

ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES CUANDO EL AFECTADO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE INDEFENSION-Frente a entidades particulares del sistema financiero y asegurador

Conforme a la línea jurisprudencial consolidada por la Corte Constitucional, la acción de tutela contra aseguradoras es procedente formalmente desde el tópico de la legitimación en la causa por pasiva, en razón a que su actividad desborda el mero interés particular de cualquier relación contractual y en la medida en que su posición dominante puede generar una situación de indefensión, situación que fácticamente debe valorarse en cada caso.

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Procedencia para el pago de póliza cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional y los medios ordinarios no son idóneos

DERECHO AL MINIMO VITAL-Vulneración por compañía de seguros al no pagar póliza de seguro por considerar que enfermedad que ocasionó pérdida de capacidad laboral se trataba de preexistencia no informada al momento de la suscripción

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Se predica tanto de tomador como de asegurador

De acuerdo con las normas que rigen el contrato de seguros, las obligaciones de las partes deben entenderse de manera armónica con los elementos y características esenciales del contrato. En ese marco, el artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato. Pero no se trata de una deber que se lee aislado de la responsabilidad que asume la aseguradora, pues en la medida en que la compañía asume el riesgo, debe conocer las condiciones en que lo hace, como requisito previo para ampararlo y para determinar la contraprestación que exigirá al tomador a manera de prima. Del lado del tomador, éste tiene el deber de declarar la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud); pero si las preguntas tipo del cuestionario de asegurabilidad son muy generales, y no se exigieron exámenes médicos o la historia clínica

de los tomadores, esta circunstancia no puede traducirse en la imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de una interpretación carente de razonabilidad frente a las cláusulas del contrato.

ACTIVIDAD ASEGURADORA-Aseguradoras deben dejar constancia de preexistencias o exclusión de alguna cobertura, al inicio del contrato, para evitar ambigüedades en el texto que ellas mismas han elaborado

CONTRATO DE SEGUROS-Preexistencias no planteadas cuando entidad aseguradora no efectúa examen médico al momento de suscripción

COMPAÑIA ASEGURADORA-Deberes de claridad, información, confirmación y lealtad por parte de la aseguradora y del tomador en el momento de la suscripción de pólizas

COMPAÑIA ASEGURADORA-Obligación de pagar la póliza a pesar de haber acaecido algún tipo de preexistencia

DERECHO A LA VIDA DIGNA Y AL MINIMO VITAL-Orden a Aseguradora pague saldo insoluto de las obligaciones crediticias adquiridas por el actor

Referencia: expedientes acumulados T-5158888, T-5109049, T-5189828, T-5201723 y T-5201786

Acciones de tutela presentadas por (i) Martha Lucía González López contra Seguros Bolívar S.A; (ii) Harold Humberto Useche Chaparro actuando como agente oficioso de Lida Obdulia Chaparro de Useche, contra la Aseguradora Solidaria de Colombia, el Banco Pichincha y Delima Marsh S.A.; (iii) John Alexander Triana Rodríguez contra Seguros Bolívar S.A.; (iv) Deyci María Álvarez Hernández contra Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida; y, (v) Héctor Mario Rubio Acevedo contra Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida

Magistrada Ponente:

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Bogotá, D.C., dos (2) de febrero de dos mil dieciséis (2016)

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados María

Victoria Calle Correa, Alejandro Linares Cantillo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión de las sentencias proferidas: (i) en única instancia, por el Juzgado Treinta y Tres Civil Municipal de Bogotá, el veintinueve (29) de julio de dos mil quince (2015), en el proceso de tutela de Martha Lucía González López contra Seguros Bolívar S.A; (ii) en primera instancia, por el Juzgado Veintidós Civil Municipal de Cali, el siete (07) de mayo de dos mil quince (2015), y en segunda instancia, por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Oralidad de Cali, el diez (10) de junio de dos mil quince (2015), en el proceso de tutela de Harold Humberto Useche Chaparro actuando como agente oficioso de Lida Obdulia Chaparro de Useche, contra la Aseguradora Solidaria de Colombia, el Banco Pichincha y Delima Marsh S.A.; (iii) en primera instancia, por el Juzgado Segundo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Ibagué, el veintinueve (29) de mayo de dos mil quince (2015), y en segunda instancia, por el Juzgado Primero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Ibagué, el seis (6) de agosto de dos mil quince (2015), en el proceso de tutela de John Alexander Triana Rodríguez contra Seguros Bolívar S.A.; (iv) en primera instancia, por el Juzgado Veinticuatro Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, el veintiséis (26) de junio de dos mil quince (2015), y en segunda instancia, por el Juzgado Cuarenta y Siete Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá, el ocho (8) de septiembre de dos mil quince (2015), en el proceso de tutela de Deyci María Álvarez Hernández contra Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida; y, (v) en primera instancia, por el Juzgado Treinta y Nueve Civil Municipal de Bogotá, el cinco (5) de agosto de dos mil quince (2015), y en segunda instancia, por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá, el cuatro (4) de septiembre de dos mil quince (2015), en el proceso de tutela de Héctor Mario Rubio Acevedo contra Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida.

El expediente T-5158888 fue seleccionado para revisión por la Sala de Selección Número Diez, mediante auto del quince (15) de octubre de dos mil quince (2015). Los expedientes T-5109049, T-5189828, T-5201723 y T-5201786 fueron seleccionados para revisión y acumulados entre sí y al expediente T-5158888, por la Sala de Selección Número Diez, en auto del veintiocho (28) de octubre de dos mil quince (2015).

I. ANTECEDENTES

Los casos acumulados en esta oportunidad se refieren a las reclamaciones que algunas personas formularon a diferentes aseguradoras solicitando el pago de una póliza de seguros, vida grupo deudores, suscrita bajo alguna de estas modalidades: (i) grupo deudores, póliza que tiene por finalidad respaldar créditos adquiridos con entidades financieras, cuyo amparo se haría efectivo en caso de muerte o incapacidad del titular; o (ii) grupo educadores, con cobertura en caso de muerte accidental, desmembración o incapacidad total y permanente del tomador. En todos los asuntos, las aseguradoras objetaron la reclamación.

Los actores acuden a la acción de tutela porque consideran que sus derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital se encuentran vulnerados. En consecuencia, los interesados solicitaron al juez constitucional que ordene a las compañías aseguradoras demandadas reconocer y pagar el seguro reclamado, con fundamento en el contrato de seguro y la certificación acreditada de pérdida de capacidad laboral.

Enseguida la Sala de Revisión pasa a narrar los hechos de los casos concretos, la respuesta de las entidades accionadas, y las decisiones de instancia que se revisan.

1. Acción de tutela presentada por Martha Lucía González López contra Seguros Bolívar S.A. (expediente T-5158888)

1.1. Hechos

La accionante, quien tiene 61 años de edad, se ha desempeñado como docente al servicio del Estado por más de 30 años, en distintos municipios del país como Villamaría en Caldas, y Chía, Cajicá y Cota en Cundinamarca, a cargo de la asignatura de lengua extranjera. Cuando se encontraba laborando en el Colegio San Gabriel de Cajicá, Seguros Bolívar S.A. le ofreció una póliza de seguros de vida grupo educadores de Colombia, con cobertura en caso de muerte accidental, desmembración o incapacidad total y permanente del primero[1]. La tutelante tomó la póliza el 16 de octubre de 2002, por un valor asegurado de cuarenta millones de pesos (40.000.000), cancelando una prima mensual de treinta mil pesos (30.000)[2] hasta el año 2007, en que incrementó la prima, correspondiendo a una suma mensual de cuarenta y cinco mil pesos (45.000), pues suscribió un seguro adicional

por enfermedades graves por valor de veinte millones de pesos (20.000.000)[3].

Debido a que estuvo incapacitada entre el 13 de julio de 2010 y el 18 de marzo de 2011, superó el periodo de 180 días, razón por la cual la EPS Unión Temporal Médico Salud, entidad que presta su servicio médico al magisterio, procedió a remitir su caso para la calificación de pérdida de capacidad laboral. La Junta de Calificación de Primera Oportunidad de esa institución determinó que sufría de una invalidez del 96% de origen profesional y con fecha de estructuración el 28 de enero de 2011. Con base en el dictamen señalado, a la accionante le fue reconocida la pensión de invalidez a través de la Resolución No. 00589 de junio de 2011, expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca[4].

Con fundamento en el dictamen de pérdida de capacidad laboral, el 13 de julio de 2012 la peticionaria solicitó a Seguros Bolívar S.A. el reconocimiento del seguro vida grupo educadores. El 31 de julio del mismo año la aseguradora objetó el pago aduciendo: “con base en la historia clínica que reposa en la reclamación, se ha podido determinar que la enfermedad por la que reclama, la incapacita de forma parcial y no total para desempeñar cualquier labor remunerativa, como expresamente lo exige el anexo, por lo que no procede el pago solicitado”.

La señora González reiteró la petición a la aseguradora el 16 de abril de 2015, solicitándole que reconsiderara el pago de la póliza, con fundamento en el precedente aplicable, contenido en la sentencia T-830 de 2014[5]. En comunicación del 12 de mayo de 2015 la entidad mantuvo su decisión inicial y afirmó: “para que haya lugar a la cobertura solicitada, se deben reunir todos los supuestos del anexo, es decir, incapacidad de 150 días y que la causa por la que reclama produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerativo y en el caso particular no se cumple con dichos criterios. Y precisó además: “una calificación de pérdida de capacidad laboral, no incide en la definición de la reclamación, como se indicó anteriormente, esta calificación tiene efectos en el campo de la seguridad social, con el objeto de garantizar el amparo de las contingencias derivadas de la invalidez, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinen en la ley laboral. En consecuencia de lo anterior, el asegurado no ha demostrado que reúne las condiciones del contrato para acceder al pago indemnizatorio.”.

La tutelante narró que dos (2) años antes disolvió la sociedad conyugal con el padre de sus dos hijos. Como acordaron la repartición de los bienes decidieron vender el apartamento en el que ella y los jóvenes viven, por lo que se encuentran buscando un lugar para arrendar. También afirmó que sus hijos dependen de ella, pues el menor está terminando bachillerato y la mayor finalizó universidad, pero no ha conseguido trabajo. Agregó que su exesposo no los apoya económicamente desde la separación. Incluso relata que el hijo menor actualmente recibe tratamiento psicológico, porque se deprimió a raíz del divorcio y su enfermedad, porque fueron meses de cirugías, hospitalizaciones y padecimientos. En resumen, la accionante informó que las tres personas sobreviven con la pensión que le reconoció la Gobernación de Cundinamarca[6].

En virtud de todo lo anterior, la señora González solicita al juez de tutela que ordene a Seguros Bolívar S.A. pagar el seguro por incapacidad permanente, conforme la cobertura de la póliza que tomó y ha cancelado por espacio de aproximadamente 10 años.

1.2. Respuesta de Seguros Bolívar S.A.

A través de su apoderado general la aseguradora solicitó declarar que no se han vulnerado los derechos constitucionales de la señora Martha Lucía González. Como fundamento de la petición la compañía reiteró lo dicho en las comunicaciones remitidas a la accionante en respuesta a sus derechos de petición, es decir, que aquella no sufre una incapacidad total y permanente que le impida realizar alguna actividad lucrativa, por lo cual no es procedente reconocer el pago del aseguramiento.

1.3. Decisión que se revisa

En fallo del veintinueve (29) de julio de dos mil quince (2015), el Juzgado Treinta y Tres Civil Municipal de Bogotá declaró la improcedencia de la acción de tutela, al considerar que: “no se encuentra acreditado que la accionante carezca de recursos económicos suficientes o que dependa del pago de la póliza para subsistir, siendo éste un requisito indispensable para determinar la procedencia de la presente acción, toda vez que no resulta suficiente que la tutelante se encuentre en estado de discapacidad.”

2. Acción de tutela presentada por Harold Humberto Useche Chaparro actuando como agente oficioso de Lida Obdulia Chaparro de Useche, contra la Aseguradora Solidaria de

Colombia, el Banco Pichincha y Delima Marsh S.A. (expediente T-5109049)

2.1. Hechos

El 26 de febrero de 2014 la señora Lida Obdulia Chaparro de Useche, quien tiene 72 años de edad, adquirió un crédito con el Banco Pichincha por valor de veintiocho millones quinientos mil pesos (28.500.000), a un plazo de 96 meses, por el cual se pactó el pago de una cuota mensual de quinientos setenta y cuatro mil ciento cuarenta y tres pesos (574.143), para ser descontados por libranza de su asignación pensional reconocida por la Gobernación del Valle del Cauca. El crédito se amparó con una póliza vida grupo deudores de la Aseguradora Solidaria de Colombia[7].

El 13 de junio del mismo año la señora Chaparro sufrió un accidente cerebro vascular hemorrágico. Por esa razón fue hospitalizada en la Fundación Valle del Lili de Cali y durante su estancia se le practicó una gastrostomía y adaptación de una sonda yeyunal para su alimentación. Cuando finalizó la hospitalización, la atención en casa se estableció sobre la base del siguiente diagnóstico: “paciente que presentó ECV hemorrágico, estuvo en UCI en estado crítico, intubada con tendencia a la mejoría sin embargo con compromiso neurológico que incluye hemiplejía izquierda, trastorno de la deglución y alteraciones neuropsiquiátricas secundarias, valorada por fisiatría en proceso de rehabilitación y manejo además por psiquiatría”[8].

Posteriormente, el 16 de agosto de 2014 la Junta de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca determinó que la agenciada sufría un 96.2% de pérdida de capacidad laboral, de origen común y fecha de estructuración el 13 de junio de 2014, día del accidente cerebro vascular[9].

La familia de la actora presentó reclamación al Banco Pichincha para hacer efectiva la póliza que cubría el valor del crédito adquirido. El 19 de diciembre de 2014, el banco anexó a su respuesta una comunicación de la Aseguradora Solidaria de Colombia suscrita el 25 de noviembre del mismo año, en la cual la entidad objetó el pago del seguro con fundamento en el siguiente argumento: “(...) del análisis de los documentos presentados como soporte de la reclamación, además de la verificación realizada de los antecedentes de salud de la asegurada por nuestro departamento médico, se establece que para el 26 de febrero de 2014, la Sra. Lida Obdulia Chaparro de Useche presentaba antecedentes de hipertensión

arterial y dislipidemia mixta desde el año 2009, siendo estas patologías las que generan el evento generador de la solicitud indemnizatoria. Y agregó: “es claro que al momento de firmar la declaración de asegurabilidad, la Sra. Lida Obdulia Chaparro de Useche, se encontraba diagnosticada con las patologías enunciadas anteriormente, las cuales no fueron manifestadas por ella. Al respecto de esta situación el artículo 1058 del código de comercio señala la obligación del asegurado en razón a declarar sinceramente el estado de riesgo (...)”.

El hijo de la señora Chaparro, actuando en calidad de agente oficioso, presentó acción de tutela con el fin de solicitar al juez constitucional que ordene a las entidades accionadas reconocer el seguro que cubría la deuda, porque mensualmente se le viene descontando de la mesada pensional de su progenitora la cuota para cubrir el crédito (que se fijó en el año 2014 en la suma de \$574.143,00), más la prima para la cobertura de la póliza que ampara la obligación. Precisa que ese dinero se requiere para los gastos en salud y alimentación de la agenciada, que actualmente necesita asistencia permanente de personal auxiliar con conocimientos especializados, dado que no puede valerse por sí misma. Agrega que aunque la EPS reconoce la atención médica domiciliaria, existen otros servicios que han debido ser asumidos por la señora Chaparro de Useche y la familia, tales como transporte para terapias que se realizan fuera del hogar, suplementos alimenticios, entre otros. Indica que es imposible asumir todos los requerimientos de su madre con la pensión de la que es beneficiaria, por lo que su familia se ha visto en la obligación de asumir la colaboración.

Sobre este último aspecto sostiene que, aparte de él, la señora Lida Obdulia tiene otra hija y una hermana, pero que la situación se ha vuelto crítica porque los gastos han afectado la situación económica de todos: (i) él, agente oficioso en este asunto, asumió un leasing habitacional que se encuentra en mora, existiendo el riesgo de perder la casa donde, incluso, actualmente vive su madre, y que tiene obligaciones con un menor de 6 años que reside fuera del país y con otro bebé que está por nacer; (ii) su hermana tiene un menor de 4 años, por lo que sus recursos se destinan a la satisfacción de las necesidades de su familia; y, (iii) finalmente, la hermana de la agenciada tiene 74 años y se encuentra en tratamiento psiquiátrico.

2.2. Respuesta de las entidades accionadas

(i) A través de su apoderada y gerente general, el Banco Pichincha contestó la acción de tutela y solicitó que se declare que esa entidad no ha vulnerado los derechos fundamentales de la agenciada, comoquiera que fue la Aseguradora Solidaria de Colombia la entidad que decidió objetar la reclamación; (ii) A su turno, la representante legal de la Aseguradora Solidaria de Colombia solicitó que se declare la improcedencia de la acción de tutela porque la agenciada dispone de la vía judicial ordinaria para pedir la protección de sus derechos fundamentales. De fondo, la entidad reiteró las consideraciones expuestas a la accionante en el escrito a través del cual objetó la reclamación del seguro, suscrito el 25 de noviembre de 2015; (iii) Finalmente, la representante legal de Delima Marsh S.A., pidió al juez de tutela que declare que esa sociedad no ha vulnerado los derechos de la agenciada. La entidad afirmó que es una compañía intermediaria de seguros, que actuó como puente entre el Banco Pichincha y la Aseguradora Solidaria de Colombia, para facilitar la contratación del seguro, la renovación del mismo y la agilización en la atención de los reclamos.

2.3. Decisiones que se revisan

En sentencia de primera instancia del siete (07) de mayo de dos mil quince (2015), el Juzgado Veintidós Civil Municipal de Cali tuteló los derechos fundamentales al debido proceso, a la vida digna y al mínimo vital de la señora Lida Obdulia Chaparro de Useche, y ordenó a la Aseguradora Solidaria de Colombia, que otorgue a la accionante el amparo por incapacidad total y permanente, conforme a la cobertura del seguro de vida grupo deudores, y asumir el saldo insoluto del crédito. El fundamento principal de la decisión del despacho fue: “la ahora accionante llenó un formulario para tomar la póliza como deudora y garantizarle a la entidad bancaria Banco Pichincha, por determinación de ésta, que en caso de muerte o por sobrevenir incapacidad total y permanente, Aseguradora Solidaria se hacía cargo del saldo insoluto de la deuda, que luego la aseguradora se niega a asumir, sin exámenes médicos que hubiera dispuesto realizar, como es de su responsabilidad o pedido a la asegurable que los allegara, le permiten colegir, con base seria y no por mera suposición a discreción o conveniencia, que “infarto cerebro vascular” preexistía al ingreso de la señora (...) a la póliza de vida grupo deudores y si ella obró con reticencia”.

En escrito del doce (12) de mayo de dos mil quince (2015) la Aseguradora Solidaria de Colombiana impugnó la decisión. Reiteró que la agenciada dispone de la vía ordinaria para

solicitar el pago del seguro que reclama a través de la vía de tutela, además, que era deber de aquella, al momento de tomar el seguro, declarar de forma exacta el estado del riesgo, concretamente, a través de la manifestación de su estado de salud físico y mental para ese momento.

El Juzgado Décimo Civil del Circuito de Oralidad de Cali, en fallo del diez (10) de junio de dos mil quince (2015), revocó la decisión de instancia y declaró la improcedencia de la acción de tutela. El juzgado explicó: “no resulta caprichosa la objeción presentada por la aseguradora, porque al parecer la aseguradora faltó a la verdad al momento de suscribir la solicitud de aseguramiento, ya que no mencionó que sufría de hipertensión arterial, que se cree fue la determinante para el accidente cerebro vascular que padeció el 13/06/2014. Lo anterior, sin perjuicio de acudir a la acción ordinaria para establecer con certeza si hay lugar o no al pago de la indemnización por invalidez permanente”.

3. Acción de tutela presentada por John Alexander Triana Rodríguez contra Seguros Bolívar S.A. (expediente T-5189828)

El señor John Alexander Triana Rodríguez tomó un seguro de vida grupo Davida Integral con Seguros Bolívar, vigente desde el 26 de mayo de 2014 hasta el 26 de mayo de 2015, el cual contaba con las coberturas de vida, indemnización por muerte accidental y beneficios por desmembración e incapacidad total y permanente, por un valor asegurado de ochenta millones de pesos (80.000.000). El 29 de octubre de 2014 el actor fue calificado con un 82.95% de pérdida de capacidad laboral por presentar agudeza visual, hipoacusia neurosensorial, cefalea migrañosa, colon irritable y diabetes mellitus, entre otras enfermedades, con fecha de estructuración el día de emisión del dictamen, según acta N° 286 de la misma fecha, expedida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional, entidad para la que trabajó por más de 7 años.

El 10 de noviembre de 2014 el accionante solicitó a Seguros Bolívar S.A. reconocer el seguro suscrito en mayo de ese mismo año. El 6 de enero de 2015, la compañía objetó la reclamación argumentando que no se acreditó una “incapacidad total y permanente” en los términos establecidos en la condición primera del anexo, es decir, un porcentaje de invalidez que le impida desempeñarse laboralmente en una actividad lucrativa[10]. Esta decisión fue confirmada por la misma entidad en oficio del 4 de febrero de 2015 al

responder una nueva solicitud del actor en la cual pidió reconsiderar la objeción.

El señor Triana solicita al juez de tutela que ordene a Seguros Bolívar pagar el seguro de vida davida integral, para suplir las contingencias económicas que actualmente se generan en la invalidez que padece, y que le impiden disfrutar de su vida en dignidad.

3.2. Respuesta de Seguros Bolívar S.A.

A través del apoderado general, la compañía demandada pidió que se declare que no ha vulnerado los derechos fundamentales del interesado. Afirmó que se abstuvo de reconocer el pago de la póliza comoquiera que las lesiones que padece el accionante no le impiden desempeñar cualquier trabajo remunerado. También, sostuvo que el concepto de invalidez vigente en el Sistema de Seguridad Social no se extiende a la interpretación de las cláusulas contractuales de seguros, y que en esta última materia, la incapacidad debe ser total.

3.3. Decisiones que se revisan

En fallo de primera instancia del veintinueve (29) de mayo de dos mil quince (2015), el Juzgado Segundo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Ibagué, negó la protección invocada por el señor John Alexander Triana Rodríguez, porque encontró que no se vulneró su derecho fundamental al mínimo vital y consideró que corresponde al actor acudir a la vía ordinaria. Adujo sobre el particular que: “es importante hacer notar que en el caso en comento, ni de las pruebas que obran en el expediente, ni de lo que puede inferirse de la plateado por el accionante, se derivan elementos de juicio suficientes para dar por probado que estamos ante la vulneración del derecho fundamental al mínimo vital como se plantea y que pueda justificarla concesión de la acción de tutela (...).”

El demandante impugnó la decisión señalando que a diferencia de lo sostenido por el juez de primera instancia, no tiene medios económicos porque es una persona con una pérdida de capacidad laboral del 82.95% y en esas circunstancias ningún empleador va a contratarlo. Ha intentado en el mercado laboral emplearse, pero es prácticamente imposible en esas circunstancias. Sostuvo también que en sus condiciones, sumadas a la falta de recursos económicos, le impiden agotar todas las etapas de un trámite ordinario sin poner en riesgo su derecho fundamental al mínimo vital. Preciso que:

“... si mi poderdante tiene personas a cargo o no, no sería relevante. Valga decir que no las tiene, pero debe tenerse en cuenta que ni personas ni bienes productivos tiene y que el perjuicio se le está causando solo a él que es quien interesa en este momento. ¿Quién va a contratar a una persona con un índice de disminución de capacidad laboral del 82.95%? Esta situación no se contempló en la sentencia, no se analizó en la sentencia y simplemente se dio por sentado que mi poderdante tiene otros ingresos y, por ende, la acción de tutela no es procedente”[11].

A través de fallo de segunda instancia del seis (6) de agosto de dos mil quince (2015), el Juzgado Primero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Ibagué, confirmó íntegramente la decisión recurrida.

4.1. Hechos

El 3 de julio de 2013 la señora Deyci María Álvarez Hernández suscribió una póliza de seguro de vida grupo deudores, para respaldar un crédito adquirido con el Banco BBVA por valor de cien millones de pesos (100.000.000), con una prima anual del quinientos cincuenta y cuatro mil pesos (554.000). La póliza operaría por muerte o por incapacidad total y permanente del titular[12].

El 5 de septiembre de 2013 la actora sufrió un multi-infarto cerebral. Después de este episodio, el 7 de octubre de 2013 envió un derecho de petición a BBVA Seguros de Vida solicitando el reconocimiento de la póliza que respaldaba el crédito adquirido con Banco BBVA[13]. En comunicación del 25 de octubre de 2015 la entidad le informó a la tutelante: “teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud de seguro de vida grupo deudores, el día 3 de julio de 2013, se omitió declarar dichas patologías –síndrome del túnel carpiano, artritis, y trastornos mentales-, obligado a hacerlo en virtud del citado artículo, por tanto, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación(...)”.

La accionante solicitó, a través de Suramericana, la calificación de su pérdida de capacidad laboral. El 15 de julio de 2015 la entidad determinó que la accionante sufre una invalidez del 65.94%, de origen común y con fecha de estructuración el 5 de septiembre de 2013.

La peticionaria solicita al juez de tutela que ordene a BBVA Seguros de Vida reconocer y

pagar el monto de la póliza, con base en el dictamen mencionado. Afirmó que por razón de su enfermedad no se puede desempeñar laboralmente, y que en este momento tiene a cargo a dos hijos menores de edad (9 y 17 años), que demandan gastos permanentes de alimentación, educación, salud, vivienda y transporte, que deben ser sufragados por ella totalmente a través de la pensión de invalidez que recibe por valor igual al salario mínimo[14]. Agregó que no cuenta con ingresos fijos adicionales, dado que su esposo no puede asistirlos porque quedó invalido y tiene una pérdida de capacidad laboral del 66.55% desde abril del año 1996.

La accionante allega, para acreditar su precaria situación económica y entre otras pruebas, (i) declaración juramentada por parte del señor Carlos Alberto Álvarez Linares en la que afirma que ha venido ayudando económicamente a su hija, además de que ha asumido varios gastos del hijo mayor de la peticionaria[15]; (ii) constancias del Colegio Americano de Bogotá en el que sus hijos menores están estudiando, en las que se evidencia que han sido beneficiarios de subsidios e incluso de exoneración de matrícula por las condiciones económicas de la familia[16]; y, certificaciones bancarias tanto de la peticionaria como de su esposo que dan cuenta de que algunos productos, tarjetas de crédito, se encuentra en el cupo máximo y en mora[17].

4.2. Respuesta de BBVA Seguros de Vida

A través del representante legal, la entidad solicitó al juez de tutela declarar la improcedencia de la acción de tutela, porque la accionante tiene a su disposición la vía ordinaria para que se resuelva la controversia sobre el pago del seguro a que se ha hecho referencia.

4.3. Decisiones que se revisan

En fallo de primera instancia del veintiséis (26) de junio de dos mil quince (2015), el Juzgado Veinticuatro Penal Municipal con Función de Control de Garantías, declaró la improcedencia de la acción de tutela, pues a su juicio la actora no demostró que acudía a la acción impetrada para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable, y en esa medida, debía agotar la vía ordinaria.

La accionante impugnó la decisión. En su escrito afirmó “¿cómo es posible que el a-quo

indique que no hay perjuicio irremediable? ¿Es que bastaron las pruebas adjuntas donde familiares y amigos está ayudando con la manutención del hogar y con el sostenimiento y pago de las matrículas y pensiones de los hijos? (...) ¿considera el juez que no hay perjuicio porque la pensión que devenga la accionante es sobre el salario mínimo? Con respeto le manifiesto al fallador de segunda instancia... que un salario mínimo le ayuda a una familia compuesta por padres discapacitados o inválidos al sostenimiento de un hogar, en donde dos son inválidos (...)"

En segunda instancia el Juzgado Cuarenta y Siete Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Bogotá, en sentencia del ocho (08) de septiembre de dos mil quince (2015), confirmó íntegramente el fallo recurrido.

5. Acción de tutela presentada por Héctor Mario Rubio Acevedo contra Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida (expediente T-5201786)

5.1. Hechos

El 30 de septiembre de 2013 el señor Héctor Mario Rubio Acevedo tomó la póliza No. 0110043 con BBVA Seguros de Vida, por un valor de cincuenta y un millones de pesos (51.000.000), cuya prima mensual tenía un costo de treinta y ocho mil doscientos cincuenta pesos (38.250)[18], para asegurar la cancelación del crédito de libre inversión adquirido con el Banco BBVA en caso de muerte o incapacidad permanente. El 24 de abril de 2014, la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional declaró que el señor Rubio presentaba una disminución de la capacidad laboral del cincuenta 50.30%, con fecha de estructuración el día de expedición del dictamen, y originada en las enfermedades trastorno adaptativo, síntomas depresivos, leishmaniasis cutánea, entre otros.

Con fundamento en el dictamen de pérdida de capacidad laboral, el accionante solicitó a BBVA Seguros de Vida el pago de la póliza. El 27 de enero de 2015 la entidad accionada objetó la solicitud. Aseguró que al momento de suscribir el contrato el accionante omitió declarar: "antecedentes patológicos de trastorno adaptativo con síntomas depresivos además de hipoacusia neurosensorial leve, desde el año 2012", por lo cual, a su juicio, el accionante incurrió en reticencia[19].

El peticionario explicó que con la asignación por invalidez reconocida por la Armada

Nacional sostiene un hogar compuesto por dos hijos menores de edad y su esposa; que actualmente la familia no cuenta con ingresos adicionales para subsistir y que el dinero de la póliza les ayudaría a estabilizarse por un tiempo razonable. En consecuencia, pide al juez de tutela que ordene a BBVA Seguros pagar el seguro a que se ha hecho referencia, de que trata la póliza suscrita con la compañía desde el año 2013.

Para efectos de acreditar su situación allega los registros civiles de sus tres hijos: un menor de 12 años[20], otro de 17 años[21] y de Geraldine Rubio Suárez de 20 años de edad[22].

Adjunta, además, el certificado expedido por la Universidad del Tolima según el cual Geraldine Rubio Suárez cursó la carrera de Medicina veterinaria y zootecnia del primer semestre de 2013 al segundo semestre de 2014, retirándose para el año 2015, por circunstancias que, según afirma el petente, tienen que ver con la precaria situación económica por la que atraviesa la familia. Precisa que todo el núcleo familiar depende de sus ingresos.

5.2. Respuesta de BBVA Seguros de Vida

El representante legal de la aseguradora solicitó al juez de tutela rechazar por improcedente la acción constitucional. Afirmó que “la acción de tutela no se instituyó para atender discrepancias y conflictos que deben dirimirse por otras vías procesales, en este caso por la vía ordinaria. De hecho, no ventilar esta situación ante el juez natural, sería violatorio del debido proceso de la aseguradora”. Agregó que no ha desplegado ningún acto que vulnere los derechos fundamentales del actor.

5.3. Decisiones que se revisan

En fallo del cinco (05) de agosto de dos mil quince (2015), el Juzgado Treinta y Nueve Civil Municipal de Bogotá negó la acción de tutela promovida por el accionante contra BBVA Seguros de Vida. En concreto, el juzgado sostuvo: “(...) obsérvese que en el presente caso, lo que pretende la accionante es que el Juez Constitucional proceda a resolver controversias de orden claramente legal que parten de su inconformidad respecto a la decisión de la parte accionada sobre la negativa de cancelar el crédito de libre inversión con la póliza que se adquirió, lo que resulta ajeno en sede de tutela, puesto que el conflicto suscitado corresponde a un litigio cuyo conocimiento y decisión compete a la jurisdicción ordinaria (...)”.

El actor impugnó la decisión reiterando el contenido de su escrito de tutela.

Mediante fallo del cuatro (04) de septiembre de dos mil quince (2015), el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá decidió confirmar en todas sus partes el fallo de primera instancia. Sostuvo que la improcedencia de la acción de tutela era clara, toda vez que planteaba “situaciones fácticas frente a las cuales el ordenamiento jurídico tiene establecidos los mecanismos pertinentes”. Agregó que al no advertir “la existencia de un hecho relevante que pueda comprometer los derechos fundamentales invocados”, el pronunciamiento del juez de conocimiento se encontraba ajustado a derecho.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

1. Competencia

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos dentro del trámite de referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86, inciso 3°, y 241, numeral 9°, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33, 34, 35 y 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Presentación de los casos y problema jurídico

2.1. Los peticionarios de los procesos acumulados iniciaron acciones de tutela, en nombre propio o a través de su agente oficioso, para que se les protejan sus derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, y se ordene a las aseguradoras accionadas reconocerles y pagarles el valor de los seguros que suscribieron y cuyas primas pagaron oportunamente durante el tiempo correspondiente. Estos tomaron pólizas de vida grupo deudores o pólizas de vida grupo educadores con diferentes compañías: Seguros Bolívar S.A., Seguros de vida BBVA, y Aseguradora Solidaria de Colombia. El cubrimiento de dichas pólizas operaba en caso de incapacidad permanente, parcial o muerte del titular: (i) para cubrir el saldo insoluto de un crédito adquirido con una entidad financiera o (ii) reconocer una indemnización a los beneficiarios por muerte o incapacidad permanente del titular.

2.2. En los procesos T-5109049, T-5201723 y T-5201786 las compañías de Seguros Bolívar S.A., BBVA Seguros y Solidaria de Colombia, objetaron las reclamaciones elevadas por los

titulares porque a su juicio la invalidez que les fue declarada se originó en una enfermedad que los tomadores de los seguros sufrían previamente a la suscripción del seguro y que omitieron declarar al momento de suscribir el mismo, es decir que se presentó reticencia. En los expedientes T-5158888 y T-5189828, Seguros Bolívar afirmó que el pago del seguro a modo de indemnización procede solo en el evento en el que los interesados no puedan desarrollar una actividad económica de la cual generar ingresos, lo cual, en criterio de la aseguradora, no se cumple en los casos concretos, pues si bien los accionantes son inválidos, aún conservan un porcentaje de capacidad laboral residual.

2.3. Con fundamento en los hechos expuestos, la Sala de Revisión deberá resolver los siguientes problemas jurídicos:

(i) ¿Vulnera una compañía aseguradora los derechos constitucionales a la vida digna y al mínimo vital, por negarse a reconocer y pagar a los peticionarios un seguro para cubrir el saldo insoluto de un crédito adquirido con una entidad financiera, que se haría efectivo en caso de incapacidad permanente parcial o muerte del titular, aduciendo que los tomadores no declararon la realidad sobre su estado de salud al momento de tomar el seguro, y que la invalidez permanente que sufren actualmente se derivó de una condición de salud anterior, a pesar de que: (1) las aseguradoras no realizaron examen médicos a los interesados o pidieron sus historias clínicas para constatar el estado de salud de quienes tomaron el seguro, y (2) la enfermedad a la que se hace referencia como causante de la invalidez no quedó explícitamente excluida del contrato de seguro?; y,

(ii) ¿Desconoce una compañía aseguradora los derechos a la vida digna y al mínimo vital, por negarse a reconocer y pagar una póliza de seguros a los tomadores, aduciendo que los accionantes solo padecen una incapacidad parcial, no total, pese a que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral es superior al 50%, incluso en algunos de los casos que se analizan en esta acción mayor del 90%?

2.4. Para dar respuesta a estos interrogantes, la Sala de Revisión se referirá a la procedencia de la acción de tutela en los procesos acumulados. Luego, reiterará lo sostenido por la jurisprudencia de esta Corporación sobre las figuras de preexistencia y reticencia en el ámbito de los seguros, y el concepto de incapacidad en el contexto de la interpretación de sus cláusulas contractuales. Y finalmente, dará las órdenes pertinentes

para resolver el asunto de fondo.

3. Procedencia de la acción de tutela en los casos concretos

Legitimación en la causa por pasiva

3.1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución Política, la protección de derechos fundamentales a través de la acción de tutela puede invocarse no solo contra la acción u omisión de autoridades públicas, sino de particulares. En este último caso, según el inciso 5 ídem, es procedente en aquellos eventos en los que, atendiendo a lo previsto en la Ley, los particulares están encargados de la prestación de un servicio público (i), su conducta afecta grave y directamente el interés colectivo (ii), o frente a ellos el afectado se encuentra en estado de subordinación o indefensión (iii)[23].

La regulación a que hace referencia el citado inciso se encuentra prevista en el artículo 42 del Decreto 2591 de 2001, “por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada el artículo 86 de la Constitución Política”, que en su numeral 9 hace referencia a los casos en los que el amparo se invoca frente a quienes se ostenta una relación de subordinación o indefensión[24]. Igualmente, conforme a los numerales 1 y 2 la garantía constitucional de tutela es viable frente a los particulares que prestan servicios públicos[25].

Ahora bien, tanto la subordinación como la indefensión implican la ruptura del derecho a la igualdad, aunque su fuente es diferente. En el primer caso, la dependencia jurídica tiene fuente en el ordenamiento jurídico, mientras que en el segundo la fuente es una situación de orden fáctico. Al respecto, en la providencia T-222 de 2005[26], se afirmó:

“La subordinación ha sido definida por la doctrina constitucional como la condición de una persona que la hace sujetarse a otra o la hace dependiente de ella y, en esa medida, hace alusión principalmente a una situación derivada de una relación jurídica en virtud de un contrato de trabajo o de las relaciones entre estudiantes y directivas del plantel educativo o la de los padres e hijos derivada de la patria potestad.

El estado de indefensión no tiene origen en la obligatoriedad derivada de un vínculo jurídico sino en la situación fáctica de falta total o insuficiencia de medios físicos y jurídicos de defensa para resistir o repeler la agresión, amenaza o vulneración de sus derechos

fundamentales. La indefensión no es una circunstancia que pueda ser analizada en abstracto, requiere de un vínculo entre quien la alega y quien infringe que permita asegurar el nexo causal y la respectiva vulneración del derecho fundamental.”[27]

En este caso la acción de tutela se invoca, en síntesis, contra aseguradoras, esto es, establecimientos privados que hacen parte del sistema financiero de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1 literal d) del Decreto 663 de 1993[28]. En relación con esta condición, la Corte Constitucional ha manifestado que la actividad financiera, por lo menos, implica un interés público y que, además, debido a la posición dominante de sus operadores, coloca los usuarios que acuden al sistema en una situación muchas veces de indefensión.

En la sentencia T-152 de 2006[29] la Corporación analizó un caso en el que una aseguradora se negó a cubrir un procedimiento médico de su tomador y beneficiario porque, presuntamente, se configuraba un fenómeno de reticencia al momento de suscribir una póliza de seguro familiar de salud. En esa oportunidad se afirmó que la acción era procedente porque el peticionario se encontraba en indefensión, dado que no contaba con recursos económicos suficientes para oponerse a la aseguradora y se evidenciaba la afectación de los derechos a la vida y a la salud[30].

En providencia T-222 de 2014, esta tesis fue reiterada advirtiendo que en casos como los que aquí se cuestionan la procedencia formal de la acción frente a las aseguradoras se fundaba en dos argumentos relevantes: el primero, el de la prestación de un servicio público, o por lo menos de una actividad en el que era evidente el interés público, y el segundo, por el estado de indefensión[31]. Esta tesis fue reiterada en la sentencia T-830 de 2014, en la que se afirmó:

“... esta Corporación ha consolidado una línea jurisprudencial uniforme, sobre la posibilidad de ejercer acción de tutela en contra de entidades financieras y aseguradoras. Y ello se explica por varias razones. Principalmente, porque esta clase de entidades ejercen un papel determinante en la economía nacional, de tal forma que las sitúa en una posición privilegiada respecto de los ciudadanos o habitantes de nuestro país. Estos privilegios pueden traer consigo, directa o indirectamente, voluntaria o involuntariamente, la subordinación y/o indefensión de los particulares frente a ellas. De allí que, incluso, las

haya considerado prestadoras de un servicio público.

...

De acuerdo con lo anterior, la acción de tutela es procedente frente a particulares que presten un servicio público.// Eso se explica, nuevamente, porque en esas relaciones la entidad privada ostenta una posición privilegiada sobre los ciudadanos, la cual los coloca en estado de indefensión o subordinación”.

La situación de indefensión como criterio relevante al momento de valorar la procedencia de la acción de tutela contra establecimientos aseguradores, fue reiterada recientemente en la sentencia T-770 de 2015[32], en los siguientes términos:

“3.1.3.9. En síntesis, la actividad aseguradora en una labor de carácter financiero que debe resolver sus litigios en el marco de la jurisdicción ordinaria. No obstante, contra este tipo de compañías podrá ejercerse de manera excepcional la acción de tutela cuando el juez constitucional logre demostrar que: (i) los mecanismos ordinarios no son idóneos o eficaces para proteger el derecho; (ii) el accionante está ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable, cuya valoración deberá ser flexible en el caso de sujetos con especial protección constitucional; y (iii) cuando de la relación contractual se observe que el actor se encuentra en estado de indefensión”.

Conforme a la línea jurisprudencial consolidada por la Corte Constitucional, la acción de tutela contra aseguradoras es procedente formalmente desde el tópico de la legitimación en la causa por pasiva, en razón a que su actividad desborda el mero interés particular de cualquier relación contractual y en la medida en que su posición dominante puede generar una situación de indefensión, situación que fácticamente debe valorarse en cada caso.

Requisitos de subsidiariedad e inmediatez

3.2. El carácter subsidiario y residual de la acción de tutela, definido en el artículo 86 de la Constitución y en el artículo 6º del Decreto 2591 de 1991 “por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política”, establece que la acción de tutela procede cuando: (i) la parte interesada no dispone de otro medio judicial de defensa, o (ii) existe otro medio de defensa judicial, pero es ineficaz para proteger derechos

fundamentales y se quiere evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

Por su parte, el análisis de si existe un perjuicio irremediable, por un lado, y la evaluación de la eficacia de los otros medios judiciales disponibles, por el otro, son dos elementos constitutivos del principio de subsidiariedad que permiten preservar la naturaleza de la acción de tutela en cuanto: (1) evitan el desplazamiento de los mecanismos ordinarios, al ser estos los espacios naturales para invocar la protección de diversos derechos; y (2) garantizan que la tutela opere cuando se requiere suplir las deficiencias que presenta el orden jurídico para la protección efectiva de tales derechos a la luz de un caso concreto.

En relación con el requisito de inmediatez, la Sala de Revisión considera que las 5 acciones de tutela son procedentes, comoquiera que fueron presentadas en un término razonable desde la última actuación que originó la presunta afectación de los derechos fundamentales de los tutelantes.

(i) Expediente T-5158888. La señora Martha Lucía González solicitó el 13 de julio de 2012 a Seguros Bolívar S.A. el pago de la póliza vida grupo educadores, suscrita con la entidad, la que canceló por espacio de aproximadamente doce (12) años. La aseguradora objetó la reclamación. No obstante la tutelante reiteró su petición el 16 de abril de 2015, sobre la base de aplicar un precedente contenido en una sentencia T-830 de 2014[33]. La peticionaria radicó en la oficina de reparto la acción de tutela que es objeto de revisión el 14 de julio de 2015. Es decir que, transcurrieron menos de 3 meses entre la presentación de la acción constitucional y la última reclamación efectuada a la aseguradora, por lo que se satisface el requisito de inmediatez.

La señora Martha Lucía González López fue valorada el 28 de enero de 2011 por medicina del trabajo Medicol, concluyéndose que tenía un porcentaje de pérdida de la capacidad laboral equivalente al 96%, por síndrome de manguito rotador derecho. En razón a lo anterior, mediante la Resolución No. 001185 de 17 de febrero de 2011, el Secretario de Educación de Cundinamarca dispuso su retiro del servicio y, posteriormente, mediante la Resolución No. 00589 de junio del mismo año se le reconoció pensión de invalidez.

Atendiendo a la anterior situación, el 13 de julio de 2012 solicitó a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. el reconocimiento y pago del seguro de vida grupo educadores, adquirido desde el año 2002; reclamación que fue objetada, el 31 de julio de 2012, con el argumento de que

la incapacidad sufrida no era total y permanente, como lo estipulaba el contrato suscrito libremente entre las partes.

Posteriormente la interesada reiteró su reclamación, el 16 de abril de 2015, obteniendo respuesta negativa por parte de la aseguradora el 12 de mayo del mismo año, en la que se esgrimieron los mismos argumentos expuestos con ocasión de la petición del año 2012. Con posterioridad a esta respuesta, la interesada incoó esta acción de tutela el 14 de julio de 2015.

Adicionalmente, luego de la primera valoración, conforme al régimen prestacional aplicable a los maestros, la señora Martha Lucía González López ha venido siendo valorada anualmente, así:

- 30 de enero de 2012, concepto: “paciente con cuadro clínico dado por síndrome manguito rotador derecho”. Concepto de medicina laboral: “1. Pérdida de la capacidad laboral del 96%. // 2. Fecha de estructuración de la invalidez 28 de enero de 2011. // 3. Continuar tratamientos médicos.” (fl. 42).
- 22 de enero de 2013, concepto: “paciente con cuadro clínico dado por antecedente de síndrome del manguito rotador derecho, con antecedente de 2 posoperatorios (2010 y 2011), asociado presenta epicondilitis derecha en tratamiento.”. Concepto de medicina laboral: “- Continuar con pérdida de la capacidad laboral del 96%. // Se tiene en cuenta concepto de ortopedista ... // Continuar controles, tratamientos médicos por ortopedia y fisioterapia. // Fecha de estructuración de la invalidez 28 de enero del 2011.” (fl. 43).
- 16 de agosto de 2013, concepto: “paciente con cuadro clínico dado por antecedentes del síndrome del manguito rotador derecho, con antecedente de 2 posoperatorios (2010-2011), asociando presenta epicondilitis derecha en tratamiento.”. Concepto de medicina laboral: “Se certifica que la paciente padece condiciones médicas que le generan una discapacidad permanente progresiva, la cual afecta su movilidad.” (fl. 44).
- 27 de enero de 2014, concepto: “paciente con cuadro clínico dado por antecedente de síndrome del manguito rotador derecho, con antecedente de 2 posoperatorios (2010-2011), asociado presenta epicondilitis derecha en tratamiento.”. El concepto de medicina laboral es idéntico al dado en el dictamen de 22 de enero de 2013 (fl. 45).

· 28 de enero de 2015, en el que se rinde un concepto similar al que se había venido dando (fl. 47).

Finalmente, y para efecto de analizar la satisfacción del requisito de inmediatez, debe afirmarse que la accionante se encuentra en una situación de vulnerabilidad considerable, por lo que la acción de tutela, por este requisito, es procedente, máxime cuando la Aseguradora no se ha opuesto a la oportunidad de su reclamación en vía administrativa y tampoco en el curso del trámite de tutela.

(ii) Expediente T-5109049. La señora Lida Obdulia Chaparro de Useche, su familia presentó reclamación para el pago del seguro por la invalidez del 96.2% que le fue declarada a la agenciada el 16 de agosto de 2014, y el 19 de diciembre del mismo año recibieron respuesta negativa de la Aseguradora Solidaria de Colombia. La acción de tutela fue radicada en la oficina de reparto el 15 de abril de 2015, es decir que la interesada se demoró menos de 4 meses para acudir a la administración de justicia;

(iv) Expediente T-5201723. La señora Deyci María Álvarez fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 65.94%, el 15 de julio de 2014, con fecha de estructuración el 5 de septiembre de 2013. El 7 de octubre de 2014 ella radicó petición para el pago del seguro ante BBVA Seguros de Vida; la aseguradora objetó el pago el 25 del mismo mes y año. La acción de tutela la presentó la tutelante el 12 de junio de 2015. Así las cosas, transcurrieron aproximadamente 8 meses entre el presunto hecho vulnerador de sus derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, y el acceso a la administración de justicia; tiempo que el contexto descrito por la accionante en su tutela (ser madre de dos menores de edad y tener a su cargo a su esposo que también padece de una discapacidad del 66.55%), es adecuado para superar el análisis de inmediatez.

(v) Expediente T-5201786. El señor Héctor Mario Rubio Acevedo presentó la acción de tutela que revisa la Sala en esta oportunidad, el 28 de julio de 2015. La respuesta negativa de BBVA Seguros de Vida a la reclamación del pago del aseguramiento por su estado de invalidez del 50.30%, le fue notificada al actor el 27 de enero del mismo año. En esta oportunidad transcurrieron 6 meses desde el momento de la presunta afectación de sus garantías constitucionales y la comunicación de la entidad. La Sala considera que este término es admisible para declarar la procedencia de la acción, comoquiera que el señor

Héctor Mario Rubio sufre de una depresión incapacitante, que no le facilita realizar reclamaciones ni presentar acciones judiciales.

En cuanto al cumplimiento del requisito de subsidiariedad, en el caso objeto de análisis cuatro (4) de las cinco (5) las acciones de tutela acumuladas son procedentes, concretamente las de los señores Martha Lucía González López (T-5158555), Lida Obdulia Chaparro de Useche (T-5109049), Deyci María Álvarez Hernández (T-5201723) y Héctor Mario Rubio Acevedo (T-5201786), porque existiendo la vía ordinaria para que los accionantes soliciten la protección de los derechos que consideran menoscabados por las aseguradoras demandadas, aquella no es eficaz comoquiera que:

(i) Los peticionarios son personas para quienes el acceso a la administración de justicia debe flexibilizarse, porque su estado de invalidez se erige como un obstáculo para atender adecuadamente las exigencias procedimentales que demanda una actuación en la vía ordinaria. En este escenario, no solo la vulnerabilidad física restringe el acceso a la justicia, sino que además, se trata de personas con recursos económicos escasos, para destinar sus ingresos a la satisfacción de las necesidades básicas suyas y de su familia, y no tienen recursos para invertir en procedimientos judiciales que a diferencia de la acción de tutela, son onerosos y demandan mayor tiempo para obtener una respuesta de fondo al conflicto suscitado;

(ii) Puede pensarse, como lo afirmaron algunos jueces de instancia, que la pretensión de reconocimiento y pago del seguro es de índole económico. Sin embargo, dicha pretensión no puede ser leída de forma aislada de la situación fáctica de los casos concretos: los accionantes se encuentran limitados en sus capacidades físicas y mentales, razón por la cual no son actualmente productivos y dependen de un ingreso mínimo fijo o de la asistencia de sus familias y terceros cercanos; así, cualquier pretensión encaminada a reducir la destinación de sus recursos escasos a la satisfacción de sus necesidades básicas diarias, lleva inmersa la protección del derecho fundamental al mínimo vital; y,

(iii) Los hechos que se exponen en esta acción de tutela han sido estudiados en un sinnúmero de decisiones previas por esta Corporación. La Corte ha sostenido que en casos como los que nos ocupan estamos frente a una de los presupuestos de procedencia de la tutela, contenido en el artículo 86 de la Constitución. Ello porque es evidente que el no pago

de la póliza de seguros, agrava la situación de debilidad manifiesta de los actores, desde el punto de vista de su situación económica y la tutela procede como el mecanismo idóneo para resolver la controversia[34]. Pero además, se hace necesaria la intervención del juez constitucional para evitar un perjuicio irremediable comoquiera que los accionantes necesitan, para la satisfacción de sus derechos fundamentales, especialmente al mínimo vital, una respuesta pronta sobre el reconocimiento y pago del seguro, de manera que puedan afrontar mejor su situación de debilidad manifiesta.

(iv) De manera concreta, frente a cada uno de los casos expuestos se destacan las siguientes precisiones:

(iv.1) La señora Martha Lucía González López tiene 61 años de edad, una pérdida de la capacidad laboral del 96% y dos hijos a su cargo, quienes, aunque mayores de edad, no han terminado sus estudios y uno de ellos presenta problemas psicológicos desde el divorcio de sus padres. Argumenta que la pensión de invalidez que percibe, en un saldo neto de \$2`200.000, no es suficiente para la satisfacción de las necesidades básicas suyas y de sus hijos.

(iv.2) Lida Obdulia Chaparro de Useche tiene 72 años de edad y una pérdida de la capacidad laboral del 96.2%. Además de que sus recursos son escasos para sufragar sus necesidades básicas, ha continuado cubriendo la obligación crediticia contraída con el Banco Pichincha y la prima por el seguro grupo vida deudores que la cubre. Su hijo, que funge como su agente oficioso, especifica la conformación de su familia, las obligaciones de cada uno y los problemas que la situación médica de su progenitora ha desencadenado en ese núcleo, por lo que solicita que se reconozca el seguro con el objeto de que la señora Chaparro de Useche no continúe pagando la deuda y la prima del seguro, y esos recursos que descuentan de su mesada pensional le permitan, por el contrario, sumar para su atención.

(iv.3) La señora Deicy María Álvarez Hernández, de 41 años de edad, allegó material probatorio que da cuenta sobre: la pérdida de su capacidad laboral en un 65.94%, la situación de incapacidad de su cónyuge, sus obligaciones familiares respecto de 2 menores de edad, la ayuda que éstos han recibido en sus colegios por la mala situación económica familiar, el reconocimiento de su pensión de invalidez en cuantía equivalente al mínimo

vital, la existencia de varias deudas en entidades bancarias, y la asunción de un crédito frente al cual reclama la materialización de la póliza.

(iv.4) Finalmente, el señor Héctor Mario Rubio Acevedo, de 44 años de edad, y con pérdida de la capacidad laboral del 50.30%, da cuenta de su situación económica precaria, argumentando que ha debido sufragar un crédito así como la prima de la póliza que lo cubre sin contar con un trabajo. Afirma que está a cargo de dos hijos menores de edad y de otra mayor, quien ha debido retirarse de la Universidad por la carencia de recursos para garantizar su derecho a la educación.

En los anteriores términos, la Sala considera que las cuatro acciones de tutela que se acumulan son procedentes, y por lo tanto se analizará de fondo las solicitudes elevadas por los peticionarios o sus agentes oficiosos.

(v) No ocurre lo mismo con el caso del señor Daniel Alexander Ospitia Carrillo, quien no acreditó una condición que le impida ejercer la acción ordinaria declarativa para discutir su derecho a acceder al seguro de vida e incapacidad total y permanente que suscribió en mayo de 2014.

Al respecto, la Sala reitera que en tratándose de peticionarios que reclaman la protección de derechos fundamentales en condiciones de discapacidad, como ocurre en estos casos, el análisis de subsidiariedad debe flexibilizarse; además, es igualmente cierto que las afirmaciones realizadas en el trámite, de no ser desvirtuadas, deben tenerse por ciertas. Sin embargo, también debe tenerse presente que cuando se pretende la ejecución de un seguro de vida y/o pérdida de la capacidad laboral se va a estar en situaciones que, de entrada, exigen un escrutinio diferencial sin que por ello se llegue a desconocer la existencia de otras vías judiciales, previstas por el legislador, para la satisfacción de los derechos protegidos por el sistema jurídico.

En múltiples ocasiones esta Corte ha afirmado que, en principio, asuntos de naturaleza contractual deben ventilarse ante el juez ordinario competente, so pena de convertir a la acción de tutela, por esencia excepcional, en un mecanismo ordinario. Por tanto, una adecuada ponderación exige comprobar en cada caso la existencia de circunstancias especiales que lleven al convencimiento del juez que someter al peticionario a un proceso judicial ordinario sería una carga que no está en condiciones de soportar.

En este caso, en concreto, se tiene que: (i) de conformidad con el dictamen médico, la disminución de la capacidad laboral del accionante se calificó como “permanente parcial – apto”; (ii) el afectado nació el 7 de abril de 1986, lo que permite concluir que a la fecha cuenta con 29 años de edad; (iii) según su propio dicho, no tiene personas a cargo; (iv) pese a que manifiesta no tener trabajo y la imposibilidad de conseguir uno en las condiciones médicas descritas, tampoco efectuó esfuerzo alguno para demostrar, por ejemplo, la situación de sus padres, a quienes incluyó en el año 2014 como beneficiarios del seguro tomado, ni de su núcleo familiar, que permita concluir que, en efecto, una reclamación ordinaria en su caso sería una carga que no está en condiciones de asumir; (v) aunado a lo anterior, tampoco se trata en este caso de un seguro grupo vida deudores que evidencie que debe cubrir una deuda que tampoco está en capacidad de hacerlo; y, (vi) finalmente, el interesado precisa que la dirección de sanidad de la Policía Nacional, entidad para la que laboró durante 7 años, cubre el servicio de salud.

En el escrito de impugnación, a través de su apoderado, el peticionario afirma que no es posible acreditar su condición sino que más bien corresponde a la contraparte desvirtuar su afirmación sobre la situación de vulnerabilidad, no obstante, se insiste, a través de diversos medios probatorios es dable dar cuenta de las condiciones socio-económicas de una personas, esfuerzo que, se insiste, no se desplegó en esta oportunidad.

De otro lado, tampoco es claro según las afirmaciones que se hacen dentro del trámite por la parte actora y las pruebas allegadas, si el interesado, como en principio debería ocurrir, es beneficiario o no de la pensión de invalidez por parte de la Policía Nacional, atendiendo al porcentaje que se le concedió de pérdida de la capacidad laboral. Este hecho, no es precisado por el interesado y tampoco puede deducirse con certeza, pues por ejemplo en el dictamen de medicina laboral se afirma que el PT Triana Rodríguez se retiró del servicio el 5 de octubre de 2011.

En los términos aquí expuestos, se concluye que la solicitud de amparo del señor Jhon Alexander Triana Rodríguez no es procedente y, por lo tanto, es procedente confirmar los fallos de instancias por los motivos aquí expuestos.

4. La Aseguradora Solidaria de Colombia y BBV Seguros de Vida, desconocieron los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital de Lida Obdulia Chaparro de

Useche, Deyci María Álvarez Hernández y Héctor Mario Rubio Acevedo, por negarles el reconocimiento y pago de las pólizas de vida grupo deudores que tomaron, para cubrir el saldo insoluto de un crédito, que se haría efectivo en caso de incapacidad permanente.

4.1. Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige por las normas de derecho comercial y civil que lo regulan, y constituye una concreción del principio de la autonomía de la voluntad, de manera que prima en el negocio jurídico la intención de las partes. Además, la Corporación ha reconocido el carácter comercial de sus actividades. En el marco del derecho comercial, el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, y de acuerdo con el artículo 1047 del Código de Comercio, sus cláusulas comprenden las condiciones generales de la póliza de seguro, así como las condiciones particulares que acuerdan los contratantes, en las cuales se hacen expresas las especificidades de sus coberturas[35].

Así, es posible diferenciar entre dos clases de condiciones de los contratos de seguros. De un lado, las condiciones generales, es decir, las cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo ramo, las cuales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. De otro lado, las condiciones particulares, que definen el alcance de los amparos frente a cada tomador. Por consiguiente, para definir la cobertura no basta remitirse a las condiciones generales de la póliza, sino que es necesario acudir además a las condiciones particulares contenidas en los anexos de las pólizas.

4.2. Ahora bien, desde una perspectiva constitucional la Corte ha destacado diversos aspectos relevantes de este vínculo: de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de la buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo de derechos fundamentales como la salud o el mínimo vital, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las exclusiones de la cobertura del seguro.

Para analizar el cumplimiento de esa condición no basta con referirse a las condiciones

generales del contrato, sino que deben tomarse en cuenta aquellas particularidades de cada caso, las cuales se encuentran en la solicitud de aseguramiento efectuada, y por medio de la cual se definen los términos de la relación.

4.3. Igualmente, de acuerdo con las normas que rigen el contrato de seguros, las obligaciones de las partes deben entenderse de manera armónica con los elementos y características esenciales del contrato. En ese marco, el artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato. Pero no se trata de una deber que se lee aislado de la responsabilidad que asume la aseguradora, pues en la medida en que la compañía asume el riesgo, debe conocer las condiciones en que lo hace, como requisito previo para ampararlo y para determinar la contraprestación que exigirá al tomador a manera de prima.

El tema ha sido abordado por la jurisprudencia en diversas ocasiones; en los casos que se citan enseguida, las compañías de seguros objetaron un seguro porque, presuntamente, el tomador no declaró su estado de salud; no obstante, las entidades no realizaron la valoración del estado de salud al momento de amparar el resigo y no definieron taxativamente las exclusiones:

En la sentencia T-832 de 2010[36] la Corte estudió la acción interpuesta por una persona de cincuenta y cuatro (54) años de edad, que en mayo de dos mil nueve (2009) fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del (77.5%). Con fundamento en ese dictamen, la actora solicitó que se hiciera efectiva la póliza de seguro de vida grupo deudores que amparaba un crédito adquirido en diciembre de dos mil cinco (2005) con el banco tomador de dicha póliza. La compañía aseguradora objetó la reclamación, porque consideró que el evento generador de la pérdida de capacidad laboral total y permanente de la accionante no se llevó a cabo dentro de la vigencia de la póliza, ya que la enfermedad que causó la invalidez fue diagnosticada doce (12) años antes de que se le hubiera desembolsado el crédito.

La Corporación consideró que la acción de tutela era un mecanismo judicial procedente para resolver la controversia que el caso planteaba, porque la actora se encontraba en situación

de debilidad manifiesta y en estado de indefensión frente a las entidades accionadas. Respecto del asunto de fondo, la Corte constató que al momento de la suscripción del crédito la compañía aseguradora no le practicó examen médico alguno a la asegurada, razón por la cual no se dejó constancia previa de las exclusiones y preexistencias del contrato. Con fundamento en este hecho, consideró que el argumento de la entidad accionada acerca de que la enfermedad que ocasionó la incapacidad total y permanente de la actora fue anterior a su ingreso como asegurada a la póliza de vida grupo deudores, vulneraba su derecho al debido proceso. Asimismo, consideró que la compañía aseguradora violó el derecho a la vida digna de la actora, porque la no cancelación del saldo insoluto de la obligación acentuaba su situación de debilidad manifiesta.

Posteriormente, en la sentencia T-751 de 2012[37] la Corte estudió dos acciones de tutela acumuladas, interpuestas por personas a quienes se les negó la cancelación de unas pólizas de seguro de vida grupo deudores que amparaban sendas obligaciones crediticias. En el primero de los procesos, la acción de tutela fue interpuesta por una docente que adquirió un crédito hipotecario en el año dos mil cuatro (2004), y que en marzo de dos mil diez (2010) fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del (91.15%) por padecer esquizofrenia y alteraciones emotivas. La compañía aseguradora se negó a hacer efectiva la póliza, porque en la historia clínica de la actora existía un diagnóstico de cáncer en febrero de dos mil (2000) que no fue reportado por ella en su declaración de asegurabilidad, omisión que la compañía calificó como una reticencia de la asegurada. En el segundo proceso, la acción fue presentada por una persona que adquirió un crédito con una entidad bancaria en junio de dos mil ocho (2008), cuyo pago fue garantizado por una póliza de vida grupo deudores. En marzo de dos mil diez (2010), el asegurado fue calificado por una junta regional de calificación de invalidez con una pérdida de capacidad laboral del (85.50%). Sin embargo, cuando este solicitó que se hiciera efectiva la póliza de vida grupo deudores, la compañía aseguradora objetó el siniestro argumentando que en la declaración de asegurabilidad el actor había manifestado que no padecía enfermedad alguna, pero para ese momento ya se le había diagnosticado diabetes mellitus, pie diabético, hipertensión arterial y enfermedad coronaria.

La Corte Constitucional centró su análisis en establecer si los actores habían faltado efectivamente a la verdad en sus declaraciones de asegurabilidad, o si las objeciones de las aseguradoras carecían de soporte fáctico, y por lo tanto, vulneraban los derechos al debido

proceso y al mínimo vital de las accionantes. En ambos casos, la Corporación concluyó que no estaba demostrada la reticencia de las accionantes, razón por la cual, y ante la necesidad de proteger los derechos fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, ordenó a las compañías aseguradoras que hicieran efectivas las pólizas y cancelaran los saldos insolutos de las obligaciones amparadas.

Asimismo, en la sentencia T-342 de 2013[38] se tutelaron los derechos a la vida, al mínimo vital, a la familia, a la alimentación, a la salud y a la dignidad humana de un docente calificado con un 97% de pérdida de capacidad laboral, que previamente había adquirido créditos respaldados con una póliza de seguro de “vida deudores”. Al solicitar que se cancelara la póliza debido a la ocurrencia del siniestro, su reclamación fue objetada por la compañía aseguradora porque el asegurado habría incurrido en reticencia. A juicio de la Sala Sexta de Revisión la aseguradora: “(...) omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante. Además, lo consignado en las denominadas condiciones del contrato de seguro tampoco justifica tal proceder, pues como se explicó, ello evidentemente coloca al actor en indefensión frente a la aseguradora. No es admisible entonces que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, Equidad Seguros alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso del señor Jorge Octavio Ortiz Álvarez a la póliza de seguro de vida deudores”. Por ello, ordenó a la aseguradora efectuar los trámites necesarios para pagar los saldos insolutos de las obligaciones crediticias adquiridas por el actor.

Finalmente, en la sentencia T-222 de 2014[39] se estudiaron varios casos en los cuales unos ciudadanos adquirieron créditos con entidades financieras, respaldados por contratos de seguros celebrados con diferentes compañías. Los accionantes fueron declarados inválidos, pese a lo cual, al solicitar que se cancelaran las pólizas de seguros, las compañías se negaron a proceder en dicha forma, por considerar que habían incurrido en reticencia. La Sala Novena de Revisión concluyó que si bien la no declaración de una condición de salud (preexistencia) puede dar lugar a la configuración de reticencia, para que esta se configure la aseguradora debe probar la mala fe del tomador. En tal sentido indicó: “la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es

objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”[40].

La jurisprudencia citada permite concluir a la Sala que la Corporación se ha pronunciado en casos que suponen amparar a las personas en situaciones humanas que son límite. Las sentencias han sido dictadas a propósito de acciones de tutela interpuestas por personas naturales contra aseguradoras, en el marco de la ejecución de un contrato de seguros de dos especies diferenciables: (i) de vida con cobertura de invalidez o incapacidad permanente, (ii) de vida grupo deudores, para el cubrimiento de créditos pendientes en casos de invalidez o muerte del deudor.

En estos casos, la Corte se ha visto ante situaciones diferentes entre sí, aunque con el común denominador de objeciones a la reclamación por parte de las aseguradoras, en un contexto en el cual se alegaba la vulneración de derechos fundamentales de la persona natural asegurada. La decisión de abstenerse de pagar la póliza se ha fundado en tres clases de argumentos: (i) en preexistencias, (ii) en reticencia, o (iii) en que los asegurados, si bien son inválidos, aún conservan un porcentaje de su capacidad laboral residual para procurarse un ingreso.

Aunado a lo anterior, hay que resaltar que las personas que padecen de una disminución de sus condiciones físicas, mentales o sensoriales, gozan de especial protección a la luz de los artículos 13 y 47 de la norma superior[41]. La incapacidad para ser económicamente productivo afecta directamente las condiciones materiales de vida de la persona, y es precisamente para escenarios como éste que se toma una póliza con coberturas para el pago de deudas contraídas previamente, con el fin de alivianar la carga que supone para el afectado pagar obligaciones dinerarias, pudiendo destinar sus recursos escasos a mejorar su condición de vida.

Sobre el particular, en la sentencia T-136 de 2013[42] la Sala Quinta de Revisión conoció el caso de una persona que tomó un seguro para el pago de un crédito insoluto en caso de muerte o incapacidad total y permanente y cuya reclamación se fundamentó en haber

perdido el 56.60% de su capacidad laboral. La aseguradora objetó el siniestro, argumentando que la cobertura ofrecida no operaba en personas mayores a 69 años y el actor tenía 74.

En la parte considerativa de la sentencia, la Sala sostuvo que los principios y postulados constitucionales que irradian la esfera de los negocios contractuales, y por virtud de ello la protección de las personas en condición de debilidad manifiesta que convoca a todos los particulares. En el caso del contrato de seguros se espera que las partes contratante actúen conforme las condiciones particulares que los obligan, sin que uno y otro lado modifique la interpretación original del contrato y sus anexos, y en caso tal de que exista una duda frente al contenido estipulado, ésta se resuelva a favor de quien está en condiciones de vulnerabilidad, de manera que el aseguramiento sea efectivo cuando el riesgo se materialice sin mayores obstáculos.

Además y aunque parezca obvio decirlo por la clase de contrato suscrito, se ha tratado de casos en que el asegurado es una persona natural que toma un seguro. En esa línea jurisprudencial no se han considerado problemas de derechos cuyo titular sea una persona jurídica.

Los asuntos abordados por la Corporación involucran personas que consideran vulnerados o amenazados sus derechos fundamentales, como por ejemplo la salud o el mínimo vital o la vivienda, por cuanto por sus condiciones personales las ubican en circunstancias de debilidad manifiesta. Por ende, no basta con que se invoque un derecho fundamental en una acción de tutela, con el fin de que se cancele la cobertura de una póliza en uno de los contratos mencionados. Debe además mostrarse que la persona no cuenta con otros medios económicos para satisfacer tales derechos.

Así, solo cuando se han presentado los supuestos antes descritos, la Corte ha procedido a definir los límites constitucionales en materia de preexistencias, de reticencia o de concurrencia del riesgo asegurado.

4.5. En el contexto descrito la Corporación también se ha referido a cuatro deberes que tienen las aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados, para la adecuada prestación del servicio de aseguramiento, y con miras a garantizar, especialmente, que se mantengan las condiciones inicialmente pactadas, y que en caso de duda, la interpretación

de las cláusulas contractuales sea la más beneficiosa al interesado. Estos deberes se resumen en: (i) claridad, (ii) información, (iii) confirmación y (iv) lealtad, que debe existir por parte de la aseguradora y del tomador en el momento de la suscripción de la póliza.

A propósito de la respuesta dada a la accionante, especialmente, haber alegado preexistencia sobre la base de que aquella sufría diversas enfermedades que no fueron excluidas expresamente del contrato, la Sala de Revisión explicó cada uno de los deberes enunciados: (i) claridad: hace referencia a que las cláusulas contractuales. La póliza debe estar escrita en un lenguaje accesible para la parte interesada y contener conceptos precisos, para que no se presenten confusiones en la aplicación de sus cláusulas, (ii) información: la aseguradora debe suministrarle al tomador en forma completa las condiciones, coberturas y exclusiones del seguro. Este deber incluye la asesoría en todas las etapas del trámite, inclusive en la reclamación cuando se materializa el riesgo asegurado; (iii) confirmación: consiste en la necesidad de corroborar la información suministrada por el tomador del seguro, por medio de la realización de exámenes médicos o la exigencia de aportar su historia clínica o exámenes recientes sobre pruebas clínicas que considere necesarias; y (iv) lealtad: se traduce en que en el marco de la relación contractual cada parte cumpla sus deberes conforme fueron pactados originalmente, sujetándose al principio de buena fe en las actuaciones que desplieguen, con miras a no afectar los derechos fundamentales de la contraparte[44].

4.6. Un último asunto a tratar como parte de los argumentos jurisprudenciales que fundamentan la decisión a adoptar por la Sala, y en estrecha relación con el deber de confirmación antes enunciado, es el hecho de que las aseguradoras no pueden objetar válidamente el pago de un siniestro alegando la figura de la preexistencia, cuando no existe mala fe del tomador al momento de suscribir la póliza y sus anexos. En ese sentido se pronunció la Sala Segunda de Revisión en la sentencia T-684 de 2015[45] al decidir sobre la acción de tutela presentada por una familia contra una compañía aseguradora porque aquella negó el pago de la deuda insoluble pese a que la tomadora falleció, aduciendo que al momento de suscribir el aseguramiento la interesada había sido reticente en la declaración sobre algunas enfermedades que padecía.

Con respecto a la figura de la buena fe en los contratos de seguro, la Sala afirmó que para sustentar la objeción al pago las aseguradoras no pueden alegar que el tomador incurrió en

reticencia si conocían o podían acceder a conocer los hechos que dieron lugar a la reticencia alegada, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro. Específicamente sostuvo: “destaca la Corte que en virtud del principio de buena fe calificada, que caracteriza al contrato de seguro, y en cumplimiento de la carga de lealtad, las objeciones presentadas a las solicitudes de pago de las indemnizaciones derivadas de una póliza de seguro, deben tener fundamento fáctico y probatorio, pues de lo contrario, se presentaría un abuso de la posición dominante, que vulneraría los derechos fundamentales de los asegurados, entre ellos, el mínimo vital.”

4.7. Con base en las anteriores consideraciones, la Sala estima que carece de fundamento constitucional la objeción a una reclamación de reconocimiento de una póliza de seguro de vida grupo deudores o a una solicitud para hacer efectiva un amparo indemnizatorio, cuando el interesado padece una incapacidad permanente o se ha producido su muerte, bajo el argumento de que hubo reticencia en declarar una situación de salud consolidada con anterioridad a la vigencia del contrato, con fundamento en cláusulas genéricas y ambiguas que excluyen la cobertura de cualquier tipo de preexistencia, y cuando la empresa aseguradora ha incumplido los deberes correlativos con respecto al tomador, especialmente el de confirmación.

4.8. Casos concretos

En relación con los casos concretos, la Sala Primera de Revisión considera que la señora Lida Obdulia Chaparro de Useche (expediente T-5109049), la señora Deyci María Álvarez Hernández (expediente T-5201723) y el señor Héctor Mario Rubio Acevedo (expediente T-5201786), tienen derecho a que las aseguradoras demandadas (Aseguradora Solidaria de Colombia en el primer caso, y BBVA Seguros de Vida en el segundo y tercero) les paguen el seguro de vida grupo educadores, o deudores que suscribieron para amparar las distintas deudas adquiridas con entidades financieras.

Las aseguradoras afirmaron que los accionantes ocultaron o no declararon toda la información relacionada con su estado de salud al momento de tomar las pólizas, y que todas las enfermedades o dolencias no declaradas se constituyen en preexistencia del contrato de seguros. Sin embargo, como se explicó ampliamente en párrafos precedentes,

esta Corporación ha sostenido que en las preexistencias o enfermedades no amparadas por una póliza seguro de vida grupo deudores, deben quedar expresamente excluidas al momento de tomar el seguro, y que no puede objetarse el siniestro de manera genérica, con base en que la enfermedad que le ocasionó la pérdida de capacidad laboral al tomador obedecía a una preexistencia, pese a que no se les pidió al momento de tomar el seguro, ningún examen médico de chequeo o su historia clínica, situación que no se presentó en los tres casos que se estudian.

Es deber de las aseguradoras establecer el estado del riesgo asegurado, a través del cumplimiento del deber de confirmación, y es así como en los seguros de vida, hacer preguntas generales que no logran determinar la verdadera situación de la persona tomadora, no basta para objetar la reclamación. Igualmente, no en pocas oportunidades y sin ningún soporte médico las entidades derivan de una enfermedad anterior el padecimiento que originó la invalidez, como sucede en el caso de la señora Lida Obdulia Chaparro, a quien la Aseguradora Solidaria de Colombia le objetó su reclamación con base en que el accidente vascular hemorrágico que generó su incapacidad en un porcentaje igual al 96.2%, es resultado de la hipertensión que sufría en años anteriores a la toma del seguro, y en tal sentido, determinó que la causa de su invalidez es una preexistencia que se entiende excluida del contrato.

Al momento de tomar el seguro a la accionante se le preguntó solamente: ¿“ha sufrido alguna enfermedad?”[46] y ella respondió “no”. Por lo demás, no reposan en la contestación a la acción por parte de la compañía, pruebas de los exámenes médicos realizados a la actora, o una valoración previa, y en la póliza que el agente oficioso adjuntó al proceso no se leen exclusiones al aseguramiento[47].

Pero, adicionalmente, revisada la historia médica de la señora Lida Obdulia Chaparro de Useche, antes de la suscripción de la póliza asistió a cita médica el 25 de enero de 2014[48], refiriendo “dolor en la columna”, como antecedente se precisa: “paciente con antecedente de HTA + hipotiroidismo quien refiere lumbalgia asociada a dolor en glúteo derecho desde hace 1 año exacerbado (sic) con la actividad física”. Adicionalmente, y en los aspectos relevantes, se concluyó en el examen físico que el sistema neurológico, nervioso central y periférico, cardiovascular estaba normal. Esta situación evidencia que su afirmación sobre las condiciones normales de salud por parte de la accionante no eran

infundadas y que para esa fecha, tal como venía sucediendo, la situación relacionada con la hipertensión arterial estaba controlada, prueba que, contrario a lo que afirma de manera general la aseguradora, prueba la buena fe de la señora Chaparro de Useche al momento de suscribir la póliza en estudio.

También es oportuno advertir que, en los términos del acta de la junta que analizó su pérdida de la capacidad laboral y en la que se consideró la hipertensión arterial (primaria), solo por los efectos del accidente cerebrovascular se concedió una deficiencia del 50%, por lo tanto, no es claro, se insiste, la incidencia de la hipertensión en la determinación de la invalidez.

De igual forma ocurre en el caso de la señora Deyci María Álvarez en su proceso de tutela contra BBVA Seguros de Vida. Ésta tomó el seguro para respaldar un crédito con Banco BBVA, sin que se le efectuara una valoración de su estado de salud. No se le exigió ningún examen médico o anexar su historia clínica. Solo cuando la accionante sufrió el multinfarto cerebral y fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 65.94%, y sobre la base del dictamen se solicita el desembolso del seguro, la compañía requiere copia de la historia clínica y colige sin bases que sus enfermedades causaron el multinfarto que originó la invalidez.

Similar asunto se presenta en el caso del señor Héctor Mario Rubio Acevedo. BBVA Seguros de Vida le negó el pago de la deuda insoluta por el crédito adquirido con Banco BBVA, a pesar de que padece de una pérdida de capacidad del 50.30%. La objeción a la reclamación se fundamenta en que el accionante omitió mencionar, al momento de tomar la póliza, que había sufrido de trastorno adaptativo e hipoacusia neurosensorial leve.

La señora Deyci María Álvarez Hernández como el señor Héctor Mario Rubio Acevedo tomaron pólizas vida grupo deudores, para cubrir los saldos insolutos de crédito que tomaron con el Banco BBVA. En el formato correspondiente se establece como condición para efectuar el aseguramiento que: “para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes especiales, se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento

veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de la capacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado”[49].

En cuanto a la declaración de asegurabilidad, los peticionarios contestaron “no” cuando se les preguntó a través de varios interrogantes generales si habían sufrido una enfermedad en particular. Igualmente, de las cláusulas que componen el contrato no se deduce que pueda la entidad realizar una valoración posterior de la historia clínica del interesado. Se entiende que la información sobre la salud de los tomadores estará disponible siempre para el uso de la entidad porque aquella se guarda el derecho a acceder a esa información[50], sin embargo, conforme el precedente fijado, esa reserva no se constituye en un mecanismo para que la aseguradora reinterprete o modifique las condiciones del aseguramiento inicialmente pactado, en perjuicio del interesado. El deber de medir el riesgo asegurable es previo y no es aceptable ninguna modificación posterior, menos, excluir enfermedades o padecimientos, cuya comprobación, para determinar que tuvo conexidad con la que ocasionó la invalidez, es discutible, pues ni siquiera se aportan pruebas al respecto.

Así las cosas, la objeción presentada por el BBVA Seguros de Vida no tiene fundamento en el contrato y en una interpretación constitucional del mismo. Como se anotó, la entidad sostuvo que la señora Deyci María Álvarez omitió declarar que sufría síndrome de túnel carpiano, artritis y trastornos mentales, patologías que en nada determinaron el multi-infarto cerebral que sufrió y sin embargo fueron el fundamento para objetar el siniestro. Similar asunto ocurre con Héctor Mario Rubio Acevedo: afirmó la entidad que al momento de tomar el seguro el accionante omitió declarar antecedentes patológicos de trastorno adaptativo con síntomas depresivos, además de hipoacusia neurosensorial leve. Pero como se dejó establecido en cuanto a su declaración de asegurabilidad, las circunstancias de salud aludidas no estaban excluidas de la protección.

Finalmente, en el caso de la señora Lidia Obdulia Chaparro firmó la siguiente declaración: “para efectos de la elaboración del certificado declaro que: mi estado de salud es bueno, no padezco, ni he padecido enfermedades congénitas o afecciones tales como: cardiovasculares, sida, hipertensión arterial, cáncer ni diabetes y en la actualidad no sufro

de enfermedades agudas o crónicas, afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de enfermedades, mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma causal o consecuencial. Tanto mis actividades como mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales.” No se especifica más sobre su estado de salud al momento de tomar la póliza. De manera que la entidad solo indago por la salud de la agenciada, cuando su familia reclamó el reconocimiento y pago del valor insoluto del crédito adquirido con Banco Pichincha.

En estos últimos dos casos, esto es de los señores Deyci María Álvarez Hernández como el señor Héctor Mario Rubio Acevedo, las aseguradoras, tras la revisión de las historias médicas con ocasión de la reclamación de la póliza, concluyeron que algunos antecedentes no declarados habían incidido en la determinación posterior de la incapacidad, sin desvirtuar la buena fe con la que se efectuaron las declaraciones, en un escenario que, tal como se expuso previamente, las declaraciones de asegurabilidad no eran claras y específicas.

Comoquiera que está demostrado que (i) en ninguno de los casos antes señalados las aseguradoras excluyeron las enfermedades que ocasionaron los dictámenes de invalidez con pérdidas superiores al 50%, así: Deyci María Álvarez Hernández, con 65.94% de pérdida de capacidad laboral; Héctor Mario Rubio Acevedo, con 50.30%; y Lida Obdulia Chaparro de Useche, con 96.2%; (ii) que no se evidencia mala fe en las declaraciones de asegurabilidad, las que tampoco eran claras y específicas; y, (iii) que todas superan el estándar del régimen de seguridad social en pensiones, esto es, que la incapacidad supere el 50%, la Sala de Revisión revocará las decisiones de instancia de los procesos T-5109049, T-5201723 y T-5201786, y protegerá los derechos fundamentales de los accionantes a la vida digna y al mínimo vital, y ordenará a la Aseguradora Solidaria de Colombia y a BBVA Seguros de Vida que proceda a hacer efectiva la póliza de vida grupo deudores a través de la cual se amparó el crédito adquirido por la señora Lida Obdulia con el Banco Pichincha, y por los señores Deyci María Álvarez Hernández y Héctor Mario Rubio Acevedo con el Banco BBVA. Para tales efectos la entidad deberá cancelar el valor insoluto de la deuda que tienen los accionantes con dichas entidades financieras, desde el momento en que ocurrió el siniestro (pérdida de la capacidad laboral en un porcentaje superior al 50%). Para la señora Lida Obdulia Chaparro de Useche desde el 13 de junio de 2014; para la

señora Deyci María Álvarez Hernández desde el 5 de septiembre de 2013, y para el señor Héctor Mario Rubio Acevedo desde el 24 de abril de 2014. Y comoquiera que es posible que los accionantes continuaron pagando las cuotas del crédito incluso de forma posterior a la declaratoria de su estado de invalidez, una vez las aseguradoras cubran el valor insoluto directamente con la entidad financiera, deberán desembolsar a favor de los peticionarios el monto de las cuotas que hayan asumido hasta este momento.

5. Seguros Bolívar S.A., vulneró los derechos a la vida digna y al mínimo vital de la señora Martha Lucía González López por negarle el reconocimiento y pago del seguro tomado a modo de indemnización que se haría efectivo en caso de incapacidad permanente

La Sala considera que la señora Martha Lucía González López tiene derecho a que Seguros Bolívar S.A. le reconozca y pague el seguro tomado con la entidad, que se haría efectivo, entre otros amparos, por incapacidad permanente del titular. La aseguradora negó el reconocimiento del amparo con base en que la incapacidad que sufre la peticionaria no es total. En su respuesta a esta acción la compañía sostuvo que no lo es, porque a pesar de que la accionante tienen un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 96%, considera que el restante, del que aún “goza” (es decir el 4%), no le impide continuar realizando una actividad lucrativa de la cual pueda derivar un sustento económico, en palabras de la aseguradora.

En la condición primera de aseguramiento de la póliza tomada por la señora Martha Lucía González López, se lee: “para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y haya sido provocada por el asegurado (...)”.

En esos términos, la incapacidad total y permanente sufrida por la asegurada tiene como fecha de estructuración el 28 de enero de 2011, en un porcentaje del 96% de origen profesional, y la póliza suscrita se tomó el 16 de octubre de 2002, y fue renovándola por espacio de 10 años, hasta que por razón de su enfermedad, solicitó el reconocimiento del seguro pues cumplía con la condición de haber sido calificada, con invalidez de carácter

permanente: (i) la invalidez se produjo como consecuencia de su enfermedad lesiones orgánicas y funcionales incurables; (ii) las lesiones son de carácter permanente sin diagnóstico actual de recuperación; y (iii) se determinó por la Junta de Calificación de Primera Oportunidad de la Unión Temporal Medico Salud que su pérdida de capacidad laboral es del 96%, es decir, que no puede desempeñar otro trabajo remunerativo para procurarse una mejor calidad de vida.

Así las cosas, se cumple entonces las condiciones para que el siniestro que reclama sea reconocido porque la objeción que presenta la compañía aseguradora, Seguros Bolívar, no es razonable y se torna arbitraria cuando se afirma al contrario de las pruebas aportadas que la enfermedad que padece la incapacita de manera definitiva.

Pero, además, analizado el contrato de seguro suscrito por la accionante no se encuentra la determinación de un régimen objetivo en virtud del cual se pueda determinar a partir de qué porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral se entiende configurado el siniestro, indeterminación que no puede dejarse a la libre valoración de la aseguradora, y que, por tanto, ha permitido a la Sala en ocasiones anteriores afirmar que deben seguirse los criterios generales legislativamente establecidos para considerar a una personas en condiciones de invalidez. Al respecto, en la sentencia T-490 de 2009[51], se afirmó:

“Además, la forma de calificar y determinar la condición de invalidez del accionante se hizo de conformidad con los lineamientos esbozados por el Régimen de Seguridad Social en Salud, cuyo marco jurídico si bien no corresponde con el régimen contractual bajo el cual se rige la actividad aseguradora, no es menos cierto que la ocurrencia de un siniestro en el que se ve comprometida la integridad física del tomador de la póliza, impone una valoración que específicamente no estaba regulada en el texto del contrato de seguro de vida grupo que adquirió el accionante, lo cual habilita recurrir -como guía- al concepto de invalidez general que establece como mínimo el 50% de la pérdida de la capacidad laboral para declarar invalida a la persona asegurada. La anterior aplicación opera para este caso concreto por cuanto el clausulado contractual omitió, se repite, especificar el procedimiento para determinar la incapacidad total y permanente del asegurado”.

En el mismo sentido, en la providencia T-007 de 2015, la Corporación precisó, en un caso en el que el asegurado presentaba una pérdida de la capacidad laboral del 95.45% y la

aseguradora se negaba a reconocer el siniestro porque no era total, que:

“Si bien la calificación de la invalidez en el régimen general de seguridad social en pensiones exige unos requisitos específicos, entre ellos que la persona sea calificada con más del 50% de pérdida de la capacidad laboral para que sea declarada inválida permanente y pueda acceder a la pensión por ese concepto, no puede perderse de vista que en materia de seguros de vida, en especial en cuanto atañe a las cláusulas generales de amparo por incapacidad total y permanente, al no establecerse un parámetro claro de calificación en caso de invalidez del asegurado, como mínimo deberá garantizarse el estándar que se exige en aquel régimen, es decir, que el asegurado sea calificado por lo menos con el 50% de pérdida de la capacidad laboral para que se estructure el riesgo asegurado. No obstante, cada caso deberá analizarse en concreto por el juez constitucional cotejando el texto del clausulado contractual con los principios y valores que enseña la Constitución Política como norma superior, además de estudiar las especiales condiciones que demuestre el asegurado y la garantía plena a sus derechos fundamentales”.

Por lo tanto, la Sala estima que la accionante del caso estudiado en este apartado también tienen derecho a acceder al seguro que a modo de indemnización les sería pagado en caso de incapacidad permanente, y en consecuencia, revocará las decisiones de instancia, para, en su lugar, ordenar a la entidad el reconocimiento y pago de la póliza adquirida, por sufrir, la señora Martha Lucia González López de una pérdida de capacidad laboral del 96%.

6. Conclusión

Cuando se tome una póliza seguro de vida grupo deudores, como sucedió en el caso de las señoras Lida Obdulia Chaparro de Useche y Deyci María Álvarez Hernández, y el señor Héctor Mario Rubio Acevedo, el siniestro ocurre, no puede prosperar la objeción de la compañía aseguradora que se base en que en la declaración de aseguramiento no se mencionaron todas las enfermedades que padece quien toma el seguro, siempre que la compañía realice una pregunta general en el formato: “¿ha sufrido de alguna enfermedad?” y no esté expresamente excluida el padecimiento que origina la invalidez, en las cláusulas del contrato de seguro. De igual forma opera en caso del seguro de vida grupo educadores de Colombia y seguro de vida grupo integral que se suscriban con las distintas aseguradoras, tal como ocurrió en el caso de la señora Martha Lucia González López.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Primera de Revisión, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero.- REVOCAR el fallo de única instancia proferido por el Juzgado Treinta y Tres Civil Municipal de Bogotá, el veintinueve (29) de julio de dos mil quince (2015), que declaró la improcedencia de la acción de tutela presentada por Martha Lucía González López contra Seguros Bolívar S.A, y en su lugar, amparar los derechos fundamentales de la tutelante a la vida digna y al mínimo vital. En virtud de esta decisión, ORDENAR a Seguros Bolívar S.A. que en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación de esta sentencia, reconozca y pague a la accionante la indemnización pactada en la póliza N° 3177 del seguro de vida grupo educadores de Colombia.

Segundo.- REVOCAR el fallo de segunda instancia proferido por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Oralidad de Cali, el diez (10) de junio de dos mil quince (2015), que revocó la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Veintidós Civil Municipal de Cali, el siete (07) de mayo de dos mil quince (2015), en el que se ampararon los derechos fundamentales de la señora Lida Obdulia Chaparro de Useche en el proceso de tutela iniciado por Harold Humberto Useche Chaparro actuando como su agente oficioso, contra la Aseguradora Solidaria de Colombia, el Banco Pichincha y Delima Marsh S.A. En virtud de esta decisión, ORDENAR a la Aseguradora Solidaria de Colombia que en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación de esta sentencia, reconozca y pague a la señora Chaparro la póliza N° 994000000001 del seguro de vida grupo deudores. Para tales efectos la entidad deberá cancelar el valor insoluto de la deuda que la accionante tiene con el Banco Pichincha, y lo hará desde el 13 de junio de 2014 (fecha de estructuración de su invalidez). Y comoquiera que es posible que la accionante continuara pagando las cuotas del crédito incluso de forma posterior a la declaratoria de su estado de invalidez, una vez la aseguradora cubra el valor insoluto directamente con la entidad financiera, deberá desembolsar a su favor el monto de las cuotas que haya asumido hasta este momento.

Tercero.- CONFIRMAR el fallo de segunda instancia proferido por el Juzgado Primero Penal

del Circuito con Funciones de Conocimiento de Ibagué, el seis (6) de agosto de dos mil quince (2015), que a su vez confirmó la decisión de primera instancia proferida por el Juzgado Segundo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Ibagué, el veintinueve (29) de mayo de dos mil quince (2015), en la cual se negó la protección invocada por el señor John Alexander Triana Rodríguez en su proceso de tutela contra Seguros Bolívar S.A., de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

Cuarto.- REVOCAR el fallo de segunda instancia proferido por el Juzgado Cuarenta y Siete Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá, el ocho (8) de septiembre de dos mil quince (2015), que a su vez confirmó el fallo de primera instancia proferido por el Juzgado Veinticuatro Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, el veintiséis (26) de junio de dos mil quince (2015), en el cual se declaró la improcedencia de la acción de tutela de Deyci María Álvarez Hernández contra Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida, y en su lugar, amparar los derechos fundamentales de la tutelante a la vida digna y al mínimo vital. En virtud de esta decisión, ORDENAR a BBVA Seguros de Vida que en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación de esta sentencia, reconozca y pague a la señora Hernández la póliza suscrita el 3 de julio de 2013 en la modalidad seguro de vida grupo deudores. Para tales efectos la entidad deberá cancelar el valor insoluto de la deuda que la accionante tiene con Banco BBVA, y lo hará desde el 5 de septiembre de 2013 (fecha de estructuración de su invalidez). Y comoquiera que es posible que la accionante continuara pagando las cuotas del crédito incluso de forma posterior a la declaratoria de su estado de invalidez, una vez la aseguradora cubra el valor insoluto directamente con la entidad financiera, deberá desembolsar a su favor el monto de las cuotas que haya asumido hasta este momento.

Quinto.- REVOCAR el fallo de segunda instancia proferido por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá, el cuatro (4) de septiembre de dos mil quince (2015), que a su vez confirmó el fallo de primera instancia proferido por el Juzgado Treinta y Nueve Civil Municipal de Bogotá, el cinco (5) de agosto de dos mil quince (2015), que negó la protección invocada por Héctor Mario Rubio Acevedo en su proceso de tutela contra Banco BBVA y BBVA Seguros de Vida, y en su lugar amparar los derechos fundamentales de los tutelantes a la vida digna y al mínimo vital. En virtud de esta decisión, ORDENAR a BBVA Seguros de Vida que en el término de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación de esta sentencia, reconozca y pague al señor Rubio la póliza suscrita el 30 de septiembre de 2013

en la modalidad seguro de vida grupo deudores. Para tales efectos la entidad deberá cancelar el valor insoluto de la deuda que el accionante tiene con el Banco BBVA, y lo hará desde el 24 de abril de 2014 (fecha de estructuración de su invalidez). Y comoquiera que es posible que el actor continuara pagando las cuotas del crédito incluso de forma posterior a la declaratoria de su estado de invalidez, una vez la aseguradora cubra el valor insoluto directamente con la entidad financiera, deberá desembolsar a su favor el monto de las cuotas que haya asumido hasta este momento.

Sexto.- Por Secretaría General, LÍBRENSE las comunicaciones a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

Con salvamento parcial de voto

ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

[1] En la condición primera del aseguramiento se establece: “para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y haya sido provocada por

el asegurado”.

[2] Póliza de seguro de vida grupo (folios 11 a 12). Para la toma del seguro a la accionante se le hizo firmar una declaración de asegurabilidad, con el siguiente contenido definido: “(...) declaro que: 1. Tanto mi estado de salud como el de mi conyugue asegurado es normal, no padecemos no hemos padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, afecciones cardiovasculares, VIH-Sida, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis B, cirrosis, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares. 2. En los últimos dos (2) años no hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial. 3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud. 4. No tenemos limitación física algunas (...)” (folio 12).

[3] Renovación del aseguramiento, efectuado el 1 de octubre de 2007 (folio 14).

[4] Folios 16 y 17 del cuaderno de revisión de tutela.

[5] MP. Luis Ernesto Vargas Silva.

[6] El valor de la pensión es de \$3´123.000, de los cuales recibe neto solamente \$2´216.00, que debe utilizar para “impuestos, facturas, mercados, administración del conjunto, transporte para mis hijos y para mí, ropa, útiles y casi todas las veces salud porque las EPS generalmente no tienen los medicamentos que nos formulan o son de mala calidad porque hasta los medicamentos hoy por hoy tienen estrato.” (folio 15 expediente principal).

[7] Cabe resaltar que al escrito de tutela se encuentra anexa una fotocopia de la declaración de asegurabilidad suscrita por la accionante en la cual se le pregunta al deudor si “¿ha sufrido alguna enfermedad?”, a lo cual la agenciada contestó “no” (folio 96).

[8] Historia clínica de la agenciada (folios 14 a 61).

[9] Dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por la Junta Regional de Calificación de la Invalidez del Valle del Cauca (folios 5 a 12).

[10] Folio 22.

[11] Folios 132 y 133, escrito de impugnación al fallo de primera instancia.

[12] Folio 19 del cuaderno de revisión de tutela.

[14] Afirmación que se confirma con la información suministrada por la Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Protección S.A., obrante a folios 199 a 201.

[15] Folio 61. Declaración juramentada de 10 de abril de 2015, ante la Notaría Setenta y Tres (73) del Círculo de Bogotá.

[16] Folios 62 a 65.

[17] Folios 71 a 84.

[18] Póliza de seguro visible en el folio 103 del cuaderno de la primera instancia del expediente T-5201786.

[19] Folio 27 y 28.

[20] Copia del registro civil de Gabriel Rubio Suárez, con fecha de nacimiento 4 de noviembre de 2003 (folio 24).

[21] Copia del registro civil de Carlos Mario Rubio Suárez, nacido el 15 de febrero de 1998 (folio 25).

[22] Según registro civil obrante a folio 26, nació el 7 de diciembre de 1995.

[23] Frente a la procedencia de la acción contra particulares, la Corte en sus primeras decisiones precisó: “Las relaciones entre los particulares discurren, por regla general, en un plano de igualdad y de coordinación. La actividad privada que afecte grave y directamente el interés colectivo, adquiere una connotación patológica que le resta toda legitimación, máxime en un Estado social de derecho fundado en el principio de solidaridad y de prevalencia del interés general. De otro lado, la equidistancia entre los particulares se suspende o se quebranta cuando a algunos de ellos se los encarga de la prestación de un servicio público, o el poder social que, por otras causas, alcanzan a detentar puede

virtualmente colocar a los demás en estado de subordinación o indefensión. En estos eventos, tiene lógica que la ley establezca la procedencia de la acción de tutela contra los particulares que prevalecidos de su relativa superioridad u olvidando la finalidad social de sus funciones, vulneren los derechos fundamentales de los restantes miembros de la comunidad (CP art. 86). La idea que inspira la tutela, que no es otra que el control al abuso del poder, se predica de los particulares que lo ejercen de manera arbitraria” (T-251 de 1993 MP Eduardo Cifuentes Muñoz, reiterada en la C-134 de 1994 MP Vladimiro Naranjo Mesa – unánime).

[24] Este apartado inicialmente precisaba que esa procedencia estaba vinculada a la protección de los derechos a la vida o integridad, sin embargo, la Corte Constitucional en la sentencia C-134 de 1994 declaró la inexecutable de tal delimitación, afirmando que la competencia del legislador prevista en el inciso 5º del artículo 86 de la Carta no permitía la restricción de la procedencia de la acción a unos derechos fundamentales cuando se compromete la actuación u omisión de particulares. (MP Vladimiro Naranjo Mesa – unánime).

[25] “Con todo, esta Corporación considera que, respecto de los numerales 1o. y 2o. del artículo 42 del decreto 2591, la acción de tutela debe proceder contra cualquier particular que preste un servicio público. Lo anterior porque, como se ha establecido, el servicio público de interés general prestado por un particular hace que éste asuma una posición de primacía material, con relevancia jurídica, que hace que ese particular, al trascender el plano de la justicia conmutativa que enmarca una relación de igualdad entre todos los seres de un mismo género, pueda, por medio de sus actos, cometer “abusos de poder” que atenten contra algún derecho fundamental de una o varias personas. Por ello ese “particular” debe ser sujeto de las acciones pertinentes, dentro de las cuales se encuentra la acción de tutela, que determinan la responsabilidad de quienes, se repite, han vulnerado o amenazado un derecho constitucional fundamental de cualquier persona.”. Ibídem.

[26] MP Clara Inés Vargas Hernández (unánime).

[27] Reiterada en la sentencia T-098 de 2015 MP Jorge Ignacio Pretelt Chaljub (unánime).

[28] “Por medio del cual se actualiza el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración.”.-

[29] MP Rodrigo Escobar Gil (unánime).

[30] En el mismo sentido, esto es, la situación de indefensión de asegurados frente a aseguradoras existe copiosa jurisprudencia. Al respecto ver, entre otras, las sentencias T-057 de 1995 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz), T-1165 de 2001 (M.P. Alfredo Beltrán Sierra), T-1085 de 2002 (M.P. Jaime Araujo Rentería), T-608 de 2004 (M. P. Clara Inés Vargas Hernández), T-018 de 2005 (M. P. Alfredo Beltrán Sierra), T-863 de 2005 (M. P. Álvaro Tafur Galvis), T-306 de 2007 (M.P. Jaime Araujo Rentería), T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-662 de 2013 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

[31] Esta tesis fue recientemente reiterada en providencia T-316 de 2015 (MP María Victoria Calle Correa, SP Luis Guillermo Guerrero Pérez), así: “3.1. En reiterada jurisprudencia, esta Corte ha sostenido que la acción de tutela es procedente frente a particulares que ejercen actividades bancarias. Esto tiene fundamento en que: (i) estos se ocupan del manejo de recursos captados del público y, por lo tanto, su actividad puede ser considerada como un servicio público; (ii) las entidades bancarias detentan una posición dominante frente al usuario, por lo que es necesario equilibrar las posiciones en que se encuentran ubicadas cada una de las partes negociales.”.

[32] M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, AV y SP Luis Ernesto Vargas Silva y AV Alberto Rojas Ríos.

[33] MP. Luis Ernesto Vargas Silva.

[34] Ver en este sentido la sentencia T-832 de 2010 (MP. Nilson Pinilla Pinilla).

[35] Resulta ilustrativo citar la sentencia de dos (2) de mayo de dos mil (2000) de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en donde se explican las diferencias entre las anotadas condiciones de los contratos de seguros: “las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo

mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.” Y agregó “de otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes”. Ver también, Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, sentencia del dos (02) de mayo de dos mil (2000). Expediente No. 6291 (MP. Jorge Santos Ballesteros). Esta posición ha sido reiterada por la Sala de Casación Penal, en sentencia del treinta (30) de enero de dos mil trece (2013), expediente 35594 (MP. Luis Guillermo Salazar Otero), y por la Sala de Casación Civil en sentencia del tres (03) de marzo de dos mil quince (2015), expediente 0253 (MP Jesús Vall de Rutén Ruiz).

[36] Corte Constitucional, sentencia T-832 de 2010 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla).

[37] Corte Constitucional, sentencia T-751 de 2012 (M.P. María Victoria Calle Correa).

[38] Corte Constitucional, sentencia T-342 de 2013 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla).

[39] Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva).

[40] En el mismo sentido se puede consultar las sentencias T-402 de 2015 y T-316 de 2015 (M.P. María Victoria Calle Correa), que también desarrollan y reiteran la línea de protección fijada por esta Corporación en relación con el asunto. En la última de las sentencias citadas, la Sala Primera de Revisión concluyó, sobre el particular que “(...) se tiene que: (i) la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador; (ii) debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellos, (iii) deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro; asimismo, (iv) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y

ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; (v) las aseguradoras no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes.”

[41] Las personas que sufren una situación incapacitante tienen derecho a ser protegidas especialmente. Dicha protección se materializa de tres formas: (i) tienen derecho a ser asistidos en el ámbito familiar, social y laboral, o a través de las prestaciones que el Estado disponga para atenderlas, de manera que puedan superar las barreras que les impone la disminución de sus capacidades. Además, están llamados (los particulares, la sociedad y el Estado) a adoptar los ajustes razonables en relación con esta población, cuando hayan cargas desproporcionadas que dadas las condiciones de discapacidad, obstaculicen o hagan nula la satisfacción de sus derechos; (ii) en esos mismos ámbitos, cualquier acción que se ejerza, que amenace o vulnere sus derechos constitucionales es discriminatoria, pues se presume que se originó en la condición de discapacidad; y (iii) se debe entender que las limitaciones físicas, mentales o sensoriales no son barreras para disfrutar de sus derechos o participar activamente de la sociedad en la medida en que la discapacidad no debe ser una condición limitante para desarrollar un plan de vida autónomo

[42] Corte Constitucional T-136 de 2013 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio).

[43] Corte Constitucional, sentencia T-316 de 2015 (M.P. María Victoria Calle Correa). En similar sentido se pueden revisar las sentencias T-196 de 2007 (M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra), T-751 de 2012 (M.P. María Victoria Calle Correa), T-136 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio), T-268 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio), T-222 de 2014 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva) y T-865 de 2014 (M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado).

[44] En concreto, la Sala Primera de Revisión afirmó sobre los deberes enunciados: “[l]a carga de claridad se refiere a la transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza. En los contratos de seguro la claridad en la definición de las

condiciones de celebración y ejecución del acto jurídico reviste especial importancia, debido a que la ambigüedad de los acuerdos pactados tiene la potencialidad de afectar el equilibrio contractual que rige las relaciones entre las partes. La carga de claridad es, en este sentido, una salvaguarda que pretende evitar la vulneración de derechos fundamentales de los particulares y garantizar el correcto desarrollo del objeto negocial. De igual forma, a las compañías de seguros les resulta exigible una carga de información, referida a dotar al tomador de la póliza de todos los datos necesarios para que al momento de celebrar el negocio jurídico relativo al contrato de seguro, el mismo lo haga desde una base de consentimiento informado. La carga de información implica que esta sea veraz y completa, de tal suerte que se evite inducir a error al usuario del servicio. Ello implica, a su vez, un deber de prestar asistencia al asegurado en relación con los trámites y procedimientos necesarios para adquirir la póliza y solicitar su ejecución. Debido a las dificultades que puede representar la complejidad de la documentación referida al contrato de seguro para el tomador, es deber de la aseguradora explicarle a este último cualquier situación que el mismo no comprenda e incluso aquellas cuestiones que, por su propia naturaleza, pueden resultar confusas para el particular. Adicionalmente, las aseguradoras tienen una carga de comprobación, que consiste en verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros. Esta carga tiene una especial relevancia en cuanto a las declaraciones de asegurabilidad referidas al estado de salud. Debido a la necesidad de velar por la efectividad del principio de autonomía privada de la voluntad, las compañías de seguro han de cerciorarse que la condición de salud declarada por el cliente sí corresponde a la realidad. Esta carga se fundamenta en que las personas, al adquirir una póliza de seguro, pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el cliente. De igual forma, la carga de comprobación también se encuentra justificada en que es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro, por lo que es aquella quien debe indagar por dichas condiciones. El deber de comprobación puede materializarse de múltiples formas, incluyendo la práctica de exámenes médicos o la exigencia de presentar unos recientes para certificar sus condiciones vitales. Por último, existe una carga de lealtad que puede entenderse como un mandato general para la aseguradora de evitar cualquier conducta que pueda inducir a error al tomador o que le genere detrimento de forma ilegítima. Esta carga puede entenderse como una prohibición para las aseguradoras de abusar de la autonomía privada

de la voluntad para afectar los intereses de su contraparte, en desconocimiento de los mandatos constitucionales.”

[45] Corte Constitucional, sentencia T-684 de 2015 (M.P. Myriam Ávila Roldán). Ver en similar sentido las sentencias T-832 de 2010 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla), T-751 de 2012 (M.P. María Victoria Calle Correa) y T-222 de 2014 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva), entre otras.

[46] Folio 96.

[47] Folio 96.

[48] Folios 93 y 94.

[49] Folios 16 y siguientes del cuaderno de revisión.

[50] Folio 106.