

Sentencia T-053/17

ACCION DE TUTELA PARA OBTENER EL PAGO DE UNA INDEMNIZACION PACTADA DENTRO DE UN CONTRATO DE SEGUROS-Procedencia excepcional

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-Naturaleza/CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-Elementos

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-Requisitos para hacer efectiva la póliza

Únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaezca sobre el tomador de la póliza, sino solo respecto de aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado.

ACCION DE TUTELA PARA OBTENER EL PAGO DE UNA INDEMNIZACION PACTADA DENTRO DE UN CONTRATO DE SEGUROS-Improcedencia por cuanto no se acreditó el cumplimiento del porcentaje mínimo pactado por las partes dentro de la póliza de seguro

No se evidencia la exigencia de una cláusula abusiva sino que las estipuladas fueron pactadas de manera consensuada y bilateral por las partes para que, una vez se acreditaran, se pudiera hacer exigible la indemnización fijada. Porcentaje que, además, resulta relevante al momento de fijar la tasa a pagar por la póliza, la cual se acompasa con el nivel de riesgo que acordaron.

Referencia: Expediente T-5.798.038

Demandante: David Villalobos Castro

Demandado: La Equidad Seguros

Magistrado Ponente:

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Bogotá, D.C., tres (3) de febrero de dos mil diecisiete (2017)

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Gloria Stella Ortiz Delgado y Jorge Iván Palacio Palacio, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

En la revisión del fallo de tutela proferido por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Barrancabermeja que, a su vez, confirmó el dictado por el Juzgado Primero Penal Municipal de la misma ciudad.

El presente expediente fue escogido para revisión por la Sala de Selección Número Diez por medio de Auto de 7 de octubre de 2016 y repartido a la Sala Cuarta de Revisión.

I. ANTECEDENTES

David Villalobos Castro pretende el pago de un seguro que previene el riesgo de invalidez con un porcentaje de pérdida de capacidad inferior al pactado dentro de la póliza suscrita.

2. Hechos

2.1. El actor prestó sus servicios como piloto de chalupa para la empresa Cootransfluviales desde el año 2005.

2.2. En garantía de sus prestaciones, su empleador tomó una póliza de seguro de vida para sus asociados por intermedio de la empresa La Equidad Seguros, con número AA003130, la cual, para el momento en que fue suscrita no solamente contemplaba el riesgo de muerte sino también el de invalidez.

Fruto de tal contrato, se fijó, a efectos de pagar una indemnización por invalidez permanente, que el asegurado debía acreditar que su merma física fuera igual o superior al 75%.

2.3. Señaló el demandante, que encontrándose vinculado con la empresa, el 9 de abril de 2009, le diagnosticaron insuficiencia renal crónica con riñón poliquístico tipo no especificado, siendo sometido, a modo de tratamiento, a la práctica de 3 terapias renales por semana, las cuales, en la actualidad, recibe en la Unidad Renal RTS Clínica del Magdalena de Barrancabermeja.

2.4. Debido a lo anterior, el 18 de febrero de 2016, mediante dictamen proferido por medicina laboral, le calificaron una disminución de su capacidad equivalente al 71.79%, de origen común, con fecha de estructuración 9 de abril de 2009.

2.5. Por tanto, con ocasión de los resultados de la anterior evaluación, Cootransfluviales presentó una solicitud ante la aseguradora, pretendiendo el pago de la póliza suscrita en favor del señor Villalobos, en lo referente a la indemnización por la invalidez.

2.6. Dicho reclamo fue denegado por la entidad demandada argumentando que consideró que el asegurado no cumplía con el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que fue pactado en las condiciones generales de la póliza, pues en el contrato de seguro se fijó uno igual o superior al 75%.

2.7. Decisión que no compartió el demandante, y que lo motivó a acudir a la acción de tutela en procura de obtener el amparo de sus derechos fundamentales al debido proceso y mínimo vital.

Lo anterior, por cuanto, por un lado, consideró que para el estudio de la solicitud de pago del seguro por invalidez permanente no se le debía exigir el porcentaje que señalaba el contrato, sino el que estaba vigente en la legislación laboral en el momento en que fue calificado, entiéndase, el que consagraba el Decreto 1507 de 2014, disposición que exigía una merma igual o superior al 50%.

Y, por el otro, que no cuenta con recursos económicos que le permitan suplir sus necesidades básicas y las de sus tres hijos menores de edad pues, por su complejo tratamiento médico, no puede continuar piloteando la cantidad de horas que requieren los circuitos náuticos que realizaba para la empresa y, no percibe otro ingreso que le provea de recursos para acudir a un procedimiento ordinario de defensa.

3. Pretensiones

El actor solicita el reconocimiento y pago de la indemnización por invalidez pactada en una póliza de seguro que su empresa suscribió a su favor con La Equidad Seguros y que, para tal fin, solamente se le exija acreditar el porcentaje de merma de capacidad laboral que preveía la legislación laboral vigente al momento en que fue calificado y no el que se consagró dentro del contrato.

4. Pruebas

En el expediente obran las siguientes pruebas:

- * Formulario de calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional proferido por Colpensiones (Folios 9 al 13 del cuaderno 2).
- * Renovación del seguro de vida para el periodo comprendido entre el 20 de agosto de 2015 y el 20 de agosto de 2016 suscrito entre la empresa y entidad demandada (Folio 16 del cuaderno 2).
- * La epicrisis del accionante proferida por el departamento de Nefrología de la institución médica en la que le realizan el tratamiento renal (Folios 17 y 18 del cuaderno 2).
- * Copia de la respuesta a la solicitud de pago de la póliza suscrita por la entidad acusada (folio 21 y 22 del cuaderno 2).

5. Respuesta de la entidad demandada

Mediante apoderada judicial, la entidad demandada dio respuesta a los requerimientos esgrimidos por el actor en su tutela y, en efecto, señaló que la relación entre el señor Villalobos y la aseguradora tuvo inicio el 20 de agosto de 2010, fecha en la cual fue ingresado a la póliza No. AA002399 tomada por Cootransfluviales, y que contrató el amparo de vida individual, siendo renovada el 22 de agosto de 2013 y dentro del lapso comentado, se estructuró su pérdida de capacidad laboral.

Con posterioridad, esa póliza pasó a ser una de “VIDA GRUPO” bajo el No. AA003130. Sin

embargo, conservó sus asegurados, dentro de los que se encuentra el demandante.

Agregó, que no es cierto que al actor el “9 de abril” le hayan declarado la enfermedad de insuficiencia renal con el diagnóstico que describió pues esa fecha obedece a la estructuración de su pérdida de capacidad laboral, tal como lo demuestra el dictamen aportado, en el que se estableció que el motivo de su calificación es la dependencia de diálisis renal.

El señor Villalobos no cumple con el porcentaje de pérdida de capacidad laboral para que se configure el amparo de incapacidad total permanente cubierto por la póliza suscrita en tanto que el que padece no alcanza el exigido dentro de la misma como fue pactado en las condiciones generales, lo que imposibilita el pago de la indemnización pretendida.

No puede perderse de vista que el contrato de seguro constituye un acuerdo de voluntades que genera efectos jurídicos vinculantes entre las partes que lo celebran por lo que ha de atender a las condiciones y garantías pactadas.

La aseguradora no está alegando la inexistencia de la póliza, pues está es real y estaba vigente para el momento de los hechos, sino que, por el contrario, la decisión de objetar la reclamación presentada se circunscribe a las condiciones pactadas, las cuales fueron aceptadas en virtud del principio de la autonomía privada de la voluntad, por lo que, con fundamento en este, se pactó una cobertura de incapacidad total y permanente que sería pagadera cuando el asegurado acreditara una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 75% que el actor no cumple al obtener una cifra próxima del 71.79% más no suficiente para el reconocimiento de esta cobertura, lo que imposibilita la afectación del seguro y su consecuente indemnización.

En ese sentido, el actuar de la entidad demandada se encuentra ajustado a las disposiciones legales y contractuales existentes y su desconocimiento implicaría quebrantar el principio de autodeterminación dispuesto como uno de los pilares fundamentales del derecho privado, por ende, señaló que su representada no está vulnerando ningún derecho fundamental y, por tanto, solicitaron que le fuera denegado el reclamo que presentó el actor en sede de tutela.

I. DECISIONES JUDICIALES QUE SE REVISAN

1. Decisión de primera instancia

Mediante sentencia proferida el 2 de mayo de 2016, el Juzgado Primero Penal Municipal de Barrancabermeja denegó el amparo de los derechos fundamentales del actor por cuanto consideró que cuenta con otros mecanismos ordinarios de defensa judicial a los que puede recurrir a efectos de solicitar el reconocimiento y pago de la póliza.

En ese sentido, el juez de tutela no puede inmiscuirse en asuntos propios de otras jurisdicciones y solo, en ciertos casos, puede realizar el desplazamiento de las competencias en tanto que la persona se encuentre en un mayor riesgo.

Adicionalmente, señaló que no es posible ordenar lo pretendido debido a que se trata de una controversia de carácter civil que requeriría de un amplio y detallado análisis probatorio a efectos de poder establecer si la decisión tomada por la entidad aseguradora fue en derecho o no y, más, cuando no es claro que se avizore alguna negligencia o situación injustificada por parte de la entidad demandada.

2. Impugnación

El anterior fallo fue impugnado por el actor dentro de la oportunidad procesal correspondiente. Señalando como fundamento de su discrepancia que el juez se equivocó al estimar que su demanda iba encaminada a obtener el pago de una póliza de vida no obstante que su pretensión principal, en realidad, estaba dirigida a obtener el amparo de sus derechos fundamentales.

Agregó, que la Corte Constitucional ha sostenido, en reiteradas ocasiones, que la tutela es procedente frente a particulares que ejercen actividades bancarias pues, por un lado, las labores que desarrollan se enmarcan dentro del concepto de servicio público y, por el otro, porque entre aquellas y las personas existe una verdadera situación de indefensión o subordinación frente a la cual no es posible que el ciudadano carezca de mecanismos eficaces para la defensa de sus derechos por lo que, en ese contexto, el amparo constitucional funciona, además, como una forma de control de las actividades financieras.

En ese sentido, indicó que según la Sentencia T-136 de 2013, el examen de subsidiariedad

de la acción de tutela no se agota con la verificación de la existencia de un mecanismo de defensa en el ordenamiento ordinario, sino que, en aquellos casos en los que se demuestre que el actor tiene a su disposición otro procedimiento diseñado para dirimir lo que pretende en sede de tutela, le corresponde al operador judicial analizar, además, la eficacia e idoneidad del mismo de cara a las circunstancias que presenta la personas.

Por tanto, a juicio del demandante, el juez de primera instancia no realizó el estudio, como debería, de la subsidiariedad toda vez que, en su caso, por las circunstancias que afronta, claramente se aprecia que cualquier otro procedimiento se torna ineficaz habida cuenta que de una serie de situaciones que lo exponen a padecer un perjuicio irremediable de no adoptarse una medida pronta, a saber:

- * Tiene que asistir en tres ocasiones a la semana a la clínica para que le realicen sus diálisis.

- * Es padre cabeza de familia de tres menores de edad los cuales residen en el municipio de San Pablo.

- * Le tocó fijar, de manera transitoria, su residencia en Barrancabermeja en tanto que allí cuentan con la unidad renal que demanda el cuidado de su enfermedad.

- * No cuenta con ninguna renta adicional o ingreso financieros para poder suplir sus necesidades básicas y, por tanto, para subsistir, ha tenido que acudir a préstamos de los que debe pagar intereses.

- * Paga dos arriendos, el de San Pablo, en donde habitan sus hijos, y el de Barrancabermeja que es la ciudad en la que se encuentra transitoriamente.

- * Le toca contratar a una persona para que lo atienda por la condición en que se encuentra y otra para que cuide a sus hijos, por lo que “lo que le quedaría para vivir lesiona el mínimo vital”.

Adicionó el recurrente, que la póliza se tomó con la intención de tener un recurso frente a una eventualidad que le sobreviniera fruto de la actividad laboral peligrosa que desarrollaba.

Además, en su opinión, se equivoca la demandada al decir que por la fecha de estructuración de la enfermedad no puede amparar la póliza, como también erra al pedirle acreditar una disminución del 75% de pérdida de capacidad laboral pues, por un lado, su merma debería ser del 100% porque para poder vivir debe asistir a terapias tres veces por semana y, por el otro, porque el Decreto 1507 de 2014 era el vigente cuando reclamó el pago de la indemnización, el cual estableció que el porcentaje que debe acreditar una persona para ser considerada invalida es del 50%.

3. Decisión de segunda instancia

Mediante providencia del 8 de junio de 2016, el Juzgado Primero Penal del Circuito de Barrancabermeja resolvió la impugnación presentada por el actor en el sentido de confirmar el fallo proferido por el a quo.

En efecto, el fallador judicial indicó que dentro del expediente no se evidenció la existencia de un perjuicio actual o inminente que haga necesaria la intervención del juez común, siquiera de manera transitoria, máxime si se tiene en cuenta que la aseguradora informó al demandante la razón fáctica y jurídica que motivó la negación del reconocimiento y que se contrae a la falta de cumplimiento del porcentaje de pérdida de capacidad laboral establecido contractualmente, por lo que no puede predicarse el desconocimiento de las garantías exigidas por el demandante.

Por tanto, concluyó el ad quem, al actor le corresponde acudir ante la jurisdicción civil para hacer valer su pretensión pues es a esta a la que le corresponde determinar si existió un incumplimiento en las cláusulas pactadas en el contrato.

III. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DECISIÓN

1. Competencia

La Corte Constitucional es competente, a través de esta Sala Cuarta, para revisar la decisión proferida en el proceso de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241, numeral 9.º, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema jurídico

Corresponde a la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional analizar si en el presente asunto se están transgrediendo los derechos fundamentales del actor al debido proceso y al mínimo vital, al exigírsele acreditar una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 75% para hacer pagadera una póliza que cubre la contingencia de invalidez. Lo anterior, a pesar de que para el momento en que este fue calificado, la reglamentación legal señalaba que se considera invalido a quien acredite una merma de su capacidad laboral igual o superior al 50%.

Para resolver el asunto, esta Sala estudiará, de manera previa, los siguientes temas: (i) la procedencia de la acción de tutela para obtener el pago de una indemnización pactada dentro de un contrato de seguro, (ii) el contrato de seguro y, por último, (iii) el análisis del caso concreto.

3. Procedencia de la acción de tutela para obtener el pago de una indemnización pactada dentro de un contrato de seguro

La Corte Constitucional en las varias ocasiones en las que ha estudiado el tema de la procedencia de la acción constitucional para resolver controversias generadas por inconformidades respecto de las cláusulas contractuales pactadas, ha señalado que el amparo por vía de tutela solo es viable de manera excepcional, por cuanto se trata de una cuestión que recae sobre un acuerdo privado por lo que, en principio, los conflictos que de allí surgen deberían ser resueltos mediante acciones ordinarias de carácter civil, comercial o contencioso dependiendo la naturaleza del caso particular¹.

En ese sentido, de manera general, la tutela resulta improcedente para dirimir asuntos cuyo eje se contraiga a una inconformidad contractual². Sin embargo, la excepción se presenta cuando con la situación se genere una afectación a las garantías fundamentales de un ciudadano o lo exponga a un perjuicio irremediable³, oportunidad en la que el juez constitucional debe determinar la idoneidad y eficacia de los otros medios de defensa de cara a las circunstancias particulares que afronta la persona⁴.

Así mismo, ha señalado esta Corte que cuando quien recurra a la tutela sea un sujeto de especial protección constitucional, le corresponde al juez analizar lo relativo al agotamiento

de los recursos, mecanismos judiciales y la configuración de un perjuicio irremediable, de forma más flexible en atención a las especiales condiciones de estas personas, “teniendo en cuenta que su capacidad para reaccionar (...) y defender sus derechos adecuadamente, se encuentra limitada”⁵.

Por tanto, es deber del juez de tutela realizar la verificación, de cara a las circunstancias particulares del caso, de que la persona se encuentra frente a un perjuicio irremediable de modo tal que solo sea posible obtener una protección efectiva por medio del mecanismo constitucional, debido a que los demás procedimientos no resultan idóneos.

Aunque nuestro Código de Comercio no incorpora una definición exacta del contrato de seguro, sí menciona una serie de elementos jurídicos principales que lo caracterizan y permiten configurarlo⁶, los cuales se han señalado en el artículo 1036 de la mencionada regulación que, a su vez, fue reformado por el artículo 1° de la Ley 389 de 1997, a cuyo tenor: “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”.

Tal regulación se complementa con lo previsto en el artículo 1045 del Código de Comercio respecto de los elementos esenciales de dicho contrato, que se enuncian, así: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación del asegurador.

Al respecto, cabe tener en cuenta la Sentencia T-086 de 2012, en la que esta Corte definió las características del contrato de seguro, así:

“Es consensual, en la medida en que se perfecciona y nace con el sólo consentimiento, desde el momento en que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador sobre los elementos esenciales del contrato de seguros.

Es bilateral, por cuanto las partes se obligan recíprocamente. Genera obligaciones para las dos partes contratantes: para el tomador, la de pagar la prima, y para el asegurador, la de asumir el riesgo y, por ende, la de pagar la indemnización si llega a producirse el evento que la condiciona.

Es oneroso porque es un contrato que reporta beneficio o utilidad para ambas partes. El

gravamen a cargo del tomador es el del pago de la prima y el del asegurador es el pago de la prestación asegurada en caso de siniestro.

Es aleatorio por cuanto en el contrato de seguros tanto el asegurado como el asegurador están sujetos a una contingencia que es la posible ocurrencia del siniestro. Es de ejecución sucesiva, puesto que las obligaciones a cargo de los contratantes se van desenvolviendo continuamente hasta su terminación”.

Por otro lado, en los contratos de seguros, la obligación contraída por el asegurador de pagar al asegurado o al beneficiario, según el caso, la prestación acordada, está sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro.

En ese sentido, el artículo 1072 del Código de Comercio, señala que siniestro es la realización del riesgo asegurado, el cual es definido en el artículo 1054 como un suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.

Por tanto, para poder determinar el alcance del contrato de seguro, es necesario remitirse a las cláusulas pactadas en la póliza y los documentos que la integran, pues esos definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados, sin que sea válido interpretar más allá de lo que su contenido prevé.

Es por ello, que las cláusulas del contrato de seguro deben contener las condiciones generales y específicas o particulares de la póliza, entendidas las primeras, como la columna vertebral de la aseguradora y que se aplican a todos los contratos de un mismo tipo, otorgados por el mismo asegurador y, las segundas, como aquellas que se elaboran de manera individual y específica para cada contrato que reflejan la voluntad de los contratantes asegurador y tomador⁷.

Debido a las propiedades de que goza el contrato de seguro, puede decirse que hace parte de la esfera privada, en tanto que tiene lugar por voluntad de las partes, por ende, se caracteriza, principalmente, por ser un acuerdo voluntario entre el tomador y el asegurador.

Por tanto, para que surta efectos, debe haber un estricto apego a la buena fe y a la claridad

de las partes al momento de pactar las cláusulas a las que se ceñirá el contrato y que permeen la voluntad negocial.

Así las cosas, únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaezca sobre el tomador de la póliza, sino solo respecto de aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado.

5. Caso concreto

En el presente asunto se pretenden por parte del actor, el cambio de una de las cláusulas pactadas dentro de un contrato de seguro suscrito por su empleador con la entidad demandada.

En efecto, el demandante prestó sus servicios desde el año 2005 para la empresa Cootransfluviales, entidad que suscribió una póliza de vida con La Equidad Seguros en favor de sus trabajadores desde el 20 de agosto de 2010, bajo el No. AA002399, en la cual, también pactaron el reconocimiento y pago de una indemnización en favor del trabajador que padezca una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 75%. Seguro que ha sido renovado por las partes.

El 9 de abril de 2009, al actor le fue diagnosticado con una insuficiencia renal crónica con riñón poliquístico tipo no especificado, por lo que, para su tratamiento ha sido sometido a la práctica de tres diálisis por semana en una institución de salud de Barrancabermeja.

Padecimiento que le ha desmejorado su capacidad laboral de manera considerable y, por lo mismo, el 18 de febrero de 2016, medicina laboral lo calificó con una disminución física del 71.79%, de origen común, con fecha de estructuración 9 de abril de 2009.

Situación que lo llevó a que, por medio de la empresa para la cual laboraba, solicitara el pago de la indemnización pactada para los casos en los que el trabajador presentara una incapacidad permanente parcial. Solicitud que le fue despachada negativamente habida cuenta que no contaba con el porcentaje mínimo exigido.

Argumento que no compartió el accionante y que lo motivó a invocar el recurso de amparo debido a que, por su complejo cuadro clínico no cuenta con la capacidad física necesaria para desempeñarse laboralmente, lo que lo expone a sufrir un perjuicio irremediable con merma de sus garantías constitucionales y a las de su familia habida cuenta que no tiene ningún otro ingreso del cual pueda suplir sus necesidades básicas.

Adicionalmente, alegó que no está de acuerdo con la exigencia de un porcentaje de disminución física tan alto pues, para el momento en que fue calificado, se encontraba vigente el Decreto 1507 de 2014, el cual señalaba que una persona se considera invalida si tiene una disminución de su capacidad laboral igual o superior al 50%.

Analizado el asunto debe la Corte manifestar, en un primer término, que no comparte las consideraciones esbozadas por el fallador de primera instancia según las cuales la tutela se torna improcedente para dirimir cualquier tipo de litigio que se contraiga a la inconformidad respecto de situaciones que tienen origen en un contrato de seguro, pues, aunque la regla general es esa, no quiere decir que, de cara al caso concreto y a las condiciones particulares que padece el afectado, el juez de tutela no pueda realizar una valoración constitucional de su caso aun cuando ello incida en las competencias del operador común, de manera transitoria o definitiva, con el propósito de evitar daños irreparables a sus prerrogativas fundamentales.

En ese sentido, en el presente asunto el actor enfrenta un sinnúmero de graves dificultades que, a no dudarlo, hacen procedente el estudio del caso pues, entre otras cosas, padece una enfermedad crónica, no cuenta con una fuente de ingresos de la cual pueda suplirse y, además, tiene a su cargo a tres menores de edad, lo que justifica con suficiencia la necesidad de acudir al recurso de amparo.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, encuentra esta Sala que al actor no le asiste el derecho pretendido en tanto que no acredita el cumplimiento del porcentaje mínimo pactado de manera voluntaria por las partes dentro de la póliza de seguro que celebraron, habida cuenta que fue calificado por Colpensiones con una disminución física equivalente al 71.79% y lo estipulado para realizar el pago de la contraprestación acordada señala que debe acreditar un 75%⁸.

En ese sentido, aunque si bien es cierto que el Decreto 1507 de 2014, en su artículo 2.º,

literal a, establece que una persona se considera invalida cuando padezca una disminución física igual o superior al 50%, lo cierto es que en el presente caso ese porcentaje no se puede imponer a la voluntad contractual pactada entre las partes.

En efecto, como se indicó en la parte motiva de esta providencia, la determinación del alcance del seguro está dada por las cláusulas que fueron pactadas en la póliza y los documentos que la integran, como quiera que estos definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados, sin que sea válido interpretar más allá de lo que su contenido prevé.

Por tanto, no se evidencia la exigencia de una cláusula abusiva sino que las estipuladas fueron pactadas de manera consensuada y bilateral por las partes para que, una vez se acreditaran, se pudiera hacer exigible la indemnización fijada. Porcentaje que, además, resulta relevante al momento de fijar la tasa a pagar por la póliza, la cual se acompasa con el nivel de riesgo que acordaron.

En ese sentido, esta Corte no puede desconocer las reglas fijadas en pactos privados que, en estricto apego a la buena fe y con la suficiente claridad al momento de la suscripción hayan celebrado el tomador y el asegurador. Por tanto, confirmará las decisiones de instancia. Sin embargo, ello no es óbice para que el actor pueda perseguir un derecho pensional de invalidez sobre la exigencia de demostrar una merma de capacidad acorde con el porcentaje que nuestra normativa prevé. O, en su caso, puede pedir la revisión de la valoración que se le practicó atendiendo su muy crítica condición de salud en busca de que su porcentaje de invalidez sea incrementado de modo tal que le permita alcanzar la exigencia que carece o el otro requisito que prevé la cláusula⁹.

IV. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia dictada el 8 de junio de 2016, por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Barrancabermeja que, a su vez, confirmó la proferida el 2 de mayo de

2016, por el Juzgado Primero Penal Municipal de la misma municipalidad.

Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, cópiese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada

Con salvamento de voto

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

SALVAMENTO DE VOTO DE LA MAGISTRADA

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

A LA SENTENCIA T-053/17

ACCION DE TUTELA PARA OBTENER EL PAGO DE UNA INDEMNIZACION PACTADA DENTRO DE UN CONTRATO DE SEGURO-Se debió conceder el amparo por cuanto si se configuró el siniestro amparado por el contrato de seguro (Salvamento de voto)

En atención a la condición particular del accionante, y de conformidad con las facultades extra y ultra petita del juez de tutela, la Sala Cuarta de decisión debió analizar la vulneración de los derechos más allá de la solicitud del accionante. En efecto, la

jurisprudencia de esta Corporación ha establecido que si el juez de tutela encuentra afectados o amenazados derechos no invocados por el actor, “(...) no sólo puede sino que debe referirse a ellos en su sentencia y decidir lo pertinente, impartiendo las órdenes necesarias para su cabal y plena defensa.”.

ACCION DE TUTELA PARA OBTENER EL PAGO DE UNA INDEMNIZACION PACTADA DENTRO DE UN CONTRATO DE SEGURO-Se debió conceder el amparo por cuanto se demostró que la enfermedad que sufre el actor no le permite trabajar, es decir, lo incapacita en forma permanente (Salvamento de voto)

Referencia: Expediente T-5.798.038

Acción de tutela presentada por David Villalobos Castro contra La Equidad Seguros.

Asunto: incapacidad permanente, pago de indemnización por seguro de vida.

Magistrado Ponente:

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Con el acostumbrado respeto por las decisiones de la Corte Constitucional, a continuación presento las razones que me conducen a salvar el voto en la decisión adoptada por la mayoría de la Sala Cuarta de Decisión de tutelas, en sesión del 3 de febrero de 2017.

1. La providencia de la que me aparto estudió la tutela presentada por el señor David Villalobos Castro, quien padece insuficiencia renal crónica terminal. La enfermedad que sufre el accionante es tratada con 3 sesiones semanales de hemodiálisis (que tardan 4 horas), de las cuales depende su vida.

El accionante solicita que se ordene a La Equidad Seguros que lo indemnice con ocasión de su pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con la póliza de seguro tomada por su empleador, para cubrir el riesgo de “invalidez” mayor al 75%. A juicio del actor, a pesar de que la cláusula exige un porcentaje de pérdida de capacidad del 75% y no acredita esa condición, según las normas laborales es “inválido” quien presenta una pérdida de capacidad

del 50%, motivo por el cual solicita que se aplique esa norma.

La mayoría de la Sala resolvió negar el amparo de los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital del accionante, por considerar que según la cláusula pactada en el contrato de seguro de vida celebrado entre el empleador y La Equidad Seguros, era claro que el actor no tenía derecho a la indemnización, pues de forma consensual se había pactado como siniestro la pérdida de capacidad laboral del 75%, y al actor le fue fijado un porcentaje del 71.79%.

1. No estoy de acuerdo con la decisión, pues considero que se debió conceder el amparo por las razones que expongo a continuación.

En atención a la condición particular del accionante, y de conformidad con las facultades extra y ultra petita del juez de tutela, la Sala Cuarta de decisión debió analizar la vulneración de los derechos más allá de la solicitud del accionante. En efecto, la jurisprudencia de esta Corporación ha establecido que si el juez de tutela encuentra afectados o amenazados derechos no invocados por el actor, “(...) no sólo puede sino que debe referirse a ellos en su sentencia y decidir lo pertinente, impartiendo las órdenes necesarias para su cabal y plena defensa.”¹⁰.

En este caso el accionante considera que la respuesta negativa de la aseguradora vulnera sus derechos porque según las leyes laborales es “inválido” quien presenta una incapacidad laboral superior al 50%. Tal y como lo afirma la ponencia, ese argumento no es suficiente para conceder el amparo, pues de acuerdo con la autonomía de la voluntad privada, la incapacidad absoluta cubierta por la póliza corresponde a la que se haya planteado en el contrato. Sin embargo, a pesar de que la razón que presenta el actor para considerar que sus derechos fundamentales deben ser amparados es errada, es evidente que la sociedad accionada analizó la cláusula pactada de forma parcial y negó la indemnización a pesar de que la situación del accionante constituía un siniestro, de conformidad con lo pactado en el contrato.

1. En efecto, al estudiar el contrato se advierte que éste define el siniestro correspondiente a la incapacidad absoluta así:

“Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado menor de setenta (60) años de edad que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerado, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 150 días y no haya sido provocada por él mismo.

En caso que con los documentos aportados para la evaluación de este amparo, no sea posible establecer que la incapacidad cumple con todas las características señaladas, se aceptará como equivalente, cuando el asegurado haya perdido el 75% o más de su capacidad laboral, determinada de acuerdo con el manual único de calificación de invalidez de que trata el decreto (sic) 917 de 1999.”¹¹ (Negrillas fuera del texto)

Estimo que a pesar de que en este caso el accionante no lo pidió, debió analizarse el alcance del primer inciso de la cláusula, pues la entidad accionada se limitó a estudiar el segundo inciso, que es supletorio, y no advirtió que la situación del actor configura el siniestro previsto en la sección principal de la cláusula, por lo que la segunda parte no era aplicable a su caso.

Así pues, las circunstancias del actor encajan en la definición de incapacidad permanente contenida en la póliza, así: (i) el accionante padece una incapacidad total y permanente; (ii) es beneficiario del seguro; (iii) tiene menos de 60 años; (iv) la estructuración se dio durante la vigencia de la póliza; (v) su incapacidad consiste en alteraciones funcionales incurables, pues tiene insuficiencia renal terminal y debe recibir hemodiálisis para mantenerse con vida; (vi) de la calificación de 71.79% de pérdida de capacidad laboral, y el tratamiento de hemodiálisis 3 veces por semana (durante 4 horas y necesario para sobrevivir), puede derivarse que el estado de salud del accionante le impide desempeñar cualquier trabajo remunerado; (vii) la enfermedad incapacitante se estructuró el 9 de abril de 2014 y según el expediente el actor se somete a diálisis 3 veces por semana desde 16 de junio de 2014, es decir que tiene la enfermedad desde hace más de 150 días; y (viii) no fue causada por él mismo.

En particular, cabe aclarar que el requisito consistente en que la incapacidad permanente

haya existido por un periodo continuo no menor de 150 días, es indeterminado, y ante la existencia de cláusulas confusas, éstas deben interpretarse en contra de quien las redactó. Así pues, a pesar de que el accionante no aportó pruebas que demostraran haber estado incapacitado por más de 150 días, de la cláusula se puede entender que el requisito refiere a sufrir una enfermedad que incapacite en forma permanente.

Por lo tanto, en este caso se acredita tal exigencia, pues el actor sufre la enfermedad desde el 9 de abril de 2014, y se somete a diálisis 12 horas a la semana desde el 16 de junio de 2014¹², lo cual es suficiente para demostrar que su enfermedad no le permite trabajar, es decir, lo incapacita en forma permanente.

1. De otra parte, me permito aclarar que a pesar de que en la sentencia se afirma que la fecha de estructuración de invalidez fue el 9 de abril de 2009, a folios 3 y 12 del cuaderno de primera instancia, se advierte que la fecha de estructuración es el 9 de abril de 2014. Esta aclaración es importante, pues demuestra que la estructuración de la enfermedad se dio durante la vigencia de la póliza.

1. Por último, debo resaltar que la sentencia confunde los dos supuestos en los cuales procede la tutela. Según el artículo 86 Superior y la jurisprudencia de esta Corte¹³, la tutela procede, en principio, solamente cuando no hay otro medio idóneo para proteger los derechos invocados, y excepcionalmente, si existe un medio idóneo distinto de la tutela, cuando se está ante la inminencia de sufrir un perjuicio irremediable.

Sin embargo, en la ponencia de la cual me aparto se establece que “(...) es deber del juez de tutela realizar la verificación [del presupuesto de subsidiariedad], de cara a las circunstancias particulares del caso, de que la persona se encuentra frente a un perjuicio irremediable de modo tal que solo sea posible obtener una protección efectiva por medio del mecanismo constitucional, debido a que los demás procedimientos no resultan idóneos.”

Así pues, en el aparte transcrito se evidencia la confusión entre los 2 supuestos en los cuales procede la tutela (cuando no existe un mecanismo idóneo, o cuando existiendo por estar

ante la inminencia de sufrir un perjuicio irremediable, la tutela es eficaz), los cuales, a pesar de ser distintos, se unieron en uno solo. Estas conclusiones no solo son problemáticas desde la perspectiva pedagógica, sino también desde la coherencia del ordenamiento jurídico y el respeto al precedente constitucional.

1. De conformidad con lo anterior, estimo que a pesar de que el accionante no solicitó que le fuera aplicado el primer inciso de la cláusula, la Sala tenía el deber de analizar si en su caso se configuró el siniestro amparado por el contrato de seguro, como en efecto ocurrió. Así pues, resultaba imperioso revocar las decisiones de instancia, conceder el amparo y ordenar a La Equidad Seguros que hiciera efectiva la póliza a favor del accionante.

De esta manera, expongo las razones que me llevan a salvar el voto con respecto a las consideraciones y la decisión que se adoptó en la sentencia T-053 de 2017.

Fecha ut supra,

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada

1 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-086 de 2012.

2 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-594 de 1992.

3 Respecto al perjuicio irremediable, esta Corporación indicó, desde la Sentencia T-225 de 1993, que para que este se configure se deben presentar en el caso una serie de elementos. A saber: la inminencia, la gravedad, la impostergabilidad y la urgencia.

4 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-160 de 2010.

5 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-136 de 2013.

6 López Blanco Hernán Fabio. Comentarios al Contrato de Seguro, Cuarta Edición, 2004, p 37.

7 Sentencia T. 715 de 2012.

8 Visible a folio 22 del cuaderno 2.

En caso que con los documentos aportados para la evaluación de este amparo, no sea posible establecer que la incapacidad cumple con todas las características señaladas, se aceptará como equivalente, cuando el asegurado haya perdido el 75% o más de su capacidad laboral, determinada de acuerdo con el manual único de calificación de invalidez que trata el decreto 917 de 1999.”.

10 Sentencia T-463 de 1996, M.P. José Gregorio Hernández Galindo

11 Folio 42 Cuaderno Primera Instancia.

12Folio 17 del Cuaderno de Primera Instancia.

13 Ver sentencias T-441 de 1993, M.P. José Gregorio Hernández Galindo y T-594 de 2006, M.P. Clara Inés Vargas Hernández.