación de los modelos de pólizas, condiciones del contrato, bases técnicas y tarifas o primas de seguro o fianzas, ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, antes de su utilización para que ésta dentro del plazo de treinta (30) días hábiles formule las observaciones u objeciones que estime pertinentes.

Para ello, la Comisión Nacional de Bancos y Seguros emitió por su parte, las disposiciones generales mediante Circular CNBS No.001/2017 denominado Normas para el Registro de Modelos de Contratos o Pólizas de Seguros y Fianzas, cuyo objeto es el establecer el procedimiento que deben seguir las Compañías de Seguros para el registro de sus modelos de contratos o pólizas de seguros y las modificaciones que realicen a las mismas, con sus respectivos lineamientos y directrices(Comisión Nacional de Bancos y Seguros, 2017).

De igual manera, dicha ley, brinda la posibilidad que si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la Institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiera recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato.

Las instituciones de seguros, de acuerdo a la ley, deberán expresar su publicidad en forma auténtica, clara, veraz y precisa, a efecto de no inducir al público a engaño, error o confusión sobre la prestación de los servicios o calidad de los productos que ofrecen. De igual manera, no podrán imponer cláusulas o condiciones que puedan afectar el equilibrio del contrato, ni facilitar el abuso en perjuicio del asegurado.

En tal sentido, la Comisión Nacional de Bancos y Seguros tiene amplias facultades para la imposición de multas en contra de las instituciones de seguros que contravengan la ley, y que específicamente publiciten o comercialicen contratos de seguro cuyos modelos de textos no hayan sido registrados en la Comisión, y que ofrezcan sistemáticamente pólizas o contratos que desconozcan las regulaciones establecidas en la Ley o las emitidas por la Comisión o exija condiciones no previstas legal o contractualmente para el pago de indemnizaciones o realice reiteradamente prácticas que tengan como propósito retrasar o evitar de manera injustificada el cumplimiento de las obligaciones nacidas del contrato de seguro.

Nuestro Código de Comercio aprobado por decreto No. 73-50 de 1950 regula por su parte, en su capítulo X los contratos de seguros y establece en su artículo 1116 los requisitos fundamentales que deben contener las pólizas de seguros, los cuales detallo a continuación: a) Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora; b) La designación de la cosa o de la persona asegurada; c) La naturaleza de los riesgos garantizados; d) El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía; e) El monto de la garantía; f) La cuota o prima del seguro; y g) Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Mediante este mismo Código, la empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que se convenga que el seguro no entrará en vigor sitio después del pago de la primera prima.

Pero de igual manera obliga que los consumidores brinden toda la información previa necesaria y en caso de brindar declaraciones inexactas que sin ellas el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

El asegurador en este caso, perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al contratante su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones. Si impugna en tiempo, tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligado el asegurador a pagar la indemnización.

Pero es importante mencionar que si el contratante hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el asegurado dentro de los tres meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia

No obstante, el legislador trata de que a pesar de esta situación se proteja a las Compañías de Seguros, el usuario o asegurado no quede totalmente en desventaja, estableciendo

en el artículo 1142 que a pesar de la omisión o de la inexacta declaración de los hechos, él asegurador no podrá resolver el contrato en los casos siguientes: I.-Si él mismo provoca la omisión o inexacta declaración; II.-Si la empresa conocía o debía conocer el hecho inexactamente declarado o indebidamente omitido; III.-Si renuncia a resolver el contrato por tal causa; y IV.-SI el declarante no contesta una de las cuestiones propuestas y sin embargo la empresa celebra el contrato. Esta regla no se aplicará si el dato omitido quedase contestado con alguna otra declaración y ésta fuere omisa o inexacta en los hechos.

Ahora bien, ambos instrumentos jurídicos ya regulaban el sistema asegurador hondureño, pero las quejas, denuncias y sobre todo la desconfianza por parte de los consumidores iba en constante crecimiento en dicho sector, por lo que de alguna u otra manera la Comisión Nacional de Bancos y Seguros requería que las Compañías de Seguros fortalecieran sus sistemas de atención al usuario financiero para así, asegurar el mantenimiento de la información veraz, oportuna, adecuada y suficiente sobre los productos y servicios comercializados, esclareciendo todas las inquietudes y atendiendo las solicitudes dentro de los plazos razonables establecidos, a fin de fortalecer la confianza del público en general respecto al mercado asegurador.

Fue así, que con fundamento en lo establecido en los artículos 245 atribución 31 de la Constitución de la República; 1 literal c), 6, 13 numerales 1), 2) y 4) de la Ley de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros; 1 numeral 1), 4, 5, 84, 86, 89, 93, 107, 108, 109, 110, 111 y 112 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, 2 de la Ley de Protección al Consumidor, y en las Resoluciones GE No.1768/12-11-2012 y No.1769/12-11-2012, la Comisión Nacional de Bancos y Seguros aprobó las Normas Complementarias Para El Fortalecimiento De La

Transparencia, La Cultura Financiera Y Atención Al Usuario Financiero De Las Instituciones De Seguros, misma que se encuentra contemplada en la circular CNBS No.081/2014.

Dicha normativa tiene por objeto establecer las disposiciones complementarias en relación a la transparencia de la información, específicamente en materia de difusión de publicidad, comisiones, primas de seguros y contratos de seguros que deberán observar en atención a la eficiencia y calidad de servicio al usuario financiero de las instituciones de seguros. (Comisión Nacional de Bancos y Seguros, 2014)

Implementa la figura del Oficial de Atención al Usuario Financiero en cada una de las instituciones de seguros, quienes deberán velar por la implementación y cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos por la institución de seguros, así como por el cumplimiento de la normativa que emita la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, y que sustenten el sistema de atención al usuario financiero.

Con respecto a las pólizas, obliga que todas las coberturas básicas y los riesgos no cubiertos por el contrato deban consignarse en forma secuencial destacada, en tamaño de letra doce (12) puntos y en negrita.

Es importante destacar que dicha normativa identifica claramente todas las prácticas y cláusulas abusivas prohibidas de las Compañías de Seguros, las cuales detallo a continuación:

Prácticas Abusivas:

1. Solicitar, obligar o permitir al usuario financiero de seguros firmar en blanco, en todo o en parte, cualquier documento, contrato o título valor que constituya obligación para éste;

2. Divulgar información o ejercer cualquier otra acción que desprestigie al usuario financiero de seguros a causa de las acciones que realice en ejercicio de sus derechos;

3. Compensar el pago de la prima con valores a favor que tenga el usuario financiero de seguros en la institución, cuando dicha situación no haya sido convenida;

4. Sin previo aviso, cobrar al usuario financiero de seguros por la prestación de servicios, que de conformidad a la práctica general o políticas de la institución de seguros, deben ser brindados sin costo alguno, por parte de las instituciones de seguros;

5. No actualizar los diferentes aranceles de servicios utilizados por las instituciones de seguros;

6. Impedir o negar al usuario financiero de seguros la realización de pagos o abonos a la deuda que tenga con la institución de seguros;

7. Utilizar las garantías proporcionadas por el usuario financiero de seguros para un contrato diferente al pactado o convenido previamente;

8. Incurrir en situaciones que deriven en conflictos de interés entre los usuarios e instituciones del mismo grupo financiero, de tal forma que se anteponga los propios intereses de ambas o una de dichas instituciones del grupo financiero, ante los intereses de los tomadores de seguro;

Las instituciones de seguros que realicen cualquiera de las prácticas abusivas, descritas, estarán sujetas a las sanciones que correspondan de conformidad con el marco legal y normativo aplicable.

Cláusulas Abusivas:

1. Restrinjan los derechos de los usuarios financieros de seguros o amplíen los derechos de las instituciones de seguros.

2. Desnaturalicen las obligaciones o limiten la responsabilidad por daños.

3. Contengan cualquier disposición que imponga la inversión de la carga de la prueba en perjuicio del usuario financiero de seguros. Confieran a la institución de seguros el derecho exclusivo de interpretar el significado, alcance y cumplimiento de las cláusulas contractuales y de las indemnizaciones respectivas. Otorguen a la institución de seguros la facultad de modificar unilateralmente el contrato de seguros durante el lapso de su vigencia, cuando ello no esté previsto contractualmente, o cuando lo sea, la misma implique una modificación sustancial en las condiciones contractuales. Impongan al usuario financiero de seguros un determinado proveedor de bienes o servicios remunerados, sin darle libertad para elegir. Impongan la obligatoriedad de la cancelación del contrato, sin la previa notificación al asegurado.

Vale mencionar que cuando exista duda sobre la interpretación del contrato por haber sido redactado en forma ambigua, se realizará la interpretación en el sentido más favorable para el usuario financiero de seguros.

Por otra parte, dicha normativa también facilita que el usuario financiero de seguros pueda solicitar a la institución la rescisión del contrato de seguros, siempre que haya cumplido previamente con el pago de las primas devengadas a la fecha de la solicitud; dicha facultad, podrá ser ejercida utilizando la misma forma, lugar y medios a través de los cuales el contrato fue celebrado. Cuando el usuario financiero haya pagado una prima por un período mayor, al momento de la solicitud de rescisión, la institución deberá calcular el importe a devolver al usuario. La institución tendrá un plazo de diez (10) días hábiles como máximo para atender la solicitud presentada por el usuario financiero de seguros. En tal sentido, las Compañías de Seguros no podrán alegar dicho monto por penalidad.

Ahora bien, la mayoría de las denuncias existentes se encuentran motivadas en el rechazo de las Compañías de Seguros para el pago de los siniestros. En tal sentido, dicha normativa indica que ese rechazo debe ser fundamentado por la institución de seguros, constatando el mismo en el expediente, con los informes técnicos emitidos, ya sea por la institución o por los ajustadores y liquidadores de reclamos y demás documentos que sustenten la decisión adoptada por la institución. Dichos expedientes deberán encontrarse a disposición de la Comisión. Las instituciones deberán informar detalladamente, mediante comunicación escrita enviada al usuario financiero indicando los motivos que sustentan el rechazo del siniestro.

Los informes elaborados por los ajustadores y liquidadores de reclamos, deben ser puestos a disposición de los usuarios financieros y/o intermediarios de seguros, en caso de litigios, arbitrajes y otras que por disposiciones legales se requiera.

2.2. Teorías de sustento

Existen dos grandes corrientes teóricas con respecto a la existencia de cláusulas abusivas teniendo en cuenta la naturaleza del contrato:

1. La corriente restrictiva o limitativa
2. La corriente extensiva o amplia

En la primera teoría se afirma que en los contratos discrecionales no hay cabida a las llamadas cláusulas abusivas, pues la negociación particular suprime cualquier tipo de abuso. Para esta corriente, las cláusulas abusivas solo pueden presentarse en los contratos por adhesión a condiciones generales.

Características de las cláusulas abusivas en la corriente restrictiva:

- No debió haberse negociado de manera individual.
- La condición abusiva debió habersele presentado al adherente previamente redactado y/o pre-impreso.
- El adherente no debió influir en el contenido de la cláusula contractual.

A su vez, la corriente extensiva o amplia, afirma que las cláusulas abusivas pueden presentarse en cualquier tipo de contrato sin importar que este sea discrecional es decir que haya sido discutido en forma libre o que contenga cláusulas predispuestas.

Características de las cláusulas abusivas en la corriente extensiva:

- Debe contener un desequilibrio importante entre los derechos de uno de los contratantes frente a las cargas u obligaciones del otro contratante.

En mi concepto, la primera corriente resulta ser lógica, ya que el principal inconveniente que se presenta en los contratos por adhesión es la reducción en la libertad negociar. En efecto, es usual que el adherente se someta a la voluntad del predisponente.

De igual manera, al no existir el poder de negociación en cabeza de uno de los contratantes, es posible que el contrato adhesivo termine acompañando de cláusulas abusivas que el consumidor en razón de la necesidad que tiene, se ve forzado a aceptar, resultando dichas cláusulas formalmente lícitas, inequitativas y extremadamente onerosas favoreciéndose la posición contractual predisponente.

Ahora bien, en la mayoría de los casos, aun cuando el contrato de seguros no consista particularmente en un formulario, no podemos negar que aunque se presuma una bilateralidad, resulta a mi parecer, adhesivo, porque son las Compañías de seguros las que redactan los clausulados de las pólizas y usualmente no hay posibilidades de discutirlos. Existen algunos casos excepcionales, en especial cuando se contratan seguros con riesgos económicos y socialmente importantes, en lo que los aseguradoras pueden discutir algunas de las condiciones del contrato, pero no se puede partir de una excepción para afirmar una idea general.

De igual manera, considerando que el concepto de la autonomía de la voluntad y sus limitantes han tenido que evolucionar con el desarrollo de nuestra vida social y económica,

resulta visible determinar que esta misma evolución ha sido la estandarización de los contratos de seguros, dejando al particular únicamente la decisión final de contratar o de no hacerlo, no habiendo lugar entonces a la discusión de los términos y detalles del contrato por parte del asegurado.

Ahora bien, con respecto a la segunda corriente, considero que es la más apropiada y conveniente por no decir, la mejor, ya que las cláusulas abusivas se presentan en cualquier tipo de contrato, sin importar su forma de concepción, aunque vale mencionar, que no podemos ignorar que los contratos por adhesión a condiciones generales constituyen por su génesis, el campo ideal para incluirlas, pues es la parte especializada quien generalmente redacta el contenido y es este quien posee el conocimiento técnico del negocio. Adicionalmente, es el contratante adherente quien usualmente se encuentra en un estado de necesidad para contratar.

En todo contrato, aunque exista negociación, pueden existir cláusulas abusivas, pues aunque hayan sido adoptadas y plasmadas actuando de buena fe, pueden resultar abusivas si causan un desequilibrio importante entre los derechos y obligaciones de las partes en el contrato.

Este tipo de cláusulas no pueden ser convalidadas por el simple conocimiento que tenga el adherente de ellas, es más, aunque el adherente haya aceptado su inclusión en el texto del contrato, no puede eliminarse el control judicial que debe hacerse sobre las mismas para evitar que se propaguen.

2.3. Conceptualización

- Noción del contrato de seguros

El Seguro es una institución jurídica compleja, tanto en sus fundamentos como en su contenido y fines. Nuestro Código de Comercio, nos da una noción del mismo: “Artículo ° 1105. Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se compromete a pagar a cambio de una prima, una indemnización para atender la necesidad económica provocada por la realización del riesgo...”.

Por su parte en la doctrina, podemos encontrar infinitas definiciones:

(Garrigues, 1973) afirma:

El Contrato de seguros es un contrato en virtud del cual una persona natural o jurídica, el asegurado, desplaza todo o parte de los riesgos a que se haya expuesto, a otra persona jurídica, el asegurador, quién los asume, mediante el pago de una prima, obligándose en caso de siniestro a pagar la indemnización correspondiente. (p. 6)

Así mismo, Gómez Ossa, (1984) afirma:

El seguro es una operación por la cual una parte, el asegurado, se hace prometer, mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realización de un riesgo, una prestación, por otra parte, el asegurador, que, tomando a su cargo un conjunto de riesgos, los compensa conforme a las leyes de la estadística. (p. 2)

Por otra parte, (Herrera Rico, s. f.) Define el contrato de seguro, así: “ Es un contrato por el cual una parte (el asegurado) obtiene la promesa de otra persona (el asegurador), a cambio de una remuneración (prima), de que en caso de la realización de un riesgo (siniestro), recibirá una compensación (indemnización)” (p. 34).

Y Halperin Isaac(1993) afirma: “Hay un contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto” (p.7).

Como se puede apreciar, cualquiera que sea la definición, siempre aparecen, de una u otra forma establecidos en ella, los mismos elementos: un acuerdo entre dos partes, una parte que traslada el riesgo y paga una suma de dinero, a otra que lo asume y paga el valor de la indemnización, en el momento de ocurrir el siniestro.

- Elementos del contrato de seguros

El Contrato de Seguro al igual que cualquier contrato debe contener los siguientes elementos:

1. Capacidad: Es la aptitud legal para el goce y ejercicio de los derechos. El asegurado para poder celebrar un contrato de seguro debe tener capacidad para obligarse contractualmente.

2. Consentimiento: Con el acuerdo espontáneo, voluntario respecto a un acto externo. Para que un contrato de seguro sea considerado válido debe haber consentimiento entre las partes para poder realizarlo.

3. Objeto: Lo constituye el riesgo. El contrato de seguros puede cubrir toda clase de riesgos si existe interés asegurable; salvo prohibición expresa de la ley.

4. Causa: Es el interés. Todo interés legítimo en la no materialización de un riesgo, que sea susceptible de valoración económica, puede ser causa de un contrato de seguros. Pueden asegurarse las personas y los bienes de lícito comercio en cuya conservación tenga el beneficiario un interés pecuniario legítimo.

Ahora bien, dentro del contrato de seguro existen los siguientes elementos personales, reales y formales.

1. Elementos Personales: asegurador, asegurado, beneficiario y tomador.

a. La empresa de seguros o asegurador: La persona que asume los riesgos.

b. Asegurado: Persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo.

c. Beneficiario: Aquél en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la empresa de seguros.

d. Tomador: La persona que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

2. Elementos Reales o Específicos: Siniestro, riesgo, prima e indemnización.

a. Siniestro: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros.

b. Riesgo: Es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya materialización da origen a la obligación de la empresa de seguros.

c. Prima: Es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el tomador a la

empresa de seguros en virtud de la celebración del contrato.

d. Indemnización: Es la suma que debe pagar la empresa de seguros en caso de que ocurra el siniestro y la prestación a la que está obligada en los casos de seguro de vida.

3. Elementos Formales: La solicitud, el cuestionario y la póliza.

a. Solicitud y el Cuestionario: Estos podrían definirse como documentos preparatorios del contrato.

b. La Póliza: Es el documento escrito donde constan las condiciones del contrato.

- Características del contrato de seguros

Consensual: esta es una característica de los contratos que se perfeccionan con el solo consentimiento de las partes, juega un papel fundamental en consentimiento libre de cualquier vicio.

En algunos países, el contrato de seguros se perfeccionaba desde el momento en que el asegurado suscribía la póliza. No obstante para otros, no es consensual, si no solemne, ya que su perfeccionamiento se produce a partir del momento en que el asegurador suscribe la póliza, la firma del asegurador sirve para solemnizar el acuerdo previo de voluntades entre las partes contratantes, respecto a los elementos del seguro.

Bilateral: las obligaciones en contrato de seguro son tanto para el asegurador de responder por la suma asegurada cuando ocurra el siniestro, y para el tomador pagar la prima.

Oneroso: para que el asegurador asuma los riesgos, es necesario que el tomador pague la

prima, que no es más que la cantidad de dinero que se paga para que en caso de que ocurra el siniestro el asegurador responda.

Aleatorio: esta característica se la da el hecho de que no es susceptible saber si el siniestro va a ocurrir o no, o saber cuándo va a ocurrir, por ejemplo: se asegura un carro contra robo es posible o no que el carro se lo roben, por esto el seguro reviste el carácter de aleatorio.

De ejecución sucesiva: por lo general en el contrato de seguro es de ejecución sucesiva porque sus prestaciones son sucesivas. Es decir que se ejecuta a través del tiempo, puesto que durante toda la vigencia del contrato surgen obligaciones para las partes contratantes.

Adhesión: Algunos autores le dan el carácter de ser un contrato de adhesión, ya que por lo general las cláusulas del contrato no son discutidas por las partes, sino que el tomador se somete a las condiciones del asegurador o entidad aseguradora. Esto equivale a decir que, generalmente, una de las partes se somete a las condiciones de la otra, que en la mayoría de los casos es la que tiene la supremacía económica.

Principal: Existe por sí mismo sin necesidad de otro acuerdo. Excepcionalmente, puede considerarse accesorios como es el caso del seguro de cumplimiento, cuyo objetivo es garantizar el cumplimiento de la ejecución de las obligaciones a cargo de las partes en otro contrato. La subsistencia del seguro, en este caso está sujeta a la del acuerdo principal el cual, si llegare a terminar ocasionaría la finalización del contrato accesorio.

Por ultimo también se le ha dado el carácter de indemnizatorio, pues lo que se busca con el contrato de seguro es que se le repare el daño al asegurado cuando el siniestro ocurra, hasta el

monto del el valor asegurado que es a lo que está obligado el asegurador.

- Clasificación de seguros

El seguro reviste diversas clasificaciones según el ángulo de su enfoque. Para el tema que me ocupa, empleare la clasificación que el mismo Código de Comercio establece con respecto al seguro contra daños sin considerar los seguros de personas, por el aspecto empresarial de la presente investigación.

Diversos tipos de daños existen y que pueden ocurrirle a los bienes correspondientes a una determinada empresa o sociedad. En general, el seguro de daños es aquel cuya existencia es de utilidad prever cualquier daño de los que no se encuentran asignados a otros en especial, como lo son: los seguros de incendio, de responsabilidad, de crédito, de transporte, de automóvil, agrícola y ganadero. Todos estos se encuentran regulados en la sección segunda, capítulo X de nuestro Código de Comercio.

Los seguros de daños prevén una protección jurídico-patrimonial existente entre el titular del bien y el objeto mismo. El carácter de estos es puramente indemnizatorio, debido a que la finalidad del mismo es brindar una reparación de orden económico que sea equivalente a la pérdida ocurrida por el siniestro ocurrido. Dicha indemnización es consistente en la entrega de una determinada cantidad económica según los términos determinados en el contrato de seguro que no podrá jamás sobrepasar el valor verdadero del daño ocasionado y que tampoco puede significar una fuente de enriquecimiento para el asegurado.

- Diferenciación entre cláusulas abusivas y prácticas abusivas

Las cláusulas abusivas se definen como aquellas estipulaciones de un contrato que causan un desequilibrio y perjuicio en los derechos de las y los consumidores y las prácticas abusivas.

A diferencia de las cláusulas que son disposiciones escritas en un contrato, las prácticas son actividades que el proveedor desarrolla de manera continua; éstas se vuelven abusivas, cuando tales actuaciones ponen en desventaja a la persona consumidora, afectando sus derechos

Tal como lo desarrollé anteriormente, la normativa emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros establece tanto las prácticas abusivas como las cláusulas abusivas prohibitivas en el país.

- Empresas como consumidores de seguros

En materia de seguros, el consumidor de seguros puede ser una empresa o persona jurídica, en tanto siempre actuará como destinatario final del servicio. Y no hablamos aquí únicamente del asegurado, sino de los beneficiarios de la póliza o los terceros que resulten perjudicados, a quienes se les traslada todos los derechos inherentes al consumidor de seguros directo, o asegurado, que adquirió la póliza.

Este consumidor goza del principio de “in dubio pro consumidor”, es decir, que en cualquier conflicto que se presente entre una aseguradora y un consumidor de seguros, si existe duda, esta siempre favorecerá al consumidor; pues es la parte más débil de la relación. Una debilidad que no solo acontece por la diferencia del poder económico que existe entre ambas partes de la relación comercial, sino por el desconocimiento técnico en seguros que se presume del consumidor y, además, porque este no puso las condiciones del contrato, sino que las aceptó

sin tener ninguna posibilidad real de cambiarlas. Por eso los contratos de seguros son, en la realidad comercial, el típico contrato de adhesión, porque una de las partes se adhiere a la otra, el asegurado a la aseguradora.

Molina, (2010) nos indica que la empresa que actúa como consumidor de seguros podrá tener mucho capital económico. No obstante, en el tema de seguros está en la misma posición de cualquier persona física, no conoce la materia ni pone las condiciones del contrato. Eso le da los mismos derechos y las mismas obligaciones como asegurado.

El asegurado (empresa) tiene el derecho, por ejemplo, a recibir toda la información necesaria para saber lo que está asegurando, las condiciones, las consecuencias de tomar o no una cobertura, la claridad sobre los distintos términos del contrato de seguros y la forma en que será indemnizado en caso de que suceda el hecho previsto en la póliza, llamado siniestro. Igualmente, a saber cuál será su participación dentro de la posible pérdida, es decir, cuál será el denominado deducible del contrato póliza.

En definitiva, el nuevo mercado de los seguros exige a las aseguradoras, mayor calidad de servicio y un mayor desarrollo profesional de su fuerza de ventas y aparatos administrativos. Pero exige también un consumidor más informado, más dubitativo y mucho más analítico. Sobre todo cuando se trata del consumidor de seguros empresarial; pues en el desarrollo de una empresa, hemos dicho, los seguros no serán nunca un lujo o un requisito contable, sino una herramienta fundamental para proteger el patrimonio de la empresa.

- El valor del patrimonio

Los seguros que mayor demanda tienen a nivel empresarial son los siguientes: seguros contra incendios, riesgos catastróficos, seguros de automotores y de robos.

Si nos enfocamos en las empresas, independientemente del rubro bajo el cual se desarrollan, debemos decir que las empresas más grandes, son las que adquieren más seguros, considerando que tienen mucho que perder y por ende, buscan blindarse ante cualquier riesgo.

Para las empresas los seguros de daños son los más solicitados, en aras de proteger el patrimonio de sus accionistas, donde el interés asegurable son los activos de las compañías: edificios, plantas de producción, flotas de vehículos, mercadería en bodega y en tránsito. De igual manera, las compañías contratan seguros de accidentes y de gastos médicos para sus colaboradores. Y las compañías responsables han ido tomando mayor conciencia en los seguros de responsabilidad civil, en algunos casos por daños al medio ambiente o por daños a propiedades colindantes.

Los seguros colectivos son contratados por empresas, aunque también participan asociaciones, cooperativas, colegios y entidades de gobierno, bancos y la Superintendencia de Bancos.

De igual manera, las grandes empresas aseguran los activos productivos: plantas de producción, flotas de vehículos, edificios, equipo de cómputo y de comunicaciones. El comercio en general asegura sus inventarios, sus locales comerciales y a sus empleados. La banca tiene que contar con seguros que garanticen sus instalaciones y protejan los depósitos de sus ahorrantes. Hay compañías que cuentan con flotas de aeronaves comerciales que están expuestas en su día a día a riesgos de pérdida, por lo que también forman parte importante de la base de

seguros del país.

2.4. Marco Legal

En el ámbito regulatorio, resulta importante mencionar los organismos oficiales que de manera directa e indirecta intervienen en la actividad aseguradora en Honduras, entre ellos podemos enunciar los siguientes:

- Comisión Nacional de Bancos y Seguros

- Superintendencias de Bancos, Financieras y Asociaciones de Ahorro y Prestamos (AAP's), Seguros y Pensiones y Valores, y otras Instituciones (dependencias adscritas a la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

- Banco Central de Honduras

- Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia

- Federación Interamericana de Empresas de Seguros (FIDES)

- La Cámara Hondureña de Aseguradores (CAHDA)

De igual manera, hay que mencionar que la práctica jurisprudencial muestra un considerable número de leyes, reglamentos, circulares, normas, prácticas internacionales y tratados, estamentos que constituyen la legislación sectorial y general que dan marco institucional y legal a la actividad objeto del presente estudio, dentro de los cuales destacan los siguientes:

Tabla 1. Estamentos legales

Estamentos	Objetivo	Observaciones
Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros (Decreto No. 22-2001)	Promover a tomadores o suscriptores, asegurados y beneficiarios; fortalecer el patrimonio de las instituciones de Seguros y fomentar un entorno de libre competitividad entre las instituciones de Seguros.	Emitida 30 abril 2001 Publicada 21 de Agosto 2001
Ley de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (Decreto 155-1995)	Supervisar, regular y controlar las instituciones bancarias, aseguradoras y financieras.	Emitida 18 noviembre 1995 Publicada 08 diciembre 1995
Ley del Banco Central de Honduras (BCH) (Decreto 53-1950)	Velar por el mantenimiento del valor interno y externo de la moneda nacional y propiciar el normal funcionamiento del Sistema de pagos.	Emitida 03 febrero 1950 Publicada 03 febrero 1950
Código de Comercio (Decreto No. 73-1949)	Contempla normas que rigen a los comerciantes, actos de comercio y las cosas mercantiles.	Emitido el 01 marzo 1949
Ley para la Defensa y Promoción de la Competencia (Decreto 357-2005)	Promover y proteger el ejercicio de la libre competencia, a fin de procurar el funcionamiento eficiente del Mercado y bienestar del consumidor.	Emitida 16 diciembre 2005 Publicada el 04 febrero 2006
Reglamento de la Ley para la Defensa y Promoción de la Competencia	Desarrollar el régimen de aplicación de las normas contenidas en la Ley para la Defensa y Promoción de la Competencia	Emitido 06 julio 2007
Ley de Protección al Consumidor (Decreto No. 24-2008)	Proteger, defender, promover, divulgar y hacer que se cumplan los derechos de los consumidores, regulando las relaciones de consume que se establecen en el Mercado, para la adquisición de bienes y servicios.	Emitida 01 abril 2008
Reglamento de la Ley de Protección al Consumidor (Decreto 264-89)	Desarrollar las disposiciones de la Ley de Protección al Consumidor.	Emitida 25 enero 1990

Fuente: (Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia, 2010, p. 34)

Después de los antecedentes de derecho detallados en el presente capítulo, podemos apreciar la situación actual del tema de estudio tanto en el ámbito nacional como internacional, así como las distintas concepciones y características principales de los abusos de las compañías de seguros contra daños que ahora nos permitirán determinar los mecanismos reales de una verdadera protección de los derechos y legítimos intereses de las empresas consumidoras de seguros por daños.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

A través del presente capítulo se fija la metodología de la investigación que resulta necesario implementarse con la finalidad de establecer las variables, enfoque, métodos, técnicas, instrumentos y fuentes de investigación que permiten el desarrollo exitoso del presente estudio.

3.1 Congruencia metodológica

La congruencia Metodológica pretende determinar el método de investigación más idóneo para la resolución del problema inicialmente identificado, logrando así una verdadera congruencia entre toda la información recopilada para el presente proyecto.

i. Definición operacional de las variables

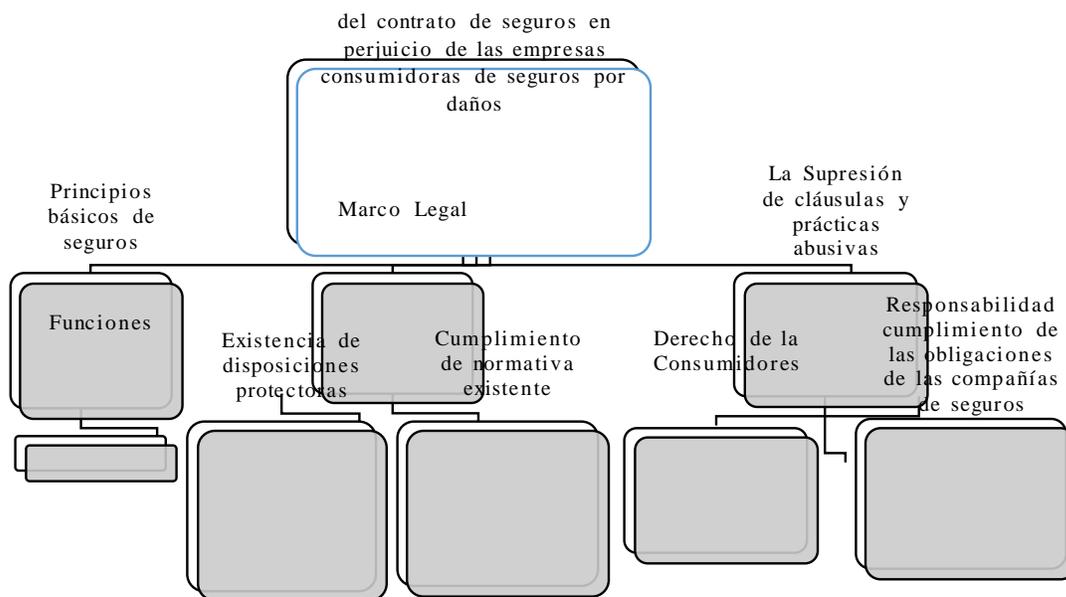


Tabla 2. Matriz Metodológica.

Titulo	Problema	Preguntas de Investigación	Objetivo		Variables	
			General	Específico	Independientes	Dependiente

Clausulas y prácticas abusivas del contrato de seguros en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros por daños	¿Cómo pueden las empresas consumidoras de seguros proteger sus intereses frente a los abusos cometidos por las compañías de seguros??	¿Cuál es la normativa aplicable contra los abusos cometidos por las compañías de seguro?	Investigar, determinar y proponer los mecanismos de protección frente a los abusos que cometen las compañías aseguradoras en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros a través de un análisis práctico y legal para prevenir la completa ocurrencia de riesgos que les permita a las empresas consumidoras de seguros contraer los efectos financieros con pérdidas patrimoniales derivados de la aplicación de esas cláusulas y prácticas abusivas o del siniestro mismo.	Determinar la existencia de cláusulas abusivas en los contratos de seguros que suscriben las empresas consumidoras de seguros	Principios básicos de seguros	La seguridad jurídica y patrimonial de las empresas consumidoras de seguros.
		¿Cuáles disposiciones legales se deben establecer para impedir tantos abusos?		Identificar las prácticas abusivas que también perjudican los legítimos intereses de los propios asegurados y de las víctimas de siniestros por parte de las mismas compañías de seguros.	Marco Legal	
		¿Cuáles son los factores que inciden negativamente en los contratos de seguros contra daños?		Analizar si la normativa existente en nuestra legislación es suficiente para impedir tantos abusos o es necesaria la implementación de nuevas disposiciones legales en el país.	La Supresión de cláusulas y prácticas abusivas	
		¿Qué procedimientos legales se necesitan para regular las prácticas y cláusulas abusivas de las compañías de seguro?		Proponer los mecanismos de defensa para la protección a la parte más débil de la relación compañías de seguros y empresas consumidoras de seguros contra daños.		

Tabla 3. Operacionalización de las variables independientes.

Variables	Conceptos	Dimensiones	Indicador	Técnica
-----------	-----------	-------------	-----------	---------

Independientes	Conceptual	Operacional			
Principios básicos del seguro	Son los fundamentos doctrinarios en que se basa la actividad aseguradora y son las normas que rigen las relaciones entre Asegurador y Asegurado.	Reducen la exposición al riesgo de experimentar grandes pérdidas y garantizar la protección contra siniestros a cambio de pagos fijos.	Funciones	Doctrina que determina los parámetros de la función aseguradora.	Investigación Documental.
Marco Legal	Brinda los parámetros que determinan las limitaciones y libertades de una compañía de seguro por medio de las instituciones correspondientes.	Instrumentos de derecho utilizados por el legislador para regular a las compañías de seguros.	Existencia de disposiciones protectores a favor de los consumidores	Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros	Investigación Documental y Entrevistas.
			Cumplimiento de la normativa existente	Ley de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y Código de Comercio	Investigación Documental y Entrevistas.
La supresión de cláusulas y prácticas abusivas	Eliminación de disposiciones y prácticas que perjudican los intereses patrimoniales de las empresas.	Acción de excluir exigencias, requisitos, abusos y menoscabos injustificados para evadir el pago de algún siniestro.	Derecho de los Consumidores	Ley para la Defensa y Promoción de la Competencia y Ley de Protección al Consumidor.	Investigación Documental y Entrevistas.
			Responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones de las compañías de seguros		Investigación Documental y Entrevistas.

Tabla 4. Operacionalización de las variables dependientes.

Variables Dependientes	Conceptos		Dimensiones	Indicador	Técnica
	Conceptual	Operacional			
La seguridad jurídica y patrimonial de las empresas consumidoras de seguros.	Es un principio del derecho que da certeza de la aplicación de una norma a una situación jurídica reconocida sin que esta pueda ser variada en virtud de ser conocida.	Instrumentos legales que sean coherentes y no contradictorios entre sí en relación a las regulaciones y garantías de los consumidoras de seguros.	Armonización de la legislación vigente en materia de seguros en protección del patrimonio de las empresas consumidoras de seguros..	Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Código de Comercio; y derecho comparado.	Investigación Documental y Entrevista.

3.2 Enfoques y Métodos

La problemática del trabajo se ha direccionado a través de una investigación cualitativa, estudiando así, la realidad en todo su contexto natural e intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para todas las personas implicadas.

El método investigativo utilizado es el inductivo, siendo que dicho método constituye una característica fundamental del modelo de investigación cualitativo. A través de este método, se remite la investigación de lo particular a lo general. Es decir, que empleamos este método cuando de la observación de los hechos particulares obtenemos proposiciones generales, o sea, es aquél que establece un principio general una vez realizado el estudio y análisis de hechos y fenómenos en particular.

3.3 Diseño de la Investigación

La problemática de igual manera, la investigación es de tipo transversal debido a que se recolecta toda la información en un solo momento con la finalidad, que una vez recogidos los

datos relevantes para el caso, se describan los hechos relacionados con la problemática planteada y se formulen conclusiones. En esa consideración se realizó la recopilación de la doctrina, legislación nacional e internacional, y fundamentos de derecho comparado en materia de seguros. Asimismo, se efectuaron encuestas, entrevistas de personas involucradas en el ámbito de la problemática planteada y se recopilaron datos documentales para realizar las conclusiones relevantes del tema en estudio.

Ahora bien, el tipo de estudio utilizado es el descriptivo, ya que se desarrolla con detalle el tema de las cláusulas y prácticas abusivas del contrato de los seguros contra daños, así como la posición ventajosa de las compañías de seguros frente a las empresas consumidoras de seguros, analizando y describiendo todos los aspectos que motivan la problemática y los elementos que la integran.

3.3.1 Población

El conjunto que integra la población parte de la investigación es:

- Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS)
- Expertos en el tema
- Representantes de Compañías de Seguros y Empresas Consumidoras de Seguros

3.3.2 Muestra

La muestra seleccionada para la investigación es no probabilística por juicio, en virtud que la elección de los sujetos se ha realizado a criterio del investigador, seleccionando a diez personas

que se consideran las más oportunas para la proporción de datos que aporten contenido sustancial a la problemática planteada conforme a su experiencia y conocimiento del tema.

3.3.3 Unidad de análisis

Siendo que la unidad de análisis busca determinar sobre qué o quién se va a recoger los datos, se detalla el propósito por el cual se integra la población de la investigación:

En la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), se pretende obtener información sobre cuantas compañías de seguros se encuentran operando actualmente en el país, la normativa vigente y regulatoria de la actividad aseguradora, así como la determinación de cuántos casos y reclamos se han presentado por parte de los consumidores, multas y sanciones durante los últimos años en virtud de dichos abusos.

Por medio de la opinión de expertos, se pretende lograr determinar si el ordenamiento jurídico nacional existente en el país es eficaz para combatir dichos abusos, y en su caso, la necesidad de adecuar ciertas disposiciones que podrían mejorar la situación actual de los consumidores.

Por último, la opinión de Representantes de Compañías de Seguros y Empresas Consumidoras de Seguros que logre dar a conocer las experiencias propias e individuales de cada una de las partes empresariales en relación a la actividad aseguradora en el país, sus riesgos y debilidades en el accionar de proporcionar por una parte un servicio sujeto a la ocurrencia de un riesgo y por otra parte, la intención de prevenir un daño patrimonial mucho mayor a ello.

3.4 Técnicas e instrumento aplicados

Por su parte, las técnicas a utilizar en la investigación serán la entrevista, la encuesta y el estudio de datos documentales mediante los cuales se determinan los diversos casos de interposición de quejas y denuncias administrativas a través de la obtención de datos documentales proporcionados por los órganos autorizados y regulatorios del tema.

Dichas técnicas se utilizan en base a la investigación realizada y todos los datos e información consultados e incorporados en el presente documento.

Entrevistas: En la presente investigación la entrevista juega un papel fundamental para la obtención de datos y percepciones de expertos. Las entrevistas que se realizan consisten en preguntas específicas sobre el caso de estudio con un experto en derecho de seguros, un representante de una empresa consumidora de seguros por daños y un representante de una compañía de seguro.

Estudio de Datos Documentales: mediante este instrumento se presenta un estudio de casos empíricos sobre la ocurrencia de quejas y demandas en contra de las compañías de seguros por diversos abusos y lesiones de derechos patrimoniales en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros.

Encuestas: Constituyen una herramienta fundamental para el estudio de la presente investigación. Las distintas organizaciones contemporáneas, políticas, económicas o sociales utilizan esta técnica como instrumento indispensable para conocer el comportamiento de sus grupos de interés y tomar decisiones sobre ellos. En particular, la encuesta adquiere en la investigación una relevancia significativa pues al recoger información de la realidad nos

enfrentaríamos tanto el campo teórico como al campo empírico del problema planteado. Particularmente, se pretende detectar una problemática que posiblemente exista pero que por otras circunstancias no ha sido relevante para el país.

3.5 Limitaciones del problema de investigación

Es importante que previo a conocer los resultados y análisis del presente capítulo, se identifiquen los obstáculos técnicos o científicos que pudiesen limitar el proceso de la investigación, y particularmente el análisis del problema planteado. Estas limitaciones vienen a constituirse en factores externos que se convierten en obstáculos durante el desarrollo del estudio y que escapan del control del investigador mismo.

En el presente estudio, la limitación más importante podría ser la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante. El aspecto confidencial de quienes realizan el acto perjudicial en las instituciones regulatorias, imposibilita identificar con especificidad que compañías están siendo mayormente denunciadas y por qué razones.

Otra limitación la constituye el tamaño de la muestra de la investigación, que se tomará en los servicios de diez personas involucradas lo que quizás, no posibilitará generalizar los resultados a obtener de manera global.

De igual manera, los entrevistados, específicamente los representantes de las compañías de seguros no pueden exponer ampliamente sus casos y experiencias reales debido a la relación patrono-empleado, y relación aseguradora-asegurado, por lo que podría obtenerse información muy superficial de las mismas.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

El planteamiento de la metodología ha constituido la guía para el proceso de investigación realizado, presentándose los resultados del mismo para exponer las opiniones y criterios de expertos sobre la determinación y existencia de cláusulas y prácticas abusivas en el contrato de seguros en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros por daños. Dichos resultados esgrimen la interpretación y el alcance de la normativa nacional e internacional existente para regular tales situaciones y el estudio general de múltiples situaciones en las que interviene la misma autoridad, colaborando así para determinar cuáles son las verdaderas causas y efectos de la misma.

Previo a la determinación de los resultados y el análisis de los mismos es importante destacar inicialmente que el sistema asegurador de Honduras está compuesto por 11 empresas de seguros que operan en todo el país, mismas que se detallan a continuación:

Tabla 5. Empresas de seguros en Honduras

Seguros Bolivar Honduras S.A.	Seguros Davivienda
Pan American Life Insurance Company	Palic
Mapfre Seguros Honduras S.A.	Mapfre Seguros
Interamericana de Seguros, S.A.	Ficohsa Seguros
Seguros Atlántida, S.A.	Atlántida
Seguros Crefisa, S.A.	Crefisa
Seguros Equidad, S.A.	Seguros Equidad

Seguros del País, S.A.	Del País
Seguros Lafise, S.A.	Seguros Lafise
AIG Seguros Guatemala S.A. Sucursal Honduras	AIG Seguros
Seguros Banrural Honduras, S.A.	Seguros Banrural

Fuente: (Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia, 2010, p. 25)

Tanto las aseguradoras como las corredurías están organizadas en diversas asociaciones. Las primeras forman la Cámara Hondureña de Aseguradoras (CAHDA) que vela por los intereses de sus miembros, analiza los sectores que intervienen en la actividad y establece relaciones con el Gobierno. Por su parte, las corredurías están organizadas en la Cámara Hondureña de Corredores de Seguros (CAHDECOSE), la cual interviene en todos los aspectos relacionados con la formación de diferentes normativas que rigen el sector. Además de las dos asociaciones anteriores, también existe la Asociación Hondureña de Profesionales de Seguros (AHPROINSE), que está compuesta por corredurías y corredores de seguros.

Adicionalmente, es importante mencionar que contrario a lo que se da en otros países, el gobierno hondureño no participa como oferente en ese mercado. Su labor se reduce a regular el mercado y hacer cumplir las distintas leyes que rigen al sector seguros, en especial la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros. No obstante, el Estado si es un cliente importante de las compañías de seguros y representa una parte relevante de la demanda final de seguros.

Ahora bien, con la información detallada, se puede constatar que en Honduras existe un amplio mercado de oferta de seguros con una alta demanda en el país, por lo que la regulación

que realiza el Gobierno a través de la normativa nacional e internacional es fundamental en el sector, resultando necesario que los entes contralores mantengan una estrecha supervisión y control que a su vez posibilite aún más la ampliación de este mercado.

4.1 Entrevista

4.1.1 Resultados

A continuación se detallan los resultados de las entrevistas realizadas a un experto en el tema investigativo y a un representante de una empresa consumidora de seguros en el país.

- Licenciada Violeta Zúñiga de Godoy, actual jefa del Departamento de Estudios y Normas de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

La Licenciada Violeta Zúñiga considera que siempre pueden existir abusos de ambas partes, tanto de las compañías de seguros como de los tomadores de seguros. La ocurrencia de los mismos se debe según la clase de producto financiero que son los seguros, porque las compañías de seguros pueden ser sorprendidas sobre los siniestros ocurridos.

Según la experta, en Honduras la normativa para defender los intereses de los consumidores es buena, pero podría mejorarse. Ella considera que es necesaria una nueva ley o que se realicen nuevas reformas a la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, pues la vigente es del año 2001. Se requiere, por ende, hacer un estudio intensivo y adecuar dicha ley más a la realidad actual. Ella propone que se incorporen nuevas disposiciones legales relacionadas a las pólizas de seguros, especialmente en el tema de las exclusiones.

Por último, la experta Señala que la mejor manera de mejorar la situación de los consumidores de seguros en Honduras, sea a través de una extensiva educación financiera, que permitabrirles información clara y oportuna que contribuya con el entendimiento total de los productos y servicios financieros, los compromisos y responsabilidades que estos asumen al contratarlos y queles permita desarrollar habilidades en la toma eficaz de las decisiones financieras en función a sus necesidades particulares.

- Representante de Compañía de Seguro

Por razón de mantener la confidencialidad de la Compañía de la empresa por la cual trabaja, el representante de la misma solicita mantener la presente entrevista sin indicar su identificación, por lo tanto, se abstiene de brindar datos personales.

Dicho representante expresa que en el seguro, con base en un contrato bilateral, las partes se obligan a derechos y obligaciones, por lo cual las indemnizaciones, ya sea que procedan o se declaren improcedentes se enmarcan dentro de una normativa creada a tal efecto, por lo que el desconocimiento de las mismas es lo que puede confundir al asegurado o “consumidor”.

Se le consulta que indique la causa que permitiese la ocurrencia de abusos de las compañías de seguros e indica que en algunas ocasiones la declaración falsa de la información es lo que hace el contrato nulo, en la denegación del reclamo, lo cual no se puede considerar abuso.

De igual manera, se le interroga para conocer si ha estado involucrado en alguna discrepancia o conflicto entre la aseguradora que representa y algún consumidor, y manifiesta que fue de su conocimiento una discrepancia pero en el seguro de vida, en dicho caso, el

contratante no declaró un padecimiento grave que tenía y a consecuencia de eso el seguro expiró. El continúa manifestando que el reclamo se rechazó por omisión de información, causal de anulación del contrato según se estipula en el Código de Comercio.

Luego, se le consulta si la compañía de seguros que representa, alguna vez ha reconocido algún error sin que hubiese existido intervención de autoridad competente por algún perjuicio cometido en contra de los consumidores, y manifiesta que no tiene conocimiento y que de igual manera no sabe si la compañía de seguros ha sido sancionada alguna vez.

Y finalmente indica que la normativa actual conlleva la obligación de informar a los consumidores de los bienes y servicios que adquieren a fin de que conozcan sus derechos. Que el marco legal se ha actualizado a favor de los consumidores, y que inclusive poseen áreas de atención al usuario financiero en donde se atienden los reclamos en donde consideren vulnerados sus derechos, por lo tanto se encuentran debidamente respaldados.

-Licenciado José Miguel Álvarez Villela, Socio y Representante Legal de BLP
LEGAL como representante de empresa consumidora de seguros.

El licenciado José Miguel Álvarez Villela considera que las compañías de seguros cometen abusos contra los consumidores. En su mayoría estos abusos están contenidos en cláusulas abusivas que se encuentran en las pólizas, específicamente en las condiciones generales de la contratación, por lo general las compañías de seguros no dan a sus clientes copias completas de estas condiciones generales y se limitan a entregar copia para revisión y lectura de las condiciones particulares. A veces existen contraposiciones entre uno y otro documento, lo que parece favorecer en uno en el otro le perjudica.

Además de lo anterior está lo típico de demora en respuesta, demora en dar el pago, siempre buscan maneras de realizar cobros de ajustes, o bien que el cliente pague el deducible o buscar alguna particularidad que haga que el pago nos sea obligatorio para ellos.

El considera que estos abusos se cometen por una falta de supervisión efectiva de parte de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. Ellos se basan más en la supervisión macro en el sentido de que si la compañía cumple con las condiciones necesarias para operar legalmente, con los márgenes el, pero no en las particularidades de la atención al cliente y evitar abusos con los consumidores.

De igual manera manifiesta que en Honduras falta más contenido en las leyes de protección al consumidor y más normativa que proteja al usuario financiero, sobre todo normativa que regule los tiempos que tienen las compañías para atender los reclamos, hacer los pagos, no cobrar deducibles. Así mismo aquellas que obliguen a las compañías a dar todo el paquete del contrato de póliza a dejar bien claro los casos de exclusión y aquellos casos en donde no aplicará deducible, dar las condiciones generales como particulares.

Y por último el licenciado Álvarez indica que la situación de los consumidores de seguros en Honduras puede mejorar con una ampliación del marco legal, así como una campaña de concientización de parte de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, o de educación al usuario para que se conozcan sus derechos frente a dichas compañías, ya que hay mucha falta de información.

4.2 Estudio de Datos Documentales

4.2.1 Resultados

A continuación se detallan los resultados del estudio de datos documentales proporcionados por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, relacionados a un resumen general de los reclamos ingresados en contra de las aseguradoras desde el año 2014 al mes de abril del 2017 proporcionado por dicha institución en fecha 26 de mayo del año 2017 por el Licenciado Francisco Rivas Oyuela, quien desempeña el cargo de Oficial de Investigación Financiera de la Gerencia de Protección al Usuario Financiero, presentados de la siguiente manera:

AÑO	RECLAMOS INGRESADOS POR AÑO	RECLAMOS INGRESADOS CONTRA ASEGURADORAS
2014	469	72
2015	432	69
2016	452	79
abr-17	119	14
	1472	234

En relación al estudio documental de datos, se verifica que la mayoría de los reclamos interpuestos ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros son altos en consideración a las 11 compañías aseguradoras que operan en nuestro país. No obstante, los reclamos son más frecuentes en los seguros de vida que en los seguros contra daños que adquieren las empresas consumidoras como mecanismo de protección a su patrimonio. No obstante, dentro de los reclamos contra daños, se puede constatar que la mayoría de casos se presentan por la inconformidad en los seguros de vehículos y contra siniestros.

Por otra parte, realizando un análisis detallado de la información presentada, se puede constatar que de los 72 reclamos interpuestos durante el año 2014, 38 reclamos están

relacionados al seguro por daños, durante el año 2015, 36 reclamos; durante el año 2016, 44 reclamos y desde enero 2017 hasta abril 2017, se han presentado 6 reclamos, existiendo un total de 124 reclamos.

Ahora bien, en el conteo de este año, se han presentado 119 quejas y reclamos en general ante La Comisión, dentro de los cuales 14 van dirigidas en contra de las compañías aseguradoras, y casi la mitad, es decir 6, son en razón de problemas por seguros contra daños.

Por otra parte, podemos verificar casos de desistimiento, en los que según informó el Licenciado Rivas, es producto de la negociación y arreglo de los consumidores con las compañías de seguros, quienes al verse expuestas ante un ente contralor, prefieren negociar como última alternativa, antes de verse expuestas a un trámite posiblemente sancionador que resulte mucho más agravioso que cumplir al pago del siniestro ocurrido.

Es importante aclarar, que según la investigación realizada, la mayoría de casos declarados sin lugar, no van directamente relacionados a la no existencia de algún abuso, sino más bien a la falta de seguimiento, elementos probatorios, cumplimiento de requisitos y plazos de los tramites interpuestos.

Ahora bien, con la información detallada, podemos determinar la gran demora de estos reclamos en sede administrativa, ya que existen aún varios reclamos interpuestos en el año 2015 que aún se encuentran en dictamen, igualmente, en los años posteriores. Incluso existe un caso de siniestro interpuesto en el año 2014, que aún no ha sido resuelto.

4.3 Encuestas

4.3.1 Resultados

A continuación se detallan los resultados de una encuesta realizada a 10 representantes legales de diferentes empresas mercantiles, consumidoras de seguros.

El 78% de las empresas representadas cuentan con algún seguro privado contra daños, el cual el la mayoría es para el aseguramiento de vehículos y transporte; en el segundo lugar es para el aseguramiento contra incendio, inundación o catástrofe y en tercer lugar lo ocupa el seguro contra robo. El 37,5% poseen un bajo grado de satisfacción del servicio que brindan sus compañías de seguros.

El 87,5% de las empresas representadas por medio de sus representantes legales se han visto obligadas a solicitar los servicios contratados con las aseguradoras por motivo de la ocurrencia de algún daño o accidente. El cual solamente el 37,5% obtuvieron una respuesta favorable por parte de la compañía de seguro.

De las empresas encuestadas y que no obtuvieron una respuesta favorable de la compañía de seguros al requerir los servicios por los cuales fueron contratados, el 60% de la inconformidad fue por no hacerse cargo del siniestro.

Con respecto al contrato de seguros, se puede constatar que el 50% de las empresas firmaron sin poder leer y comprender bien las clausulas establecidas en el mismo y el 25% lo leyeron pero no lo pudieron comprender bien.

El 12,5% sugirió alguna modificación del contrato de seguro al representante de la compañía de seguro por no estar conforme pero la compañía de seguro no le realizó ninguna modificación al contrato.

Por otra parte, se les consultó a los encuestados si conocen sobre la existencia de la figura del oficial de atención al usuario financiero en cada una de las instituciones de seguros a quien pudieran acudir en caso de problemas con la compañía de seguro y el 62,5% de los encuestados desconocen dicha figura.

De igual manera, y en relación a la consulta anterior, el 50% de los encuestados no están seguros a que entidad pública acudir en caso de reclamaciones contra las compañías de seguros, y el 12,5% no saben definitivamente a qué entidad u órgano acudir.

El 62,5% no presentaron queja o reclamo contra las compañías de seguros por desconocer el procedimiento que debían entablar.

Y finalmente el 75% de los encuestados consideran que las compañías de seguros si cometen abusos en perjuicio de los consumidores.

4.4 Apuntes del Investigador

El sector de seguros está compuesto 100% por instituciones privadas que son vigiladas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. El 50% de las instituciones son nacionales mientras que el restante 50% son extranjeras. Las empresas dentro del sector operan en una economía de libre mercado regulada por el Estado para evitar situaciones económicas adversas en vista que el sector asegurador, junto con el financiero, es de los más grandes del país.

El pasado 21 de marzo de 2017, el sector asegurador del país alcanzó un crecimiento intertrimestral de 23 por ciento, por su parte el pago de siniestros representa el 33 por ciento de los ingresos por primas netas obtenidos por las compañías de seguro hondureñas.

Los porcentajes anteriores trascienden en cifras de cierre del primer trimestre con utilidades que representan el 11.57 por ciento de las primas netas del sector asegurador.

Las reservas y el patrimonio continúan sólidos en ese sector en crecimiento formado por doce compañías.

El sistema asegurador hondureño presentó un incremento en sus ingresos en concepto de primas en el monto de 539 millones de lempiras, es así que se traduce un aumento de 23 por ciento respecto al año anterior; obteniendo ingresos por primas de 2 mil 875 millones de lempiras. Vale mencionar que las primas son el principal indicador en la industria de seguros, de acuerdo en los estándares reconocidos a nivel mundial.

Por otra parte, las utilidades de las compañías del mercado corresponden a un 11.57 por ciento a marzo del año en curso, en esta línea el mercado creció un 27 por ciento en relación al año pasado.

Con todo lo indicado, se puede constatar que la industria de los seguros en nuestro país va aumentando, y prueba de ello es que las funciones de las aseguradoras están siendo reguladas no solamente por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, sino también por otras entidades que intervienen directa o indirectamente en dicha actividad. Esto nos indica claramente que el sector de seguros es mucho más difícil y complejo de lo pensado que necesita un estudio más

completo y globalizado para proteger a los consumidores, pues ya no se trata de un pequeño sector.

4.5 Análisis Integral

Nuestras legislaciones desde sus orígenes enarbolaron los aparentemente inamovibles principios de la autonomía de la voluntad en los contratos y de la libertad contractual, plasmando las corrientes protectoras de la parte débil en el contrato, en las que no queda sino adherirse a las cláusulas ya establecidas con pocas o ninguna posibilidad de que el consumidor pueda discutirlos.

Específicamente, en el ámbito de la legislación tutelar del consumidor, de modo general nuestras legislaciones ya les dispensan un adecuado tratamiento, pero es el caso en que la práctica conoce un crecido número de contratos que escapan de dicho régimen protector, pues la relación en sí no encaja dentro de las consideradas como proveedor-consumidor, o bien las propias legislaciones excluyen su aplicación a cierto tipo de contratos.

Es por ello que durante los últimos años se han introducido reformas a la legislación que regula la actividad aseguradora, con el propósito de establecer y adaptar las respectivas regulaciones al nuevo entorno de la modernización de los Estados y el proceso de globalización, eliminando los grandes abusos cometidos por las compañías de seguros.

Ahora bien, con la entrevista realizada a la Licenciada Violeta Zúñiga de Godoy, se puede destacar que por la naturaleza del producto financiero que involucran ser los seguros, se suscitan esos abusos constantemente por ambas partes. Dichos abusos pueden prevenirse a través del fortalecimiento de nuestro ordenamiento jurídico y especialmente a través de una buena

educación financiera. Vale mencionar que en Honduras si existe una buena normativa pero en todo caso, se podría mejorar.

Con respecto a lo indicado por el representante de la compañía de seguro, se puede determinar que no se pudo lograr obtener información importante que pudiese secundar el presente proyecto de investigación debido a la relación directa con la compañía de seguro. No obstante, y según lo manifestado, los abusos ocurren por el desconocimiento de la normativa por parte de los consumidores y la confusión o falta de entendimiento de las disposiciones establecidas en las pólizas.

Ahora bien, el entrevistado, el licenciado José Miguel Álvarez Villela considera que si existe un verdadero abuso por parte de las compañías de seguros y la mayoría se debe a la existencia de las cláusulas abusivas contenidas en el contrato, que posibilita que al ocurrir un siniestro, la compañía de seguro busca alguna particularidad en él para que el pago no les sea obligatorio.

El manifiesta que las compañías de seguros deben indicar previamente a la contratación del seguro, todas las exclusiones al usuario y deben comprometerse a cumplir plazos para brindar el servicio, de tal manera los tiempos de respuestas no serían tan tardíos. De igual manera que a lo manifestado por la Licenciada Violeta, el también sugiere la necesidad de una buena educación financiera y campañas de concientización de parte de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

En relación al estudio documental de datos, se verifica que la mayoría de los reclamos interpuestos ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros son altos en consideración a las 11

compañías aseguradoras que operan en nuestro país, de los cuales en lo que va de este año, se han presentado 14 quejas, y 6 por seguros contra daños, confirmando que realmente existe una inconformidad con las compañías de seguros y sus servicios. También existe una demora por parte de la entidad regulatoria en la resolución de este tipo de discrepancia.

Por otra parte, con la encuesta se puede determinar que existe inconformidad con los servicios ofrecidos y contratados, especialmente al momento de ocurrir el siniestro, en las cuales la compañía de seguro no cubrió el mismo por fundamentarse en parte de alguna exclusión.

Con respecto al contrato de seguros, los consumidores muchas veces no comprenden bien las cláusulas establecidas y solamente algunos de ellos expresan su inconformidad pero lastimosamente las compañías de seguros hacen caso omiso a dichas solicitudes.

De igual manera, el desconocimiento de la normativa, y de los procedimientos de reclamos, así como las instituciones que velan por la protección de los consumidores, posibilitan aún más la ocurrencia de estos abusos.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones del trabajo de investigación en relación con las preguntas de investigación, objetivos específicos y las variables planteadas, con el fin de dar respuesta a las interrogantes que dieron paso al presente trabajo de investigación. A su vez, se presentan las recomendaciones para el caso de estudio en concreto, con el fin de impedir la ocurrencia de más abusos por parte de las compañías de seguros en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros.

5.1 Conclusiones

1. En el contrato de seguro, la voluntad establece el alcance, la extensión y los efectos del negocio. Se supone que las partes se encuentran jurídicamente en un plano de igualdad, y por ello ambos tienen la facultad de negociar cada una de las cláusulas del modo más conveniente y útil, pero así como se pudo constatar en la presente investigación, a pesar de las transformaciones económicas y sociales, existe un desequilibrio en la mayoría de los casos, en donde una de las partes predispone las condiciones generales del contrato y la otra únicamente se sujeta a ellas. Las compañías de seguro no brindan la posibilidad de discutir y negociar los contenidos de las pólizas, su contenido es dispuesto anticipadamente y unilateralmente por el asegurador. Es importante mencionar que si bien es cierto en algunas ocasiones las partes pueden discutir alguna de las cláusulas predispuestas, esta situación es excepcional y el común de las empresas deben contratar bajo los parámetros ya establecidos.

De igual manera, podemos determinar que este tipo de cláusulas no puede ser convalidado por el simple conocimiento que tenga el adherente a ellas; es más, aunque el adherente haya

aceptado su inclusión en el texto del contrato, no puede eliminarse el control de las entidades competentes para evitar su propagación.

2.Las prácticas abusivas, también perjudican, quizás de manera más silenciosa a los consumidores, y afectan los legítimos intereses de los propios asegurados y de las víctimas de los siniestros que formulan sus reclamos ante las compañías de seguros. Se tiene la impresión que las cláusulas abusivas son el punto de partida y quizás el único problema de las quejas contra la actividad aseguradora, pero existe otro tipo de abuso silencioso que produce igual o más perjuicios a los consumidores de seguros.

A través de la presente investigación se pudo constatar que existe una gran cantidad de usos y costumbres de algunas compañías de seguros que se convierten en habituales prácticas abusivas en perjuicio de las empresas consumidoras de seguros, como la comercialización de pólizas que no han sido aprobadas, falta de claridad de cláusulas y condiciones, rechazo de siniestros sin los fundamentos básicos, venta de seguros a través de personas que no están capacitadas, ofertas de transacción por sumas menores a los daños reales, no entrega al asegurado del informe realizado por el liquidador de siniestros, excesivos rigorismos formales, publicidad engañosa, incumplimiento del deber de información, entre otras.

Las prácticas abusivas mencionadas en el presente capítulo y así como en todo el contenido de la información no involucra todas las prácticas abusivas que cometen las compañías de seguros pero si son las más frecuentes. En sí, lo importante es señalar la existencia de las mismas para luego eliminar estos abusos, y permitir que las empresas consumidoras de seguras se encuentren debidamente protegidas.

De la presente investigación, se resaltan dos maneras fundamentales para luchar contra este tipo de prácticas. El control primario y natural de las autoridades competentes y la aplicación del daño punitivo en contra de las compañías de seguros.

3. En Honduras existe un amplio ordenamiento jurídico para contrarrestar los múltiples abusos de las compañías de seguros, como la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, la Ley de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, el Código de Comercio, la Ley para la Defensa y Promoción de la Competencia, la Ley de Protección al Consumidor y sus respectivos reglamentos.

Además de las anteriores, la Comisión Nacional de Bancos y Seguros ha emitido una serie de normas que regulan directamente la actividad aseguradora en el país.

Se considera que las disposiciones legales actuales enmarcadas en los diferentes instrumentos legales se encuentran acorde a nuestra realidad social. A diferencia de otros países, en Honduras se regulan los problemas más frecuentes en temas de seguros, no obstante, dicha normativa no pareciera ser suficiente para contrarrestar tantos abusos y lograr que las empresas consumidoras de seguros se encuentren totalmente conformes y seguras de que al momento de que ocurra el siniestro la compañía de seguro no cumpla con el pago o la reparación del daño esperado.

Las empresas que adquieren un seguro hoy en día para impedir daños mayores a su patrimonio, no confían plenamente en su empresa aseguradora, y se encuentran totalmente a la defensiva de que al requerir los servicios pactados, la compañía de seguros se ampare en alguna disposición infundamentada para no cubrirles el siniestro previsto.

Por lo tanto se concluye, que la problemática actual no es ocasionada directamente por la falta de disposiciones legales que regulan la conducta de las compañías de seguros, pues como lo hemos constatado, a través de la presente investigación, existe legalmente el ánimo protector en cada una de las disposiciones establecidas en favor de los consumidores. El problema deviene directamente de la falta de aplicación de dichas disposiciones y del actuar de las entidades regulatorias encargadas a velar por su fiel cumplimiento.

4. Se requieren mayores defensas legales de las actuales para contrarrestar tanta inseguridad por parte de las empresas consumidoras de seguros, y así de igual manera, el sector asegurador hondureño pueda crecer aún más en el mercado nacional e internacional.

Se debe implementar verdaderos mecanismos de defensa para la protección de la parte más débil en la relación compañía de seguros y empresa consumidora de seguros para equilibrar las cosas, en tal sentido, las compañías de seguros no puedan, eventualmente, abusar de la circunstancia de ser el lado que redacta el contrato y de tener el manejo del negocio, pues es evidente que hay una parte fuerte, que es la empresa aseguradora, y una parte débil, que es el asegurado.

Ahora bien, si bien es cierto la Comisión Nacional de Bancos y Seguros ya ha identificado algunas de las cláusulas y prácticas abusivas, dicha entidad debe velar fielmente que las compañías de seguros cumplan con toda la normativa existente, pues existe un amplio ordenamiento jurídico pero las compañías de seguros siguen cometiendo dichos abusos por la falta de supervisión continua por parte de la autoridad competente. En realidad, no se aplica la normativa tal como debe ser, no existe una verdadera vigilancia y control de oficio para estas compañías de seguros.

De igual manera, se debe reconocer que la falta de información por parte de los consumidores de seguros posibilita que las compañías de seguros sigan cometiendo abusos, pues estos al desconocer sus derechos, y mecanismos de protección, contribuyen a la ocurrencia del mal accionar de los aseguradores.

En Honduras, y tal como se pudo constatar con la presente investigación, existe un grave problema de falta de información por parte de los consumidores de seguros y de igual manera, falta la preocupación de las autoridades para contrarrestar esa misma desinformación.

La mayoría de los consumidores guardan silencio por desconocer sus derechos y los procedimientos a entablar, se quedan callados ante tales abusos, y terminan aceptando lo que las compañías de seguros dictaminan, y que en muchas ocasiones se basan en argumentos sin fundamentos que el consumidor termina creyendo.

Es importante indicar, que por la complejidad y la naturaleza del derecho de seguros, los consumidores confunden el objeto del mismo, desconocen que de igual manera, pueden optar por la reclamación de sus derechos en los tribunales de la república. La ley es clara e indica que cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, pueden ser resueltos por la vía judicial o incluso por la vía arbitral. En todo caso el sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, y ni la misma Comisión Nacional de Bancos y Seguros puede pronunciarse en caso de litigio salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

Por lo tanto, si la Comisión Nacional de Bancos y Seguros falla inicialmente con la regulación de oficio, los consumidores tienen vías judiciales alternas para poder hacer valer sus derechos de igual manera. Quizás algunos consumidores no opten por esta vía por la gran mora judicial y la demora de todo proceso de este tipo en Honduras, pero siempre puede ser una opción alterna cuando de vulneración de derechos se trate. Vale destacar que la mayoría de estos casos y dependiendo de la cuantía, solicitan el pago de indemnizaciones, daños y perjuicios por incumplimiento de contrato de seguros.

5. Se concluye finalmente que existe una verdadera problemática en el sector de seguros en nuestro país, y que a pesar de la amplia normativa existente, no se ha logrado equilibrar del todo la relación asegurador-aseguradora. Por lo tanto es fundamental que exista un compromiso real por parte de las autoridades pertinentes en determinar cómo pueden mejorar su organización, estructura, y que de igual modo se comprometan a cumplir y hacer cumplir las normas. De igual manera, debe existir un compromiso para mejorar la educación financiera de los consumidores en nuestro país, y que estos se comprometan adquirir dicha información para salir de la ignorancia y hacer valer en realidad sus derechos.

5.2 Recomendaciones

1. Las cláusulas abusivas se encuentran consagradas de manera cada vez más profunda dentro de las pólizas de seguros, y se utilizan para aprovechar la posición dominante en detrimento de la posibilidad de los consumidores de solo adherirse o no a ese tipo de forma contractual. Es por ello, que debe ejercerse por parte de las autoridades competentes una labor, para proteger al sujeto débil de la relación, eso sí, haciendo un análisis ponderado que variará en cada caso particular dependiendo, de las situaciones que lo rodeen, de suerte que no podrá avalarse, el interés defraudatorio.

2. La mejor manera para combatir las prácticas abusivas, y también las cláusulas abusivas es a través del daño punitivo. Si bien es cierto, la Comisión Nacional de Bancos y Seguros posee amplias facultades para sancionar económicamente a estas compañías de seguros, al no cumplir con la aplicación de la normativa, no cumple con la misma.

La importancia de la aplicación del daño punitivo para evitar dichos abusos es fundamental por el efecto disuasorio y preventivo para que las empresas no actúen de manera antisocial, o con dolo, o culpa grave, o con gran indiferencia por las consecuencias perjudiciales que sus conductas le producen a terceros. Para determinar el monto de los daños punitivos, se deben meritarse muchos hechos y circunstancias. Así, hay que tener en cuenta la gravedad de los perjuicios, como así también la conducta dolosa o con culpa grave del imputado. En sí, se debe buscar un equilibrio, a través de un análisis económico con la finalidad que la compañía de seguros no siga con el mal accionar pero que tampoco dicho monto contribuya a la quiebra del negocio.

3. Unificar en un solo cuerpo normativo todas las disposiciones legales que regulen la actividad aseguradora del país, incluyendo la normativa complementaria emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, para facilitar la información a los usuarios financieros a través de un solo cuerpo normativo legal denominado “Ley Reguladora del Mercado de Seguros,” o “Ley de Actividad Aseguradora”, o incluso una “Ley General de Seguros” que incluya también el establecimiento de compañías de seguros en Honduras.

El objetivo de unificar todo el ordenamiento jurídico es facilitar el estudio de toda la información pertinente al mercado de seguros en Honduras, ya que la normativa importante en defensa de los consumidores no se encuentra contemplada en la ley principal de Instituciones de

Seguros y Reaseguros, sino que en circulares emitidos por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, y que muchos consumidores pueden no tener conocimiento de la existencia de esa normativa.

4.Fomentar la educación financiera para satisfacer las necesidades que tienen los usuarios financieros y la población en general de contar con información clara y oportuna para mejorar su entendimiento sobre los productos y servicios financieros, especialmente en el sector asegurador en el país, y así puedan los consumidor comprender los compromisos y responsabilidades que asumen al contratarlos y les permita desarrollar habilidades para que la toma de sus decisiones financieras sean eficaces en función a sus necesidades particulares.

Lo anterior a través de un manual denominado “Manual para la Defensa del Asegurado”, que sea publicitado a través de todos los medios de propagación, y que incluso sea obligatorio que las compañías entreguen a los consumidores previamente a contraer algún seguro. Dicho manual deberá incluir todas las vías alternas, y procedimientos que los consumidores pueden entablar con el fin de resguardar sus derechos, y las entidades competentes para ello. De igual manera, invertir en campañas de publicidad y otros medios impresos que le permitan a los usuarios financieros conocer sus derechos y a qué entidad pueden avocarse en caso de alguna controversia o discrepancia en materia de seguros.

5.Mejorar el funcionamiento de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros como autoridad de control y supervisión del sistema financiero, encargada de liderar las acciones necesarias para la consolidación de la educación financiera, como política de país, considerada como bien público y concebida como un proceso integral y continuo, a través de métodos factibles de organización con personal altamente calificado y comprometido para hacer cumplir

la ley; actuar de oficio, no solamente a petición de parte y que mantengan una supervisión continua y estrecha de todas las compañías de seguros en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

Bustamente Ferrer, J. & Uribe Osorio, A. (1996). *Principios Jurídicos del Seguro*. (Tercera Edición). Bogotá: Editorial Temis.

Díaz Bravo, A. (2007). *La Ley como Factor de Fraude en el Seguro*. España.

Garrigues, J. (1973). *Contrato De Seguro Terrestre*. Madrid: Editorial Aguirre.

Halperin, I. (1993). *Lecciones de Seguros*. (Séptima Edición). Buenos Aires: Editorial Depalma.

Herrera Rico, L. (1995). *Diccionario Elemental de Seguros*. Bogotá.

Laguado Giraldo, C. (2003). *Condiciones Generales, Cláusulas Abusivas Y El Principio De Buena Fe En El Contrato De Seguro*. Bogotá, Colombia.

Ossa, J. (1984). *Teoría General del Seguro*. Bogotá: Editorial Temis.

Retana Tecún, E. (2008). *Las Cláusulas Abusivas En Los Contratos De Adhesión Y Sus Implicaciones Por No Existir Una Legislación Adecuada*. Guatemala.

Romero Londoño, J. & Velandia Becerra, F. (2003). *Cláusulas Abusivas En El Contrato De Seguro*. Bogotá, Colombia.

Sandoval Shaik, D. (2013). *Las Condiciones Generales Del Contrato De Seguro Y Su Control Interno E Internacional*. Madrid.

Legislación

Código Civil, Decreto No. 76-1906, emitido el 08 de febrero de 1906 y publicado en el Diario Oficial La Gaceta de la República de Honduras el 01 de marzo de 1906 artículos 1973-1979.

Código de Comercio, Decreto No. 73-1950, emitido el 01 de marzo de 1950 y publicado en el Diario Oficial La Gaceta de la República de Honduras el 01 de mayo de 1950 artículos 1105-1264.

Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, Decreto No. 22-2001, emitida el 30 de abril 2001 y publicada en el Diario Oficial La Gaceta de la República de Honduras el 21 de Agosto de 2001 artículos 1-151.

Ley de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, Decreto No. 155-1995, emitida el 18 de noviembre de 1995 y publicada en el Diario Oficial La Gaceta de la República de Honduras el 08 de diciembre de 1995 artículos 1-42.

Ley de Protección al Consumidor, Decreto No. 24-2008, emitida el 01 de abril de 2008 y publicada en el Diario Oficial La Gaceta de la República de Honduras el 07 de julio de 2008 artículos 1-113.

Ley para la Defensa y Promoción de la Competencia, Decreto No. 357-2005, emitida el 16 diciembre de 2005 y publicada en el Diario Oficial La Gaceta de la República de Honduras el 04 de febrero de 2006 artículos 1, 2, 4, 7, 9, 34, 36-59.

Fuentes Electronicas

Normas sobre transparencia en las operaciones bancarias, Superintendencia de Bancos y de Otras Instituciones Financieras de Nicaragua, resolución N° CD-SIBOIF-796-1-AGOST30-2013 de fecha de 30 de agosto de 2013. Extraído de http://www.siboif.gob.ni/documentos/marco_legal/generales/CD-SIBOIF-796-1-AGOST30-2013.pdf

Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Centroamérica y República Dominicana, ratificada por Honduras el 03 de marzo de 2005. Extraído de https://es.wikipedia.org/wiki/Tratado_de_Libre_Comercio_entre_Estados_Unidos,_Centroam%C3%A9rica_y_Rep%C3%BAblica_Dominicana