

T-428-15

SENTENCIA T-428/15

(Julio 8)

ACCION DE TUTELA PARA DIRIMIR CONFLICTOS DE NATURALEZA CONTRACTUAL FRENTE A POLIZAS DE SEGUROS EN SALUD-Improcedencia por existir otro medio de defensa judicial

Atendiendo a la naturaleza contractual y económica del conflicto, la Sala decidió declarar improcedente la acción por falta de subsidiariedad. Se declara improcedente la acción de tutela al constatar que existen medios ordinarios idóneos y eficaces, proceso civil ordinario, para tramitar las pretensiones de la accionante y que, de las pruebas anexadas al expediente, no se evidencia el posible acaecimiento de un perjuicio irremediable. La acción de tutela no es procedente para dirimir conflictos de naturaleza contractual derivados de las pólizas de seguros, cuando versen sobre la aplicación de las cláusulas y no se evidencie la posibilidad del acaecimiento de un perjuicio irremediable que pueda derivar en la vulneración de los derechos a la vida, salud e integridad personal

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA Y POLIZA DE SEGUROS-Diferencias

Referencia: Expediente T-4.824.806

Fallos de tutela objeto de revisión: Sentencia del Juzgado cuarenta y dos (42) Civil del Circuito, del nueve (09) de febrero de dos mil quince (2015) que confirmó la sentencia del Juzgado treinta y nueve (39) Civil Municipal de Bogotá, del veintitrés (23) de septiembre de dos mil catorce (2014).

Accionantes: Ana Milena Valdés Zapata, en nombre propio y de sus hijas Juliana, Ana María y Valentina Valencia.

Accionado: Seguros de Vida Suramericana.

Magistrados de la Sala Segunda de Revisión: Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez y Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

Magistrado

Sustanciador: MAURICIO

GONZÁLEZ CUERVO.

I. ANTECEDENTES.

1. Demanda de tutela[1].

1.1. Elementos y pretensión.

1.1.1. Derechos fundamentales invocados. Salud, seguridad social y mínimo vital.

1.1.2. Conducta que causa la vulneración. La terminación unilateral del seguro de salud suscrito entre las partes, por parte de Seguros de Vida Suramericana alegando el ocultamiento de información relevante para la determinación del riesgo asegurable.

1.1.3. Pretensión. Ordenar a Seguros de Vida Suramericana que reactive el seguro suscrito entre las partes y que, por consiguiente, cubra los gastos de hospitalización de su hija Valentina.

1.2. Fundamentos de la pretensión.

1.2.1. La accionante es madre cabeza de familia y trabaja como comerciante.

1.2.2. El 24 de mayo de 2014 suscribió una póliza de cobertura en salud con Seguros de Vida Suramericana en favor suyo y de sus tres hijas.

1.2.3. Refiere la actora que dos de sus hijas, Valentina y Ana María, han presentado quebrantos de salud; al respecto resalta que al momento de la presentación de la acción de tutela, Valentina se encontraba internada en el Hospital San José en la ciudad de Bogotá por intoxicación con plomo.

1.2.4. Manifiesta que aunque, en ocasiones anteriores Suramericana había asumido los costos de las hospitalizaciones de sus dos hijas, entre el 02 de julio y el 23 de julio de 2014, fechas en las que estuvo hospitalizada Valentina por contaminación con plomo, le fue informado que “la compañía SURA ya no cubriría más los gastos de Valentina”, razón por la cual le fue indicado que debía cancelar la suma de \$5.000.000 para continuar el tratamiento.

1.2.5. El 25 de julio la accionante recibió la comunicación formal de la aseguradora, en la que le informaban la terminación del contrato. La razón esbozada por Seguros de Vida Suramericana para tomar dicha decisión, consistía en que la actora no informó al momento de la suscripción de la póliza que “Valentina estuvo hospitalizada en la clínica León XIII desde el día 05 de mayo, hasta el 23 de mayo de 2014”, es decir, un día antes de la celebración del contrato, y la omisión de referir los antecedentes de asma de su hija Ana María. Circunstancias que expresamente fueron preguntadas en el contrato para determinar el riesgo asegurable y que la accionante omitió señalar.

1.2.6. Al respecto, manifiesta la accionante que no le fueron realizadas preguntas en este sentido al momento de la suscripción de la póliza. También refiere que no le fue practicado, ni a ella ni a sus hijas, ningún examen por parte de la aseguradora, para efectos de la celebración del contrato.

1.2.7. La actora afirma que ha tenido que asumir onerosos gastos para garantizar la atención de su hija y que desde el 12 de agosto debió remitirse a la ciudad de Bogotá a asumir de forma particular los gastos de la hospitalización de Valentina.

1.2.8. En consecuencia solicitó ordenar a la entidad continuar con el desarrollo del contrato de medicina prepagada, atendiendo especialmente a la condición de su hija Valentina quien se encuentra internada actualmente por intoxicación con plomo, sin que se identifique el origen; patología que ha sido tratada bajo la cobertura de la póliza y que no supone una preexistencia.

2. Respuesta de la entidad accionada.

2.1. Respuesta de la Secretaría Distrital de Salud[2].

En primer lugar refiere la entidad que la accionante se encuentra identificada en el FOSYGA BDUA como cotizante activa al Régimen Contributivo, de la EPS Coomeva. En consecuencia, no tiene posibilidad de ser beneficiaria de los subsidios en salud financiados con los recursos del régimen subsidiado.

En segundo lugar, manifiesta que los planes voluntarios de atención complementarios al POS son de naturaleza privada y se rigen por las directivas que establezca la

Superintendencia Nacional de Salud. Sin embargo, refiere que Suramericana debe aportar las pruebas referentes a las supuestas preexistencias alegadas para dar por terminado el contrato y, así mismo recuerda que dicha entidad no puede desconocer los pronunciamientos de la Corte Constitucional en virtud de los cuales si “al ingreso del asegurado al plan voluntario del seguro médico no se dejaron explícitas las preexistencias halladas en ese momento, o si no se encuentran claramente precisadas por falta de exámenes o que si a pesar de estos no se pudieron establecer con claridad las enfermedades o dolencias de los asegurados” no podrán ser invocadas posteriormente por parte de la empresa que administra el plan de beneficios otorgado por la póliza.

Finalmente solicita la desvinculación de la entidad por falta de competencia.

2.2. Respuesta de Suramericana[3].

La entidad enfatiza en su calidad de empresa privada, según la cual no hace parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, considera que no es procedente solicitar la aplicación del régimen de las EPS o de las entidades prestadoras del servicio de Medicina Prepagada a través de la acción de tutela. Sobre el particular, resalta que el contrato suscrito con la actora consiste en un seguro de salud, regido por la Ley 1438 de 2011 que, en consecuencia, todo conflicto que se derive de dicha relación, debe ser discutido ante la jurisdicción ordinaria.

Al respecto, recuerda que el contrato celebrado por la accionante se rige por los principios de autonomía de la voluntad privada, la buena fe y la asunción de riesgos sometidos a las condiciones determinadas por las partes. Respecto de este último punto, resalta que los riesgos asegurables son aquellos que se presentan durante la vigencia del contrato y que no se derivan de hechos anteriores omitidos o negados por el asegurado al momento de la suscripción del documento. Así mismo, refiere que, a diferencia de los contratos de medicina prepagada, las pólizas de seguro no deben contar con la aprobación previa de los clausulados generales por parte de la Superintendencia de Salud.

En esta medida aclara que, contrario a lo afirmado por la accionante, las partes no suscribieron un contrato de medicina prepagada, sino una póliza de seguros, regida por el Código de Comercio.

Respecto de la indagación acerca de las condiciones de salud de la actora y sus hijas, la entidad refiere que la accionante firmó un documento denominado “Declaración de Asegurabilidad” en el que declaró que ni ella ni sus hijas padecían de ciertas condiciones médicas o se encontraban en tratamientos en curso, información que luego fue desvirtuada por la aseguradora. Esta circunstancia dio lugar a la terminación unilateral del contrato por incumplimiento de las obligaciones de la otra parte. Lo anterior, de acuerdo a lo estipulado en el inciso 2 del artículo 41 de la Ley 1438 de 2011.

Finalmente refiere que no hay lugar a la procedencia de la acción por la existencia de un perjuicio irremediable, toda vez que Valentina, la hija de la accionante que se encuentra en tratamiento, está siendo atendida a través de su EPS, Coomeva, en la Clínica San José, en la ciudad de Bogotá.

3. Fallos de tutela objeto de revisión.

3.1. Primera instancia: Sentencia del Juzgado treinta y nueve (39) Civil Municipal de Bogotá, del veintitrés (23) de septiembre de dos mil catorce (2014). [4]

El juez de primera instancia negó la acción de tutela considerando que, si bien la jurisprudencia ha sido clara en señalar que en los contratos de seguro médico es necesario que, al momento de la suscripción del documento se señalen de forma taxativa y expresa las exclusiones y, en consecuencia, no es de recibo que, en ejecución del contrato, la aseguradora incluya una preexistencia o niegue un servicio médico que no haya sido excluido en el contrato; en el caso concreto le asiste razón a la entidad accionante, en cuanto efectivamente la actora omitió informar sobre las condiciones de salud de su hija Valentina, quien se encontraba en tratamiento por una intoxicación por plomo producida días antes de la firma del contrato. Omisión que también se extendió a la historia clínica de su hija Ana María quien sufría de asma.

Por esta razón, consideró que la decisión de la aseguradora de dar por terminado el contrato de forma unilateral, se ajustó a las condiciones pactadas en el contrato y aceptadas por la actora.

3.2 Impugnación[5].

Manifiesta la accionante que en virtud del artículo 365 de la Constitución Política, los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y, por tanto, es deber del mismo garantizar su prestación eficiente. En consecuencia, teniendo en cuenta que el artículo 49 establece que la salud es un servicio público, considera la actora que corresponde al Estado solucionar este tipo de conflictos.

De la misma forma, refiere que los planes de medicina prepagada son planes adicionales de atención en salud en los que, para la afiliación, las entidades prestadoras del servicio deben practicar exámenes para determinar las enfermedades que la persona padece o ha padecido. En consecuencia, considera que la entidad accionada incurrió en una omisión y no puede alegar preexistencias que no fueron determinadas al momento de la suscripción del contrato por la falta de realización del examen.

3.3. Segunda Instancia: Sentencia del Juzgado cuarenta y dos (42) Civil del Circuito, del nueve (09) de febrero de dos mil quince (2015)[6].

El juez confirmó el fallo de tutela proferido en sede de primera instancia, al constatar que, contrario a lo afirmado por la accionante, lo suscrito entre las partes fue un contrato de seguro y no un contrato de medicina prepagada. En consecuencia, en el caso concreto, Seguros de Vida Suramericana no asumió el deber de prestar servicios de salud, sino se obligó a devolver los gastos en los que hubiere incurrido la asegurada.

Respecto de la terminación del contrato, recordó la sentencia T-196 de 2007, en la que la Corte Constitucional, adoptando una jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, afirmó que las aseguradoras podían declarar la nulidad relativa del contrato cuando el asegurado incurre en reticencia en la declaración sobre el estado de salud, siempre y cuando la entidad no se allane al conocimiento. Teniendo en cuenta este pronunciamiento, encontró en el caso concreto que la accionante efectivamente omitió informar las condiciones de salud de sus hijas y que, por el contrario, la aseguradora fue clara al manifestar que enfermedades como el asma, condiciones como pérdidas anatómicas funcionales y deformidades corporales, estaban excluidas de la póliza.

4. Actuaciones realizadas en sede de revisión.

Mediante comunicación recibida el veintidós (22) de junio de dos mil quince (2015) el señor

Álvaro Andrés Motta, en calidad de apoderado de Seguros de Vida Suramericana S.A., envió un escrito al despacho del Magistrado Ponente solicitando negar la acción de tutela atendiendo a la naturaleza del contrato celebrado entre las partes.

Al respecto, manifestó el apoderado que el mecanismo de aseguramiento reglamentario del sistema de salud parte de la afiliación a las Entidades Promotoras de Salud, como lo establece la Ley 100 de 1993 y, como lo ha reconocido la Corte Constitucional en sentencias como las T-760 de 2008 y T-859 de 2003. En consecuencia, que los servicios prestados por las aseguradoras se enmarcan en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 que desarrolla los planes voluntarios de salud.

Sobre los contratos de seguro en materia de salud, refiere el señor Motta que se rigen por las disposiciones comerciales y que la “jurisprudencia no puede crear reglas a través de sentencias que desnaturalicen el contrato comercial de seguros en casos concretos”. Resalta que no es dable oponerle a estas entidades los deberes que le asisten a las Entidades Prestadoras de Salud, toda vez que hacer lo contrario, desconocería la naturaleza de las empresas aseguradoras y derivaría en una circunstancia atentatoria contra la seguridad jurídica.

Seguidamente enfatiza en la estructura de los principios de la autonomía de la voluntad privada y de los principios de obligatoriedad como pilares del contrato de seguro, lo anterior, para estudiar la omisión presentada por la accionante en el caso concreto en el que, al momento de la suscripción del contrato, no fueron informadas de forma oportuna a la Aseguradora, las condiciones médicas de la suscriptora y las beneficiarias.

Finalmente analiza las diferencias existentes entre el contrato de seguro y el contrato de medicina prepagada, expone las reglas que jurisprudencialmente ha aplicado este Tribunal respecto a los contratos de seguro y analiza el caso bajo dichos parámetros, para concluir que no existe la afectación a un derecho fundamental.

II. FUNDAMENTOS

1. Competencia.

La Corte Constitucional es competente para revisar la decisión judicial mencionada, con

base en la Constitución Política -artículos 86 y 241 numeral 9- y las disposiciones del Decreto 2591 de 1991 -artículos 31 a 36[7].

2. Procedencia de la demanda de tutela.

2.1. Alegación de afectación de un derecho fundamental. Se alega la vulneración a los derechos fundamentales a la seguridad social, la salud y el mínimo vital (artículos 48, 49 y 53 C.P.).

2.2. Legitimación activa. El artículo 86[8] de la Carta Política establece que toda persona que considere que sus derechos fundamentales han sido vulnerados o se encuentren amenazados, podrá interponer acción de tutela en nombre propio o a través de un representante que actúe en su nombre.

De la misma forma, el Decreto 2591 de 1991, dispone que es “posible agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa”. Caso que se presenta, por ejemplo, respecto de los menores de edad quienes no tienen los medios para solicitar la protección de sus derechos fundamentales directamente.

En el caso particular la actora presenta acción de tutela en nombre propio y como agente oficiosa de sus hijas, solicitando que se ordene a Seguros de Vida Suramericana reactivar la póliza de seguros suscrita entre las partes. Sustenta su pretensión en la amenaza a los derechos fundamentales de su hija Valentina, quien al momento de la presentación de tutela se encontraba hospitalizada sin que la póliza de seguro asumiera el valor de los procedimientos realizados por el centro de salud en el que se encontraba internada.

En consecuencia la acción es procedente, toda vez que la actora puede solicitar la protección de sus derechos fundamentales a través de este medio y, así mismo, puede abogar por la protección de los derechos fundamentales de sus menores hijas, como consecuencia de su condición de madre y representante legal de las mismas.

2.3. Legitimación pasiva. El artículo 5º del Decreto 2591 de 1991[9], establece que la acción de tutela procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas que vulnere o, pueda vulnerar, los derechos fundamentales y contra las acciones u omisiones de

particulares.

Para que este último supuesto tenga lugar es necesario que se cumpla alguno de los supuestos previstos en el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, según los cuales, procede la acción de tutela contra particulares cuando (i) aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud esté encargado de la prestación de un servicio público (de acuerdo a la sentencia C-134 de 1994, se habla de cualquier servicio público); (ii) Cuando exista una relación de subordinación o indefensión del accionante respecto al particular con el particular; (iii) cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud viole o amenace violar el artículo 17 de la Constitución; (iii) cuando se solicite ante el particular la solicitud en ejercicio del habeas data, o cuando se solicite rectificación de informaciones inexactas o erróneas y (iv) cuando el particular actúe o deba actuar en ejercicio de funciones públicas.

En el caso de las entidades financieras y las aseguradoras, esta Corporación ya se ha pronunciado anteriormente en el siguiente sentido,

“(…) 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.”[10]

Adicionalmente, ha reconocido la Corte que en estos casos existe una relación asimétrica entre las partes, toda vez que los bancos y las aseguradoras tienen atribuciones que les otorgan ciertas ventajas sobre los particulares que suscriben sus servicios. Esta situación se evidencia por ejemplo en la naturaleza de los contratos que usualmente ofrecen estas entidades, la gran mayoría son contratos de adhesión que no permiten la participación o discusión de los usuarios y que son realizados por la entidad bancaria o aseguradora, de acuerdo a sus intereses.

Teniendo en cuenta que en el caso concreto se presentó la tutela en contra de la actuación

unilateral de Seguros de Vida Suramericana, entidad con la que la accionante suscribió una póliza de seguro y, evidenciando que dicha decisión versó sobre el clausulado del contrato de adhesión celebrado entre las partes; es claro que la presente acción de tutela es procedente, respecto de la legitimación pasiva, toda vez que existe una clara relación asimétrica, gobernada por un contrato de adhesión.

2.4. Inmediatez. Respecto del requisito de inmediatez, creado por la jurisprudencia constitucional para asegurar la efectividad y la pertinencia de la interposición de la acción de tutela, se encuentra que la actora presentó la acción mientras su hija se encontraba internada en el Hospital San José en la ciudad de Bogotá y la entidad accionada se negaba a asumir los pagos derivados de dicha circunstancia. En consecuencia, la acción constitucional fue presentada en vigencia de la supuesta vulneración a los derechos de la actora y, especialmente, de su hija Valentina, por tanto, es procedente respecto del requisito de inmediatez.

2.5. Subsidiariedad. En virtud del artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela sólo tiene cabida en aquellos casos en que no existe otro medio de defensa judicial, salvo que sea utilizado como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable o cuando sea evidente que dichos medios no son idóneos para la defensa de los derechos fundamentales que se pretenden garantizar.

Respecto a las controversias derivadas de la ejecución de un contrato y aplicación de sus cláusulas, este Tribunal ha sido enfático en que es la jurisdicción ordinaria, el escenario idóneo para desarrollar el debate[11]. Lo anterior, por cuando el juez constitucional no cuenta con las herramientas necesarias para garantizar un debate con la totalidad de los medios probatorios necesarios para determinar las responsabilidades derivadas de una relación contractual y porque escapa de su órbita de conocimiento el desarrollo de estos debates.

Ahora bien, hay contratos que por la naturaleza de las prestaciones a las que se obligan las partes, pueden tener relevancia constitucional en la medida en que tienen la virtualidad de afectar derechos fundamentales. Este es el caso de las pólizas de seguro o los contratos de medicina prepagada donde se puede ver afectado el derecho fundamental a la salud de quien suscribe el contrato por la entidad que ofrece el servicio, en razón de una posible

situación de desigualdad entre los contratantes, o con motivo del incumplimiento de las obligaciones de la entidad que ofrece el servicio.

Por esta razón el juez de tutela debe analizar cada caso concreto para efectos de definir si los mecanismos ordinarios, que en materia contractual siempre resultan el conducto regular para dirimir los conflictos derivados del contrato, son efectivos o si, por el contrario, atendiendo a la situación del accionante, resultan una carga desproporcionada por existir un peligro latente de afectación al derecho fundamental a la salud.

En consecuencia, para efectos de definir si esta Sala debe estudiar de fondo el presente caso, es necesario determinar el tipo de contrato que suscribieron las partes para, así mismo, solucionar las inconsistencias presentadas en los distintos documentos que conforman el expediente[12] y para definir si en este caso se dan los supuestos para que el juez constitucional estudie el conflicto planteado de fondo o si es necesario que la accionante acuda a la jurisdicción ordinaria.

2.5.1. Diferencias entre el contrato de medicina prepagada y la póliza de seguros.

La Sala evidencia que en los diferentes documentos presentados por las partes existe una inconsistencia respecto de la naturaleza del contrato celebrado. Mientras Seguros de Vida Suramericana enfatiza en que entre la entidad y la accionante existía una relación contractual derivada de la celebración de un contrato de seguro, la accionante en algunas oportunidades reconoce la existencia de una póliza de seguro y en otras resalta que entre las partes existía un contrato de medicina prepagada. En consecuencia, es necesario diferenciar ambas figuras y dilucidar qué tipo de relación existía entre la actora y la entidad accionada.

Los contratos de medicina prepagada y las pólizas de salud son Planes Adicionales de Salud (PAS), que, de acuerdo al Decreto 806 de 1998, consisten en un conjunto de beneficios opcionales contratados de manera voluntaria, que garantizan la atención de actividades, procedimientos o intervenciones en salud adicionales al POS. Estos servicios son prestados por particulares que, si bien se encargan de garantizar el servicio público de salud, no se financian con los recursos del Sistema y rigen sus relaciones contractuales por el derecho privado.

Los contratos de medicina prepagada, de acuerdo al Decreto 1570 de 1993, son “el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.” Estos contratos hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y benefician a quienes se encuentran en el régimen contributivo ofreciendo una mayor cobertura y/o calidad, respecto del Plan Obligatorio de Salud.

Estos contratos se rigen por las normas del Código Civil y del Código de Comercio y, como lo señala el Decreto 1468 de 1994, parten del supuesto de que la compañía prestadora del servicio cubrirá, a partir de su celebración o de la fecha que acuerden las partes, los riesgos relativos a la salud del contratante y de las personas que sean señaladas por él como beneficiarias[13]; sin embargo, dado que se trata de una actividad donde, además de captar recursos del público, se está prestando un servicio público y se ven involucrados derechos fundamentales como la vida, la integridad física y la salud, la intervención y vigilancia del Estado es imperativa.

El contrato de seguro, o la póliza de seguro, se rige por el capítulo V del Código de Comercio, según el cual “el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”. En consecuencia, las disposiciones que determinan la validez y, en general, todos los asuntos atinentes a este contrato, están determinados por la legislación comercial y encuentran su fundamento en el principio de autonomía de la voluntad privada.

Los contratos de seguro, a diferencia de los contratos de medicina prepagada, no suponen la prestación de los servicios de salud, sino que, de acuerdo a las normas previstas en el Código de Comercio, parten del aseguramiento de un riesgo que, en caso de concretarse, dan lugar al reembolso de la suma de dinero correspondiente.

2.5.2. Caso Concreto.

Examinados los documentos aportados al expediente y, especialmente, el contrato suscrito entre la partes[14], evidencia la Sala que en este caso la controversia versa sobre una póliza de seguros; en esa medida, no hay lugar a dar aplicación a las normas que rigen los

contratos de medicina prepagada. Lo anterior, sin perjuicio de la línea jurisprudencial que ha sostenido este Tribunal respecto de los deberes que le asisten a las aseguradoras y las entidades prestadoras del servicio de medicina prepagada respecto de la definición de preexistencias[15].

En consecuencia es necesario dilucidar el objeto del conflicto planteado para determinar si existe una situación que justifique la omisión de la actora de acudir a la jurisdicción ordinaria.

Manifiesta la accionante que Seguros de Vida Suramericana está vulnerando su derecho a la salud y el derecho a la salud de sus hijas, especialmente de su hija Valentina, al dar por terminado el contrato, alegando la cláusula establecida en la sección XIV del mismo; disposición que establece lo siguiente:

Sección XIV. 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 SURAMERICANA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, reconocidos por SURAMERICANA, le hubieran 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 hechos o circunstancias que implique agravación objetiva del estado del riesgo. Si la Inexactitud o Reticencia provienen de error inculpa del Tomador, el contrato no será nulo, pero SURAMERICANA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la prima del contrato represente con respecto a la prima adecuada al verdadero estado del riesgo. (Sic).

Para la Sala es claro que el asunto versa sobre un tema meramente contractual que deberá ser definido a través de un debate probatorio adecuado en el que se puedan determinar las circunstancias en los que la accionante presuntamente omitió manifestar la situación de salud de su hija Valentina, quien al momento de la suscripción del contrato se encontraba pendiente de recibir el diagnóstico sobre las causas de una supuesta intoxicación por plomo, y de su otra hija Ana María, quien presentaba antecedentes asmáticos. Es el juez ordinario quien debe analizar las pruebas aportadas por las partes al presente expediente y,

de esta forma definir si efectivamente se materializó una de las causales de nulidad del contrato y si la accionante incumplió una de las obligaciones que le asistían como tomadora, situación que según la cláusula X da lugar a la terminación unilateral del contrato.

Adicionalmente, se evidencia que en el caso concreto el medio judicial ordinario, además de ser idóneo para dirimir el conflicto, es efectivo, toda vez que no se presentan circunstancias que evidencien el posible acaecimiento de un perjuicio irremediable. Dada la naturaleza del contrato de póliza, en la que, a diferencia de un contrato de medicina prepagada, la prestación del servicio de salud no está condicionada a la solución del conflicto, como bien es reconocido por la actora quien al momento de la presentación de la acción se había trasladado a la ciudad de Bogotá para hospitalizar a su hija en el Hospital San José, no se está poniendo en peligro el acceso al servicio y, por ende, el derecho a la salud de la menor.

Tampoco existen pruebas de que la actora se encuentre en imposibilidad de asumir los costos derivados del tratamiento e, incluso, no hay claridad acerca del valor del mismo. En consecuencia, al tratarse de un asunto meramente económico, toda vez que versa sobre el reembolso de los gastos médicos asumidos por la accionante en razón de la materialización del riesgo, es el juez ordinario quien debe analizar el contrato suscrito, la actuación de las partes y los argumentos esbozados por cada una de ellas para determinar la validez del contrato y, en consecuencia, los deberes que le asisten a cada una.

Por esta razón esta Sala revocará los fallos de instancia para, en su lugar, declarar improcedente la presente acción de tutela.

III. CONCLUSIÓN

1. Síntesis del caso. La accionante suscribió una póliza de seguro con Seguros de Vida Suramericana, que tenía como objeto reembolsar los gastos en los que incurriera por concepto de servicios en salud. Sin embargo, el contrato fue terminado de forma unilateral por Seguros de Vida Suramericana, al constatar que la actora omitió entregar información relevante para determinar el riesgo asegurable, especialmente en lo referente a dos de sus menores hijas, quienes figuraban como beneficiarias del contrato.

La accionante solicitó a través de la acción de tutela que se ordenara a la entidad accionada el pago de los valores correspondientes a los servicios médicos prestados a su hija Valentina, quien al momento de la presentación de la acción se encontraba hospitalizada. Sin embargo, el conflicto versa sobre la aplicación de las cláusulas contractuales, situación que debe ser dirimida por la jurisdicción ordinaria, mecanismo que es efectivo en el presente caso, toda vez que la actora no demostró el acaecimiento de un perjuicio irremediable ni la existencia de una situación que pusiera en peligro sus derechos fundamentales o los de sus hijas y que justificara la procedencia de la acción de tutela.

Por esta razón, atendiendo a la naturaleza contractual y económica del conflicto, la Sala decidió declarar improcedente la acción por falta de subsidiariedad.

2. Decisión. Se declara improcedente la acción de tutela al constatar que existen medios ordinarios idóneos y eficaces, proceso civil ordinario, para tramitar las pretensiones de la accionante y que, de las pruebas anexadas al expediente, no se evidencia el posible acaecimiento de un perjuicio irremediable.

3. Razón de la decisión. La acción de tutela no es procedente para dirimir conflictos de naturaleza contractual derivados de las pólizas de seguros, cuando versen sobre la aplicación de las cláusulas y no se evidencie la posibilidad del acaecimiento de un perjuicio irremediable que pueda derivar en la vulneración de los derechos a la vida, salud e integridad personal.

IV. DECISIÓN

La Corte Constitucional de la República de Colombia, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia del Juzgado cuarenta y dos (42) Civil del Circuito, del nueve (09) de febrero de dos mil quince (2015) que confirmó la sentencia del Juzgado treinta y nueve (39) Civil Municipal de Bogotá, del veintitrés (23) de septiembre de dos mil catorce (2014), en la que se negó el amparo. En su lugar, DECLARAR IMPROCEDENTE la presente acción de tutela.

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

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Acción de tutela presentada el once (11) de agosto de 2014. (Folios 22-33, cuaderno 3).

[2] Folios 54-57, cuaderno 3.

[3] Folios 59-74, cuaderno 3.

[4] Folio 126, cuaderno 3.

[5] Folio 140, cuaderno 3.

[6] Folio 4, cuaderno 2.

[8] Constitución Política, Artículo 86 “toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”.

[9] De conformidad con el Artículo 5º del Decreto 2591 de 1991, “La acción de tutela procede contra toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar cualquiera de los derechos de que trata el artículo 2o. de esta ley”. CP, art 86º; D 2591/91, art 1º.

[10] Sentencia T-222 de 2014.

[11] Sentencias T-594 de 1992, T-511 de 1993, T-328 de 1994, T-340 de 1994, T-4903 de 1994, T-524 de 1994, T-219 de 1995, T-605 de 1995, T-643 de 1998, T-1318 de 2005, T-549-11, entre otras.

[12] Mientras Seguros de Vida Suramericana enfatiza en que entre la entidad y la accionante existía una relación contractual derivada de la celebración de un contrato de seguro, la accionante en algunas oportunidades reconoce la existencia de una póliza de seguro y en otras resalta que entre las partes existía un contrato de medicina prepagada.

[13] Sentencia T-533 de 1996.

[14] Folios 77-92, cuaderno 3.

[15] Al respecto se recuerda que en sentencias como la T-533 de 1996 la Corte Constitucional ha manifestado lo siguiente, respecto de las pólizas de seguro: “para la Corte es evidente que la oposición de preexistencias no contempladas previamente o la elusión de la responsabilidad de la compañía en este tipo de contratos, aunque no se traduzcan en la obligatoriedad de que ésta preste servicios clínicos, médicos o quirúrgicos, puede llevar a efectos similares a los que se ocasionan en contratos de medicina prepagada cuando no cubren lo que se han comprometido a cubrir, con el consiguiente perjuicio para la salud de los contratantes, y aun con riesgo para derechos fundamentales en conexión con ella.”