T-393-15

Sentencia T-393/15

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

La condición del sujeto pasivo contra quien se interpone la acción de tutela determina la procedencia de este mecanismo excepcional. Por ello, el legislador consideró que el sujeto pasivo de la tutela debía cumplir con alguna de las siguientes condiciones especiales: (i) ser prestador de un servicio público, (ii) que su comportamiento afecte de forma directa y grave el interés colectivo, y que (iii) su conducta genere situaciones de indefensión o subordinación. En esos casos puntuales, la acción de tutela se habilita como instrumento para proteger los derechos fundamentales de las lesiones que provengan de particulares, sobre todo porque en muchas de las relaciones se sitúan ciertos individuos en condición de inferioridad. Amparada en ese contexto, de forma pacífica la jurisprudencia constitucional ha sostenido que la acción de tutela procede frente a particulares que ejercen actividades bancarias y aseguradoras.

REGLAS JURISPRUDENCIALES EN MATERIA DE SUBSIDIARIEDAD DE LA ACCION DE TUTELA

El análisis de subsidiariedad debe hacerse evaluando las circunstancias especiales que revelan cada caso, encontrándose satisfecho cuando el actor pese a contar con otros recursos de defensa, los mismos no son idóneos ni tienen la virtualidad de producir los efectos esperados en protección oportuna del derecho afectado. En esas circunstancias, tanto la protección como las órdenes que se impartan pueden ser definitivas, a menos que el amparo se invoque como mecanismo transitorio para evitar la configuración de un perjuicio irremediable.

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

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Pago de saldos insolutos de

obligaciones crediticias a entidad bancaria como tomador de póliza de seguro de vida grupo deudores

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

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

Referencia: Expediente T-4364909

Acción de tutela instaurada por Libia del Carmen Aguilar Cuenza contra el Banco Pichincha y otros.

Magistrada Ponente (E):

MYRIAM ÁVILA ROLDÁN

Bogotá D.C., treinta (30) de junio de dos mil quince (2015).

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por las magistradas MARÍA VICTORIA CALLE CORREA y MYRIAM ÁVILA ROLDÁN (E), y el Magistrado MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO, 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 2591 de 1991, profiere la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión de los fallos dictados por el Juzgado 2º Civil Municipal de Villavicencio, el 1º de noviembre de 2013, y el Juzgado 1º Civil del Circuito de esa misma ciudad, el 7 de febrero de 2014, que resolvieron la acción de tutela promovida por Libia del Carmen Aguilar Cuenza contra el Banco Pichincha y otros.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos y acción de tutela interpuesta:

El 14 de mayo de 2013, la señora Libia del Carmen Aguilar Cuenza instauró acción de tutela contra el Banco Pichincha, por considerar vulnerados sus derechos al mínimo vital, al debido proceso, a la vida y de petición, atendiendo los siguientes hechos:

1.1. Manifiesta la accionante que el 18 de marzo de 1994, fue vinculada en propiedad como profesora de la Nación en el Instituto Agrícola de Guacavía del municipio de Cumaral – Meta[1].

1.2. Cuenta que es madre de un joven que cursa décimo semestre en la Universidad Santo Tomas de Villavicencio y de un niño de 12 años que cursa séptimo grado en el colegio[2], razón por la cual, con el fin de satisfacer necesidades básicas, ha realizado varios préstamos en diferentes entidades bancarias como Banco Popular, Davivienda y Cooperativa Canapro, siendo excelente su comportamiento crediticio[3].

1.3. Indica que desde el año 2006 ha presentado serios problemas de salud, al punto que en el año 2007 le realizaron un procedimiento quirúrgico de tiroidectomía, en el 2008 le diagnosticaron disfonía leve que la mantuvo incapacitada durante dos meses en el año 2009 y que luego motivó la disminución de su carga laboral como docente a 16 horas semanales. En el año 2011 le efectuaron un procedimiento quirúrgico de colecistectomía, y en el año 2012, a pesar de sus padecimientos físicos le fue incrementada la carga laboral a 22 horas de trabajo semanal, situación que desembocó en una afectación mayor a su salud que se tradujo en incapacidades sucesivas hasta cumplir 180 días de incapacidad y, en remisión a medicina laboral donde fue calificada por Servimédicos EPS, con pérdida de la capacidad laboral equivalente al 95.3% y fecha de estructuración de la invalidez el 3 de diciembre de 2012[4].

1.4. Narra la accionante que en el mes de junio de 2009, solicitó un crédito de libranza con el Banco Pichincha el cual le fue aprobado, desembolsado y posteriormente descontado en forma directa de su salario desde el mes de septiembre de esa anualidad. Para tal fin, precisa que firmó de buena fe todos los documentos que el banco le indicó, dentro de ellos un “formato modo estándar” de póliza para amparar el crédito en caso de muerte o incapacidad total y permanente por invalidez de la deudora, documento en el cual no se le exigían informar su estado de salud, ni mucho menos fue indagada sobre el mismo o realizados exámenes para descartar enfermedades.

1.5. Afirma que en el año 2011 realizó una refinanciación de ese crédito, oportunidad en la que tampoco le preguntaron por su estado de salud y no le entregaron la proyección de cuotas pactadas ni el resumen del historial del crédito. A pesar de ello, el descuento mensual de la obligación a través de la nómina se siguió registrando sin problemas.

1.6. Sostiene que mediante resolución No. 3746 del 10 de diciembre de 2012 expedida por la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio[5], fue retirada del servicio activo como docente de ciencias naturales, por razones de invalidez y con nota efectiva desde el 14 de enero de 2013. Así, el cargo que ocupaba se declaró en vacancia definitiva y su documentación fue remitida para liquidar la pensión de invalidez.

1.7. Debido a lo anterior, la accionante señala que desde el 14 de enero de 2013 dejó de percibir salario, razón por la cual el 16 de enero de esa anualidad radicó derecho de petición ante el Banco Pichincha solicitando la efectividad de la póliza de seguro que cubría el crédito por haber ocurrido el siniestro asegurable, esto es, la incapacidad total y permanente de la deudora[6]. Aduce que dicha petición no recibió respuesta formal, solo le informaron mediante llamada telefónica que le negaban la solicitud y que tenía plazo hasta el 10 de abril de 2013 para ponerse al día con el crédito.

1.8. La accionante esgrime que de manera insistente ha solicitado al Banco Pichincha que haga efectiva la póliza que respalda el crédito, pero la única respuesta que recibe son mensajes y llamadas telefónicas cobrándole el total del monto adeudado. Precisa que desconoce el nombre de la aseguradora porque el Banco jamás le informó esos detalles.

1.9. Indica que mediante resolución No. 1500.91.041102 de 22 de marzo de 2013, la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio le reconoció la pensión de invalidez por $2’874.075[7], encontrándose para la época de presentación de la acción de amparo, pendiente de ser incluida en la nómina de pensionados por la Fiduciaria La Previsora S.A. y sin ningún emolumento adicional que le permitiera pagar el crédito.

1.10. Finalmente, la accionante señala que el 9 de mayo de 2013, una fisiatra del Hospital Departamental de Villavicencio le diagnosticó fibromialgia “como consecuencia del estrés que estoy pasando porque el banco no aceptó la póliza, además que me llaman la

mayoría del tiempo y los intereses siguen corriendo", situación que le está causando un perjuicio irremediable que se puede acentuar por un reporte negativo a las centrales de riesgo. Insiste en que "desde abril [de 2013] no hay un día que dejen de llamarme para pedirme que cancele la obligación o que si no se verán en la obligación de reportarme a las centrales de riesgo".

1.11. En virtud de lo anterior, la accionante invoca la protección de los derechos referenciados y que, en consecuencia, se ordene al Banco Pichincha que haga efectiva la póliza de incapacidad total y permanente por invalidez con la cual estaba asegurado el crédito, con el fin de cubrir el valor insoluto de la deuda y de exonerarla de la mora crediticia.

2. Respuestas del banco accionado y de los vinculados:

2.1. El Gerente de Soporte y Representación Legal del Banco Pichincha contestó la tutela señalando que a nombre de la accionante se encuentran dos operaciones de crédito: la primera por $20'000.000 que fue desembolsada el 24 de agosto de 2009 en la modalidad de credioficial, con un plazo pactado de 60 meses y que se encuentra a la fecha cancelada en su totalidad (No. 2109199); y la segunda, por la suma de $35'000.000 desembolsados el 27 de abril de 2011 en la misma modalidad y con un plazo de 60 meses para el pago total de la obligación (No. 2394326)[8]. Señala que ésta última se encuentra vigente y con mora de más de 120 días, razón por la cual el Banco remitió el caso a Interdinco S.A., entidad encargada del cobro y recuperación de cartera vencida del Banco.

En cuanto a las condiciones comerciales del crédito, señala que fueron conocidas por la accionante y que ésta al suscribir la declaración de asegurabilidad, informó que no había sufrido ni que sufría para ese momento de alguna enfermedad.

Tanto es así que el 16 de enero de 2013, la señora Libia del Carmen Aguilar Cuenza solicitó por escrito al Banco que hiciera efectiva la póliza de seguro del crédito por haberse presentado el siniestro de incapacidad total y permanente de la deudora. Por lo anterior, el Banco procedió a enviar el escrito a la Aseguradora Solidaria de Colombia para que decidiera sobre la efectividad de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 994000000014, bajo cuya cobertura se encuentra la operación de crédito No. 2394326. Dicha aseguradora el 29 de enero de 2013, resolvió objetar el siniestro por reticencia e

inexactitud en la información sobre el estado del riesgo, decisión que indica fue informada por el Banco a la accionante.

Así, el representante del Banco Pichincha aduce que la entidad financiera no ha vulnerado derechos fundamentales de la actora, en la medida que la decisión de no pago del seguro de vida grupo tuvo su origen en un criterio de la aseguradora, en la cual no tiene injerencia el banco accionado. Sin embargo, recalcó que la accionante fue enterada de las condiciones del crédito y del seguro de vida, e insistió en que ésta tenía conocimiento de su estado de salud agravado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. Con fundamento en lo anterior, solicitó negar la tutela por improcedente.

2.2. Dentro del trámite de tutela fue vinculada la Aseguradora Solidaria de Colombia, la cual a través de su representante legal indicó que el 15 de abril de 2011 el Banco Pichincha otorgó crédito a la accionante y solicitó la inclusión de la misma en el grupo asegurado con la póliza de seguro vida grupo deudores No. 994000000014, fecha en la que diligenció la solicitud individual de seguro con su respectiva declaración de asegurabilidad.

Contó que el 16 de enero de 2013, la accionante pidió hacer efectiva la póliza con ocasión de la incapacidad total y permanente que presenta. Sobre el particular, la aseguradora indicó que el 29 de enero de 2013, luego de analizar los documentos presentados como soporte de la reclamación y la verificación de los antecedentes de salud de la actora por el departamento médico, estableció que desde el año 2008 la señora Libia del Carmen presenta disfonía y desde marzo de 2010 padece síndrome del túnel del carpo. Como esas patologías no las manifestó al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y son consideradas factor de riesgo para la invalidez, se decidió objetar la reclamación porque el hecho generador de la invalidez se produjo con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza[9].

Precisó que de acuerdo con el numeral 1.2.1.2. de la cláusula primera de las condiciones generales de la póliza, constituye exclusión del amparo de incapacidad total y permanente "cuando el evento generador se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en el anexo" y como en el presente caso la accionante no manifestó su estado real de salud en la declaración de asegurabilidad, le es aplicable el fenómeno de la reticencia o inexactitud en la información que contempla los artículos 1058 y 1158 del

Código de Comercio.

Por lo anterior, solicita negar el amparo por improcedente por cuanto la reclamación presentada por la accionante fue objetada por reticencia y evento generador previo, siendo competencia del juez natural definir el asunto y no del juez constitucional ante la existencia de otros mecanismos de defensa judicial.

2.3. También fue vinculado al trámite constitucional el municipio de Villavicencio, el cual a través de la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica indicó que Fiduprevisora expidió copia de la nómina del mes de junio de 2013, en la que certifica que a la accionante se le consignaron las mesadas pensionales en una cuenta del Banco BBVA Colombia de Villavicencio, por ende, no se le está vulnerando su derecho al mínimo vital.

Precisó que la actividad del municipio es solo de gestión, ya que el reconocimiento y el pago de las prestaciones sociales de los docentes del Magisterio corresponde hacerlas a Fiduprevisora, sin que la Secretaría de Educación Municipal ni el Alcalde de Villavicencio tengan injerencia alguna en esa actividad. En ese sentido, adujo que como esa entidad está pagando la pensión de invalidez a la actora, la tutela es improcedente.

2.4. Por su parte, el vinculado Secretario de Educación Municipal de Villavicencio contestó la tutela informando que desde junio de 2013 la accionante recibe la consignación mensual de la pensión de invalidez en su cuenta del Banco BBVA, situación que descarta la afectación al mínimo vital, debiendo resolverse negativamente la solicitud de amparo.

2.5. La vinculada Fiduprevisora S.A., por medio del Vicepresidente del Fondo de Prestaciones, informó que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio no es una entidad sino una cuenta especial de la Nación que fue creada por la Ley 91 de 1989, cuyos recursos son manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta en la cual el Estado tenga una participación del 90% del capital. De esa forma, la cuenta en la actualidad se encuentra administrada por la Fiduprevisora S.A., mediante contrato de fiducia mercantil suscrito entre el Ministerio de Educación Nacional y la fiduciaria. Dada esa naturaleza, Fiduprevisora S.A. no expide actos administrativos de reconocimiento de derechos pensionales, solo los avala para otorgarles disponibilidad presupuestal, pero la materialización de los mismos corresponde a las Secretarías de Educación con relación a las peticiones de los docentes.

Además, indicó que no tienen competencia para responder por seguros de vida e incapacidad de créditos bancarios en mora, siendo la tutela improcedente para generar esa clase de competencias. Adujo que los únicos obligados son el Banco Pichincha y la aseguradora con la cual se firmó el respectivo contrato de seguro.

2.6. Al trámite tutelar fue vinculada la empresa de cobranzas ACC Consultores, la cual por conducto de su representante legal señaló que tiene una vinculación de contrato de prestación de servicios con el Banco Pichincha para el cobro de cartera, razón por la que el 7 de mayo de 2013 le fue asignada para el cobro pre jurídico la obligación crediticia de la señora Libia del Carmen Aguilar. Sin embargo, dicho cobro fue reasignado por el banco a otra entidad el 5 de junio de 2013, sin que ACC Consultores sea dueña de la obligación y mucho menos obligada a hacer efectivo el seguro que ampara el riesgo de muerte o incapacidad total y permanente. Por eso, expuso que tanto la tutela como la vinculación se tornan improcedentes.

3.1. Primera instancia:

Previa declaratoria de dos nulidades procesales por indebida notificación a la Aseguradora Solidaria de Colombia y por falta de vinculación a algunas entidades, el Juzgado 2° Civil Municipal de Villavicencio en sentencia del 1° de noviembre de 2013, tuteló los derechos fundamental al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de la accionante, por lo cual ordenó a la Aseguradora Solidaria de Colombia que en el término de 3 días hábiles siguientes a la notificación de ese proveído, procediera a realizar los trámites necesarios para pagar al Banco Pichincha, como tomador de la póliza de seguro vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación crediticia adquirida por la señora Libia del Carmen Aguilar Cuenza.

Fundamentó su decisión en que la acción de tutela es procedente porque la accionante se encuentra en una situación de indefensión frente a la entidad financiera y a la aseguradora, sumado que tiene una condición de debilidad manifiesta porque debido a la invalidez no puede trabajar y porque la pensión constituye el único ingreso que posee para sustentar el hogar como madre cabeza de familia de dos hijos dependientes económicamente. Esas dos situaciones llevaron al a quo a señalar que los otros mecanismos judiciales con que cuenta la accionante, si bien son idóneos, resultan ineficaces para superar la inminencia en la

afectación de sus derechos.

Señaló que atendiendo a las condiciones generales del seguro de vida grupo deudores y a la firma de la declaración de asegurabilidad por parte de la accionante, como la Aseguradora Solidaria de Colombia no realizó ningún tipo de examen médico a Libia del Carmen ni le exigió allegar uno con el fin de determinar su estado de salud para dejar en claro las preexistencias y exclusiones del contrato, no puede ahora pretender evadir la cobertura del riesgo asegurado mediante la figura de la objeción, cuando tuvo una actuación negligente que impidió establecer las condiciones de salud de aquella. Por ende, indicó que debe proceder a generar la cobertura sin anteponer traba alguna.

Finalmente, exoneró de toda responsabilidad frente a la vulneración de derechos fundamentales, al Banco Pichincha y a los demás vinculados.

3.2. Impugnación presentada por la Aseguradora Solidaria de Colombia:

Por medio de su representante legal, la Aseguradora Solidaria de Colombia impugnó la decisión del a quo, esgrimiendo que (i) el fallo se dedicó a estudiar exclusivamente la procedencia de la tutela para proteger los derechos tutelados, pero prescindió del análisis de conceptos importantes en el marco del contrato de seguros, como son el hecho generador previo y la reticencia, ya que la señora Libia del Carmen Aguilar Cuenza al momento de firmar la declaración de asegurabilidad, no manifestó los quebrantos de salud que tenía y que posteriormente generaron la invalidez o incapacidad total y permanente, lo que estructuró la reticencia; (ii) desconoció que según el artículo 1158 del Código de Comercio, el asegurador puede prescindir del examen médico sin que ello implique que el asegurado esté exento del deber de informar sinceramente su estado de salud y las enfermedades que padece; y (iii) que la accionante cuenta con otros medios de defensa judicial para hacer valer los derechos que estima tiene frente al contrato de seguros, entre ellos, acudir al juez civil en quien reside la competencia natural para definir el asunto. Basado en esos tres argumentos, pidió revocar la decisión del a quo y, en su lugar, negar el amparo por improcedente.

3.3. Segunda instancia:

El Juzgado 1º Civil del Circuito de Villavicencio, mediante sentencia del 7 de febrero de

2014, revocó en su totalidad la providencia impugnada y concedió el amparo del derecho fundamental de petición que estimó fue vulnerado por el Banco Pichincha, por lo cual le ordenó a éste que diera respuesta a los ítems 2 y 3 de la petición que el 16 de enero de 2013 radicó la actora, relativos a la entrega de la copia de la declaración de asegurabilidad que suscribió y a resolver lo atinente a la solicitud de prórroga para el pago de la obligación crediticia. Además, negó el amparo constitucional en relación con los demás derechos y entes vinculados al trámite constitucional.

Para sustentar su decisión, el ad quem señaló que (i) la acción de tutela es procedente contra entidades financieras, aseguradoras y entes territoriales; (ii) que si bien la actora en su petición solicitó el pago del riesgo asegurado por haber acaecido la incapacidad, también tenía otras pretensiones que correspondía resolver al Banco Pichincha, dentro de ellas, la referente a la refinanciación del crédito de libranza credioficial hasta tanto le fuera reconocida la pensión de invalidez y pudiera pagar la cuota mensual. Como ese punto no fue resuelto, estimó que el derecho fundamental de petición se vulneró; (iii) que la actora cuenta con el proceso civil para exponer los reclamos que tenga contra la aseguradora por la objeción que realizó derivada de la supuesta reticencia, siendo ese el escenario natural para resolver las controversias de origen contractual; y, (iv) finalmente, observó que la actora no está ante un perjuicio irremediable que habilite el amparo transitorio porque desde junio de 2013 está recibiendo su mesada pensional, lo que torna improcedente el amparo constitucional frente al mínimo vital.

II. TRÁMITE EN SEDE DE REVISIÓN:

1. Mediante auto de 9 de septiembre de 2014, el Magistrado Sustanciador titular, Dr. Luis Ernesto Vargas Silva, dispuso oficiar al Banco Pichincha para que remitiera con destino al expediente de la referencia, (i) copia de la solicitud de crédito realizado el 15 de abril de 2011 por la accionante Libia del Carmen Aguilar Cuenza; y, (ii) copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por la misma accionante respecto de dicho crédito. Lo anterior por cuanto las que obran en el expediente carecen de legibilidad, siendo documentos indispensables para resolver el asunto.

En respuesta a lo anterior, el representante legal del Banco Pichincha aportó copia legible de la solicitud de crédito No. 2394326 y de la declaración de asegurabilidad que la

accionante firmó para respaldar la obligación adquirida con un seguro de vida grupo deudores.

2. En el mismo auto se dispuso suspender los términos para resolver hasta tanto las pruebas decretadas fuesen recaudadas y evaluadas, con el fin de presentar el correspondiente proyecto de decisión.

III. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS DE LA CORTE.

1. Competencia.

Esta Corte es competente para revisar las decisiones judiciales antes descritas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, y 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, atendiendo a la selección y el reparto efectuado el 29 de mayo de 2014.

2. Problema Jurídico y metodología de decisión:

De acuerdo con los hechos expuestos, en este caso se plantea el siguiente problema jurídico a resolver: ¿Una aseguradora vulnera los derechos fundamentales a la vida y al mínimo vital de una deudora de un crédito de libranza, al negarse a pagar la póliza del seguro de vida por el riesgo de invalidez, alegando que ésta había sido reticente al firmar la declaración de asegurabilidad porque la enfermedad que ocasionó la pérdida de capacidad laboral generando la incapacidad total y permanente de la asegurada, fue adquirida con anterioridad a la fecha de celebración del contrato de seguro?

Para resolver la cuestión planteada, estima la Sala la necesidad de ocuparse de los siguientes temas: (i) reiterará su jurisprudencia sobre la procedencia de la acción de tutela en contra de entidades bancarias y/o aseguradoras; (ii) luego referirá a las reglas sobre el requisito de subsidiariedad; (iii) después examinará los recientes casos en los que se ha debatido, en sede de revisión de tutelas, la negativa del pago de pólizas de seguros, concentrándonos en la tensión que se presenta entre la aplicación estricta de cláusulas contractuales y los derechos al mínimo vital y a la vida en condiciones dignas de personas vulnerables; para que, una vez trazada la regla sistemática de decisión sobre el punto, (iv) se proceda a su aplicación en el caso concreto.

3. Procedencia de la acción de tutela contra particulares que ejercen actividades financieras y/o aseguradoras. Reiteración de jurisprudencia.

3.1. La Constitución Política en su artículo 86 inciso 5° y el Decreto 2591 de 1991 en su artículo 42, señalan la procedencia excepcional de la acción de tutela contra particulares. No obstante, para su adecuado trámite, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido que la procedencia de la misma se soporta en tres aspectos cuyo análisis se orienta: i) en función de los derechos fundamentales vulnerados, ii) frente a la oportunidad y a las características de la conducta desplegada por el particular que tenga la virtud de ponerlos en riesgo, y iii) analizando la situación fáctica en que se encuentren víctima y agresor, o al tipo de vínculo que exista entre ellos[10].

De igual manera, la condición del sujeto pasivo contra quien se interpone la acción de tutela determina la procedencia de este mecanismo excepcional. Por ello, el legislador consideró que el sujeto pasivo de la tutela debía cumplir con alguna de las siguientes condiciones especiales: (i) ser prestador de un servicio público, (ii) que su comportamiento afecte de forma directa y grave el interés colectivo, y que (iii) su conducta genere situaciones de indefensión o subordinación. En esos casos puntuales, la acción de tutela se habilita como instrumento para proteger los derechos fundamentales de las lesiones que provengan de particulares, sobre todo porque en muchas de las relaciones se sitúan ciertos individuos en condición de inferioridad.

3.2. Amparada en ese contexto, de forma pacífica la jurisprudencia constitucional ha sostenido que la acción de tutela procede frente a particulares que ejercen actividades bancarias y aseguradoras. Como lo referenció la sentencia T-830 de 2014[11], ello se explica por varias razones, a saber: “[p]rincipalmente, porque esta clase de entidades ejercen un papel determinante en la economía nacional, de tal forma que las sitúa en una posición privilegiada respecto de los ciudadanos o habitantes de nuestro país. Esos privilegios pueden traer consigo, directa o indirectamente, voluntaria o involuntariamente, la subordinación y/o indefensión de los particulares frente a ellas. De allí que, incluso, las haya considerado prestadoras de un servicio público”.

Precisamente, esta Corporación ha señalado que las entidades que prestan o ejercen actividades financieras, son consideradas prestadoras de servicios públicos. Así, en la

sentencia T-738 de 2011[12], se dijo 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[13]- de acuerdo con el artículo 355 Constitucional-”.

Por tal motivo, al enmarcarse dichas actividades dentro del concepto de servicio público y dado la magnitud de los productos comerciales que ofrecen a los ciudadanos, no es posible que éstos carezcan de mecanismos eficaces para la defensa de sus derechos cuando se encuentren vulnerados por relaciones asimétricas que los ubiquen en grado de indefensión y/o subordinación, convirtiéndose la tutela en una garantía de protección. Es más, como lo indicó la sentencia T-398 de 2014[14], aplicable al caso bajo examen, “[l]as razones por las cuales las entidades aseguradoras deciden no pagar las pólizas de seguro, deben contar con suficiente fundamento jurídico especialmente en aquellos eventos en que el pago de la póliza incida en el ejercicio y goce de los derechos fundamentales”, porque de lo contrario, la acción de tutela se torna procedente para evitar quebrantos iusfundamentales.

3.3. De acuerdo con lo anterior, las entidades bancarias y/o aseguradoras son prestadoras de un servicio público y sus usuarios se encuentran en posición de indefensión respecto de ellas. Por consiguiente, el recurso de amparo puede ser usado como un control judicial, cuando quiera que con sus acciones u omisiones atenten o pongan en peligro los derechos fundamentales.

4. Reglas jurisprudenciales que enmarcan el requisito de subsidiariedad.

En vista de que el juez de segunda instancia revocó el amparo tutelar esgrimiendo que la actora cuenta con otro medio de defensa judicial -proceso civil- para exponer los reclamos que tenga contra la aseguradora por la objeción que ésta realizó con base en la figura de la reticencia en la información, disputa que indicó tiene su origen en una relación contractual y que por ende incumple el requisito de subsidiariedad en materia de tutela, corresponde a la Sala pronunciarse sobre esta condición de procedibilidad con el fin de determinar si resulta viable emitir un pronunciamiento de fondo. Para tal fin, reiterará las

reglas que la jurisprudencia constitucional ha definido respecto al requisito de subsidiariedad.

4.1. De acuerdo con el inciso 3º del artículo 86 de la Carta Política, la acción de tutela solo procede cuando el afectado carezca de otro recurso judicial para defender sus derechos, salvo que intente el amparo tutelar como mecanismo transitorio para evitar la configuración de un perjuicio irremediable. Esta regla es la que se conoce como el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela y lo que pretende es evitar que dicha acción se convierta en un sustituto o en una vía paralela a otras instancias. De allí que, los primero llamados a salvaguardar los derechos fundamentales sean los jueces, y sólo por excepción la tutela se habilita como escenario constitucional de protección.

4.2. A partir de lo anterior, sistemáticamente la Corte ha decantado unas sub-reglas que deben tenerse en cuenta en materia de subsidiariedad, las cuales fueron recogidas en la sentencia T-222 de 2014[15] de la siguiente forma: "(…) 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[16]".

Respecto a la primera sub-regla en mención, en cada caso concreto el juez constitucional está en la obligación de estudiar y confirmar que el accionante no cuenta con ningún medio de defensa judicial en el ordenamiento jurídico para ventilar su solicitud.

Justamente, en aquellas circunstancias en las cuales tal estudio refleja que el afectado si tiene a su disposición algún medio, se habilita la segunda sub-regla que exige verificar que el mecanismo sea idóneo y eficaz porque el requisito de subsidiariedad no puede convertirse en un ritualismo excesivo que aleje a las personas del disfrute de sus derechos. De esta forma, se entiende que el mecanismo es idóneo cuando sea "materialmente apto para producir el efecto protector de los derechos fundamentales"[17], es decir, que el recurso diseñado permita a la persona debatir la vulneración de sus derechos, sabiendo que

el efecto a producir conlleva la cesación del quebranto señalado. Y es eficaz cuando el medio de defensa “está diseñado de forma tal que brinde una oportuna protección al derecho”[18], esto es, que resuelto el mecanismo de defensa por la autoridad competente, se garantiza la defensa del derecho a tiempo.

Ahora bien, el juez de tutela también debe evaluar que el probable mecanismo tenga el mismo nivel de protección que el amparo constitucional. Significa lo anterior que debe tener una efectividad igual o superior a la de la acción de tutela para lograr que la protección sea inmediata; quiero ello decir que si el medio con que cuenta el actor a pesar de existir y ser idóneo, no cumple con la eficacia y la agilidad necesaria para prodigar la garantía de derechos fundamentales, la tutela se torna procedente[19].

Además de lo anterior, debe analizar si en el caso que examina es predicable la tercera sub-regla señalada, la cual indica que cuando se está en presencia de un sujeto de especial protección, se presume inidóneo e ineficaz el mecanismo de defensa con que cuenta el afectado, salvo que el juez de tutela concluya de las condiciones personales del accionante no le impiden acudir a las vías judiciales en condiciones de igualdad. Contrario a lo que sucede con la sociedad en general, el análisis estricto de subsidiariedad se flexibiliza ante el compromiso de derechos de un sujeto de especial protección constitucional, tema subjetivo que merece un pronunciamiento relevante según cada caso[20].

4.3. En consecuencia, el análisis de subsidiariedad debe hacerse evaluando las circunstancias especiales que revelan cada caso, encontrándose satisfecho cuando el actor pese a contar con otros recursos de defensa, los mismos no son idóneos ni tienen la virtualidad de producir los efectos esperados en protección oportuna del derecho afectado. En esas circunstancias, tanto la protección como las órdenes que se impartan pueden ser definitivas, a menos que el amparo se invoque como mecanismo transitorio para evitar la configuración de un perjuicio irremediable.

5. Pronunciamientos recientes de esta Corte sobre conflictos por el no pago de pólizas de seguros. Tensión existente entre la aplicación estricta de cláusulas contractuales y los derechos fundamentales de sujetos en condición de debilidad manifiesta o vulnerabilidad, cuando se alegan preexistencias o reticencias en el seguro. Reiteración de jurisprudencia.

5.1. En los últimos años esta Corporación ha dictado varias sentencias resolviendo conflictos relacionados con el no pago de pólizas de seguros porque en criterio de las aseguradoras los tomadores no brindaron en la declaración de asegurabilidad la información correspondiente frente a su estado de salud, lo cual posteriormente conlleva a una pérdida de capacidad laboral que termina con la invalidez del asegurado; en esos casos, de forma constante las aseguradoras han aplicado la figura de la reticencia en el seguro derivada de preexistencias médicas del asegurado al tomar la póliza, por lo que disponen el no pago del seguro poniendo en riesgo los derechos fundamentales de las personas, en especial, su derecho al mínimo vital. La grave afectación a tales derechos ha justificado la intervención excepcional de la Corte.

5.2. Esta línea jurisprudencial cuenta con múltiples sentencias, pero en esta oportunidad por tratarse de una reiteración jurisprudencial, la Sala centrará su estudio en las más relevantes que han sistematizado las reglas en la materia. 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 la negativa de pagar el respectivo seguro.

5.2.1 Así las cosas, como punto de partida se hará referencia a la sentencia T-832 de 2010[21]. En esa ocasión la Corte estudió el caso de una señora de 54 años de edad que adquirió en el año 2005 un crédito con un banco, el cual fue amparado por un seguro de vida grupo deudores suscrito con una aseguradora. La señora trabajaba como docente y en el año 2009 su ARP le dictaminó pérdida de la capacidad laboral del 77.5%, motivo por el que fue retirada de la labor que cumplía en el municipio de Villavicencio. Ante tal situación, la peticionaria solicitó a la aseguradora hacer efectivo el seguro pagando la totalidad de la deuda crediticia, pero la respuesta que obtuvo fue la objeción al pago del seguro porque la disfonía que padecía tenía causa anterior a la época en que tomó la póliza. La actora tenía a su cargo una hija de 20 años y una nieta de 6 años, por quienes responde económicamente contando solo con el ingreso que percibía por pensión de invalidez.

Al abordar el estudio concreto del caso, la Corte fijo dos reglas importantes en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguros, a saber: (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radica en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro; y, (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. Así, señaló lo siguiente:

"(…) 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".

Aplicando tales reglas, la Sala Sexta de Revisión estimó vulnerado los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de la peticionaria, toda vez que la objeción realizada por la compañía aseguradora no contaba con las pruebas suficientes para determinar la preexistencia y acentuaba la situación de debilidad manifiesta de la peticionaria que solo contaba con una pequeña pensión para su digna subsistencia. En consecuencia, dispuso que la aseguradora efectuara los trámites necesarios para pagar el saldo insoluto de la obligación crediticia de la actora, por cuanto no existían exámenes médicos previos que permitieran concluir objetivamente que la disfonía era anterior a la fecha en que fue tomada la póliza de seguros.

5.2.2. Casi dos años después, en sentencia T-751 de 2012[22], la Corte estableció algunas reglas relacionadas con cargas que deben cumplir las aseguradoras cuando alegan preexistencias. En dicha providencia analizó dos casos de personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos, los cuales estaban amparados con pólizas de seguros de vida grupo deudores que configuraban el riesgo asegurado siempre que los tomadores perdieran más del 50% de la capacidad laboral y/o tuvieran el suceso denominado muerte.

La consideración central que desarrolló la sentencia giró en torno al principio de buena fe en los contratos de seguros, predicable respecto de los tomadores del seguro y, con mayor grado de exigencia, de las aseguradoras quienes lo materializan en el deber de redactar el clausulado de la póliza eliminando cualquier tipo de ambigüedad, incluyendo expresiones precisas y taxativas de las preexistencias excluidas de cobertura del seguro con el fin de brindar una interpretación fidedigna de lo pactado entre los contratantes. 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”[23].

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”[24]. Ello implica, entonces, que la aseguradora, siguiendo la tesis de la sentencia T-832 de 2010 -ya referida-, debe exigir un examen médico so pena de no poder alegar preexistencias en eventos futuros, y menos aún, objetar el pago de la póliza mediante la figura denominada reticencia.

Aplicando esa regla de la buena fe en los contratos de seguro que implica eliminar ambigüedades contractuales, la Sala analizó en los casos concretos si los accionantes faltaron a la verdad al momento de suscribir las solicitudes de aseguramiento, evento en que la objeción de las aseguradoras se hallaría justificada, o si su declaración fue seria y sincera, supuesto en que la objeción debía ser rechazada; todo lo anterior teniendo en cuenta que se estaba en presencia de sujetos de especial protección constitucional que carecían de recursos económicos para garantizar su digna subsistencia, lo que comprometía sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la vivienda.

De ese análisis concluyó, en un primer caso[25], que existía duda sobre el conocimiento de una preexistencia por parte de la peticionaria al momento de declarar la asegurabilidad, es decir, no era claro ni se logró demostrar por la aseguradora que aquella tuviera conocimiento previo del padecimiento y que lo hubiese ocultado desconociendo el principio

de la buena fe contractual. Por consiguiente, la Sala Primera de revisión señaló que ante la falta de prueba, no era posible aplicar la figura de la reticencia en el seguro por carecer de sustento y, por ende, concedió el amparo ordenando a la aseguradora asumir el pago del saldo insoluto del crédito hipotecario de la actora.

En el segundo caso[26] que estudió, la Sala adujo que la aseguradora no tenía pruebas que acreditaran la reticencia en que había incurrido el tomador difunto del seguro, más aún porque en el dictamen de pérdida de capacidad laboral se reconoció como enfermedad determinante de la invalidez el accidente cerebrovascular y no otros padecimientos del tomador. Lo anterior demuestra que privilegio el principio de buena fe que debe regir los contratos de seguros, salvo que medie prueba en contrario.

5.2.3. Más adelante, en la sentencia T-222 de 2014[27] la Corte resolvió tres expedientes acumulados que tenían en común que los accidentes habían adquirido créditos con entidades financieras, los cuales estaban respaldados por contratos de seguros suscritos con diferentes aseguradoras que ante la invalidez de los tomadores superior al 50%, negaron el pago de las pólizas argumentando que las enfermedades fueron adquiridas con anterioridad a la celebración del contrato y que los peticionarios habían incurrido en reticencia al no informar sus antecedentes médicos en la declaración de asegurabilidad.

En esa oportunidad la Sala Novena de Revisión, luego de trazar la nutrida línea jurisprudencial sobre los conflictos que se derivan por el no pago de la póliza de seguros que ponen en riesgo los derechos fundamentales de las personas a pesar de haber acaecido algún tipo de preexistencia, estableció las siguientes reglas que merecen ser resaltadas[28]: (i) la procedencia de la tutela se habilita cuando el accionante carezca de recursos económicos necesarios para seguir pagando las cuotas del crédito asegurado, además de ser un sujeto de especial protección constitucional; (ii) la familia del asegurado debe depender económicamente de él, por lo que la tutela resulta ser idónea y eficaz garantizar los derechos fundamentales de todo un núcleo familiar; (iii) la carga de declarar no puede convertirse en una carga excesiva para el tomador del seguro, pues existen casos en los que las clausulas son tan ambiguas que no es posible, naturalmente, suministrar con toda certeza las calidades del asegurado; (iv) la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora, y, (v) la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguros, pues de otra manera

no podrá alegar preexistencia alguna en el futuro.

Adicionalmente, al referirse de manera puntual a la figura de la reticencia que contempla el artículo 1058 del Código de Comercio[29], precisó que ésta implica "una mala fe en la conducta del tomador del seguro" quien decide no divulgar información relevante sobre su estado de salud, es decir, involucra una valoración subjetiva del comportamiento silente, lo que dista del trato que se da a las preexistencias porque aparejan un hecho objetivo que no siempre puede entenderse como sinónimo de reticencia; entonces, "la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia". Así, se preguntó la Sala en esa ocasión "¿quién debe probar la mala fe?", a lo cual respondió que "deberá ser la aseguradora" porque es a ella a quien corresponde decir que por los hechos no informados, el contrato de seguros se hizo más oneroso, o porque de haberlos sabido, se habría abstenido de suscribir la póliza respectiva. En síntesis, como lo concluyó esa sentencia,

"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".

Con base en esas reglas, al aplicarlas a los casos concretos terminó concediendo el amparo argumentando la procedencia del mismo y que en ninguno de los casos las aseguradoras habían demostrado la reticencia de mala fe por parte de los tomadores de los seguros de vida grupo deudores.

5.2.4. Ahora bien, en la sentencia T-830 de 2014[30] esta Corporación estudió dos casos acumulados en los cuales las aseguradoras negaron el pago de pólizas de seguros a docentes que sufrieron pérdidas de capacidad laboral superiores al 80%, alegando que las tomadoras incurrieron en reticencia por no informar que padecían enfermedades que, según aquellas, eran preexistentes.

Puntualmente, por ser relevante[31], el primer caso refería a una docente nombrada en propiedad en el municipio de Valledupar, a quien en mayo de 2013 le fue aprobado un crédito que amparó con un seguro de vida cuyo riesgo asegurado era la muerte o la discapacidad total y permanente superior al 50%. Debido a que en septiembre de ese mismo año fue diagnosticada con graves problemas psiquiátricos y calificada con pérdida de capacidad laboral superior al 95.45%, cuyo fecha de estructuración el 1º de septiembre de 2013, la aseguradora negó el pagó del siniestro invocando el artículo 1058 del Código de Comercio, es decir, reticencia porque la tomadora no informó en la declaración de asegurabilidad que tenía enfermedades psiquiátricas.

Al abordar el estudio de ese caso concreto, la Sala Novena de Revisión reiteró la sentencia T-222 de 2014, en cuanto a que las preexistencias no son sinónimo de reticencia pues el artículo 1058 del Código de Comercio castiga la mala fe del tomador del seguro. Por ende, indicó que las aseguradoras deben cumplir con determinadas cargas para eximirse de la responsabilidad de no cumplir con sus obligaciones aduciendo una preexistencia como causal de reticencia, a saber: "(i) probar que la enfermedad fue adquirida antes de la celebración del contrato, pero además, para ello, debió (ii) haber hecho un examen de ingreso que dé cuenta del estado de salud del asegurado. Igualmente, (iii) en caso de haber cumplido con esas cargas, deberá probar que entre la preexistencia y la conducta del tomador existió mala fe. No basta alegar preexistencia sin que se exija demostrar mala fe"[32].

A partir de esas reglas, encontró vulnerados los derechos de la docente inválida porque la aseguradora fue negligente y no demostró que hubiese practicado el examen de ingreso a la tomadora a fin de determinar su estado de salud al momento de firmar el contrato, y se limitó a decir que existía una preexistencia y por tanto reticencia, sin señalar las razones por las cuales consideraba que hubo mala fe en el actuar de la actora. Lo anterior, sumado a la situación de vulnerabilidad por invalidez y carencia de recursos económicos de la accionante. Por consiguiente, ordenó a la aseguradora cancelar el saldo insoluto de la obligación suscrita entre la peticionaria y la entidad bancaria correspondiente.

5.2.5. De forma más reciente, en sentencia T-007 de 2015[33], la Sala Sexta de Revisión de la Corte estudió una acción de tutela que presentó una docente nombrada en propiedad en un plantel educativo de Valledupar, contra una aseguradora que se negó a pagarle el

seguro de vida e incapacidad permanente que adquirió en noviembre de 2002 y que modificó varias veces, siendo la última vez en junio de 2010 cuando disminuyó el valor asegurado a la suma de $40’000.000. La actora durante su desempeño como docente fue calificada con pérdida de la capacidad laboral del 95.45%, con fecha de estructuración del 10 de mayo de 2013 porque padecía de disfonía, laringofaringitis crónica y un quiste en la laringe. Por medio acto administrativo fue retirada del servicio como docente dada su invalidez, lo que motivó el reclamó del seguro, pero obtuvo como respuesta de la aseguradora la objeción al pago de la póliza alegando preexistencia de la enfermedad y que la incapacidad era parcial y no total para ejercer una actividad remuneratoria.

En esa ocasión la Corte concedió el amparo definitivo al mínimo vital y a la protección y asistencia de las personas con discapacidad, ordenando a la aseguradora que efectuará el pago respectivo por cuanto en el clausulado del contrato no se especificaron las preexistencias que generaban exclusión, al igual que presentaba ambigüedades respecto al porcentaje para determinar la invalidez por cuanto no existía un parámetro claro para definir la incapacidad o invalidez del tomador para que se constituya el riesgo asegurado, por lo cual la Sala fijó como regla que se debe garantizar como mínimo bajo el estándar del régimen de seguridad social en pensiones, esto es, cuando la incapacidad supera el 50%. En esos casos, si es superior y no se demuestra la mala fe al omitir reportar la preexistencia, señaló que debe mediar el pago del seguro respectivo.

5.3. Visto el anterior panorama jurisprudencial, la Sala concluye que cuando existe un conflicto entre un sujeto de especial protección constitucional que carece de recursos económicos para subsistir y una aseguradora, relacionado con el no pago de una póliza de seguro porque en criterio de ésta, aquél incurrió en reticencia al no brindar la información real de su estado de salud al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y posteriormente la enfermedad omitida conllevó la pérdida de capacidad laboral del asegurado por invalidez superior al 50%, se debe resolver aplicando las siguiente reglas: (i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; (ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de

forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; (iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso (iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.

6. Del caso concreto:

6.1. De conformidad con los hechos planteados, la señora Libia del Carmen solicitó al Banco Pichincha un crédito de libranza por $20’000.000 que le fue desembolsado el 24 de agosto de 2009 (crédito No. 2109199), y posteriormente refinanció la deuda el 15 de abril de 2011 pidiendo el préstamo bancario de $35’000.000 con el fin de pagar la obligación inicial y dejar un remanente de libre inversión (crédito No. 2394326). Desde el año 2009, garantizó la deuda bancaria con una póliza de seguro de vida grupo deudores que suscribió por disposición de la entidad bancaria, con la Aseguradora Solidaria de Colombia. Para la refinanciación del crédito, la obligación se garantizó bajo la cobertura de la póliza No. 994000000014 suscrita el mismo 15 de abril de 2011, con la respectiva declaración de asegurabilidad.

La accionante, quien se desempeñó como docente de ciencias naturales en un plantel educativo del municipio de Villavicencio, fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 95.3% debido a las enfermedades de disfonía, osteoartritis, hipotiroidismo y túnel del carpo que padecía, siendo fijada como fecha de estructuración de la invalidez el 3 de diciembre de 2012. Por tal motivo, mediante acto administrativo fue retirada del servicio activo como docente desde el 14 de enero de 2013 y sus papeles fueron enviados para liquidar la pensión de invalidez, la cual fue finalmente reconocida por la Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio el 22 de marzo de 2013, por valor bruto de $2’874.075.

Al dejar de percibir el salario, la accionante presentó un derecho de petición al Banco Pichincha el 16 de enero de 2013, solicitando hacer efectiva la póliza de seguro de vida grupo deudores que cubría su crédito, por haber acaecido el riesgo asegurado, es decir, la

incapacidad total y permanente de la deudora. El 29 de enero de 2013 la respuesta de la Aseguradora Solidaria de Colombia fue la objeción al pago del siniestro, alegando reticencia e inexactitud en la información sobre el estado del riesgo porque la actora tenía antecedentes de quebrantos de salud desde el año 2008, los cuales no fueron puestos de presente al momento de suscribir el seguro. Así, indicó que el hecho generador de la invalidez se produjo con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza, siendo tal situación una exclusión de acuerdo con el numeral 1.2.1.2 de la cláusula primera de las condiciones generales del contrato de seguro.

Debido a lo anterior, la accionante incurrió en mora al no poder pagar las cuotas mensuales de la obligación No. 2394326, por lo que ha sido requerida en múltiples ocasiones para que se ponga al día, sin ser posible. Por consiguiente, interpuso la acción de tutela solicitando la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital, al debido proceso, a la vida en condiciones dignas y de petición, para que se ordene a los accionados hacer efectiva la póliza por el riesgo de invalidez con el fin de cubrir el saldo insoluto de la obligación crediticia.

6.2. Con ese bosquejo del asunto, corresponde a la Sala definir si la acción de tutela cumple los requisitos formales de inmediatez y de subsidiariedad, para habilitar excepcionalmente la intervención del juez constitucional contra particulares que ejercen actividades bancarias y aseguradoras, dado que despliegan una posición dominante frente a sus usuarios, quienes se encuentran en situación de indefensión.

Respecto del primero de ellos, la Sala observa que se encuentra acreditado el presupuesto de la inmediatez porque entre la objeción al pago del seguro que realizó la Aseguradora Solidaria de Colombia el 29 de enero de 2013, comunicada a la actora a mediados de febrero de esa misma anualidad y que constituye el hecho presuntamente vulnerador, y la presentación de la tutela el 14 de mayo de 2013, pasaron apenas dos meses. Significa lo anterior que el amparo se presentó dentro de un plazo razonable.

Frente al segundo, es decir, el requisito de subsidiariedad, la Sala considera que si bien la accionante cuenta con otro medio de defensa judicial como es acudir a la jurisdicción ordinaria civil para exigir mediante proceso declarativo el cumplimiento del contrato de seguros y el pago de la póliza, medio que resulta idóneo para controvertir la objeción que

realizó la Aseguradora Solidaria de Colombia, no lo es menos que el mismo es ineficaz por dos razones: (i) la peticionaria es sujeto de especial protección constitucional, motivo por el cual, siguiendo las reglas trazadas por la jurisprudencia constitucional [supra 4.2], el requisito de subsidiariedad se flexibiliza pues lo que es eficaz para el común de la sociedad, para esos sujetos, no lo es. En efecto, la tutelante padece una discapacidad elevada porque perdió el 95.3% de la capacidad laboral, situación que le impide ejercer otra actividad remuneratoria; y, (ii) la actora solo cuenta con un ingreso económico mensual que corresponde a la pensión de invalidez que recibe por un valor bruto de $2'874.015, menos las deducciones legales que efectúa el pagador. Al ser madre cabeza de familia, de ese ingreso dependen sus dos hijos que se encuentran en edad educativa y es la única fuente de satisfacción de las necesidades básicas del grupo familiar. Así mismo, de ese dinero debe disponer la actora una parte para atender sus múltiples quebrantos de salud y poder asistir a los tratamientos médicos que requiere. Por consiguiente, exigirle que asuma una cuota mensual de casi $900.000 para continuar pagando el crédito asegurado, resulta desproporcionado y compromete sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida en condiciones dignas.

De allí que, el acudir a la jurisdicción ordinaria es obligar a la accionante a asumir cargas desproporcionadas que si bien pueden ser soportables para el común de la sociedad, para ella se traduce en una afectación real de derechos fundamentales que sólo puede ser reparada mediante la intervención del juez constitucional, máxime porque los procesos civiles "llevan consigo una serie de trámites (demanda, notificaciones, diligencias judiciales, prácticas de pruebas, etc) que [la accionante no está] en capacidad de cumplir en condiciones de igualdad"[34]. Con ese panorama, la Corte conocerá el fondo del asunto revisado.

6.3. De las pruebas que obran en el expediente y las que fueron allegadas de forma legible en sede de revisión, la Sala encuentra que con el fin de garantizar la obligación crediticia No. 2394326 que suscribió la actora con el Banco Pichincha por $35'000.000 pagaderos en 60 cuotas mensuales, firmó una declaración de asegurabilidad el 15 de abril de 2011 en la cual aparece el membrete de la Inversora Pichincha Compañía de Financiamiento, sin que figure el nombre o alguna constancia específica de la aseguradora que generaba la cobertura. En dicha declaración la señora Libia del Carmen Aguilar a la pregunta "¿he sufrido o sufro alguna enfermedad?", marcó como respuesta la casilla rotulada con NO y

dejó en blanco el informar enfermedades o tratamientos en los que se encontrara. Más adelante, en el texto prediseñado de la declaración de asegurabilidad se observa la siguiente cláusula de adhesión: “Conforme a lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario No. 3380 de 1981, autorizo a la Aseguradora para que pueda conocer todas mis condiciones de salud que posea dentro de una historia clínica cualquier médico, cirujano o entidad médica u hospitalaria, que con carácter profesional me haya atendido en cualquier momento de mi vida. Renuncio, por lo tanto, a todas las disposiciones de la ley y de la deontología médica que prohíbe relevar información médica adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento”.

Según informó el Banco Pichincha y la Aseguradora Solidaria de Colombia, esa declaración de asegurabilidad fue la que permitió a la accionante hacer parte de la póliza de seguro vida grupo deudores No. 994000000014, teniendo cobertura efectiva desde el mismo 15 de abril de 2011. En esa oportunidad, la Aseguradora no realizó un examen médico previo a la actora, ni le solicitó que allegara valoraciones médicas recientes con miras a establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el contrato. Es más, a pesar de tener la autorización expresa de la tomadora, tampoco verificó previamente la información en su historia clínica. A pesar de ello, aceptó el seguro y habilitó la cobertura del riesgo asegurado.

Ahora bien, de acuerdo con las condiciones generales del seguro vida deudores, en el numeral 1.2.1.2 de la cláusula primera se estableció lo siguiente: “Exclusiones: (…) 1.2.2.1. Cuando el evento generador se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en el presente anexo”. A partir de esa redacción, cuando la actora efectuó el reclamó por haber ocurrido el riesgo asegurado debido a su pérdida de capacidad laboral por incapacidad total y permanente superior al 50%, la Aseguradora objetó la reclamación alegando que las enfermedades que motivaron la invalidez fueron preexistentes al seguro y, por ende, generan una exclusión taxativa.

Al analizar la Corte la cláusula en comento, considera que las reglas jurisprudenciales han decantado con claridad que los contratos de seguro se rigen por el principio de la buena fe predicable respecto de ambos contratantes y que se materializa en el deber de establecer con precisión y de forma taxativa las preexistencias específicas que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado. En el presente caso, la cláusula en comento es abierta y

genera ambigüedad, ya que jamás fueron determinadas con certeza y anterioridad las preexistencias no cubiertas por el seguro, siendo esa una exigencia trascendental para eximir del pago de la póliza.

Así las cosas, luego de revisar la nutrida historia clínica de la actora, la Sala observa que desde el año 2008 venía presentando quebrantos de salud sucesivos derivados de la disfonía leve que afectaba su labor como docente y que se fue agravando con el paso de los años, al igual que desde el año 2010 consultó al médico por el síndrome del túnel del carpo, dos de las cuatro enfermedades que finalmente sumaron puntos al momento de determinar la invalidez de la actora. No obstante lo anterior, la Aseguradora ni en el escrito de objeción a la reclamación del seguro, ni en la respuesta que dio a la acción de tutela, logró demostrar que tales preexistencias fueran conocidas con certeza por la actora o que ésta hubiese incurrido en mala fe contractual al ocultar la información médica relevante; por consiguiente, la Aseguradora no podía derivar de la conducta silente la sanción de reticencia en el pago del seguro que contempla el artículo 1058 del Código de Comercio.

En ese orden de ideas, no se encuentra en el expediente ninguna prueba que acredite la mala fe de la señora Aguilar. En otros términos, no se practicó un examen de ingreso, no se probó que la enfermedad era conocida con certeza por la actora antes de celebrarse el contrato, y muchos menos que hubo mala fe en el actuar de la petente; en consecuencia, la reticencia es inoponible en el presente caso.

A lo anterior debe sumársele que la persona que interpone la acción de tutela padece una enfermedad que la sitúa en grave condición de vulnerabilidad, pues no se trata de cualquier clase de discapacidad sino que presenta una pérdida de capacidad laboral que supera el 95%, lo que dificulta que pueda conseguir ingresos económicos para pagar el crédito bancario. Y es que, resulta un contrasentido que la Aseguradora que dio vigencia de cobertura al seguro desde abril de 2011 y que recibió por varios meses el pago de la prima sin manifestar oposición alguna, sólo ante la noticia de la invalidez de la actora procedió a negar el pago señalando preexistencias médicas que jamás precisó. Como lo indicó esta Corporación en la sentencia T-830 de 2014, “[n]o es constitucionalmente aceptable que la entidad accionada -refiriéndose a una aseguradora- celebre contratos para luego, con personas que normalmente padecen eventos traumáticos, no honrarlos”.

Justamente ese actuar de la Aseguradora Solidaria de Colombia es el que vulnera los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida en condiciones dignas de la accionante Libia del Carmen Aguilar, ya que no existen exámenes médicos previos ni pruebas que permitan aplicar la figura de la reticencia para eximirse de responder por el pago de la póliza de seguro vida grupo deudores No. 994000000014. El no honrar esa obligación genera un perjuicio grave a la actora, quien podría verse convocada por la entidad bancaria a un proceso ejecutivo para el cobro de las obligaciones crediticias, e incluso, a un eventual reporte en las centrales de riesgo que afectaría el derecho fundamental al hábeas data de la actora.

6.4. Puestas así las cosas, en síntesis, la Sala considera que se encuentran vulnerados los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida en condiciones dignas de la accionante, por parte de la Aseguradora Solidaria de Colombia que objetó el pago del seguro vida deudores que en abril de 2011 suscribió la señora Libia del Carmen Aguilar, alegando la preexistencia de dos de las cuatro enfermedades que sirvieron para determinar la invalidez de la tomadora, sin contar con el examen médico previo, sin demostrar que los padecimientos médicos eran conocidos con certeza por la actora antes de celebrar el contrato de seguros, y sin probar una conducta constitutiva de mala fe contractual con la cual fuese viable aplicar la sanción por reticencia que contempla el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por esas razones, esta Sala tutelará los derechos fundamentales señalados y, en consecuencia, ordenará a la aseguradora cumplir con sus obligaciones contractuales cancelando el total insoluto de la obligación crediticia que la peticionaria adquirió con el Banco Pichincha.

IV. 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: LEVANTAR el término de suspensión dentro del trámite de la referencia.

SEGUNDO: REVOCAR el fallo proferido el 7 de febrero de 2014 por el Juzgado 1º Civil del Circuito de Villavicencio, que revocó la decisión del juez de primera instancia y tuteló únicamente el derecho fundamental de petición. En su lugar, CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida en condiciones dignas de la señora Libia del Carmen Aguilar Cuenza.

TERCERO: ORDENAR al representante legal de la Aseguradora Solidaria de Colombia, o a quien haga sus veces, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el pago del saldo insoluto de la obligación adquirida por Libia del Carmen Aguilar Cuenza con el Banco Pichincha, de acuerdo con la información actualizada que reporte la entidad bancaria. De igual forma, en caso de haberse iniciado algún proceso ejecutivo en su contra, se ordena su terminación de conformidad con las consideraciones hechas en la parte motiva de esta providencia.

CUARTO: 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.

MYRIAM ÁVILA ROLDÁN

Magistrada (e)

MARÍA VICTORA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Cfr. Folios 5 y 6 del cuaderno principal.

[2] Cfr. Folios 1 a 4 del cuaderno principal.

[3] La accionante aporta a folios 84 a 86 del cuaderno 1, el historial crediticio que reporta Datacrédito, en el cual se observa que ha tenido diferentes créditos con buen comportamiento y que se encontraban al día.

[4] Con más de 350 folios, la accionante demuestra los quebrantos de salud que ha sufrido desde el año 2006 y las constantes incapacidades médicas que le fueron emitidas por enfermedad profesional. A folios 70 y 71 del expediente, allegó fotocopia del dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez, realizado el 3 de diciembre de 2012 por una médica especialista en salud ocupacional de Servimédicos EPS, en el cual se concluye que la actora padece una PCL del 95.3%. En dicho dictamen fueron valoradas la historia clínica, las epicrisis y los conceptos de salud ocupacional emitidos desde el año 2007. Como fecha de estructuración de la invalidez fue establecida el 3 de diciembre de 2012, es decir, el mismo día en que se emitió el dictamen.

[5] Cfr. Folios 72 y 73 del expediente.

[6] Cfr. Folio 76 del cuaderno 1.

[7] Cfr. Folios 80 a 82 del cuaderno principal.

[8] A folio 465 a 468 del cuaderno 1, se observan fotocopias de la solicitud de crédito oficial y de la declaración de asegurabilidad que firmó la señora Libia del Carmen Aguilar Cuenza. En esta se le preguntó si había sufrido o sufría de alguna enfermedad, y la respuesta que marcó fue “no”.

[9] A folios 486 a 490 del cuaderno 1, se observa la carta de objeción por reticencia de fecha 29 de enero de 2013, que envió la Aseguradora Solidaria de Colombia al Banco Pichincha.

[10] Sentencia T-490 de 2009 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

[11] (MP Luis Ernesto Vargas Silva). Sobre el punto también se puede consultar la sentencia T-222 de 2014 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

[12] (MP Mauricio González Cuervo).

[13] Esta cita viene incluida en la transcripción que se hace de la 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."

[14] (MP Jorge Iván Palacio Palacio).

[15] (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

[16] 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[16]. 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.

[17] Sentencia T-211 de 2009 (MP Luis Ernesto Vargas Silva), reiterada en las sentencias T-113 de 2013, T-224 de 2014 y T-830 de 2014 (todas del MP Luis Ernesto Vargas Silva).

[18] Ibíd.

[19] Sobre el punto, la sentencia T-662 de 2013 (MP Luis Ernesto Vargas Silva) precisó lo siguiente: “la 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; (ii) si es posible hallar circunstancias que excusen o justifiquen que el interesado no haya promovido los mecanismos ordinarios que tiene a su alcance; (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”.

[20] En sentencia T-398 de 2014 (MP Jorge Iván Palacio Palacio), la Sala Quinta de Revisión señaló: “los medios de defensa con los que cuentan los sujetos de especial protección constitucional se presumen inidóneos. Sin embargo, en cada caso, la condición de vulnerabilidad (persona de la tercera edad, niño o niña, persona en situación de discapacidad, etc.), debe ser analizada por el juez de tal forma que lo lleve a considerar que efectivamente, por sus características, en esa circunstancia en particular, se encuentra en imposibilidad de ejercer el medio de defensa en igualdad de condiciones”.

[21] MP Nilson Pinilla Pinilla.

[22] MP María Victoria Calle Correa.

[24] Ibíd.

[25] El primer caso se trataba de una docente que en el año 2004 adquirió un crédito de vivienda respaldado con la póliza de seguros, y que posteriormente en el año 2009 fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 91.15% por enfermedad común, al padecer deficiencia por esquizofrenia y por disminución de la actividad motor. Debido a ello, fue retirada del servicio educativo y solicitó hacer efectiva la póliza, obteniendo una respuesta negativa de la aseguradora porque al suscribir el contrato de seguros la tomadora no había informado que padecía cáncer desde el 28 de febrero de 2000.

[26] El segundo caso se relaciona con un señor que adquirió un crédito en el año 2008 respaldado mediante seguro de vida e incapacidad total y permanente, a quien en el año

2010 le fue calificada la pérdida de capacidad laboral del 85.50% como consecuencia de un accidente cerebrovascular, con fecha de estructuración 10 de noviembre de 2009. Al solicitar el pago del seguro, el mismo fue objetado por la aseguradora alegando que en la declaración de asegurabilidad el tomador había indicado no tener enfermedades, sin embargo, con anterioridad a la suscripción de la póliza ya tenía varios diagnósticos médicos relevantes que no informó; en consecuencia, por esa omisión incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad del contrato de seguros. Ante la muerte del tomador, su cónyuge presentó la tutela alegando no tener recursos económicos porque estaba pendiente del reconocimiento de la pensión de sobrevivientes y de ella dependían sus dos hijas menores de edad.

[27] (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

[28] Esas reglas pueden ser consultadas en las páginas 28 y 29 de la sentencia T-222 de 2014, donde se encuentran ampliamente explicadas.

[29] "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".

[30] (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

[31] En esta oportunidad no se hará referencia al segundo caso que analizó esa sentencia porque la situación fáctica planteada es diferente a la que ocupa actualmente la atención de la Sala, ya que el debate giró respecto a una póliza de vida grupo educadores que una docente adquirió para asegurar su estabilidad económica, y no a un seguro vida deudores derivado de la adquisición de un crédito bancario.

[32] Sentencia T-830 de 2014, página 23, parte final.

[33] (MP Jorge Iván Palacio Palacio).

[34] Sentencia T-662 de 2013, reiterada en la T-830 de 2014 (ambas del MP Luis Ernesto Vargas Silva).