

T-222-14

Sentencia T-222/14

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Procedencia excepcional cuando prestan un servicio público o actividad de interés público

La Corte ha sostenido en reiteradas decisiones que la acción de tutela es procedente frente a particulares que ejercen actividades bancarias. Esto al menos por dos razones. En primer lugar, porque las labores que ejercen se enmarcan dentro del concepto de servicio público y, en segundo lugar, porque entre aquellas y las personas existe una verdadera situación de indefensión o subordinación. Este Tribunal Constitucional ha entendido que por la naturaleza y magnitud de las actividades de las entidades financieras, no es posible que el ciudadano carezca de mecanismos eficaces para la defensa de sus derechos. En este contexto el amparo constitucional funciona, además, como una forma de control de las actividades financieras.

PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DE LA ACCION DE TUTELA-Reiteración de jurisprudencia/PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD DE LA ACCION DE TUTELA-Juez debe verificar si ante la existencia de otro medio de defensa judicial, éste es eficaz e idóneo

SISTEMA DE PRECEDENTES CONSTITUCIONALES-Importancia/RESPETO DEL PRECEDENTE CONSTITUCIONAL-Finalidad

El sistema de precedente ha sido valorado por la Corte como un método de interpretación que no solo ayuda a unificar su jurisprudencia, sino también incentiva la seguridad jurídica y materializa el derecho a la igualdad. En ese orden, por ejemplo, permite a los jueces conocer con exactitud cuáles son las reglas aplicables a un caso y cómo este Alto Tribunal ha entendido la vulneración, o no, de un derecho fundamental en ese evento en específico. Así mismo, garantiza que las personas sean tratadas de igual manera, siempre que los supuestos fácticos de sus casos coincidan en lo esencial. Pues bien, este método consiste en identificar las sentencias más relevantes sobre un asunto, y extraer de ellas las principales razones que ha tenido la Corte a la hora de fallar situaciones similares. Ello para fijar una regla concreta aplicable al caso estudiado. Naturalmente, todas las veces los

casos no serán exactamente iguales y por tal motivo se hace necesaria una interpretación adicional por parte del juez, quien deberá a su vez desplegar una carga argumentativa lo suficientemente fuerte en su decisión. Si fuera de otra forma, cada juez, según su arbitrio, podría tomar decisiones por fuera del marco constitucional vigente. Y mucho más, por fuera de lo que la Corte Constitucional ha establecido.

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

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

En primer lugar, (i) carecer de recursos económicos. La Corte ha entendido que no basta ser un sujeto de especial protección constitucional para que pueda reclamarse el pago de la póliza. Efectivamente, la persona debe carecer de los recursos económicos necesarios para continuar pagando las cuotas del crédito. En segundo lugar (ii), que la familia del asegurado dependa económicamente de él. En efecto, el no pago de la póliza, en estos eventos, puede incluir la lesión y/o vulneración de los derechos fundamentales de todo un núcleo familiar. Si una persona no puede pagar la cuota de un crédito, muy probablemente esto tendrá efectos en su familia por los posibles cobros del banco. En tercer lugar (iii), la carga de declarar no puede convertirse en una carga excesiva para el tomador del seguro, pues existen casos en los que las cláusulas son tan ambiguas que no es posible, naturalmente, suministrar con toda certeza las calidades del asegurado. En cuarto lugar (iv), la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora. Finalmente, en quinto lugar (v), la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO/PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS

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.

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

DERECHO A LA VIDA DIGNA Y AL MINIMO VITAL-Orden a Banco abstenerse de iniciar cualquier tipo de cobro en contra del actor por el crédito o créditos del cual es deudor, el cual deberá cubrir la aseguradora

Referencia: expedientes T-4143382, T-4148791, T-4143384.

Acción de Tutela instaurada por José de Jesús Núñez Contreras en contra de Seguros de Vida BBVA; José del Carmen Martínez Mejía en contra del Banco Davivienda y Compañía Seguros Bolívar S.A.; Argemiro Arzuaga Manjarrez en contra de Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A.

Magistrado Ponente:

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Bogotá, D.C., dos (2) de abril de dos mil catorce (2014).

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Luis Ernesto Vargas Silva y Mauricio González Cuervo y la Magistrada María Victoria Calle Correa, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9 de la Constitución Política y en el Decreto Ley 2591 de 1997, profiere la siguiente

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión de los fallos adoptados por los correspondientes juzgados de

instancia que resolvieron las acciones de tutela promovidas por José de Jesús Contreras Núñez, José del Carmen Martínez Mejía y Argemiro Arzuaga Manjarrez.

## I. ANTECEDENTES

1. La Corte Constitucional mediante auto del veintiocho (28) de noviembre de dos mil trece (2013) expedido por la Sala de Selección Número Once, decidió acumular los siguientes expedientes: T-4143382, T-4148791, T-4143384, por analogía fáctica y jurídica.

2. Los expedientes acumulados tienen en común que los accionantes adquirieron créditos con entidades financieras, los cuales estaban respaldados por contratos de seguro suscritos con diferentes aseguradoras. Estas garantías operarían por muerte o pérdida de capacidad laboral en porcentaje mayor al 50%. Efectivamente, por distintas causas, los peticionarios fueron calificados con invalidez y, pese a ello, las aseguradoras se negaron a pagar la póliza de los seguros argumentando que la enfermedad adquirida fue anterior a la celebración del contrato. Es decir, alegaron preexistencia. No obstante, por las circunstancias concretas de cada uno de los casos, se procederá a precisar sus especificidades:

EXPEDIENTE T-4143384. ARGEMIRO ARZUAGA MANJARREZ EN CONTRA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y BANCOLOMBIA S.A.

3. El señor Argemiro Arzuaga Manjarrez, actuando por medio de apoderado, suscribió un contrato de mutuo con el banco Bancolombia S.A. quien le exigió adquirir un seguro con el fin de acceder al préstamo para la compra de su vehículo nuevo. El valor del crédito fue de veinticuatro millones setecientos ochenta y dos mil seiscientos pesos (\$24.782.600).

4. Fue así como el peticionario, el veintisiete (27) de enero de dos mil once (2011), contrajo un contrato de seguro individual grupo de deudores con la empresa Seguros de Vida Suramericana S.A. Esta póliza operaría por muerte o incapacidad total y permanente del asegurado. En caso de ocurrir dichos eventos, la aseguradora pagaría el saldo insoluto de la obligación.

5. El siete (07) de septiembre de dos mil doce (2012), la Administradora de Fondos de Pensiones BBVA, dictaminó que el tutelante sufría una pérdida de capacidad laboral del 50.07%, con fecha de estructuración del veintiuno (21) de Junio de dos mil once (2011). Su estado de salud es grave pues presenta un diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, necrosis idiopática ósea en cadera derecha, secuelas funcionales definitivas de artrosis de cadera derecha, neuropatía lúpica, complicaciones y trastornos neuromusculares, cambios artrósicos degenerativos de cadera derecha.

6. Tras esta valoración, el nueve (09) de noviembre de dos mil doce (2012), el actor presentó reclamación a la aseguradora para hacer valer la póliza. Solicitó la indemnización por un valor de diecinueve millones doscientos siete mil novecientos ochenta y cinco pesos (\$19.207.985). Sin embargo, el treinta (30) de noviembre de dos mil doce (2012) la compañía de seguros se negó a la petición del tutelante, pues, dijo, al momento de adquirir la póliza el señor Arzuaga ya se encontraba enfermo.

7. Adicionalmente, manifestó que al momento de la declaración de asegurabilidad “que se encuentra incluida en la póliza vida grupo deudores, objeto de reclamo, no fue diligenciada por mi mandante, porque esto fue solicitado por la representante del banco que vendió la póliza”. Igualmente, dijo que el accionante no tenía conocimiento ni diagnóstico de padecer alguna enfermedad.

8. Así mismo, en el escrito de tutela, señaló que se encuentra en una condición precaria pues al no poder trabajar, carece de recursos para continuar con el pago de las cuotas mensuales del crédito, mantenerse a él y a su núcleo familiar que se compone de tres hijos menores y esposa. Por estos motivos, solicita se protejan sus derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, salud, igualdad, derecho al debido proceso y derecho al mínimo vital.

Respuesta de las entidades vinculadas en este trámite

El señor Juan Carlos Candil Hernández, actuando como representante legal judicial de Bancolombia S.A., contestó la acción de tutela oponiéndose a las pretensiones del señor Arzuaga. Luego de hacer un recuento de los hechos, sostuvo que Bancolombia S.A. no es la entidad encargada de verificar o no el cumplimiento del contrato de seguro. Así, no es ella quien debe “realizar el pago derivado de la ocurrencia del siniestro cubierto por la póliza de

vida ya descrita, por el contrario, Bancolombia S.A. es el tomador y beneficiario de la póliza”.

Igualmente, consideró que la acción de tutela es improcedente pues el accionante cuenta con otros recursos judiciales a los cuales puede acudir para defenderse de la presunta vulneración de sus derechos. En consecuencia, respecto del amparo constitucional, señaló que “esta figura solo es procedente cuando no hay otros recursos de carácter judicial que le permitan a la persona defender los derechos que supuestamente se le han vulnerado o amenazado”. Por ello, dijo, el actor debería acudir a la jurisdicción ordinaria para debatir estos asuntos, mucho más tratándose de asuntos netamente contractuales patrimoniales.

Seguros de Vida Suramericana S.A.

Juan Camilo Arroyave Cárdenas, representante legal judicial de Seguros de Vida Suramericana S.A., contestó la tutela. En primer lugar, señaló que la acción de tutela se tornaba improcedente en tanto existen otras vías y otros mecanismos para discutir asuntos netamente contractuales. Así, “el mecanismo de tutela en contra de mi representada no procede, porque las diferencias o controversias que surjan de un contrato de seguros tienen de manera clara y expresa prevista la vía del procedimiento ordinario ante el juez civil competente”. Por tanto, la acción de tutela, dijo, debería tornarse improcedente.

Adicionalmente, argumentó que esta empresa no ha incurrido en ninguna violación a los derechos fundamentales del actor, pues su actuar ha sido acorde con la normatividad vigente en materia de seguros. En ese sentido, señala que el peticionario “incurrió en reticencia, al no informar a Seguros de Vida Suramericana S.A. al momento de contratar con el seguro, el antecedente que presentaba con anterioridad al ingreso de la póliza. Dicha omisión se materializa y evidencia en la declaración de asegurabilidad que el señor Argemiro diligenció al momento de ingreso a la póliza, el 27 de enero de 2011, la cual fue ratificada con su firma”. Por estas razones, solicita que la tutela sea negada.

Decisiones de instancia

Primera instancia

El Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar, mediante providencia proferida el nueve (09) de julio de dos mil trece (2013), negó el amparo constitucional. En criterio de este juzgado, el presunto afectado tiene a su alcance otros medios de defensa judicial para ventilar estas discusiones. Ello hace improcedente el amparo pues además, no se probó ningún perjuicio irremediable. Por ello, negó las pretensiones del señor Arzuaga.

### Impugnación

El accionante manifestó que la impugnación sería sustentada en segunda instancia, sin que se encuentre en el expediente escrito alguno en el que se señalen sus argumentos.

### Segunda instancia

El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Oralidad de Valledupar, Cesar, confirmó la decisión del juez de primera instancia. En criterio de este fallador, la acción presentada por el señor Arzuaga no cumple con el requisito de subsidiariedad de la tutela. Por el contrario, se debaten asuntos que son competencia de otras jurisdicciones. En efecto, “es claro que entre las partes hay una discusión sobre la declaración de asegurabilidad que la compañía de seguros asevera es reticente, y el asegurado lo contrario, por no haberse ordenado pruebas médicas sobre su salud y por el contrario hacer oponibles una serie de preexistencias o exclusiones. En este contexto, en definitiva el problema que ahora se estudia debe ocupar a los jueces de lo ordinario quienes son los encargados de resolver este tipo de litigio”. Por tales razones, el amparo no fue concedido.

EXPEDIENTE T-4143382. JOSÉ DE JESÚS NÚÑEZ CONTRERAS EN CONTRA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

9. En el escrito de tutela, el señor José de Jesús Núñez, docente de profesión, a través de apoderado judicial, sostuvo que el veintisiete (27) de mayo de dos mil once (2011) recibió un crédito del Banco BBVA por un valor de veinticinco millones de pesos (\$25.000.000). Esta obligación se pagaría en cuotas mensuales que se descontarían directamente de su salario, a través de la modalidad de libranza.

10. Para amparar dicho préstamo, ese mismo día, el señor Núñez suscribió un contrato de seguro[1] con la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. La respectiva

póliza operaría por muerte, incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización e incapacidad total temporal. En caso de que ocurriera alguno de estos eventos, la aseguradora pagaría el saldo insoluto de la obligación adquirida con el banco BBVA.

11. El peticionario dijo que en la declaración de asegurabilidad, la aseguradora suministró un cuestionario en el que se preguntaba si sufría algún tipo de enfermedad allí enlistada, a lo cual “el asegurado no respondió ni afirmativa ni negativamente a dicho cuestionario, mas sin embargo el Representante Legal de la aseguradora avaló con su firma el certificado de ingreso a la póliza”. Adicionalmente, manifestó que en el mismo certificado el señor Núñez autorizó a la aseguradora a consultar cualquier médico, hospital, clínica etc. para que suministrara información sobre su salud aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados.

12. En desarrollo de su trabajo como docente, el accionante sufrió un quebranto de salud, particularmente por problemas en su voz. Por tal motivo, fue incapacitado en diferentes oportunidades. Luego de varios tratamientos sin efectiva recuperación, “fue valorado por medicina especializada en Salud Ocupacional por la Doctora Indira Manotas Alvor, adscrita a la UT Avanzar Médicos, Oriente Región Cinco” quien le diagnosticó una pérdida de capacidad laboral del 95.45 %. La fecha de estructuración de la invalidez fue el cinco (05) de diciembre de dos mil doce (2012).

13. Tras haberse declarado su incapacidad total y permanente, dijo, acudió al banco acreedor con el fin de que, como beneficiario, solicitara a la aseguradora el pago insoluto de la deuda. El tres (03) de abril de dos mil trece (2013), BBVA Seguros de Vida negó el pago de la respectiva póliza argumentando que el actor, al momento de suscribir la póliza, no informó que padecía varias patologías. Así, de acuerdo con la historia clínica de la Fundación Médico Preventiva de enero veinticuatro (24) de mil novecientos noventa y dos (1992), el peticionario “tiene diagnóstico de HTA (Hipertensión arterial), en junio de 2004m hiperplasia prostática y en marzo de 2010 disfonía”.

14. Manifestó que no es responsable ni a título de culpa de que la aseguradora no haya sido diligente para solicitar y estudiar su historia clínica que pudo solicitar en cualquier momento y a cualquier médico, teniendo todas las posibilidades fácticas para conocer su estado de salud.

15. Finalmente, expresó además que es padre cabeza de familia y tiene a su cargo la alimentación y educación de sus hijos Álvaro José Núñez González de 17 años, estudiante de ingeniería civil, y Aura Patricia y José Fernando quienes cursan octavo y sexto de bachillerato. Por estas razones solicita que se le protejan sus derechos fundamentales a la dignidad humana, debido proceso y debilidad manifiesta.

Respuesta de la entidad vinculada en este trámite

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

La aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., a través de su apoderado judicial Sebastián Neira Pulido, se opuso a las pretensiones del accionante. En criterio del señor Neira, la aseguradora no vulneró los derechos del peticionario principalmente por tres razones.

En primer lugar, consideró que la acción de tutela no es el mecanismo adecuado para ventilar este tipo de discusiones. En efecto, dijo, la acción de tutela es un mecanismo preferente y sumario que procede solo cuando el afectado carece de otro medio de defensa de sus derechos fundamentales. En consecuencia, el actor cuenta con otros mecanismos o rutas judiciales alternas a este trámite constitucional, como por ejemplo la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil. Adicionalmente, sostuvo que si bien de conformidad con el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 la acción de tutela procede en contra de particulares, ello solo sucede cuando (i) presten un servicio público, (ii) atenten contra el interés público o social y (iii) se configure una relación de subordinación o indefensión. A juicio del tutelado, las compañías aseguradoras no se enmarcan en ninguna de estas hipótesis de la mencionada disposición.

En segundo lugar, argumentó que el asegurado incurrió en reticencia pues la legislación comercial colombiana “consagra la obligación para el asegurado de declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de contratar el seguro, en atención al principio de buena fe, característico de este contrato”[2]. En ese sentido, en relación con el estado de salud del señor Núñez, manifestó que “los hechos o circunstancias sobre los cuales versó la reticencia e inexactitud del Asegurado fueron de tal relevancia que de haber sido conocidos por el Asegurador, lo habrían sin duda retraído de celebrar el contrato (...)”. En consecuencia, el señor Núñez, al no manifestar su verdadero estado de salud, incurrió en esta falta

consagrada por el Código de Comercio Colombiano. En consecuencia, el contrato nació nulo relativamente.

Finalmente, en tercer lugar, considera que en el caso concreto no existió ningún tipo de siniestro pues la obligación de cubrir el saldo de la deuda nace en el momento en que este ocurre y en el presente caso el contrato nació a la vida jurídica viciado.

## Decisiones de instancia

### Primera instancia

El Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar, mediante providencia del diez (10) de julio de dos mil trece (2013), negó el amparo constitucional. En criterio de este juez, la acción de tutela no es el mecanismo apropiado para discutir asuntos de naturaleza contractual. Para el reseñado fallador, el afectado cuenta con otros medios de defensa judicial lo cual hace improcedente el trámite de tutela. Adicionalmente, no vislumbra un perjuicio irremediable que justifique estudiar el fondo del asunto.

### Impugnación

Además de reiterar los argumentos esbozados en primera instancia, el accionante, a través de su apoderado, sostuvo que la providencia acusada se equivoca al estimar que la tutela se dirige a obtener el pago de una deuda contractual. En criterio del peticionario, su pretensión busca que sus derechos fundamentales sean protegidos por los jueces constitucionales. Finalmente, sostiene que la Corte Constitucional ha establecido en distintas oportunidades que en estos casos la acción de tutela es el mecanismo adecuado para debatir este tipo de litigios.

### Segunda instancia

El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Oralidad de Valledupar- Cesar, en sentencia proferida el veintidós (22) de agosto de dos mil trece (2013), confirmó la decisión impugnada. En dicha providencia, este juzgado consideró, nuevamente, que la acción de tutela no era el mecanismo adecuado para controvertir asuntos comerciales y netamente contractuales. Reiteró que este trámite constitucional es procedente de manera subsidiaria, lo que quiere decir que cuando el tutelante cuente con otras vías de defensa, como en este

caso, el amparo se tornará improcedente. Mucho más tratándose de asuntos contractuales. Adicionalmente, no se probó la existencia de un perjuicio irremediable.

16. En su escrito de tutela, el accionante sostuvo que trabajaba como maestro de la planta global del Municipio de Barrancabermeja, cargo del cual fue retirado el siete (07) de septiembre de dos mil doce (2012) mediante Resolución 1410. Mientras ejercía esas funciones, adquirió dos créditos con el Banco Davivienda. Uno por un valor de tres millones de pesos (\$3.000.000) y el otro por treinta y cinco millones de pesos (\$35.00.000).

17. Para respaldar dicha obligación, suscribió un contrato de seguro con la empresa Seguros Bolívar S.A. Esta póliza operaría por muerte o pérdida de capacidad laboral superior al 50 %. El accionante suscribió la declaración de asegurabilidad el día quince (15) de febrero de dos mil doce (2012). El primero (01) de septiembre de dos mil doce (2012), el médico laboral Miguel Ángel Vertel Camacho de FOSCAL Fundación Avanzar FOS, entregó concepto sobre su pérdida de capacidad laboral, el cual le calificaba con una disminución del 95.3% por enfermedad común. De acuerdo con el expediente, la fecha de estructuración corresponde a la misma fecha del dictamen. Esto es, primero (01) de septiembre de dos mil doce (2012).

18. Por este motivo, el peticionario solicitó a la compañía Seguros Bolívar el pago de la póliza por haber acaecido el riesgo amparado. No obstante, la aseguradora negó el reconocimiento de la respectiva indemnización, según el accionante, porque no estaba impedido para desempeñar un trabajo remunerado y la enfermedad causante de la disminución laboral fue adquirida antes de celebrar el contrato. Según el dictamen de pérdida de capacidad laboral, el señor Martínez padece de “traumatismo craneoencefálico y complicaciones derivadas con la presencia de movimientos extrapiramidales mas disartria desencadenados por la presencia e higroma subdural mas artrofia cerebral reportados en TAC cerebral”.

19. Mediante Resolución 1410 de 2012, la Alcaldía Municipal de Barrancabermeja resolvió“(…) b) que de conformidad con el certificado expedido por U.T ORIENTE REGIÓN de fecha 01 de Septiembre de 2012, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral es del 95,3%, lo cual le da derecho a disfrutar de una pensión por invalidez a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones sociales del Magisterio”.

20. Adicionalmente, manifestó que las entidades accionadas no realizaron ningún tipo de examen médico ni le exigieron que lo aportara, a fin de determinar su verdadero estado de salud. Por tanto, sostuvo que con el actuar de la aseguradora se le vulneran sus derechos fundamentales.

Respuesta de las entidades vinculadas en este trámite

Banco Davivienda

Olga Lucía Cordero Portilla, representante legal para efectos judiciales, contestó la acción de tutela oponiéndose a las pretensiones del accionante. En criterio de dicha entidad actúa como un simple intermediario entre sus clientes y la compañía de seguros. Así, el Banco Davivienda efectuó todos los trámites correspondientes para solicitar el amparo e indemnización a la compañía de seguros, remitiendo todos los documentos que para estos efectos se exigen. Sin embargo, dijo, la aseguradora “generó una comunicación en donde informó que no es procedente el pago indemnizatorio de las obligaciones del” peticionario, pues no manifestó con exactitud su estado de salud al momento de suscribir el contrato. Así, para el Banco, las declaraciones del actor no correspondían con su verdadero estado de salud, razón por la cual, genera la nulidad del contrato.

Por otra parte, manifestó que la acción de tutela no es procedente pues es claro que no existe un perjuicio irremediable que deba ser subsanado por vía de acción de tutela. Especialmente, porque existen controversias de tipo económico y contractual que deben ser resueltas en instancias ordinarias o a través de mecanismos alternativos para la solución de controversias y no mediante este trámite constitucional. Por ello, solicita se declare la improcedencia de la acción.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Jaime Enrique Hernández Pérez, actuando en representación de la empresa accionada, manifestó que dicha entidad no vulneró los derechos fundamentales del actor. Sostuvo que cuando se celebró el contrato, en la declaración de asegurabilidad, el peticionario no informó con exactitud su verdadero estado de salud “toda vez que el asegurado ya había sufrido una caída con trauma craneoencefálico y las secuelas de este traumatismo son las que ocasionan su incapacidad”. Así, consideró que el artículo 1058 del Código de Comercio

establece que ocultar ese tipo de información genera una reticencia en la información y como consecuencia la nulidad relativa del contrato.

Adicionalmente, sostuvo que la acción de tutela es improcedente. En su concepto, de acuerdo con el artículo 6 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela “no es procedente cuando existen otros recursos o medios de defensa judiciales. En este orden de ideas, la accionante cuenta con otros medios legales que sin lugar a dudas protegerían su derecho eventualmente violado, y no al mecanismo excepcional de tutela”. Por tales razones, solicita no sea concedido el amparo constitucional.

## Decisiones de instancia

### Primera instancia

El Juzgado Tercero Penal Municipal de Barrancabermeja, mediante providencia del diecisiete (17) de julio de dos mil trece (2013), negó el amparo constitucional. En criterio de esta jueza, “no es posible pretender que a través de la tutela el juez constitucional se convierta en una instancia revisora obligada de las decisiones que deban adoptar las autoridades privadas o públicas, porque ello implicaría sustituir la competencia de dichos funcionarios y desconocer la autonomía e independencia que les son propias”. Por ello, el amparo se torna improcedente al no cumplir con el requisito de subsidiariedad de la acción.

### Impugnación

Además de reiterar los argumentos esbozados en su escrito de tutela, el accionante sostuvo que la sentencia de primera instancia desconoce distintos precedentes constitucionales en los cuales la Corte Constitucional ha protegido los derechos de los asegurados. En criterio del peticionario, la acción de tutela debe ser concedida y por ese motivo solicitó que en segunda instancia fuera revocada.

### Segunda instancia

El Juzgado Tercero Penal del Circuito de Barrancabermeja, en decisión del veintiocho (28) de agosto de dos mil trece (2013), confirmó la sentencia proferida por el juez de primera instancia. En criterio del fallador, la acción de tutela no está llamada a prosperar “toda vez que en el presente caso, surge un conflicto relacionado con un derecho pecuniario y

contractual, pues la accionante solicita se le condone la deuda a pagar con el Banco Davivienda". En consecuencia, no es deber del juez constitucional dirimir este tipo de controversias pues existiría una usurpación de competencia. Por tanto, el amparo es improcedente.

## II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

### Competencia

#### Problema jurídico y metodología de la decisión

De acuerdo con los antecedentes expuestos, corresponde a la Sala Novena de revisión resolver el siguiente problema jurídico: ¿Existe vulneración de los derechos fundamentales a la vida y al mínimo vital de los deudores de un crédito, por la decisión de una aseguradora de negarse a pagar la póliza del seguro de vida por el riesgo de invalidez, argumentando que la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral fue adquirida antes de la celebración del contrato de seguro?

Para resolver este interrogante, la Sala (i) reiterará su jurisprudencia sobre la procedencia de la acción de tutela en contra de entidades bancarias y/o aseguradoras (ii) examinará las reglas sobre el requisito de subsidiariedad; (iii) hará referencia a los casos en los que se ha debatido, en sede constitucional, la negativa del pago de pólizas de seguros, especialmente en aquellos eventos en que se presenta una tensión entre la aplicación estricta de cláusulas contractuales y los derechos al mínimo vital y la vivienda de personas vulnerables; (iv) abordará el estudio del caso concreto.

#### Acción de tutela contra entidades financieras y aseguradoras

De acuerdo con el artículo 86 de la Constitución, la acción de tutela procede frente a autoridades públicas que amenacen o vulneren los derechos fundamentales de una persona. En algunos eventos, es posible ejercer el amparo constitucional frente a particulares, cuando quiera que estos se enmarquen en alguna de las siguientes hipótesis: (i) presten un servicio público, (ii) atenten gravemente contra el interés público o (iii) respecto de aquellos en los que él o la accionante se encuentre en estado de indefensión o subordinación. En esos casos, la acción de tutela deja de ser exclusivamente un medio de

defensa frente a autoridades públicas y pasa a convertirse en un instrumento para proteger los derechos fundamentales de las lesiones que provengan de particulares.

Así las cosas, bajo esta visión, el Constituyente entendió que la supremacía de los derechos fundamentales no se agota con un mecanismo que únicamente proteja a los ciudadanos de las agresiones estatales. Por el contrario, las dinámicas sociales, culturales, económicas y políticas, hacen que muchas veces se necesiten herramientas de defensa frente a conductas de particulares. Mucho más cuando en esas relaciones se sitúan ciertos individuos en condición de inferioridad. En esos eventos, la acción de tutela funge como una garantía para la eficacia de los derechos fundamentales. Si no fuera de esa forma, los derechos fundamentales solo serían exigibles frente al Estado, pese a que pueden ser lesionados por los mismos particulares.

Pues bien, a partir de estas previsiones la Corte ha sostenido en reiteradas decisiones que la acción de tutela es procedente frente a particulares que ejercen actividades bancarias. Esto por al menos por dos razones. En primer lugar, porque las labores que ejercen se enmarcan dentro del concepto de servicio público y, en segundo lugar, porque entre aquellas y las personas existe una verdadera situación de indefensión o subordinación. Este Tribunal Constitucional ha entendido que por la naturaleza y magnitud de las actividades de las entidades financieras, no es posible que el ciudadano carezca de mecanismos eficaces para la defensa de sus derechos. En este contexto el amparo constitucional funciona, además, como una forma de control de las actividades financieras.

En este orden de ideas, en relación con el concepto de servicio público, por ejemplo, en la Sentencia T-738 de 2011, esta Corporación sostuvo que “las razones para hacer procedente la acción de tutela contra estas entidades ha tenido en cuenta, en general, que las actividades financieras - dentro de las que se encuentran la bancaria y aseguradora-, en tanto relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público es una manifestación de servicio público o que al menos involucra una actividad de interés público[3] de acuerdo con el artículo 355 Constitucional”. Es decir, la actividad financiera involucra no solo un interés particular, sino también un interés público. En efecto, el mal funcionamiento de este sector puede causar efectos de proporciones insospechadas. Cuando los ciudadanos acuden a estas entidades para tomar sus servicios, están otorgándoles un voto de confianza “cuyo quebrantamiento puede generar consecuencias

catastróficas para la economía de un país”[4].

En ese mismo sentido, el sector bancario y asegurador constituye un servicio fundamental en el desarrollo económico y social del país. Según la Corte, “los ciudadanos confían en que cuando depositan su dinero en el banco, este será devuelto cuando así lo requieran. Lo mismo sucede cuando una persona contrata una póliza de seguro y confía en que con el pago de la prima mensual, la aseguradora las hará efectivas cuando ocurra el siniestro”[5].

De allí que su responsabilidad como particular sea mucho mayor, al punto de que sus labores sean catalogadas como servicio público.

Por otra parte, la actividad financiera no solo comporta un servicio público sino que por sus mismas características, sitúan al ciudadano en estado de indefensión[6]; situación que refuerza la procedencia de la acción de tutela. Ello se explica en buena medida por la relación asimétrica que existe entre las partes. Evidentemente, el banco como particular tiene muchas más prerrogativas que el ciudadano “al tener (...) atribuciones que los colocan en una posición de preeminencia desde la cual pueden con sus acciones y omisiones desconocer o amenazar derechos fundamentales de las personas”[7]. Este tipo de relaciones no se dan entre iguales; las entidades financieras tienen más prerrogativas y posibilidades. Por ejemplo, son ellos quienes fijan, normalmente, las cláusulas de los contratos, establecen unilateralmente las condiciones de sus servicios, e incluso en algunos casos tienen la posibilidad de variar las estipulaciones contratadas con los ciudadanos. En ese mismo sentido, en la Sentencia T-136 de 2013 esta Corporación manifestó que el “cliente o usuario del sistema financiero se encuentra, por regla general, en una posición de indefensión ante las entidades del sector”.

Ahora bien, esta posición de indefensión no se presenta en todos los casos. Dependerá del juez constitucional verificar las circunstancias de cada caso concreto, pues en muchas oportunidades el ciudadano contará con herramientas mucho más eficaces y conducentes que le permitan defender sus derechos.

En síntesis, las entidades financieras, como los bancos y aseguradoras, prestan un servicio público y sus usuarios se encuentran en posición de indefensión. En consecuencia, la acción de tutela, dependiendo del caso concreto, puede ser utilizada en algunos eventos para defender los derechos fundamentales de las personas.

Requisito de subsidiariedad. Reiteración de jurisprudencia.

En los argumentos señalados por las partes y por los jueces de instancia, se resalta que la controversia que se plantea en el asunto estudiado debe ser tramitada por vías distintas a la tutela. En consecuencia, dicen, este amparo se torna improcedente al no cumplirse con el requisito de subsidiariedad. Por tal motivo, esta Sala estima necesario hacer algunas precisiones sobre este aspecto, a fin de, en el caso concreto, verificar la procedencia o no de la acción de tutela.

De acuerdo con la Constitución, específicamente con el artículo 86, la acción de tutela solo procede cuando la persona carezca de otro recurso judicial para defender sus derechos. Así, la mencionada disposición, establece que toda persona podrá reclamar ante los jueces “la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión” de autoridades públicas o particulares, siempre que el peticionario “no disponga de otro medio de defensa judicial”. Lo anterior, sin perjuicio de que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. Esta regla se conoce como el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela.

Este requisito de subsidiariedad implica, en otros términos, que el amparo constitucional procede siempre y cuando, en principio, no exista en el ordenamiento jurídico otro mecanismo judicial para defender el derecho que se discute. La idea es que la tutela no se convierta en un sustituto ni en una vía paralela a otras instancias. Precisamente, todos los procesos judiciales deberían, como en efecto tiene que suceder, ser los principales guardianes y defensores de los derechos fundamentales de las personas. Los primeros llamados a protegerlos son los jueces ordinarios (Artículo 4 CN). A partir de allí, esta Corporación ha fijado unas reglas que deben tenerse en cuenta.

Pues bien, siguiendo esta misma lógica, una de las primeras sentencias en pronunciarse sobre el tema fue la C-543 de 1993. En esta providencia, la Corte sostuvo que “la tutela fue concebida para dar solución eficiente a situaciones de hecho causadas por acciones u omisiones que lesionaran derechos fundamentales, respecto de las cuales el sistema jurídico no contara con algún mecanismo de protección”[8]. Es decir, “la tutela no fue diseñada para remplazar a la justicia ordinaria. Es un trámite excepcional que solo procede

ante la carencia de otro recurso”[9]. Si la tutela procediera en todos los casos, el trámite constitucional dejaría sin contenido los demás procesos judiciales. Las demás jurisdicciones carecerían de eficacia práctica. Por ello, el constituyente previó que la acción de tutela cumpliera con algunos requisitos de procedibilidad a fin de evitar estos efectos.

Ahora bien, el examen de subsidiariedad no se agota solo con verificar la existencia de un mecanismo de defensa en el ordenamiento. Esta Corte ha entendido que en la gran mayoría de casos, en abstracto, las personas contarían con recursos judiciales para hacer efectivos sus derechos. Si este análisis se hiciera con base en ello, la tutela normalmente se tornaría improcedente. Por esta razón, el requisito de subsidiariedad no puede convertirse en un ritualismo excesivo que aleje a las personas del disfrute de sus derechos, ni reste eficacia a la supremacía de la Constitución. En ese sentido, el requisito de subsidiariedad implica, además, que en caso de contarse con algún medio de defensa sea eficaz e idóneo. En caso de no serlo, la acción de tutela será el mecanismo apropiado para defender los derechos fundamentales de las personas. En todo caso, el amparo siempre será procedente para evitar un perjuicio irremediable.

En relación con la idoneidad, la Corte ha establecido que el medio de defensa lo es, siempre y cuando sea “materialmente apto para producir el efecto protector de los derechos fundamentales”[10]. En otras palabras, que el recurso esté diseñado para ese preciso fin y no para otro. Si la persona, en un caso hipotético, cuenta con recursos para debatir la vulneración de sus derechos, la idoneidad se verifica si ellos efectivamente producirán el efecto esperado. Por ejemplo, no sería idóneo un recurso que una vez decidido, así sea resuelto favorablemente, no proteja los derechos del ciudadano. El mecanismo no sirve para lo que el ciudadano necesita. Por su parte, eficacia significa que el medio de defensa debe “estar diseñado de forma tal que brinde oportunamente una protección al derecho”[11]. Es decir, que una vez resuelto por la autoridad competente, tenga la virtualidad de garantizar oportunamente, a tiempo, el derecho. De poco o nada sirve que el ciudadano cuente con medios de defensa si una vez se deciden, el derecho ya se ha lesionado. Ello tiene que ver con la eficacia de los derechos fundamentales.

Ahora bien, este análisis de subsidiariedad debe hacerse caso a caso. Según las circunstancias particulares del asunto, la tutela se resolverá de fondo. Para esta Corte “las herramientas procesales no son adecuadas y/o eficaces en abstracto (...). Si fuera de otra

manera, el amparo constitucional perdería eficacia pues las personas, hipotéticamente, siempre contarían con mecanismos de defensa idóneos y/o eficaces”. No puede predicarse idoneidad y eficacia de un recurso sin hacerse un análisis concreto. Ello implica que el juez constitucional despliegue una carga argumentativa a fin de determinar la procedencia de la tutela. No es dable en un Estado Social de Derecho que un juez constitucional niegue por improcedente un amparo constitucional sin si quiera analizar, paso a paso, el requisito de subsidiariedad. Con estas actitudes lo que se obtiene es una pérdida de eficacia de la acción de tutela. A pesar de que muchos asuntos cuenten con vías ordinarias o regulares para tramitarse, esta no es razón suficiente para negar el mencionado trámite constitucional.

Sumado a lo anterior, en el análisis que el juez haga, debe estudiar, además, que el probable mecanismo de defensa tenga el mismo nivel de protección que el amparo constitucional. En la Sentencia T-662 de 2013 la Corte, reiterando los argumentos de las sentencias T-414 de 1992 y SU-961 de 1999, resaltó el valor de esta regla. En esa ocasión señaló que “de no ser así, se estaría simplemente frente a una burda y mecánica exégesis de la norma, en abierta contradicción con los principios vigentes en materia de efectividad de los derechos y con desconocimiento absoluto del querer expreso del Constituyente”. Así, el otro medio “(...) ha de tener una efectividad igual o superior a la de la acción de tutela para lograr efectiva y concretamente que la protección sea inmediata. No basta, pues, con la existencia en abstracto de otro medio de defensa judicial si su eficacia es inferior a la de la acción de tutela.”[12] Estas razones han hecho que la Corte establezca que “el otro medio de defensa judicial debe ser siempre analizado por el juez constitucional, a efectos de determinar su eficacia en relación con el amparo que él, en ejercicio de su atribución constitucional, podría otorgar”[13].

En la misma línea,

“[L]a labor del juez de tutela no es simple. Debe realizar un examen de cada caso y poder establecer “(i) si la utilización del medio o recurso de defensa judicial existente tiene por virtud ofrecer la misma protección que se lograría a través de la acción de tutela[14]; (ii) si es posible hallar circunstancias que excusen o justifiquen que el interesado no haya promovido los mecanismos ordinarios que tiene a su alcance[15]; (iii) si la persona que solicita el amparo es un sujeto de especial protección constitucional, y por lo tanto su

situación requiere de particular consideración[16][17]"[18]

Así las cosas, esta Sala debe precisar que cuando del examen de procedibilidad se concluya que el recurso no es idóneo o eficaz, el amparo debe ser definitivo. Es decir, el juez de tutela debe resolver de fondo el asunto. Por el contrario, la decisión constitucional será transitoria siempre que exista inminencia de un perjuicio irremediable. En esos casos, se protegerán los derechos del accionante transitoriamente hasta tanto acuda a las vías regulares u ordinarias para discutir su asunto.

Por otra parte, dado que el requisito de subsidiariedad debe analizarse de manera particular, la Corte ha considerado que lo mismo sucede con los sujetos de especial protección constitucional. Respecto de estas personas, es claro que no se pueden aplicar las mismas reglas que al común de la sociedad. Lo que para una persona sin ningún grado de vulnerabilidad puede ser eficaz o idóneo, para un sujeto de especial protección, en las mismas circunstancias fácticas, no. Para esta Corporación "el artículo 86 Superior debe interpretarse en concordancia con los artículos 13 y 47 constitucionales, pues no debe olvidarse que existen personas que por sus condiciones requieren una especial protección por parte del Estado[19]"[20]. Frente a estas personas, no es posible hacer el análisis con la misma rigurosidad. El juez debe prever los aspectos subjetivos del asunto estudiado.

A este respecto, el concepto de este Tribunal Constitucional ha sido que,

"No puede olvidarse que las reglas que para la sociedad son razonables, para sujetos de especial protección "pueden tener repercusiones de mayor trascendencia que justifican un "tratamiento diferencial positivo"[21], y que amplía a su vez el ámbito de los derechos fundamentales susceptibles de protección por vía de tutela. Así, en el caso de los niños, la recreación o la alimentación balanceada, por ejemplo, cobran una particular importancia que generalmente no es la misma para el caso de los adultos (C.P. artículo 44). De igual forma, la protección a la maternidad en sus primeros meses adquiere una gran relevancia, que justifica un tratamiento preferencial en favor de la mujer (C.P. artículo 43)"[22]"[23]

En igual sentido, la Corte ha considerado que "la condición de sujeto de especial protección constitucional - especialmente en el caso de las personas de la tercera edad (Art. 46 C.P.), los discapacitados (Art. 47 C.P) y las mujeres cabeza de familia (Art. 43 C.P.) - así como la circunstancia de debilidad manifiesta en la que se encuentre el accionante, permiten

presumir que los medios ordinarios de defensa judicial no son idóneos”[24]. Como se observa, la Corte ha invertido el análisis de subsidiariedad en estos casos. Frente a estas personas el recurso se presume inidóneo e ineficaz, salvo que el juez en su estudio, luego de una carga argumentativa seria, constata lo contrario. Aquí sucede lo contrario que a la sociedad en general pues allí el juez debe realizar “un análisis estricto de subsidiariedad si el peticionario no enfrenta situaciones especiales que le impidan acudir a la jurisdicción en igualdad de condiciones que a los demás ciudadanos”[25].

En síntesis, para verificar el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela, el juez constitucional debe “(i) confirmar que no existe un mecanismo de defensa en el ordenamiento jurídico; (ii) en caso de existir, que este mecanismo no sea idóneo y/o eficaz; (iii) si se está en presencia de un sujeto de especial protección, se presume inidóneo salvo que, (iv) del análisis del caso concreto se concluya que las condiciones personales del actor no le impiden acudir a las vías regulares en condiciones de igualdad. En todo caso, (v) cuando se percate la existencia de un perjuicio irremediable, el Juez debe otorgar la protección constitucional transitoriamente[26]”[27].

Pronunciamientos relevantes sobre conflictos por el no pago de la póliza de seguro en casos que envuelven la protección de derechos fundamentales de personas en condición de debilidad manifiesta o vulnerabilidad. Reiteración de jurisprudencia.

El sistema de precedente ha sido valorado por la Corte como un método de interpretación que no solo ayuda a unificar su jurisprudencia, sino también incentiva la seguridad jurídica y materializa el derecho a la igualdad. En ese orden, por ejemplo, permite a los jueces conocer con exactitud cuáles son las reglas aplicables a un caso y cómo este Alto Tribunal ha entendido la vulneración, o no, de un derecho fundamental en ese evento en específico. Así mismo, garantiza que las personas sean tratadas de igual manera, siempre que los supuestos fácticos de sus casos coincidan en lo esencial.

Pues bien, este método consiste en identificar las sentencias más relevantes sobre un asunto, y extraer de ellas las principales razones que ha tenido la Corte a la hora de fallar situaciones similares. Ello para fijar una regla concreta aplicable al caso estudiado. Naturalmente, todas las veces los casos no serán exactamente iguales y por tal motivo se hace necesaria una interpretación adicional por parte del juez, quien deberá a su vez

desplegar una carga argumentativa lo suficientemente fuerte en su decisión. Si fuera de otra forma, cada juez, según su arbitrio, podría tomar decisiones por fuera del marco constitucional vigente. Y mucho más, por fuera de lo que la Corte Constitucional ha establecido.

Así las cosas, este sistema de precedente será utilizado en esta providencia. Para tal fin, la Corte abordará los principales pronunciamientos que existen sobre el caso estudiado, pero con un enfoque especial: conflictos por el no pago de la póliza del seguro que pone en riesgo los derechos fundamentales de las personas, especialmente, su derecho al mínimo vital. Lo anterior, con el objeto de verificar cuáles han sido los principales criterios que esta Corporación ha tenido en cuenta para considerar que una aseguradora vulnera los derechos de sus asegurados tras esta negativa.

En este orden de ideas, una de las primeras sentencias en estudiar el tema fue la T-1091 de 2005. En aquella oportunidad, la Corte estudió el caso de una persona que había adquirido con un banco un apartamento. Para ello, suscribieron un contrato de mutuo y constituyeron una garantía real hipotecaria sobre el mencionado inmueble. Para otorgar el mencionado crédito, como efectivamente sucedió, el banco exigió la firma de un contrato de seguro que respaldara la obligación, en caso de muerte o invalidez del tomador. En este contexto, la tomadora efectivamente sufrió una grave afección de salud, pues le fue diagnosticado cáncer de seno y tuvo una lesión en su columna vertebral con compromiso del brazo izquierdo y la muñeca derecha. Como era apenas lógico, la tomadora del seguro no pudo continuar trabajando e incurrió en mora en varias cuotas del crédito hipotecario. Por tal motivo, al haber acaecido el siniestro (fue valorado con 50.93% de invalidez), solicitó a la aseguradora el pago insoluto de la obligación. Pese a ello, aquella entidad negó el pago de la póliza argumentando que la parte asegurada se encontraba en mora en el pago de la prima mensual a pesar de no contar con los recursos económicos para sufragar las cuotas.

En punto a este tema la Corte sostuvo que,

“, este comportamiento de las accionadas como entidades pertenecientes al sistema financiero (...), evidencia una vez más la utilización de la posición dominante, tanto en el contrato de mutuo como en el de seguros cuando, amparadas en la aparente legalidad de la

literalidad de las cláusulas de los documentos con que se instrumentaron los contratos de crédito hipotecario y el de seguros respectivamente, actuando en sus condiciones de acreedora sin satisfacción de su crédito por parte de la ejecutante y de no obligada al pago de indemnización por terminación del amparo vida ante la no cancelación de las primas, por parte de la aseguradora, se propicia la terminación formal de la vía ejecutiva, en la que como se dijo, ya no era factible debatir las controversias que podían llevar a que la obligada al pago de la deuda fuera la aseguradora, lo que obviamente liberaba a la accionante de esa carga. Es para la Sala entonces, un comportamiento con el que sin permitir que fuera la justicia la que decidiera el asunto, se causó a la accionante el riesgo inminente de perder su vivienda, que como se ha considerado en esta providencia, para ella hace parte de su mínimo vital”

Mediante Sentencia T-152 de 2006, esta Corte estudió, en uno de sus primeros fallos, el tema de las preexistencias y la reticencia en los contratos de seguros. En aquella oportunidad, la Corte analizó un caso de una persona de muy bajos recursos, que había adquirido un seguro familiar de salud con las coberturas y exclusiones que figuraban en el contrato. Su médico tratante le solicitó a la aseguradora una orden para la cirugía de “Varicocele Izquierdo”, la cual estaba cubierta por la póliza. No obstante, la demandada respondió que el procedimiento no sería autorizado, por tanto esa enfermedad era preexistente al ingreso del asegurado y que en consecuencia, se encontraba excluido de la cobertura del seguro. Sin embargo, la Corte sostuvo que no era posible que una aseguradora alegara preexistencias en este tipo de contrato, pues es ella quien tiene la posibilidad de conocer el verdadero estado de salud del asegurado.

A pesar de que los supuestos de hecho pueden variar un poco, lo importante de esta providencia es que de ella se pueden extraer algunas reglas aplicables a los casos concretos. En efecto, la principal diferencia entre estos contratos es el “riesgo asegurado” y la “prestación de la aseguradora”, pues los dos contratos persiguen un mismo propósito el cual es cubrir los posibles siniestros pactados entre las partes. Adicionalmente, comparten los elementos esenciales de los contratos de seguro[29]. Así, aunque parezcan dos escenarios diferentes, el objetivo de esta clase de seguros es el mismo.

En aquella ocasión, esta Corporación resaltó dos puntos muy importantes en los contratos de seguro. El primero de ellos (i), el relativo a la buena fe contractual, y el segundo (ii),

relacionado con la carga de probar las preexistencias médicas. En cuanto al primer punto, sostuvo que la buena fe en los contratos de seguros adquiere mayor importancia y se predica de ambas partes. No solo del asegurado sino también de la aseguradora. Así, “aún cuando en principio la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia enfatiza la buena fe en las cargas que debe asumir el asegurado, en realidad dicho principio se predica de las dos partes, es decir, tanto del tomador como del asegurador, teniendo en cuenta que se trata de un contrato de adhesión. En suma, si en los contratos en general se exige la buena fe, en el contrato de seguro la exigencia es máxima: tanto en el solicitante como en el asegurador debe campear la pulcritud moral e intelectual”[30]. Es decir, la carga de la buena fe corresponde a las dos partes, no solo al tomador del seguro. Respecto al segundo punto, “no es posible interpretar los términos del contrato en perjuicio de los intereses del beneficiario o asegurado, a partir de dictámenes médicos posteriores donde se afirme que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración.(...) No es, en consecuencia, constitucionalmente admisible la inclusión de una preexistencia o la negación de un servicio médico que no haya sido enunciado como tal en el contrato, ya que se presume la buena fe de las partes al momento de obligarse[31]”[32].

En el año 2007 la Corte volvió a abordar el estudio de un caso relativo al cumplimiento de contratos de seguro, especialmente, cuando existe tensión entre la negativa de las aseguradoras en el pago de una póliza, y los derechos fundamentales del tomador. Esta fue la Sentencia T-642 de 2007. En dicha providencia, la Corte tuvo que decidir sobre un caso en el que una aseguradora se negaba al pago de una póliza argumentando que la prueba de su discapacidad superior al 50%, no provenía de la autoridad competente. Es decir, de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Para la Corte, la acción de tutela no era el mecanismo adecuado para ventilar este tipo de controversias. Si bien la persona se encontraba en condición de discapacidad, ello no era argumento suficiente para considerar que en instancias ordinarias la tutelante podía defender sus derechos tal y como lo había hecho con la acción de tutela. Mucho más, dado que contaba con recursos económicos para continuar con el pago de las cuotas.

Posteriormente, mediante Sentencia T-490 de 2009, este Tribunal nuevamente analizó este asunto. De acuerdo con los hechos del caso, una persona de cuarenta y cuatro (44) años de edad trabajó toda su vida como independiente en el oficio de fumigador. Sus ingresos

siempre habían sido limitados y los utilizaba para mantener a su familia. Tras severas dificultades en su salud, tuvo que ser intervenido quirúrgicamente en una operación de remplazo total de rodilla derecha. Desafortunadamente, la operación no tuvo éxito y el accionante necesitó muletas por toda su vida. Por tal motivo, fue valorado por la junta de Calificación de Invalidez con un grado de discapacidad del 59.31%. Al haber trabajado como independiente toda su vida, queriendo garantizar su “pensión”, había suscrito un contrato de seguro con una compañía por determinada suma de dinero, el cual operaría por muerte o invalidez. Efectivamente acudió a la aseguradora quien le negó el pago del dinero argumentando que el señor aun podía continuar teniendo “trabajos remunerados”. En dicha Sentencia, la Corte encontró que efectivamente la aseguradora había vulnerado los derechos del actor, pues no existía ninguna razón suficiente que le permitiera negar el pago de la póliza. Por el contrario, lo que ello generaba era un perjuicio desproporcionado en el peticionario y en su familia.

Así las cosas, en criterio de este Tribunal,

“Al referirse a las compañías de seguros esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando están de por medio derechos fundamentales como la vida, la salud y el mínimo vital, por su propia actividad y por el objeto de protección que ofrece en caso de siniestro, resulta viable el amparo constitucional. Por ende, si de tal objeto asegurado se deriva que la prestación correspondiente es puramente económica, no tendría cabida la tutela, en cuanto se dirimiría el conflicto ante la jurisdicción ordinaria, pero si el objeto de la gestión específicamente considerado tiene efecto en la vida y en el mínimo vital de una persona por razón de la materia de la cobertura, puede ser viable la acción de tutela para el fin constitucional de amparar tales derechos fundamentales ante la falta de idoneidad y agilidad del medio ordinario de defensa judicial”

En el año 2010, la Corte fijó unas reglas muy importantes en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro. Así, mediante Sentencia T-832 de 2010, la Corte estableció dos asuntos de suma trascendencia y que pueden ser extraídos de su lectura. En primera medida, (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no

solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados.

En la mencionada decisión, la Corte abordó un caso en el que una señora de cincuenta y cuatro (54) años de edad había adquirido un crédito con un banco, el cual fue amparado con un seguro de vida grupo de deudores suscrito con una aseguradora. La señora trabajaba como profesora y en el año 2009, su ARP le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 77.5%. Al ser madre cabeza de familia y sin contar con rentas adicionales o recursos económicos suficientes, solicitó al banco acreedor que hiciera efectiva la póliza ante la aseguradora. Pese a ello, tanto la aseguradora como el banco, sostuvieron que no era posible pagar la respectiva póliza pues al momento de celebrar el contrato, la peticionaria ya había adquirido la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral. Es decir, se estaba en presencia de un caso de preexistencia.

Como se mencionó, la Corte en esta providencia dijo que “en el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”. Con base en ello, es posible concluir, entonces, que esta Corporación estableció que quienes deben probar la preexistencia son las aseguradoras y que actúan negligentemente si no realizan exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. Así, esta Sentencia evidencia que para la Corte existen algunos casos donde, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, de ello no se sigue reticencia pues el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente, de la compañía de seguros. Por tales motivos, concedió el amparo.

En ese mismo año, la Corte expidió la Sentencia T-1018 de 2010. En este fallo reiteró la anterior regla, aunque a la vez decretó un hecho superado al encontrar que el banco acreedor ya había condonado la deuda. Los hechos del caso muestran a una persona a quien su médico tratante le había diagnosticado cáncer gástrico a nivel del estómago nodular. El peticionario vivía con una pensión de aproximadamente un millón de pesos y de

allí subsistían sus tres hijos menores y esposa. Como consecuencia de su enfermedad, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 58.12%. Por esta razón, al haber suscrito un crédito con un banco, que a su vez había sido respaldado por una póliza de seguro de vida grupo de deudores que operaría por invalidez o muerte, solicitó el pago insoluto de la deuda. No obstante, la aseguradora rechazó su solicitud por considerar que el actor no había informado sobre su enfermedad al momento de tomar el seguro.

En dicha providencia, si bien la Corte encontró probado un hecho superado, sostuvo que “[b]ajo los anteriores supuestos y la realidad fáctica que ha quedado dilucidada, es claro que la tutela pedida ha debido concederse, por la realidad de la afectación del derecho del actor al mínimo vital, quebrantado al tener que seguir abonando a una obligación crediticia, no obstante está cubierto con un seguro de vida grupo de deudores, siendo un anciano pensionado con menos de un millón de pesos de mesada, calificado “con 58.12% de pérdida de capacidad laboral de origen común, con fecha de estructuración enero 5/06, día del reporte de biopsia con adenocarcinoma recurrente”. En otros términos, esta Corporación no encontró suficiente el argumento de la aseguradora que indica que por el hecho de no informar a la aseguradora una enfermedad, es suficiente para que una persona en condición de discapacidad deba continuar pagando el crédito por sí misma.

Más recientemente, la Sentencia T-086 de 2012 volvió a fallar un caso con similares características. Muestran los hechos de la providencia varios casos de personas a las que sus aseguradoras les había negado el pago de la póliza del seguro de vida grupo de deudores, bajo el argumento que la enfermedad causa de la discapacidad, había ocurrido previamente a la celebración del contrato. En efecto, las personas padecían de una enfermedad que les había disminuido su capacidad laboral en más de un 50%. Pese a ello, la Corte no concedió el amparo tras considerar que no quedaba demostrada la existencia de un perjuicio irremediable. Por ello, al tener otras vías más adecuadas, la tutela se tornaba improcedente. Pese a ello, vale resaltar, los sujetos contaban con rentas adicionales como pensiones por invalidez, entre otras. Igualmente, no se probó sumariamente la incapacidad económica de los actores.

Un precedente muy importante para el caso que nos ocupa, es el contenido en la Sentencia T-751 de 2012. Además de reiterar algunas sentencias mencionadas en este capítulo, fijó algunas reglas relacionadas con cargas que deben cumplir las aseguradoras cuando alegan

preexistencias. En dicha providencia, la Corte estudió varios casos de personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos, los cuales estaban amparados con pólizas de seguro de vida grupo de deudores. Como ya se ha mencionado en varias oportunidades, tales seguros obligarían a la aseguradora a pagar el saldo insoluto del crédito, siempre que los tomadores perdieran más del 50% de capacidad laboral y/o por muerte. Los actores carecían de recursos económicos.

En criterio de la Corte, el principio de buena fe en los contratos de seguro adquiere mayor importancia. Sin embargo, este mandato no solo se predica respecto de los tomadores del seguro, sino, en algunos casos con mayor grado de exigencia, de las aseguradoras. Así, “de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de una 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 del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro”. En otros términos, si bien existen múltiples riesgos asegurables, cuando se trate de contratos de seguros en el marco de actividades financieras, crediticias y de salud, el principio de buena fe se materializa a través de la obligación de quien elabora el contrato de eliminar cualquier tipo de ambigüedad incluyendo expresamente las preexistencias excluidas del riesgo.

Así, en criterio de este Tribunal Constitucional,

“[C]uando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.” [En consecuencia] “la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o

mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo”[33].

De acuerdo con ello, los límites a la libertad asegurativa “se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato”[34]. Ello implica, entonces, que la aseguradora, siguiendo la tesis de la Sentencia T-832 de 2010, debe exigir un examen médico so pena de no poder alegar preexistencias en eventos futuros.

Finalmente, en el año 2013, mediante Sentencia T-342, esta Corporación volvió a estudiar un tema de preexistencias y reticencia. En aquella ocasión, la Corte definió un caso de una persona de 56 años de edad a quien se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica, imposibilitado para realizar sus funciones de manera regular. El actor había adquirido distintos créditos de consumo respaldados mediante pólizas de seguro, las cuales fueron negadas a cancelar por la aseguradora, argumentando que la enfermedad causante de la invalidez fue adquirida con anterioridad a la vigencia del contrato. En esa oportunidad, la corte, nuevamente, decidió a favor de los intereses del asegurado, pues en ese preciso evento la aseguradora no realizó exámenes previos a la celebración del contrato. Por tal motivo, no podía oponerse al pago de la póliza, dado que no cumplió con dicha carga.

En ese sentido sostuvo que,

“De las pruebas allegadas al expediente, y en concordancia con el citado párrafo de las condiciones generales del contrato de seguro, encuentra la Sala que al momento de adquirir los créditos, el actor no llenó formulario alguno para ser asegurado, pese a ser una garantía para la entidad financiera que en caso de muerte o incapacidad total y permanente, como efectivamente ocurrió, Equidad Seguros sufragara los saldos insolutos de las deudas existentes al momento del siniestro. Tampoco se observa que Equidad Seguros haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que el actor como asegurado allegara uno, para así determinar su estado de salud y confrontarlo con las exclusiones y preexistencias del contrato que deben ser establecidas por la compañía”[35].

De la jurisprudencia estudiada, se pueden extraer varias conclusiones, en relación con la

obligación de las aseguradoras de pagar la póliza a pesar de haber acaecido algún tipo de preexistencia. En primer lugar, (i) carecer de recursos económicos. La Corte ha entendido que no basta ser un sujeto de especial protección constitucional para que pueda reclamarse el pago de la póliza. Efectivamente, la persona debe carecer de los recursos económicos necesarios para continuar pagando las cuotas del crédito. En consecuencia, ha sido bastante rígido cuando las personas gozan de recursos económicos pues ha entendido que en esos eventos, su móvil no es la protección de sus derechos fundamentales sino intereses netamente patrimoniales. Si ello fuera así, siempre, en todos los casos, las aseguradoras tendrían que pagar las pólizas, desnaturalizándose el contrato de seguros.

En segundo lugar (ii), que la familia del asegurado dependa económicamente de él. Si bien esta Corporación ha fallado a favor de personas que no responden económicamente por su familia, este parece ser un criterio muy importante a la hora de tomar la decisión. En efecto, el no pago de la póliza, en estos eventos, puede incluir la lesión y/o vulneración de los derechos fundamentales de todo un núcleo familiar. Si una persona no puede pagar la cuota de un crédito, muy probablemente esto tendrá efectos en su familia por los posibles cobros del banco.

En tercer lugar (iii), la carga de declarar no puede convertirse en una carga excesiva para el tomador del seguro, pues existen casos en los que las cláusulas son tan ambiguas que no es posible, naturalmente, suministrar con toda certeza las calidades del asegurado.

En cuarto lugar (iv), la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora.

Finalmente, en quinto lugar (v), la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades.

Reticencia implica una valoración subjetiva, mientras que la preexistencia es un hecho objetivo. No basta probar preexistencia, la aseguradora debe demostrar la mala fe.

El principio de buena fe en el derecho colombiano, desde siempre, ha tenido una

importancia trascendental en las relaciones contractuales[36]. No ha sido poca la jurisprudencia de esta Corporación la que ha señalado que los particulares deben actuar de manera honesta y transparente en sus relaciones privadas. Incluso, en algunos casos, la legislación colombiana y la jurisprudencia constitucional han avalado la imposición de sanciones a aquellos sujetos que actúen en contra de este principio: esto es, de mala fe.

Pues bien, en el derecho de seguros la situación no varía mucho. A grandes rasgos, el concepto de riesgo es el elemento más importante y esencial en esta clase de contratos. Gracias a éste es posible identificar el siniestro y con ello, saber cuándo y cómo deben proceder las partes a cumplir sus obligaciones. Incluso, es un asunto que adquiere relevancia para fijar la prima del seguro. Pues bien, determinar el riesgo depende de muchos factores. Uno de ellos, la declaración del asegurado. Gracias a esta manifestación, entre otros aspectos, es posible que la empresa aseguradora determine el nivel del riesgo y todo lo que ello implica. De allí su importancia. Si el tomador del seguro no informa las condiciones previas al amparo del riesgo, el asegurador no sabrá cual es el riesgo que está amparando. Visto de otra manera: el contrato de seguro se desnaturaliza[37].

Tal es la magnitud de esta declaración que, como se dijo, la legislación colombiana impone cierto tipo de sanciones por incurrir en “reticencia o inexactitud” en el suministro de la información. De acuerdo con ello, el artículo 1058 del Código de Comercio, en relación con la reticencia, obliga al tomador informar al asegurador de todas aquellas circunstancias que de conocerlas (i) o bien hagan más onerosa la relación o, sencillamente (ii), abstengan al asegurador de celebrar el contrato. Incumplir con este deber de información, conlleva a dos consecuencias negativas para el asegurado: La nulidad relativa del contrato de seguro, o recibir tan solo una parte de la póliza. En términos textuales, la mencionada disposición señala lo siguiente:

“Art. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen

agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”.

La Corte Suprema de Justicia también se ha pronunciado sobre este tema. Mediante fallo del primero (01) de septiembre de dos mil diez (2010)[38], aquella Corporación sostuvo que el deber de informar con exactitud la información relevante para celebrar el contrato de seguro, era una forma de materializar el principio de buena fe y en consecuencia, castigar a los negociantes que actúen de manera deshonesta. En criterio de la Corte Suprema,

“dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca”.

Sobre este mismo punto, la Jurisprudencia de la Corte Suprema ha sido enfática en señalar que el artículo 1058 del Código de Comercio privilegia la buena fe de los contratantes y castiga a quien no haya actuado de dicha manera. Así, “el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”[39]. Dicho de otra manera, las sanciones del Código de Comercio están dirigidas a

quienes, subjetivamente, hayan actuado de manera deshonesta. Ello no significa otra cosa que la valoración de la mala y buena fe siempre, en todos los casos, será subjetiva.

En este orden de ideas, si el artículo 1058 del Código de Comercio obliga al asegurado a declarar “sinceramente”, es claro que la preexistencia, no siempre, será sinónimo de reticencia[40]. En efecto, como se mencionó, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga. No simplemente un hecho previo a la celebración del contrato. Por su parte, la preexistencia es un hecho objetivo. Se conoce con exactitud y certeza que “antes” de la celebración del contrato ocurrió un hecho, pero de allí no se sigue que haya sido de mala fe. La preexistencia siempre será previa, la reticencia no[41].

En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo ésto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración

del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto)[42]. Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

En síntesis, 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.

#### Estudio de los casos concretos

De acuerdo con las consideraciones realizadas a lo largo de esta providencia, esta Sala resolverá los casos concretos. Para tal fin, se permite reiterar, entonces, que la Corte ha considerado que se violan los derechos fundamentales de las y los asegurados, especialmente al mínimo vital, cuando: (i) la persona carezca de recursos económicos para continuar con el pago de las cuotas del crédito; (ii) exista probabilidad de lesionar los derechos de personas que dependan económicamente de él; (iii) en los casos de preexistencias la obligación de declarar no puede ser absoluta, pues existen eventos donde no es posible informar con certeza todas las condiciones del asegurado, especialmente, cuando las cláusulas del contrato son muy amplias o ambiguas; (iv) la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora quien deberá solicitar exámenes médicos previos a la celebración del contrato, so pena de no poderlos alegar en un futuro y, finalmente; (v) preexistencia no es sinónimo de reticencia. En este último evento, se

deberá acreditar mala fe del asegurado. Cuando se acrediten tales condiciones, no excluyentes, las aseguradoras tendrán que pagar el saldo insoluto de la obligación. A partir de dichas reglas, se resolverán los casos concretos.

#### Consideración previa común de procedibilidad

Antes de resolver el fondo del asunto, esta Sala estima necesario hacer una consideración preliminar sobre la procedibilidad de la acción de tutela en los casos estudiados. Así las cosas, tal y como lo ha sostenido la jurisprudencia de esta Corporación, la acción de tutela en principio no es el mecanismo adecuado para discutir asuntos de naturaleza contractual. No obstante, en algunas situaciones, de manera excepcional, puede ser la vía adecuada para dirimir tales controversias. Ello sucede, principalmente, cuando (i) la persona no cuenta con otros recursos judiciales, o teniéndolos (ii) no son idóneos y/o eficaces. En todo caso, siempre procederá el amparo como mecanismo transitorio en presencia de un perjuicio irremediable. En el presente caso, esta Corte encuentra que la acción de tutela sí cumple con el requisito de subsidiariedad por cuanto los recursos con los que cuentan los peticionarios, por sus condiciones de vulnerabilidad, no son eficaces.

Los asuntos estudiados si tienen un mecanismo en el ordenamiento jurídico para discutir este tipo de controversias. Por regla general, las personas que pretendan hacer valer el pago de la póliza de seguros tras haber acaecido un siniestro, pueden acudir a la jurisdicción ordinaria a través de un proceso declarativo con el objeto de, en caso de haber incumplido el contrato, obligar a la aseguradora a pagar la respectiva póliza de seguro. Esta es la vía apropiada para ventilar estos temas. Ello quiere decir que los accionantes si cuentan con un mecanismo en el ordenamiento jurídico que a su vez es idóneo. Es decir, específicamente existe un medio apropiado que está diseñado para sus intereses. No obstante, no es eficaz.

Así, obligar a los accionantes acudir a un proceso ordinario, es condicionar la protección de su derecho a un trámite que no se sabe con certeza cuál será su resultado. Ello quiere decir que, independientemente tengan o no tengan razón, que por la gravedad del asunto y las condiciones de las personas, la acción de tutela se convierte en el mecanismo apropiado. Ir a jurisdicciones ordinarias es obligar a la accionante a asumir cargas desproporcionadas que si bien son soportables para el común de la sociedad, para ella no lo

son. Esta clase de procesos “lleva consigo una serie de trámites (demanda, notificaciones, diligencias judiciales, práctica de pruebas, etc.) que [los accionantes no están] en capacidad de cumplir en condiciones de igualdad. El solo hecho de tener que movilizarse ya es una situación tortuosa para ella y sus familiares”[43]. Por tales motivos, la Corte conocerá el fondo del asunto.

Pese a ello, esta Sala estima hacer un análisis de subsidiariedad más detallado en el caso del Señor José del Carmen Martínez en contra de del banco Davivienda y Compañía de Seguros Bolívar S.A., pues encuentra que existen elementos especiales que hacen necesaria una consideración particular.

EXPEDIENTE T-4143384. ARGEMIRO ARZUAGA MANJARREZ EN CONTRA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y BANCOLOMBIA S.A.

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la acción de tutela, en principio, no es el mecanismo adecuado para exigir el cumplimiento de un contrato de seguro. Ello, pues los accionantes cuentan con otros mecanismos para discutir estos asuntos, y el amparo constitucional no puede convertirse en un sustituto de otros recursos. No obstante, en algunas circunstancias, la tutela es el mecanismo más adecuado para ventilar estas controversias. Particularmente, cuando el mecanismo principal de defensa sea ineficaz y/o inidóneo. Una vez el juez constitucional adquiere competencia, tendrá que verificar las reglas descritas en la parte motiva de esta providencia y determinar si la negativa de la aseguradora de pagar el saldo insoluto de la obligación de un crédito amparado por un contrato suscrito con ella, vulnera los derechos fundamentales de los peticionarios. En este contexto, a continuación se abordará el análisis de fondo de cada uno de los casos. Para ello, esta Sala verificará si se cumplen con las subreglas establecidas por la Corte en su jurisprudencia.

En el presente caso, manifiesta el accionante que suscribió un contrato de mutuo con Bancolombia S.A. quien le exigió adquirir una póliza con el fin de respaldar la obligación. Dicho contrato de seguro fue celebrado el veintisiete (27) de enero de dos mil doce (2011) y operaría por muerte o incapacidad total y permanente del tomador. El siete (07) de septiembre de dos mil doce (2012), la Administradora de Fondos de Pensiones BBVA, dictaminó que el tutelante sufría una pérdida de capacidad laboral del 50.07%, con fecha de

estructuración del veintiuno (21) de Junio de dos mil once (2011), por padecer enfermedades como lupus eritematoso sistémico, necrosis idiopática ósea en cadera, secuelas funcionales definitivas de artrosis de cadera derecha, neuropatía lúpica, complicaciones y trastornos neuromusculares, cambios artrósicos degenerativa de cadera derecha. Por tal motivo, solicitó a la aseguradora el pago de la póliza, quien se negó a tal pretensión argumentando que al momento de adquirir el crédito, el peticionario ya se encontraba enfermo. Sostuvo el tutelante, hecho no controvertido, que carece de condiciones económicas para continuar con el pago del crédito y para sostenerse a él y a su familia. Las decisiones de instancia consideraron que el señor Arzuaga Manjarrez cuenta con otros recursos para defender sus derechos, como por ejemplo, la jurisdicción ordinaria civil. Por tal motivo, declararon improcedente la acción, sosteniendo que en el presente caso no se cumple con el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela.

Una vez analizados los hechos del caso y las pruebas que reposan en el expediente, esta Sala tutelar los derechos fundamentales a la vida digna, dignidad humana y mínimo vital del señor Argemiro Arzuaga Manjarrez. En criterio de esta Corte, las razones por las cuales la aseguradora decide negar el pago de la póliza son injustificadas y generan efectos perversos en los derechos fundamentales del peticionario. No encuentra la Sala ninguna razón válida, de aquellas expresadas por la aseguradora, que indiquen cosa contraria a su incumplimiento irresponsable, el cual puso en riesgo las garantías fundamentales del peticionario. Lo anterior, por al menos las siguientes razones.

En primer lugar, está demostrado que el peticionario padece de una enfermedad bastante grave, razón por la cual, no puede continuar trabajando. En efecto, una vez realizada la valoración médica, le fue diagnosticado lupus eritematoso sistemático, necrosis idiopática ósea en cadera, secuelas funcionales definitivas de artrosis de cadera derecha, neuropatía lúpica, complicaciones y trastornos neuromusculares, cambios artrósicos degenerativa de cadera derecha, motivo por el cual tuvo una pérdida de capacidad laboral del 50.07 %. Ello quiere decir que de acuerdo con las condiciones del contrato, había operado el siniestro pues efectivamente padecía de invalidez total y permanente. Esa situación, no solo obligaría a la aseguradora a pagar la póliza y cumplir con sus obligaciones, sino también sitúa al asegurado en condición de vulnerabilidad pues por sus problemas de salud, se encuentra en una condición de discapacidad que le impide desarrollar su vida como lo venía haciendo. Lo anterior, no solo tiene consecuencias en su diario vivir, sino que para efectos

del caso, implica que esta Sala le brinde una protección particular al convertirse en un sujeto de especial protección constitucional. En este contexto, el caso adquiere relevancia constitucional, pues esta Sala no puede ignorar que un fallo desfavorable a los intereses del actor, ocasionaría serias cargas que muy probablemente el peticionario no podría soportar. Por ejemplo, a pesar de haber operado el siniestro, tener que pagar el crédito respaldado por la póliza que la aseguradora no quiere cancelar y sin, al parecer, ingresos para hacerlo por no poder continuar trabajando.

No obstante, a pesar de la relevancia constitucional que adquiere este caso, como se dijo en la parte motiva de esta providencia, la Corte también ha entendido que la condición de discapacidad no es necesariamente suficiente para obligar a una aseguradora a pagar el saldo insoluto de la obligación. La razón para que ello sea así es que si se adoptara esta regla sin ningún tipo de condiciones, la acción de tutela dejaría sin contenido a las demás vías ordinarias. Todas las personas que se encuentren en esa situación, acudirían al amparo constitucional para reclamar el pago de la póliza y la tutela, al igual que la justicia ordinaria, perdería todo sentido. Más aún, la esencia misma del contrato de seguro dejaría de existir, si la tutela sirviera como el mecanismo para desconocer las cláusulas de un contrato. Por ejemplo, si se llegase a demostrar reticencia por parte del tomador del seguro, la condición de discapacidad no sería suficiente argumento para obligar a la aseguradora (en ejercicio de su autonomía de voluntad contractual) a pagar la póliza. Es por ese motivo que la Corte haya exigido que al menos sumariamente, por parte del tomador, se demuestre que la persona carece de los recursos económicos suficientes para continuar con el pago de la deuda. Así, si cuenta con capacidad económica, deberá ventilar esa controversia por la vía ordinaria, ya que su afectación al mínimo vital no será tan cierta.

Así las cosas, aterrizando al caso concreto, los hechos y pruebas revisadas por esta Sala, llevan a considerar que el peticionario no cuenta con recursos económicos para pagar el saldo insoluto de la deuda que adquirió con el banco beneficiario del seguro. Y se llega a esta conclusión por dos vías. En primer lugar, el actor no cuenta con ningún tipo de renta adicional. Tal y como obra en el expediente, los activos percibidos por su trabajo previo a la pérdida de capacidad laboral, era su única fuente de ingresos. El señor Manjarrez no tiene ningún tipo de pensión, ni tampoco negocios paralelos. Al contrario, es responsable por toda su familia la cual se compone de tres menores de edad y su esposa. Este hecho lleva a pensar a esta Corte que los gastos que debe asumir por toda su familia son bastante

elevados, mucho más teniendo en cuenta que no puede trabajar. Así mismo, revisado el expediente, esta Sala encuentra que este hecho no fue controvertido por la aseguradora. Por tal motivo, se darán como ciertas estas afirmaciones. En síntesis, existen indicios muy fuertes que conllevan a esta Corte a pensar que efectivamente el señor Manjarrez no cuenta con los recursos necesarios para mantenerse a sí mismo y a su familia.

Tales circunstancias, entonces, indican que el petente no persigue un interés exclusivamente patrimonial. Sin el pago de la póliza su derecho al mínimo vital se vería afectado considerablemente. No es necesaria hacer una relación de ingresos y gastos para evidenciar que, al no contar con rentas adicionales, ni pensión, ni ninguna fuente de ingresos por su estado de salud, no puede mantenerse a él y a su núcleo familiar compuesto por tres hijos menores de edad y su esposa.

Por otra parte, existe un dilema probatorio pues el peticionario afirma que al momento de celebrar el contrato, no firmó ninguna declaración de asegurabilidad. No obstante, la aseguradora sostiene que el 31 de enero de 2011, el señor Arzuaga firmó el debatido documento. Revisadas las pruebas, esta Sala encuentra que la defensa de la aseguradora no tiene la virtualidad de desvirtuar las afirmaciones del declarante. Tal y como se observa en la contestación de la acción de tutela[44], la aseguradora sostiene que si existe una declaración en la que, cuando se le pregunta al peticionario si “¿sufre o ha sufrido enfermedades mentales, cerebro vasculares, renales, cáncer, pulmonares, gastrointestinales, hipertensión arterial, diabetes, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, SIDA, y en general cualquier otro tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de otorgamiento de cada crédito?”, este sostiene que no. No obstante, revisado minuciosamente el expediente, la aseguradora no aporta en ninguna parte constancia en la que el peticionario firme o acepte expresamente no padecer ninguna enfermedad previa a la celebración del contrato. Tan solo, sin prueba alguna, copia parte de una supuesta declaración que nunca fue aportada al proceso.

Ahora bien, a pesar de lo anterior, esta Sala se permite hacer una anotación adicional sobre este punto. Tal y como se dijo en la parte considerativa de esta Sentencia, el deber de declarar de los asegurados no es absoluto pues existen situaciones en las que el tomador del seguro no conoce sus enfermedades porque o bien son silenciosas, o son de imposible conocimiento del asegurado. Igualmente, este deber se restringe mucho más cuando quiera

que el contrato de seguro disponga cláusulas etéreas, abstractas o ambiguas. Como se aprecia en este caso, el señor Arzuaga manifiesta que él no conocía todas las enfermedades que padecía y la aseguradora sostiene que desde antes de celebrar el contrato el peticionario ya sufría de problemas en la cadera derecha y antecedentes de LES. Sin embargo, estas enfermedades son tan solo una causa de la pérdida de capacidad laboral. En ese evento, el señor Arzuaga solo podía conocer aquellas enfermedades respecto de las cuales hubiera tenido tratamiento. Las otras, no tenía posibilidad de conocerlas.

En todo caso, revisadas las cláusulas del contrato, la supuesta declaración de asegurabilidad preguntaba si conocía "cualquier otro tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de otorgamiento de cada crédito?". Estima esta Corte que esta pregunta es excesivamente ambigua, etérea y abstracta, pues esto sería entregarle al tomador una carga que jamás podría cumplir. Es un exceso eximir a las aseguradoras del pago de una póliza, admitiendo reticencia, cuando estas preguntas llevan a que los asegurados jamás puedan suministrar la información exacta para tomar el seguro. Esta clase de condiciones ambiguas y abstractas en el contrato demuestran mala fe en las aseguradoras pues no exigen información exacta e inducen a que los tomadores de los seguros incurran en error. Estos cuestionamientos, al ser tan generales, siempre llevarían a los usuarios del sistema asegurador a incurrir en inexactitudes y por ello a ser sancionados con reticencia, lo cual no puede admitir esta Corporación ni nuestro orden constitucional.

Además de lo anteriormente expuesto, la aseguradora no demostró reticencia. Tal y como se desarrolló en el cuerpo de esta decisión, reticencia no es sinónimo de preexistencia. La preexistencia es un hecho objetivo y la reticencia exige mala fe. En estos eventos, a la aseguradora no le es suficiente con probar una preexistencia sino demuestra que el tomador actuó de mala fe. Adicionalmente, no podrá alegar preexistencia si antes de celebrar el contrato, no solicitó exámenes médicos al asegurado. Así las cosas, en este caso no se evidencia que la compañía demandada haya cumplido con tales cargas. No cumplió con su deber mínimo de exigir un examen médico a fin de establecer la onerosidad del seguro o definitivamente decidir su no celebración, ni tampoco logró demostrar que el accionante haya actuado de mala fe. Tan solo se limitó a señalar un caso, parcial, de preexistencia.

Finalmente, algo que no deja de sorprender a la Corte es el mal actuar de la aseguradora. Revisadas las fechas relevantes para resolver el caso concreto, se encuentra con toda claridad que el contrato de seguro fue celebrado entre las partes el veintisiete (27) de enero de dos mil once (2011). Por su parte, el siete (07) de diciembre de dos mil doce (2012) se expidió el certificado de pérdida de capacidad laboral, en donde se visiblemente se aprecia que la fecha de estructuración de invalidez fue el veintiuno (21) de junio de dos mil once (2011). Es decir, de ninguna manera pudo haber existido reticencia pues al celebrar el contrato, el peticionario no conocía de manera alguna la causa que dio pérdida a su capacidad laboral. Tan solo cinco meses después de celebrado el contrato, se supo con certeza cuando fue estructurada la enfermedad. En otras palabras, al ser la fecha de estructuración posterior a la celebración del contrato ¿por qué la aseguradora se empeña en decir que existe preexistencia? Este Tribunal Constitucional no encuentra ninguna explicación válida para justificar el actuar de la aseguradora.

Por las anteriores consideraciones, esta Sala concederá el amparo a los derechos fundamentales del señor Argemiro Arzuaga Manjarrez. En consecuencia, ordenará a la Compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. cancelar la póliza correspondiente y como tal, pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida con el Banco Bancolombia S.A. En caso de haberse iniciado algún proceso judicial en contra del peticionario, se ordenará levantarse y dar por terminado cualquier proceso en su contra.

EXPEDIENTE T-4143382. JOSÉ DE JESÚS NÚÑEZ EN CONTRA DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA.

Siguiendo los lineamientos del caso anterior, la Sala verificará que los hechos se enmarquen dentro de las reglas fijadas por esta Corporación para tutelar los derechos fundamentales al mínimo vital, vida digna y dignidad humana de los asegurados, por la presunta violación causada por la negativa de las aseguradoras de pagar la póliza, argumentando preexistencia.

Así entonces, el señor José de Jesús Núñez sostuvo en su escrito de tutela que recibió un crédito del Banco BBVA por un valor de veinticinco millones de pesos (\$25.000.000). Esta obligación se pagaría en cuotas mensuales que se descontarían directamente de su salario, a través de la modalidad de libranza. Para amparar dicho préstamo, ese mismo día, el

veintisiete (27) de mayo de dos mil once (2011), suscribió un contrato de seguro[45] con la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. La respectiva póliza operaría por muerte, incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización e incapacidad total temporal. En desarrollo de su trabajo, sufrió quebrantes de salud, particularmente por problemas en su voz. Luego de varios tratamientos sin efectiva recuperación, “fue valorado por medicina especializada en Salud Ocupacional por la Doctora Indira Manotas Alvor, adscrita a la UT Avanzar Médicos, Oriente Región Cinco” quien le diagnosticó una pérdida de capacidad laboral del 95.45 %, con fecha de estructuración del cinco (05) de diciembre de dos mil doce (2012). Finalmente expresó, hecho que no fue controvertido[46], que carece de recursos económicos y es padre cabeza de familia y tiene a su cargo la alimentación y educación de sus hijos Álvaro José Núñez González de 17 años, estudiante de ingeniería civil, y Aura Patricia y José Fernando quienes cursan octavo y sexto de bachillerato.

El tres (03) de abril de dos mil trece (2013), BBVA Seguros de Vida negó el pago de la póliza argumentando que el actor, al momento de suscribir la póliza, no informó que padecía varias patologías. Así, de acuerdo con la historia clínica de la Fundación Médico Preventiva de enero veinticuatro (24) de mil novecientos noventa y dos (1992), el peticionario “tiene diagnóstico de HTA (Hipertensión arterial), en junio de 2004 hiperplasia prostática y en marzo de 2010 disfonía”. Por su parte, los jueces de instancia declararon improcedente la acción de tutela, argumentando que este es un amparo residual y que solamente es viable cuando se agotan los demás recursos de defensa con los que cuenta el peticionario. Así, al tratarse de una controversia contractual, el petente pudo acudir a la justicia ordinaria.

Así las cosas, una vez revisados los hechos que dieron lugar a la acción, esta Sala concederá el amparo constitucional de los derechos fundamentales del señor Núñez. Esta Corte estima, luego de analizar la respuesta de la aseguradora, que sus razones no son suficientes para considerar que su negativa para el pago de la póliza, no es suficiente para lesionar los derechos del asegurado. Al contrario, la Corte no entiende cómo, a pesar de existir documentos que prueban que jamás existió preexistencia y sin haber firmado declaración de asegurabilidad alguna, la aseguradora insiste en negarse a cumplir con sus obligaciones. Estos errores en la formación del contrato no pueden trasladarse a los asegurados, mucho menos teniendo en cuenta que son personas en condición de discapacidad y se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.

En este orden de ideas, como se dijo, la Corte tutelar  los derechos del peticionario, además, por las siguientes razones. En primer lugar, de las pruebas halladas en el expediente, está demostrado plenamente que el señor N nuez padece de una pérdida bastante alta; exactamente, del 95.45 %. Ello quiere decir, no solo que el riesgo asegurado deberá estar cubierto, sino que efectivamente el siniestro acaeció, según examen realizado por “medicina especializada en Salud Ocupacional por la Doctora Indira Manotas Alvor, adscrita a la UT Avanzar Médicos, Oriente Región Cinco”. Así, en el contrato aportado por las partes, está claro que la póliza deberá ser pagada siempre que el asegurado, en este caso el petente, sufriera una pérdida de capacidad laboral igual o mayor al 50%. Por estos motivos, en principio, la aseguradora, sin poderse oponer, deberá pagar el saldo insoluto de la obligación. No obstante, como se mencionó en la parte motiva de esta providencia, el hecho de encontrarse en esta difícil situación de salud, no es suficiente para que el juez constitucional ordene el pago del contrato de seguro. No obstante, si es razón para que el caso adquiera relevancia constitucional, al encontrarse inmerso en la discusión un sujeto de especial protección constitucional.

En la misma dirección, además de la condición de discapacidad, es indispensable que la persona carezca de recursos económicos suficientes para continuar con el pago de la deuda. Ello se explica, nuevamente, porque al poseer capacidad económica, su afectación al derecho al mínimo vital se verá mucho menos cierta. Es otras palabras, si la persona cuenta con suficientes activos para pagar la obligación, el interés del actor ya no será la protección y/o lesión de su derecho al mínimo vital. En esos casos el interés que mueve al tutelante será exclusivamente patrimonial y con ello, el contenido de la acción de tutela desaparecerá. En el mismo sentido, la persona, al no existir urgencia de afectación, podrá acudir a vías ordinarias para discutir esos asuntos. Por ello este Tribunal Constitucional ha establecido que no basta con encontrarse en condición de discapacidad, sino que se requiere demostrar (por distintas vías), que se hallan en una situación económica difícil.

Así pues, en el estudio del caso concreto, esta Sala encuentra probada la ausencia de capacidad económica por parte del petente. Y llega a esa conclusión, por las siguientes razones. En primer lugar, es claro que la pérdida de capacidad laboral es casi del cien por ciento (95.45%). Eso indica no solo que el señor N nuez es un sujeto de especial protección, sino que su estabilidad económica se ve seriamente afectada. Debido a sus problemas de salud, el peticionario no pudo continuar trabajando y al ser esa su única fuente de ingresos,

su derecho al mínimo vital se vio seriamente afectado. Adicionalmente, es importante reiterar que su familia, compuesta por su esposa e hijos menores que se encuentran estudiando en colegios, depende económicamente de él. Igualmente, el peticionario no cuenta con rentas adicionales como pensiones, negocios, etc. que le permitan sobrellevar esta situación. Igualmente, esta afirmación hecha por el accionante no fue controvertida por la aseguradora, lo cual reafirma la conclusión de esta Corte. Bajo este contexto, esta Corte concluye que el peticionario también cumple con este requisito.

Por otra parte, si bien la aseguradora, en principio, sostiene que existe una preexistencia, no cumplió con las cargas adicionales fijadas por la jurisprudencia de esta Corporación para poder negar el pago de la póliza. Así, la Corte ha establecido que además de que la carga de la prueba de las preexistencias recae en cabeza de las aseguradoras, no podrán alegarlas si (i) no solicitaron un examen de entrada y (ii) no demuestran mala fe en la omisión de información del tomador del seguro. En el presente caso, es claro que la aseguradora a pesar de tener los medios para hacerlo, se limitó a suscribir el contrato sin un mínimo de diligencia para solicitar o practicar un examen previo de ingreso a la póliza. Adicionalmente, tampoco logró demostrar la mala fe en el actuar del tomador. Exclusivamente, sostuvo que el actor no informó que padecía la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral, sin aportar la declaración de asegurabilidad del seguro. Es decir, no logró desvirtuar las afirmaciones hechas por el peticionario.

De igual forma, la ausencia de mala fe en el presente caso se reafirma, además, porque de acuerdo con las fechas establecidas en los certificados de pérdida de capacidad laboral, la estructuración de la invalidez se generó el cinco (05) de diciembre de dos mil doce (2012). Es decir, un poco más de un año y medio después de haber celebrado el contrato de seguro. Ello indica que al momento de suscribirse la obligación, el señor Núñez no tenía posibilidad de conocer la causa de su enfermedad. Si la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral fue después de celebrado el contrato, no entiende esta Sala cómo la aseguradora se niega a cumplir con el cumplimiento de su obligación. Pero como si ello fuera poco, no existe en ninguna parte del expediente algún documento donde se evidencie que efectivamente el peticionario diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad que probarían la reticencia del tomador. Es decir, en ningún momento omitió información, porque sencillamente, nunca firmó los cuestionarios que la aseguradora debió haber suministrado. Esta Corte no debe exigir cargas imposibles de cumplir al asegurado,

mucho más teniendo en cuenta que el contrato de seguro, en muchas ocasiones, se trata de un contrato de adhesión en donde las estipulaciones contractuales depende de la aseguradora.

EXPEDIENTE T-4148791. JOSÉ DEL CARMEN MARTÍNEZ MEJÍA EN CONTRA DEL BANCO DAVIVIENDA Y COMPAÑÍA SEGUROS BOLÍVAR S.A.

De acuerdo con la reiterada jurisprudencia de esta Corporación, la acción de tutela no es el mecanismo adecuado para exigir el cumplimiento de un contrato de seguro. Ello, pues los accionantes cuentan con otros medios para discutir estos asuntos, y el amparo constitucional no puede convertirse en un sustituto de otros recursos. No obstante, en algunas circunstancias, la tutela es el mecanismo más adecuado para ventilar estas controversias. Particularmente, cuando la herramienta principal de defensa sea ineficaz y/o inidóneo. Una vez el juez constitucional adquiere competencia, tendrá que verificar las reglas descritas en la parte motiva de esta providencia y determinar si la negativa de la aseguradora de pagar el saldo insoluto de la obligación de un crédito amparado por un contrato suscrito con ella, vulnera los derechos fundamentales de los peticionarios. Como se dijo en párrafos anteriores, el estudio de este caso merece una consideración adicional, pues en principio, la Sala lo considera improcedente. Por ello, se comenzará por hacer un estudio de subsidiariedad, para posteriormente, si es superado, analizar el fondo del asunto.

En el caso concreto, el accionante sostuvo que trabajaba como maestro de la planta global del Municipio de Barrancabermeja, cargo del cual fue retirado el siete (07) de septiembre de dos mil doce (2012) mediante resolución 1410. Mientras ejercía esas funciones, adquirió dos créditos con el Banco Davivienda. Para respaldar dichas obligaciones, suscribió un contrato de seguro con la empresa Seguros Bolívar S.A. Esta póliza operaría por muerte o pérdida de capacidad laboral superior al 50 %. El primero (01) de septiembre de dos mil doce (2012), el médico laboral Miguel Ángel Vertel Camacho de FOSCAL Fundación Avanzar FOS, entregó concepto sobre su pérdida de capacidad laboral, el cual le calificaba con una disminución del 95.3% por enfermedad común, con fecha de estructuración igual a la del dictamen; esto es, primero (01) de septiembre de dos mil doce (2012). Por este motivo, el peticionario solicitó a la compañía Seguros Bolívar el pago de la póliza por haber acaecido el riesgo amparado. No obstante, la aseguradora negó el reconocimiento de la respectiva

indemnización, según el accionante, porque la enfermedad causante de la disminución laboral fue adquirida antes de celebrar el contrato. Los jueces de instancia consideraron que el amparo se tornaba improcedente, en tanto el accionante contaba con mecanismos de defensa diferentes a la acción de tutela. El señor Martínez, es beneficiario de una pensión de invalidez.

De conformidad con la jurisprudencia de la Corte, el requisito de subsidiariedad implica que si la persona cuenta con un mecanismo de defensa previo a la acción de tutela, esta última se tornará improcedente. No obstante, el mecanismo no debe ser cualquiera. Debe tener la virtualidad de producir los efectos esperados y de manera oportuna (idóneos y/o eficaces). En todo caso, si se evidencia la presencia de un perjuicio irremediable, el amparo será transitorio, por un tiempo determinado, hasta tanto no se acudan a los recursos respectivos.

En el presente caso, es claro que el peticionario cuenta con una herramienta de defensa de sus derechos fundamentales. Ha sido dicho en esta decisión que las controversias surgidas por el cumplimiento de obligaciones emanadas de un contrato de seguro, cuentan con un recurso idóneo, el cual es la vía declarativa civil. Así, “para ventilar sus inconformidades, las partes tienen la posibilidad, por regla general[47], de acudir al juez civil para que declare el incumplimiento del contrato por parte de alguna de ellas. En efecto, el artículo 1546 del Código Civil establece que “en los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria en caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio, o la resolución o el cumplimiento del contrato con indemnización de perjuicios”[48].

Adicionalmente, el Código de Procedimiento Civil, remplazado y en algunos casos complementado por el Código General del Proceso, establece que el proceso declarativo es el conducto procesal adecuado para desatar las controversias contractuales. En efecto, “este proceso permite que cuando exista discusión entre las partes por las obligaciones surgidas de un contrato, acudan a la justicia ordinaria en su especialidad civil y adelanten un proceso declarativo, particularmente ordinario, para formular sus pretensiones. Este proceso tiene la connotación de residual[49] y como tal, es la vía adecuada para que las partes de un contrato exijan su cumplimiento de conformidad con el artículo 1546 del Código Civil. Como su nombre lo indica, en los procesos declarativos las partes acuden al

juez para que declare la existencia de un derecho que está en discusión y sobre el cual aún no existe certeza de quién es su titular”[50]. Ello quiere decir, que al tratarse de obligaciones surgidas de un contrato, así sea de seguro, la vía adecuada es la justicia ordinaria civil.

Por tanto, el señor Martínez, en el caso concreto, sí cuenta con un mecanismo idóneo y, en principio, eficaz. Eficaz, por varias razones. En primer lugar, porque a pesar de que el requisito de subsidiariedad se flexibiliza en los casos donde se encuentren involucrados sujetos de especial protección constitucional, este mandato no es absoluto. Para casos de seguros, debe además no contarse con recursos económicos que aumenten la probabilidad de lesionar los derechos fundamentales de los actores. Por ejemplo, si una persona padece una pérdida de capacidad laboral grave, pero tiene capacidad económica para continuar con el pago de la deuda y no sufrir perjuicios en sus derechos, en ese caso es difusa la afectación de su derecho al mínimo vital. El interés que le mueve al petente es netamente patrimonial. En todo caso, es importante dejar claro que eso no significa que la condición de discapacidad deje de tener relevancia en el análisis de subsidiariedad. Este punto la Sala lo retomará más adelante.

Aterrizando al caso concreto y revisadas las pruebas que obran en el expediente, es claro que la persona padece un alto grado de pérdida de capacidad laboral. De acuerdo con el certificado de pérdida de capacidad laboral, al señor Martínez le fue dictaminada una disminución del 95.3%. Es decir, el petente no puede continuar trabajando. Evidentemente, está en una situación que merece una especial atención por parte de este fallador. No obstante, siguiendo las reglas que esta misma Corporación, no es suficiente esta circunstancia. Debe además, demostrarse que no se cuenta con capacidad económica, pues ante esa situación, la afectación al mínimo vital se intensifica.

En ese orden de ideas, en este caso no encuentra la Corte razones suficientes para concluir que el señor Martínez no tiene suficientes ingresos para que su derecho al mínimo vital se vea lesionado. Pero tampoco para sostener que sus recursos son suficientes para no verlo vulnerado. Y no logra esclarecerse este elemento, por lo siguiente:

En primer lugar, existen algunas pruebas que acreditan que el peticionario recibe rentas adicionales, como una pensión por invalidez. En el expediente, específicamente en el

Cuaderno 1 Folio 19, se tiene que mediante Resolución 1410 de 2012, la Alcaldía Municipal de Barrancabermeja resolvió“(…) b) que de conformidad con el certificado expedido por U.T ORIENTE REGIÓN de fecha 01 de Septiembre de 2012, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral es del 95,3%, lo cual le da derecho a disfrutar de una pensión por invalidez a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones sociales del Magisterio”. Ello, en principio, llevaría a esta Sala a pensar que el señor Martínez cuenta con recursos económicos para sufragar los gastos de la deuda adquirida con el banco. Mucho más teniendo en cuenta que la persona no afirma en su escrito de tutela, ni en actuaciones posteriores, hacerse cargo de alguna familia y/o presenta una relación de gastos que lleven a la Sala a concluir que efectivamente su mesada pensional no es suficiente para subsistir. En ese sentido, en principio, al contar con una mesada pensional y no tener, presuntamente, familia por la cual hacerse cargo, obligar a pagar una cuota mensual del crédito que adquirió con el banco no sería una afectación desproporcionada a sus ingresos.

No obstante, en reiteradas oportunidades esta Corporación ha manifestado que el hecho de que una persona tenga ciertos ingresos, no quiere decir que se garantice su derecho al mínimo vital. Si bien es cierto que la persona recibe una pensión por invalidez, debe recordarse que el máximo permitido, por regla general, es el 75% del promedio del último año laborado. Así, el hecho de que su último trabajo fue maestro de obra en la planta global del Municipio de Barrancabermeja, conlleva a esta Sala a pensar que su pensión, probablemente, no será tan elevada como para subsistir y pagar su crédito. A ello, añadiéndole su condición de discapacidad y los gastos que ello involucra. Al padecer una pérdida de capacidad laboral del 95,3 %, los recursos que esta persona requiere para subsistir son mucho más altos que los de una persona en condiciones regulares. Los ingresos que recibe el accionante por una pensión de invalidez, podrían no ser suficientes para subsistir. Lo que se quiere decir en esta providencia es que no existe certeza de que la persona pueda continuar pagando el crédito.

Por otra parte, si bien la aseguradora logró demostrar preexistencia en el contrato de seguro, no cumplió con las cargas adicionales fijadas por la jurisprudencia de esta Corporación para poder negar el pago de la póliza. Así, la Corte ha establecido que además de que la carga de la prueba de las preexistencias recae en cabeza de las aseguradoras, no podrán alegarlas si (i) no solicitaron un examen de entrada y (ii) no demuestran mala fe en

la omisión de información del tomador del seguro. En el presente caso, pese a tener los medios para conocer su preexistencia, ni solicitó examen de entrada ni tampoco probó mala fe. Así, a pesar de demostrar la existencia de una enfermedad previa a la celebración del contrato, no pudo evidenciar que el accionante conocía de dicha enfermedad y que esta es exactamente la causante del siniestro. Igualmente, no especificó en las condiciones del contrato las exclusiones médicas no asegurables.

Ante estas dudas, no es posible que la Corte declare improcedente el trámite constitucional. Sin embargo, encuentra que la persona aún puede acudir a otras vías para discutir este asunto. Por esta razón, la Corte tutelaré transitoriamente los derechos fundamentales del actor, pues evidencia que existe un riesgo de causarse un perjuicio irremediable. En concreto, el curso natural del crédito indicaría un proceso ejecutivo en contra del peticionario, y ante esta situación, tratándose de una persona con un 95% de pérdida de capacidad laboral, esta Sala tomará la mencionada decisión. Así las cosas, todos estos interrogantes son asuntos que deben ser resueltos por el juez natural de la controversia, siguiendo el principio de la inmediación probatoria. La autenticidad y alcance de las pruebas recaudadas que den cuenta del incumplimiento de la aseguradora, son competencia de la justicia ordinaria. A pesar de lo anterior, ello no es razón suficiente para que esta Sala deje sin protección alguna a un sujeto que por sus condiciones debe recibir un trato especial por parte de la justicia constitucional.

La Corte ha decantado los elementos que deben concurrir en el acaecimiento de un perjuicio irremediable:

“(i) que se esté ante un perjuicio inminente o próximo o suceder, lo que exige un grado suficiente de certeza respecto de los hechos y la causa del daño; (ii) el perjuicio debe ser grave, esto es, que conlleve la afectación de un bien susceptible de determinación jurídica, altamente significativo para la persona; (iii) se requieran de medidas urgentes para superar el daño, las cuales deben ser adecuadas frente a la inminencia del perjuicio y, a su vez, deben considerar las circunstancias particulares del caso; y (iv) las medidas de protección deben ser impostergables, lo que significa que deben responder a condiciones de oportunidad y eficacia, que eviten la consumación del daño irreparable.”[51]

Así las cosas, en el presente caso existe una inminencia del perjuicio, al detallarse varios

elementos del caso. Así, ante la alta probabilidad que el peticionario no pueda continuar pagando las cuotas, el curso natural del crédito es que el banco inicie un proceso ejecutivo en contra del deudor. Este proceso, sin más, implica cargas procesales bastante altas que incluso pueden llegar al remate de los bienes del petente. Bienes inmuebles, muebles, etc. Eso, ante las condiciones del señor Martínez (95% de pérdida de capacidad laboral), sería un perjuicio excesivo que podría poner vulnerar certeramente el derecho al mínimo vital, vida digna y dignidad humana. Ello, además, conlleva a una gravedad del asunto. Una persona que presuntamente no tiene familia, pero además sufre una discapacidad tan alta como la que padece el señor Martínez, no tiene posibilidades reales de continuar su vida en condiciones normales. No hace falta realizar cálculos aritméticos para dar cuenta de la gravedad del asunto. Pero además, son impostergables estas medidas, pues de no aplazarse la ejecución de la deuda, el perjuicio se habrá consumado. En consecuencia, se decretará la existencia de un perjuicio irremediable.

Finalmente, la Corte advertirá al peticionario para que en el término de cuatro (4) meses contados a partir de la notificación del presente fallo instaure acción ordinaria con el fin de reclamar el pago de la póliza adquirida con la aseguradora accionada.

Por estos motivos, esta Sala concederá el amparo transitorio de los derechos fundamentales del señor José del Carmen Martínez. Por tanto, ordenará a la Compañía Seguros Bolívar S.A. suspender el cobro de la deuda, hasta tanto el juez civil no se pronuncie sobre su posible incumplimiento. Igualmente, en caso de haberse iniciado algún proceso judicial en contra del peticionario, se ordenará levantarse y dar por terminado cualquier proceso en su contra.

## DECISIÓN

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

## RESUELVE:

PRIMERO: REVOCAR el fallo proferido el quince (15) de agosto de dos mil trece (2013) por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Oralidad de Valledupar, que resolvió negar la acción de tutela promovida por Argemiro Arzuaga Manjarrez en contra de Seguros de Vida

Suramericana S.A. y Bancolombia S.A. En su lugar CONCEDER la tutela de los derechos fundamentales al mínimo vital y vida digna del Señor Argemiro Arzuaga Manjarrez.

SEGUNDO: ORDENAR a Seguros de Vida Suramericana S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar al Banco Bancolombia S.A., como beneficiario de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación adquirida por el Señor Argemiro Arzuaga Manjarrez.

TERCERO: ORDENAR al Banco Bancolombia S.A. abstenerse de iniciar cualquier tipo de cobro (judicial y/o extrajudicial) en contra del Señor Argemiro Arzuaga Manjarrez por el crédito o créditos del cual es deudor, el cual deberá cubrir la aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A. En caso de haber iniciado algún trámite judicial, se ordena al juez de conocimiento dar por terminado inmediatamente cualquier tipo de proceso y levantar las medidas cautelares que se hayan producido con ocasión del mismo, de conformidad con la parte considerativa de este fallo.

QUINTO: ORDENAR a la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar al Banco BBVA S.A., como beneficiario de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación adquirida por el Señor José de Jesús Núñez Contreras.

SEXTO: ORDENAR al Banco BBVA S.A. abstenerse de iniciar cualquier tipo de cobro (judicial y/o extrajudicial) en contra del Señor José de Jesús Núñez Contreras por el crédito o créditos del cual es deudor, el cual deberá cubrir la aseguradora condenada. En caso de haber iniciado algún trámite judicial, se ordena al juez de conocimiento dar por terminado inmediatamente cualquier tipo de proceso y levantar las medidas cautelares que se hayan producido con ocasión del mismo, de conformidad con la parte considerativa de este fallo.

SÉPTIMO: REVOCAR el fallo proferido diecisiete (17) de julio de dos mil trece (2013) por el Juzgado Tercero Penal Municipal de Barrancabermeja, que resolvió negar la acción de tutela promovida por José del Carmen Mejía Martínez en contra de Seguros Bolívar S.A. y el Banco Davivienda. En su lugar CONCEDER DE MANERA TRANSITORIA la tutela de los derechos

fundamentales al mínimo vital y vida digna del Señor José del Carmen Mejía Martínez, que registrará hasta que la jurisdicción ordinaria resuelva la acción que el actor debe formular o, si no la instaura, hasta que transcurran cuatro (4) meses contados a partir de la notificación de esta sentencia.

OCTAVO: ORDENAR a Seguros Bolívar S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, suspenda la ejecución del crédito, de conformidad con la parte motiva de esta providencia.

NOVENO: ORDENAR al Banco Davivienda abstenerse de iniciar cualquier tipo de cobro (judicial y/o extrajudicial) en contra del Señor José del Carmen Mejía Martínez por el crédito o créditos del cual es deudor. En caso de haber iniciado algún trámite judicial, se ordena al juez de conocimiento dar por terminado inmediatamente cualquier tipo de proceso y levantar las medidas cautelares que se hayan producido con ocasión del mismo, de conformidad con la parte considerativa de este fallo.

Por Secretaría General, líbrense las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1997.

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

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

MARÍA VICTORA CALLE CORREA

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

Ausente con permiso

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Póliza número 0110043.

[2] Artículo 1058 del Código de Comercio. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

[3] Cita tomada de Sentencia T-738 de 2011: Es importante señalar que en algunas oportunidades la jurisprudencia constitucional ha planteado una especie de asimilación entre la noción de servicio público y la de interés público. Así por ejemplo, en la sentencia T-847 de 2010 la Corte Constitucional señaló lo siguiente: “Concretamente, cuando el reclamo constitucional tiene que ver con la vulneración de los derechos al buen nombre y al hábeas data por parte de una entidad bancaria, derivado del reporte efectuado a las centrales de riesgo a partir de una obligación que la actora afirma inexistente, la acción de tutela se torna procedente porque la actividad financiera, cuyo objetivo principal es el de captar recursos económicos del público para administrarlos, intervenirlos y obtener de su manejo un provecho de igual naturaleza, ha sido considerada por la Corte Constitucional como servicio público (...). Lo anterior lo reglamenta el artículo 335 Superior cuando señala que las actividades financieras, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos que se captan del conglomerado en general, son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado,

conforme a la ley, la cual regulará la forma de intervención del gobierno en estas materias y promoverá la democratización del crédito.”

[4] Sentencia C-640 de 2010.

[5] Sentencia T-662 de 2013.

[6] Cita tomada de Sentencia T-662 de 2013. “Sentencia T-192 de 1997. En sentencia T-277 de 1999, la Corte agrupó algunos criterios que ejemplifican situaciones de indefensión así: “3.4. El estado de indefensión, para efectos de la procedencia de la acción de tutela, debe ser analizado por el juez constitucional atendiendo las circunstancias propias del caso sometido a estudio. No existe definición ni circunstancia única que permita delimitar el contenido de este concepto, pues, como lo ha reconocido la jurisprudencia, éste puede consistir, entre otros en: i) la falta, ausencia o ineficacia de medios de defensa de carácter legal, material o físico, que le permitan al particular que instaura la acción, contrarrestar los ataques o agravios que, contra sus derechos constitucionales fundamentales, sean inferidos por el particular contra el cual se impetra la acción -sentencias T-573 de 1992; 190 de 1994 y 498 de 1994, entre otras-. ii) la imposibilidad del particular de satisfacer una necesidad básica o vital, por la forma irracional, irrazonable y desproporcionada como otro particular activa o pasivamente ejerce una posición o un derecho del que es titular -sentencias T-605 de 1992; T-036; T-379 de 1995; T-375 de 1996 y T-801 de 1998, entre otras- iii) la existencia de un vínculo afectivo, moral, social o contractual, que facilite la ejecución de acciones u omisiones que resulten lesivas de derechos fundamentales de una de las partes v.gr. la relación entre padres e hijos, entre cónyuges, entre copropietarios, entre socios, etc. - sentencias 174 de 1994; T-529 de 1992; T-; T-233 de 1994, T-351 de 1997. iv) El uso de medios o recursos que buscan, a través de la presión social que puede causar su utilización, el que un particular haga o deje de hacer algo en favor de otro. v.gr. la publicación de la condición de deudor de una persona por parte de su acreedor en un diario de amplia circulación -sentencia 411 de 1995- la utilización de personas con determinadas características -chepitos-, para efectuar el cobro de acreencias -sentencia 412 de 1992-; etc.”.

[7] Sentencia T-661 de 2001.

[8] Sentencia C-543 de 1993. Cita tomada de la Sentencia T-662 de 2013.

[9] *Ibíd.*

[10] Sentencia T-211 de 2009. Cita tomada de la Sentencia T-113 de 2013

[11] *Ibíd.*

[12] Sentencia SU-961 de 1999

[13] Sentencia T-1316 de 2001.

[14] T-068/06, T-822/02, T-384/98, y T-414/92.

[15] *Ibíd.*

[16] Ver, entre otras, las sentencias T-656 de 2006, T-435 de 2006, T-768 de 2005, T-651 de 2004, y T-1012 de 2003. Citas cambiadas de orden por transcripción.

[17] Sentencia T-211 de 2009.

[18] Sentencia T-662 de 2013.

[20] Sentencia T-662 de 2013.

[21] Corte Constitucional, Sentencia T-347/96 MP. Julio César Ortiz. En el mismo sentido ver la Sentencia T-416/01 MP. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[22] Sentencia T-1316 de 2001

[23] Sentencia T-662 de 2013.

[24] Sentencia T-651 de 2009. En igual sentido Sentencia T-662 de 2013.

[25] Sentencia T-589 de 2011.

[26] Al respecto, en Sentencia T-239 de 2008 se señaló: “Ahora bien, si de la evaluación que se haga del caso se deduce que la acción es procedente, la misma podrá otorgarse de manera transitoria o definitiva. Será lo primero si la situación genera un perjuicio irremediable, siempre que se cumplan los presupuestos de inminencia, gravedad, urgencia

e impostergabilidad de la acción, decisión que tiene efectos temporales[26]. Y procederá cómo mecanismo definitivo si se acredita que el procedimiento jurídico correspondiente para dirimir las controversia resulta ineficaz al “no goza(r) de la celeridad e inmediatez para la protección de los derechos fundamentales con la urgencia requerida” Ver, entre otras, las sentencias T-414 de 2009, T-004 de 2009, T-284 de 2007 y T-335 de 2007.

[27] Sentencia T-662 de 2013.

[28] Reiterado en sentencia T-662 de 2013.

[29] Sentencia T-152 de 2006. “Se observa que por su naturaleza se trata de un contrato sometido a las reglas del derecho privado. Es consensual porque se perfecciona por el mero consentimiento de las partes y produce sus efectos desde que se ha realizado la convención; es bilateral puesto que origina derechos y obligaciones entre asegurador y asegurado; es oneroso, en cuanto, compromete al primero a pagar el siniestro y al segundo a reconocer el valor de la prima y es aleatorio porque se refiere a la indemnización de una pérdida o de un daño producido por un acontecimiento o un hecho incierto, pues no se sabe si se va a producir y en el caso contrario - como ocurre con la muerte- no se sabe cuándo ello ha de acontecer”.

[30] Sentencia T-152 de 2006

[31] Sentencia T-059 de 1997

[32] Sentencia T-152 de 2006

[33] Sentencia T-751 de 2012.

[34] *Ibíd.*

[35] Sentencia T-342 de 2013.

[36] Sobre Buena Fe comercial ver por ejemplo Sentencia T-1130 de 2003.

[37] Sobre el concepto de riesgo, ver: Stiglitz, Rubén. Derecho de Seguros. Tercera edición ed. Abeledo Perrot. 1998. Buenos Aires.

[38] Corte Suprema De Justicia Sala De Casación Civil Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla. Bogotá D.C., primero de septiembre de dos mil diez Ref.: Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01.

[39] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Bogotá D.C. Sent. Cas. Civ. de 1º de junio de 2007, Exp. No. 00179-01.

[40] Incluso, la Real Academia de la Lengua Española, las define de la siguiente manera: “Reticencia: 1. f. Efecto de no decir sino en parte, o de dar a entender claramente, y de ordinario con malicia, que se oculta o se calla algo que debiera o pudiera decirse. 2. f. Reserva, desconfianza. 3. Figura que consiste en dejar incompleta una frase o no acabar de aclarar una especie, dando, sin embargo, a entender el sentido de lo que no se dice, y a veces más de lo que se calla”. Por su parte, “Preexistencia: Existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen”. Tomado de [www.rae.es](http://www.rae.es) Consultado en marzo de 2014.

[41] Por ejemplo, indicios que pueden dar por ciertos hechos futuros.

[42] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Bogotá D.C. Sent. Cas. Civ. de 11 de abril de 2002, Exp. No. 6815.

[43] Sentencia T-662 de 2013.

[44] Cuaderno 1 folios 31y siguientes.

[45] Póliza número 0110043.

[47] Cuando la aseguradora no responde la reclamación hecha por el interesado, este tiene la posibilidad de acudir a un proceso ejecutivo. En el presente caso, la aseguradora respondió la reclamación de la señora Montoya.

[48] Sentencia T-662 de 2013.

[49] Los asuntos que no tengan un trámite especial, serán ventilados por el proceso ordinario.

[50] Sentencia -662 de 2013.

[51] Sentencias T-107 de 2010 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio, T-816 de 2006 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra y T-1309 de 2005 M.P. Rodrigo Escobar Gil, entre otras.