

Sentencia T-557/13

LEGITIMACION POR PASIVA EN TUTELA CONTRA FONDO NACIONAL DEL AHORRO-
Procedencia para la protección de derechos fundamentales de los trabajadores afiliados

En relación con el requisito de la legitimación por pasiva frente al Fondo Nacional del Ahorro, encuentra la Sala que según la Ley 432 de 1998, la citada entidad es una Empresa Industrial y Comercial del Estado, organizada como establecimiento de crédito de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente. De acuerdo con lo previsto en la mencionada ley, el Fondo Nacional del Ahorro tiene por objeto administrar eficientemente las cesantías de los trabajadores afiliados y contribuir a la solución de sus problemas de vivienda y educación, con el propósito de brindar una mejor calidad de vida a través del otorgamiento de créditos. Sin perjuicio de la aplicación de las normas del derecho privado, la jurisprudencia reiterada de esta Corporación ha señalado que no por ello el Fondo Nacional del Ahorro deja de ser parte integrante de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el orden nacional, perteneciente al sector descentralizado por servicios (Ley 489 de 1998, art. 38). De ahí que, para efectos de la procedencia de la acción de tutela y siempre que de por medio se encuentre la protección de un derecho fundamental, se entiende que la citada entidad tiene la condición de autoridad pública, cuya actuación –como lo ha sostenido reiteradamente la Corte– se debe sujetar a los principios constitucionales de la función administrativa, en particular, a los principios de igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad y buena fe.

En el caso de las empresas que desarrollan actividades de naturaleza financiera o aseguradora, esta Corporación ha señalado de manera reiterada que se trata de una labor de interés público, la cual exige del Estado una especial protección frente a sus usuarios. Ello se explica no sólo porque tales empresas manejan, aprovechan e invierten importantes recursos captados del público (CP art. 335), sino también porque del conjunto de sus obligaciones depende el buen funcionamiento de la economía y la satisfacción de las necesidades básicas de las personas. En efecto, “el sistema bancario entero se soporta sobre una intangible pero determinante presunción de que el dinero consignado será puesto a disposición del depositante en cualquier momento en el que éste lo requiera; del mismo

modo que el contratante de una póliza de seguro presume y confía que las primas que periódicamente consigna se harán efectivas al momento de ocurrir el siniestro”. Como lo ha sostenido la Corte, en estas relaciones se presenta un desequilibrio natural, por virtud del cual el cliente o usuario del sistema asegurador se encuentra, por regla general, en una posición de indefensión frente a las empresas con las cuales contrata sus servicios. Precisamente, a través de la suscripción de contratos de adhesión, son estas últimas las que fijan el valor de las primas, el monto de los deducibles, el régimen de garantías y las exclusiones que impiden el pago del riesgo asegurado. Esta situación se traduce en una posición dominante de las citadas empresas frente a sus usuarios, cuyas actuaciones son objeto de control, de modo habitual, a través del marco regulatorio que rige la actividad aseguradora y mediante la supervisión permanente que frente a dichas compañías se ejerce por el Estado, lo cual supone que los servicios que por ellas se prestan, se cumplen de acuerdo con criterios de calidad, seriedad y eficiencia.

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS-Procedencia por afectación de derechos fundamentales

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

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

La Corte observa que la acción de tutela se convierte en el mecanismo idóneo de protección, pues la controversia que se plantea tiene un efecto directo sobre los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, pues la condición física que padece la accionante le impide continuar trabajando y, por ende, obtener los recursos necesarios para cancelar las cuotas correspondientes al crédito de vivienda, frente a las cuales ya existe un proceso judicial en curso en el que se pretende hacer efectiva su garantía hipotecaria, así como asegurar su congrua subsistencia y la de sus menores hijos. En atención a lo anterior, es claro que la objeción en el reconocimiento de la póliza, aunque se trata de una controversia contractual, conduce a una posible afectación de los derechos fundamentales a

la vida digna y al mínimo vital, con repercusión en sujetos puestos en condición de debilidad manifiesta, esto es, una persona que quedó en estado de invalidez y dos menores de edad (CP arts. 13 y 44). Por esta razón, la Corte considera que se satisface el principio de subsidiaridad, en la medida en que de por medio se encuentra la protección efectiva e integral de varios derechos fundamentales.

CONTRATO DE SEGUROS-Definición acogida por la Corte Constitucional

En la Sentencia C-269 de 1999, esta Corporación realizó una aproximación conceptual a la definición del contrato de seguro, conforme a la cual es aquél negocio bilateral, oneroso y aleatorio, por virtud del cual una persona –el asegurador– se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina prima, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto, a pagar a otra persona –el tomador, el asegurado o a sus beneficiarios– una prestación concreta que ampara la ocurrencia de un riesgo que objeto de cobertura.

PRESCRIPCION EXTINTIVA-Concepto/PRESCRIPCION EXTINTIVA-Principios en que se sustenta

Las obligaciones que emanan del contrato de seguro deben hacerse efectivas durante cierto lapso de tiempo, so pena que frente a ellas se presente el fenómeno de la prescripción (Código Civil, art. 2512). Esta forma de ponerle fin a las obligaciones que emanan de dicho acto jurídico recibe el nombre de prescripción extintiva, cuyo propósito es negar la posibilidad de exigir judicialmente la realización de una determinada prestación, más allá de que la misma se transforme en una obligación natural, como de forma expresa lo señala el numeral 1° del artículo 1527 del Código Civil. En este orden de ideas, en criterio de la Corte, la prescripción extintiva se convierte en un límite temporal que, a manera de carga procesal, le impone al titular del derecho la obligación de reclamarlas prestaciones que surgen de un vínculo jurídico de manera oportuna. Su inactividad o desinterés en obtener la declaración judicial de sus derechos, conduce a la pérdida de la posibilidad de reclamarlos ante las autoridades competentes. Por esta razón, este Tribunal ha señalado que la prescripción extintiva tiene una estrecha relación con principios constitucionales como el orden público y la convivencia pacífica, pues las exigencias del tráfico jurídico exigen tener certeza sobre el alcance de las relaciones jurídicas y la posibilidad de hacerlas valer

judicialmente

PRESCRIPCION EXTRAORDINARIA EN CONTRATO DE SEGUROS-Finalidad/PRESCRIPCION ORDINARIA EN CONTRATO DE SEGUROS-Finalidad

El artículo 1081 del Código de Comercio ha sido reconocido como una norma de orden público, cuya finalidad es preservar la seguridad y la certeza en las relaciones jurídicas, a través de la consagración de un régimen de prescripción en los contratos de seguro. Para tal efecto, la ley prevé una prescripción ordinaria, de naturaleza subjetiva, cuya contabilización se sujeta al momento en el que el interesado haya tenido o debido conocer el hecho que da lugar al reclamo; al tiempo que consagra una prescripción extraordinaria, sujeta a un factor objetivo, por virtud de la cual empieza a correr a partir del instante en el que nace el respectivo derecho. En todo caso, como lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, las dos formas de prescripción son autónomas e independientes, aun cuando puedan transcurrir de forma simultánea, logrando materialización jurídica la primera de ellas que se consolide en el tiempo. El término de prescripción ordinaria comienza a correr desde que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del suceso que da base a la acción, conforme se dispone en el artículo 1081 del Código de Comercio, mientras que la prescripción extraordinaria se contabiliza desde el momento en que nace el respectivo derecho.

ESTADO DE INVALIDEZ Y DICTAMENES DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL/ESTRUCTURACION DE LA INVALIDEZ-Fecha en que se pierde la aptitud para trabajar es diferente a la fecha en que comenzó la enfermedad u ocurrió el accidente

DICTAMEN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDO POR JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ-Procedimiento

En criterio de la Corte, no cabe duda de que la determinación del estado de invalidez de una persona se sujeta a las autoridades y al procedimiento previsto en el Sistema Integral de Seguridad Social (Ley 100 de 1993, art. 41), acorde con el Manual Único para la Calificación de Invalidez vigente a la fecha de calificación (Decreto 917 de 1999). Para tal efecto, las autoridades competentes deberán expedir un dictamen, en el que no sólo se fijará el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, sino también su fecha de estructuración. En todo caso, como se infiere del citado régimen normativo, mientras una persona no sea

declarada inválida, se entiende que todavía preserva su capacidad laboral para trabajar, a pesar de que esté cubierta por otro tipo de prestaciones que amparan la imposibilidad temporal de prestar un servicio, incluso mientras se adelantan procesos de rehabilitación, como ocurre con el subsidio por incapacidad temporal.

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS-Caso en que aseguradora negó reconocimiento de póliza, al considerar que había operado la prescripción ordinaria, sin tener en cuenta fecha de declaración de estado de invalidez

A juicio de la Corte, es claro que la reclamación realizada por la accionante no estaba prescrita, básicamente porque el amparo requería el reconocimiento del estado de invalidez, como expresamente se señala en la propia póliza, para lo cual exigía un concepto emitido por una autoridad especializada, como lo es, la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Hasta tanto no existiese dicha calificación, la señora Castro Carrillo no sólo estaba imposibilitada para presentar la reclamación de la póliza, sino que, adicionalmente, carecía de legitimación para intentar su cobro, ya que el hecho fundamental que da base a la acción, es la circunstancia de haber sido declarada en estado de invalidez. De ahí que, el momento a partir del cual la accionante podía presentar la reclamación de la póliza por pérdida de la capacidad total y permanente, estaba sujeto a la notificación del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez

DERECHO A LA VIVIENDA DIGNA Y AL MINIMO VITAL-Orden a Aseguradora pague al Fondo Nacional del Ahorro el saldo insoluto de la obligación hipotecaria por póliza de vida que respalda crédito

Referencia: expediente T-3856586

Asunto: Acción de tutela interpuesta por la señora Amparo Castro Carrillo contra el Fondo Nacional del Ahorro

Magistrado Ponente:

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Bogotá DC, veintidós (22) de agosto de dos mil trece (2013)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Jorge Iván Palacio Palacio y Luis Guillermo Guerrero Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente:

SENTENCIA

En el proceso de revisión de los fallos de tutela proferidos por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca y el Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá, en el trámite de la acción de amparo constitucional instaurada por la señora Amparo Castro Carrillo contra el Fondo Nacional del Ahorro.

I. ANTECEDENTES

1.1. Hechos

1.1.1. El 30 de mayo de 2008, la accionante adquirió con el Fondo Nacional del Ahorro (FNA de ahora en adelante) un crédito de vivienda por \$ 24.347.029 pesos, el cual fue asegurado con la Póliza de Vida Grupo Deudores número 201100000551. Dicha póliza fue adquirida con la compañía de Seguros QBE.

1.1.2. Indica la accionante que en el año 2010 le fue diagnosticada una cirrosis por hepatitis autoinmune, motivo por el cual no pudo continuar trabajando. Con posterioridad, el 26 de febrero dicho año, según afirma la señora Castro Carrillo, le fue realizada de urgencia una cirugía de trasplante de hígado.

1.1.3. Para el 18 de octubre de 2010, la accionante solicitó al FNA el pago efectivo de la póliza de Vida Grupo Deudores. La citada entidad negó su solicitud aduciendo que la enfermedad no se encontraba dentro de la lista taxativa de contingencias que cubre el seguro.

1.1.4. No obstante, en atención a su condición, la entidad le informó que debía acudir a la póliza de invalidez que adquirió con el crédito de vivienda, para lo cual era necesario que le efectuaran una calificación de pérdida de capacidad laboral.

1.1.5. Dada su precaria condición económica, la accionante interpuso una acción de tutela en contra de Caprecom, entidad que le presta el servicio de salud, con el fin de que le efectuara la calificación requerida. Por medio de sentencia del 30 de septiembre de 2011, el Juzgado 22 Penal del Circuito de Bogotá amparó sus derechos fundamentales y ordenó a Caprecom y a la Secretaria Distrital de Salud que procedieran a efectuar los trámites necesarios para que la calificación fuese realizada.

1.1.6. A continuación, el 2 de abril de 2012, el FNA le informó a la accionante que ante el incumplimiento en el pago del crédito de vivienda se habían iniciado los trámites necesarios para efectuar el cobro judicial.

1.1.7. En todo caso, en cumplimiento de la sentencia de tutela proferida por el Juzgado 22 Penal del Circuito de Bogotá, el 4 de mayo de 2012, la Junta Regional de Calificación de Invalidez le realizó a la señora Castro Carrillo la calificación de pérdida de capacidad laboral y se determinó que la accionante tenía una invalidez del 59.45%.

1.1.8. Luego de haberse realizado la calificación, el 13 de junio de 2012, la señora Castro Carrillo solicitó al Fondo Nacional del Ahorro que hiciera efectiva la póliza de invalidez. Esta solicitud fue rechazada por la citada entidad, con el argumento de que el cobro de la póliza había prescrito, ya que había transcurrido el término de dos años establecido por la ley para el cobro de este tipo de seguros.

1.2. Solicitud de amparo constitucional

Con fundamento en lo anterior, el 4 de diciembre de 2012, la señora Amparo Castro Carrillo instauró acción de tutela en contra del Fondo Nacional del Ahorro con el propósito de obtener la protección de sus derechos al mínimo vital y a la vida digna, los cuales fueron presuntamente vulnerado por la citada entidad, al negarse a hacer efectiva la póliza de invalidez o de incapacidad total y permanente que adquirió con el crédito de vivienda, sin tener en cuenta (i) la urgencia de su situación, (ii) los problemas que rodearon la determinación de la calificación de pérdida de capacidad laboral, (iii) la falta de operancia de la prescripción de la póliza y (iv) la imposibilidad en la que se encuentra para responder por el crédito de su vivienda.

Por lo anterior, la accionante solicita que se haga efectivo el pago de la póliza de invalidez,

con el propósito de saldar su deuda con el Fondo Nacional del Ahorro y, en consecuencia, conservar el hogar en el que convive con sus hijos.

1.3. Contestación de la demanda

1.3.1. En escrito del 11 de diciembre de 2012, el FNA solicitó que se vinculara al proceso a la compañía de Seguros QBE, por ser la responsable de las coberturas amparadas con la garantía de la referencia. Al respecto indicó que, en el caso bajo estudio, el FNA actúa únicamente como tomador de la póliza que asegura los créditos hipotecarios, motivo por el cual no le asiste responsabilidad en los hechos que supuestamente dieron lugar a la vulneración del derecho reclamado. Por esta razón, pide que se declare la improcedencia de la acción.

Adicionalmente, el FNA aclaró que el 12 de julio de 2012 envió a la aseguradora QBE, los papeles allegados por la señora Castro Carrillo, incluyendo la calificación de pérdida de capacidad laboral. La citada compañía se negó a reconocer el riesgo asegurado con el argumento de que operó la prescripción ordinaria, pues pasaron más de dos años desde el hecho que dio lugar al cobro de la póliza. Frente a esta negativa, el FNA indicó que interpuso recurso de reconsideración el 11 de diciembre de 2012, por medio de comunicación CS12112879[1].

1.3.2. Por su parte, luego de ser vinculado oficiosamente por el juez de segunda instancia, en escrito del 14 de febrero de 2013, la compañía de Seguros QBE solicitó que se denegara la acción de amparo. En este sentido, afirmó que el 17 de julio de 2012, en calidad de tomador y primer beneficiario, el FNA presentó reclamación de la póliza de la señora Amparo Castro Carrillo, pero la solicitud fue objetada por cuanto las acciones derivadas del contrato de seguro estaban prescritas, de acuerdo con las reglas previstas el artículo 1081 del Código de Comercio[2].

Para contabilizar la prescripción, en criterio de la citada compañía, se debe tener en cuenta lo establecido por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 2007, en la que afirmó que el momento desde cual empieza a correr el fenómeno prescriptivo, es aquél en “el que el titular [del derecho] conoció o debió conocer la ocurrencia del hecho que habilita su ejercicio (...)”. Por lo tanto, como la accionante conoció de la enfermedad que dio lugar a decretar la pérdida de su capacidad laboral el 23 de febrero de 2010 (fecha en la cual fue

hospitalizada por primera vez)[3], las acciones derivadas del contrato de seguro prescribieron el 23 de febrero de 2012. Así las cosas, la reclamación de la póliza fue hecha de forma extemporánea.

A lo anterior, la compañía de seguros agregó que no es claro el motivo por el cual la accionante afirma que existe una vulneración al mínimo vital, pues no se puede concluir que la negativa a reconocer una indemnización o de hacer efectiva una póliza de seguros, conlleva la vulneración de dicho derecho o de cualesquier otro derecho fundamental. En desarrollo de lo expuesto, considera que la acción también es improcedente por incumplir con el requisito de subsidiariedad, por cuanto la pretensión reclamada es de carácter patrimonial y su reconocimiento se puede obtener por los medios ordinarios de defensa judicial. Por último, concluyó que el juez de tutela no es el competente para conocer de las controversias que surgen de las obligaciones y derechos de los contratos bilaterales, ni el llamado a reconocer prestaciones de carácter netamente patrimonial.

II. SENTENCIAS OBJETO DE REVISIÓN

2.1. Primera instancia

En Sentencia del 19 de diciembre de 2012, el Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá negó el amparo solicitado, pues a la fecha no se ha proferido una decisión definitiva del caso por parte de la compañía de Seguros QBE, lo que impide que se consolide una vulneración de los derechos al mínimo vital y a la vida digna de la accionante.

2.2. Impugnación

En escrito del 14 de enero de 2013, la accionante reiteró que se encuentra en estado de discapacidad y que es madre cabeza de familia de dos menores de edad, lo que la convierte en un sujeto de especial protección constitucional. Agregó que no cuenta con ingresos para sufragar el pago del crédito de vivienda, motivo por el cual puede perder su hogar y el de sus hijos[4].

2.3. Segunda instancia

En Sentencia del 26 de febrero de 2013, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca,

Sección Segunda, Sub-Sección “C”, revocó la decisión del a-quo y concedió el amparo. Para el Tribunal, la compañía de Seguros QBE vulneró los derechos fundamentales invocados por la accionante, pues la prescripción de las acciones ordinarias previstas para reconocer los siniestros que se generan en este tipo de casos, debe contabilizarse desde el momento en el que se efectuó la calificación de la pérdida de capacidad laboral y no antes, pues es ese el momento en el que la accionante puede tener certeza de que le asiste el derecho objeto de reclamación. En el caso bajo examen, la calificación de la pérdida de la capacidad laboral se produjo el 4 de mayo de 2012, por lo que la acción no estaba prescrita.

Por lo anterior, a partir de las condiciones específicas señaladas por la accionante, el Tribunal ordenó a la compañía de Seguros QBE que, en el término de 48 horas siguientes a la notificación del fallo, girara al FNA -en calidad de tomador de la póliza de seguro de Vida Grupo Deudores- el saldo insoluto de \$ 3.600.945.27 pesos, correspondientes a la obligación crediticia adquirida por la actora con el citado Fondo, con ocasión de la ocurrencia del siniestro asegurado, esto es, la incapacidad total y permanente de la señora Castro Carrillo.

III. PRUEBAS RELEVANTES QUE OBRAN EN EL EXPEDIENTE

- Copia de la calificación de pérdida de capacidad laboral realizada a la señora Castro Carrillo el 4 de mayo de 2012 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá, en donde se concluyó que ésta tiene una pérdida de capacidad laboral del 59.45%. [5]
- Copia de una comunicación enviada por la señora Emperatriz Carrillo Gutiérrez, actuando como agente oficiosa de la señora Amparo Castro Carrillo, en la que solicita que el FNA haga efectiva la póliza de invalidez a favor de esta última [6].
- Copia de la respuesta del 11 de octubre de 2012 del FNA a la solicitud de la señora Carrillo Gutiérrez [7], en la que manifestó que la Unión Temporal QBE Seguros S.A. – Seguros Colpatria S.A., objetó el pago de la indemnización correspondiente a la póliza de invalidez, con el argumento de que transcurrieron más de dos años entre la fecha de ocurrencia de los hechos (23 de febrero de 2010) y el reclamo de la misma (17 de julio de 2012), lo que implica que sobre la póliza operó el fenómeno de la prescripción ordinaria contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio [8].

- Copia de la comunicación enviada el 25 de septiembre de 2012 por la compañía de Seguros QBE al FNA, en la que informó que la póliza objeto de reclamación por parte de la señora Castro Carrillo se encuentra prescrita, pues transcurrieron más de 2 años desde el momento en que la accionante supo del hecho que dio origen a la acción[9].
- Copia de la comunicación enviada el 11 de diciembre de 2012 por el FNA a la compañía de Seguros QBE, en la que solicita la reconsideración de la negativa al reconocimiento del pago de la póliza. Con este propósito, se argumenta que el término de 2 años debería ser contabilizado desde la fecha en la cual se efectuó la calificación de la pérdida de la capacidad laboral, pues antes de eso le era imposible a la señora Castro Carrillo saber si cumplía o no con el requisito de invalidez[10].
- Copia del detalle de estado de cuenta del crédito hipotecario a nombre de la accionante, en donde se evidencia que desde el 5 de enero de 2013 se encuentra en mora y que adeuda la suma de \$3.600.945 pesos[11].
- Copia de la comunicación enviada el 11 de diciembre de 2012 por el FNA a la accionante, en donde le informan su saldo y la presentación de la solicitud de reconsideración a la objeción de la compañía de Seguros QBE[12].
- Copia del derecho de petición radicado el 24 de junio de 2012 por la señora Amparo Castro Carrillo ante Caprecom, en el que solicitó que le efectuaran la calificación de pérdida de capacidad laboral.[13]
- Copia de la respuesta proferida por Caprecom a la solicitud de la señora Castro Carrillo, en donde la citada entidad le manifestó que al ser una empresa prestadora del servicio de salud del régimen subsidiado, no cuenta con un grupo interdisciplinario que efectúe la calificación solicitada[14].
- Copia de la sentencia proferida el 30 de septiembre de 2011 por el Juzgado 22 Penal del Circuito de Bogotá, en el que se tutelaron los derechos fundamentales de la accionante y se ordenó a Caprecom EPS y a la Secretaria Distrital de Salud, que procedieran a tramitar la calificación de pérdida de capacidad laboral de la señora Castro Carrillo[15].
- Copia de la respuesta del 14 de febrero de 2013 a la solicitud de reconsideración

realizada por el FNA, en la que la compañía de seguros QBE confirmó su decisión[16].

· Escrito radicado el 1° de marzo de 2013, en donde la compañía de Seguros QBE certifica que cumplió lo ordenado por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, en el proceso de tutela iniciado por la señora Amparo Castro Carrillo en contra del FNA[17].

IV. REVISIÓN POR LA CORTE CONSTITUCIONAL

4.1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar las decisiones proferidas en la acción de tutela de la referencia, con fundamento en lo previsto en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política. El expediente fue seleccionado para revisión el día 12 de diciembre de 2012, por medio de auto proferido por la Sala de Selección número Doce.

4.2. Actuaciones en sede de revisión

Por medio de Auto del 25 de julio de 2013, se solicitó al Fondo Nacional del Ahorro, que informara el estado del crédito hipotecario de vivienda que adquirió la señora Amparo Castro Carrillo con dicha entidad y que allegara copia del respectivo contrato. En el mismo oficio se requirió a la compañía de Seguros QBE S.A., para que enviara a esta Corporación copia de la Póliza Vida Grupo Deudores No. 201100000271, donde la asegurada es la citada señora Castro Carrillo en razón del crédito hipotecario No. 52.280.940, acompañado de la copia del contrato de seguro suscrito entre el Fondo Nacional del Ahorro y dicha compañía.

En el término dispuesto en el citado Auto, el Fondo Nacional del Ahorro informó a esta Corporación que el crédito hipotecario adquirido por la señora Amparo Castro Carrillo con dicha entidad “se encuentra en estado CANCELADO en razón al pago del saldo insoluto efectuado por parte de la Aseguradora por el amparo de Enfermedad Grave, por tanto no tiene cuotas pendientes de pago.”[18]

Si bien es cierto que esto implica que actualmente no existe una vulneración o amenaza frente al derecho fundamental invocado por la accionante, no es posible declarar la carencia actual de objeto por un hecho superado[19], pues la satisfacción de lo pretendido a través del amparo constitucional –el pago de la póliza de invalidez–, lo fue como consecuencia de

la orden judicial proferida por el juez de tutela de segunda instancia y no por el actuar voluntario de las entidades demandadas[20]. Por lo anterior, la Sala procederá a dirimir el conflicto objeto de controversia.

4.3. Problema jurídico

4.3.1. A partir de las circunstancias fácticas que dieron lugar al ejercicio de la acción de tutela y de las decisiones adoptadas en las respectivas instancias judiciales, esta Corporación debe determinar, si el Fondo Nacional del Ahorro y la compañía de Seguros QBE vulneraron los derechos al mínimo vital y a la vida digna de la accionante, como consecuencia de su decisión de negar el pago de la póliza de invalidez prevista para asegurar el crédito de vivienda adquirido con la citada institución financiera, por considerar que frente a su reclamación había operado el fenómeno de la prescripción (C.Co. art. 1081), al contabilizar el plazo a partir del momento en el que se presentó la primera hospitalización, esto es, el 23 de febrero de 2010, y no desde cuando se produjo el dictamen que decretó la pérdida de la capacidad laboral en un porcentaje del 59.45%, cuya ocurrencia tuvo lugar el 4 de mayo de 2012.

4.3.2. Con el propósito de dar respuesta al citado interrogante, (i) esta Corporación reiterará brevemente la jurisprudencia constitucional sobre la procedencia de la acción de tutela contra entidades financieras; (ii) luego hará un breve recuento de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia frente a la prescripción de las pólizas de seguros; (iii) a continuación se pronunciará sobre el estado de invalidez y los dictámenes de pérdida de capacidad laboral; y, por último, (iv) resolverá el caso concreto.

4.4. Requisitos de procedencia de la acción de tutela

4.4.1. Legitimación por activa

La Constitución Política, en el artículo 86, reconoce el derecho de toda persona de reclamar mediante acción de tutela la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Este precepto constitucional se desarrolla en el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 que consagra: “la acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán

auténticos. También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no este en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud”.

En lo que se refiere al asunto sub-judice, la Sala encuentra que la señora Amparo Castro Carrillo solicita en nombre propio la protección de sus derechos fundamentales, por lo que se encuentra acreditado el requisito de la legitimación por activa.

4.4.2. Legitimación por pasiva

El artículo 86 del Texto Superior establece que la acción de tutela tiene por objeto la protección efectiva e inmediata de los derechos fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o por el actuar de particulares en los casos previstos en la Constitución y en la ley[21].

4.4.2.1. En relación con el requisito de la legitimación por pasiva frente al Fondo Nacional del Ahorro, encuentra la Sala que según la Ley 432 de 1998, la citada entidad es una Empresa Industrial y Comercial del Estado, organizada como establecimiento de crédito de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente[22]. De acuerdo con lo previsto en la mencionada ley, el Fondo Nacional del Ahorro tiene por objeto administrar eficientemente las cesantías de los trabajadores afiliados y contribuir a la solución de sus problemas de vivienda y educación, con el propósito de brindar una mejor calidad de vida a través del otorgamiento de créditos.

En este orden de ideas, el artículo 93 de la Ley 489 de 1998 establece que los actos que expidan las Empresas Industriales y Comerciales del Estado para el desarrollo de su actividad propia, industrial o comercial o de gestión económica se sujetarán a las disposiciones del derecho privado[23]. Como consecuencia de ello, en el desarrollo de su objeto, la citada entidad suscribe contratos de mutuo, los cuales se rigen por los principios generales consagrados en los Códigos Civil y de Comercio y en la regulación específica para créditos de vivienda contenida en la Ley 546 de 1999.

Sin perjuicio de la aplicación de las normas del derecho privado, la jurisprudencia reiterada de esta Corporación ha señalado que no por ello el Fondo Nacional del Ahorro deja de ser parte integrante de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el orden nacional, perteneciente

al sector descentralizado por servicios (Ley 489 de 1998, art. 38). De ahí que, para efectos de la procedencia de la acción de tutela y siempre que de por medio se encuentre la protección de un derecho fundamental, se entiende que la citada entidad tiene la condición de autoridad pública, cuya actuación –como lo ha sostenido reiteradamente la Corte– se debe sujetar a los principios constitucionales de la función administrativa, en particular, a los principios de igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad y buena fe[24].

Así las cosas, en lo que respecta al Fondo Nacional del Ahorro, se entiende satisfecho el requisito de la legitimación por pasiva, en los términos del inciso 1° del artículo 86 del Texto Superior.

4.4.2.2. En cuanto a la compañía de Seguros QBE, entidad que fue vinculada al proceso en segunda instancia, la Sala observa que al tratarse de un particular, es preciso examinar si frente a ella se cumple con alguno de los presupuestos que permiten la procedencia excepcional de la acción de tutela en su contra. En relación con estos últimos, tanto en la Carta Política como en el Decreto 2591 de 1991[25], se prevén las siguientes hipótesis: (i) cuando el particular se encuentra encargado de la prestación de un servicio público; (ii) cuando con su conducta afecta de manera grave y directa el interés colectivo; o (iii) cuando existe un estado de subordinación o indefensión entre el solicitante del amparo y quien supuestamente incurrió en la violación de un derecho fundamental[26].

En el caso de las empresas que desarrollan actividades de naturaleza financiera o aseguradora, esta Corporación ha señalado de manera reiterada que se trata de una labor de interés público, la cual exige del Estado una especial protección frente a sus usuarios[27]. Ello se explica no sólo porque tales empresas manejan, aprovechan e invierten importantes recursos captados del público (CP art. 335), sino también porque del conjunto de sus obligaciones depende el buen funcionamiento de la economía y la satisfacción de las necesidades básicas de las personas. En efecto, “el sistema bancario entero se soporta sobre una intangible pero determinante presunción de que el dinero consignado será puesto a disposición del depositante en cualquier momento en el que éste lo requiera; del mismo modo que el contratante de una póliza de seguro presume y confía que las primas que periódicamente consigna se harán efectivas al momento de ocurrir el siniestro”[28].

Como lo ha sostenido la Corte, en estas relaciones se presenta un desequilibrio natural, por virtud del cual el cliente o usuario del sistema asegurador se encuentra, por regla general, en una posición de indefensión frente a las empresas con las cuales contrata sus servicios. Precisamente, a través de la suscripción de contratos de adhesión, son estas últimas las que fijan el valor de las primas, el monto de los deducibles, el régimen de garantías y las exclusiones que impiden el pago del riesgo asegurado. Esta situación se traduce en una posición dominante de las citadas empresas frente a sus usuarios[29], cuyas actuaciones son objeto de control, de modo habitual, a través del marco regulatorio que rige la actividad aseguradora y mediante la supervisión permanente que frente a dichas compañías se ejerce por el Estado, lo cual supone que los servicios que por ellas se prestan, se cumplen de acuerdo con criterios de calidad, seriedad y eficiencia.

Aun cuando por lo general dicha situación de indefensión se manifiesta al momento en el que se suscribe el contrato de seguro, en algunas ocasiones también tiene incidencia cuando se solicita el reconocimiento de las prestaciones que amparan el riesgo asegurado. Así las cosas, por ejemplo, en ciertos casos, la posición dominante que ejercen las empresas aseguradoras sobre sus usuarios conduce a que las primeras esquiven o dilaten injustificadamente la satisfacción de sus compromisos, en contra de un interés asegurado que, a partir de las características que le son propias, puede conducir a la afectación cierta y directa de derechos fundamentales como el mínimo vital y la salud, e incluso, en situaciones especiales, la vivienda digna.

La necesidad de proteger derechos fundamentales, aunado a la circunstancia de indefensión en la que se puede encontrar el usuario frente a una aseguradora, como ocurriría en aquellos casos en que se niega el reconocimiento de una prestación a la cual claramente tiene derecho, es la que justifica que excepcionalmente proceda la acción de tutela frente a un particular que ejerce una actividad de interés público, pues se pone a una persona en una circunstancia de hecho en la que le es imposible defenderse efectivamente de una agresión injusta[30]. En este sentido, por ejemplo, en la Sentencia T-152 de 2006, la Corte expuso que:

“Analizada la indefensión, entendida como la imposibilidad de una persona en reaccionar o responder de manera efectiva a la violación de sus derechos fundamentales, se encuentra que el demandante no cuenta con recursos efectivos para oponerse a la actitud de la

aseguradora respecto a la negativa de dar visto bueno para la cirugía requerida, lo cual vulnera el estado de salud del petente.

Ahora bien, al referirse a las compañías de medicina prepagada -la demandada no lo es- esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando están de por medio, por su propia actividad, derechos fundamentales, como la vida o la integridad personal, cabe la acción de tutela para hacerlos respetar, pues entonces el tipo de contrato -por su objeto- no puede mirarse bajo la misma óptica de cualquiera otra convención.

Lo mismo puede afirmarse de compañías de seguros, que es el caso de la entidad demandada en este proceso, en las cuales es menester que se analice el objeto de la protección que ofrecen en caso de siniestro. Si de él resulta que la prestación correspondiente es puramente económica, no tendría cabida la tutela, en cuanto se dirimiría el conflicto ante la jurisdicción ordinaria. Pero si el objeto de la gestión específicamente considerado tiene efecto en la salud y en la vida de una persona por razón de la materia de la cobertura, puede ser viable una acción de tutela para el fin constitucional de amparar tales derechos fundamentales.

Bajo estos supuestos es claro que el actor se encuentra en situación de indefensión frente a la entidad demandada y, en consecuencia, por este aspecto la tutela es procedente.”[31]

En desarrollo de lo anterior, en el asunto bajo examen, observa la Sala que la presente acción de tutela también cumple con el requisito de legitimación por pasiva frente a la compañía de Seguros QBE, pues su decisión de objetar la reclamación de la póliza de invalidez a favor de la accionante, conduce a que esta última sea puesta en una situación de indefensión, ya que al ser una persona desempleada e incapacitada para trabajar, carece de la posibilidad de obtener los recursos necesarios para cumplir con el crédito otorgado por el Fondo Nacional del Ahorro, en perjuicio de sus derechos y los de sus menores hijos (de 6 y 8 años de edad[32]) al mínimo vital y a la vivienda digna.

No obstante, el hecho de que se satisfaga el requisito de la legitimación por pasiva no implica necesariamente que la acción de tutela este llamada a prosperar, por una parte, porque es preciso verificar si se cumple con el principio de subsidiariedad, y por la otra,

porque una vez superado el examen del citado requisito, se debe confrontar si le asiste o no derecho a la acción y, por ende, si se está o no en presencia de una actuación injusta de la aseguradora.

4.4.3. Principio de subsidiaridad

4.4.3.1. El ya citado artículo 86 de la Constitución Política también señala que la acción de amparo constitucional sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable[33]. Esto significa que la acción de tutela tiene un carácter residual o subsidiario, por virtud del cual “procede de manera excepcional para el amparo de los derechos fundamentales vulnerados, por cuanto se parte del supuesto de que en un Estado Social de Derecho existen mecanismos judiciales ordinarios para asegurar su protección”[34]. El carácter residual obedece a la necesidad de preservar el reparto de competencias atribuido por la Constitución Política a las diferentes autoridades judiciales, lo cual se sustenta en los principios constitucionales de independencia y autonomía de la actividad judicial.

No obstante, aun existiendo otros mecanismos de defensa judicial, la jurisprudencia de esta Corporación ha admitido que la acción de tutela está llamada a prosperar, cuando se acredita que los mismos no son lo suficientemente idóneos para otorgar un amparo integral, o no son lo adecuadamente expeditos para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

Así lo sostuvo la Corte en la Sentencia SU-961 de 1999, al considerar que: “en cada caso, el juez está en la obligación de determinar si las acciones disponibles le otorgan una protección eficaz y completa a quien la interpone. Si no es así, si los mecanismos ordinarios carecen de tales características, el juez puede otorgar el amparo de dos maneras distintas, dependiendo de la situación de que se trate. La primera posibilidad es que las acciones ordinarias sean lo suficientemente amplias para proveer un remedio integral, pero que no sean lo suficientemente expeditas para evitar el acontecimiento de un perjuicio irremediable. En este caso será procedente la acción de tutela como mecanismo transitorio, mientras se resuelve el caso a través de la vía ordinaria. La segunda posibilidad, es que las acciones comunes no sean susceptibles de resolver el problema de manera integral”, en

este evento, es procedente conceder la tutela de manera directa, como mecanismo idóneo de protección definitiva de los derechos fundamentales[35].

En relación con el primer supuesto, la jurisprudencia constitucional ha establecido que la acción de tutela procede como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, cuando se presenta una situación de amenaza de vulneración de un derecho fundamental susceptible de concretarse y que pueda generar un daño irreversible[36]. Este amparo es eminentemente temporal, como lo reconoce el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, en los siguientes términos: “En el caso del inciso anterior, el juez señalará expresamente en la sentencia que su orden permanecerá vigente sólo durante el término que la autoridad judicial competente utilice para decidir de fondo sobre la acción instaurada por el afectado”.

Para determinar la configuración de un perjuicio irremediable, en criterio de este Tribunal, deben concurrir los siguientes elementos: (i) el perjuicio ha de ser inminente, es decir, que está por suceder; (ii) las medidas que se requieren para conjurarlo han de ser urgentes; (iii) el perjuicio debe ser grave, esto es, susceptible de generar un daño trascendente en el haber jurídico de una persona; y (iv) exige una respuesta impostergable para asegurar la debida protección de los derechos comprometidos[37]. En desarrollo de lo expuesto, en la Sentencia T-747 de 2008, se consideró que cuando el accionante pretende la protección transitoria de sus derechos fundamentales a través de la acción de tutela, tiene la carga de “presentar y sustentar los factores a partir de los cuales se configura el perjuicio irremediable, ya que la simple afirmación de su acaecimiento hipotético es insuficiente para justificar la procedencia la acción de tutela.”

En cuanto al segundo evento, se entiende que el mecanismo ordinario previsto por el ordenamiento jurídico para resolver un asunto no es idóneo, cuando, por ejemplo, no permite resolver el conflicto en su dimensión constitucional o no ofrece una solución integral frente al derecho comprometido. En este sentido, esta Corporación ha dicho que: “el requisito de la idoneidad ha sido interpretado por la Corte a la luz del principio según el cual el juez de tutela debe dar prioridad a la realización de los derechos sobre las consideraciones de índole formal[38]. La aptitud del medio de defensa ordinario debe ser analizada en cada caso concreto, teniendo en cuenta, las características procesales del mecanismo, las circunstancias del peticionario y el derecho fundamental involucrado”. [39]

Finalmente, reitera la Sala que en atención a la naturaleza eminentemente subsidiaria de la acción de tutela, esta Corporación también ha establecido que la misma no está llamada a prosperar cuando a través de ella se pretenden sustituir los medios ordinarios de defensa judicial[40]. Al respecto, la Corte ha señalado que: “no es propio de la acción de tutela el [de ser un] medio o procedimiento llamado a remplazar los procesos ordinarios o especiales, ni el de ordenamiento sustitutivo en cuanto a la fijación de los diversos ámbitos de competencia de los jueces, ni el de instancia adicional a las existentes, ya que el propósito específico de su consagración, expresamente definido en el artículo 86 de la Carta, no es otro que el de brindar a la persona protección efectiva, actual y supletoria en orden a la garantía de sus derechos constitucionales fundamentales”[41].

4.4.3.2. En principio, en lo que respecta al caso objeto de estudio, la acción de tutela no estaría llamada a prosperar, pues la controversia se refiere al pago de una póliza de invalidez a favor de la accionante, cuya reclamación podría tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual. En efecto, se trata de una obligación que surge como consecuencia de un contrato de seguro, a partir de la ocurrencia de un riesgo asegurado, esto es, del “suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. (...)”[42].

No obstante, como previamente se expuso, al momento de examinar la subsidiariedad de la pretensión de amparo, el juez constitucional debe revisar con detenimiento las condiciones particulares de cada caso. De ahí que, a pesar del carácter contractual de las controversias que se derivan de la actividad aseguradora, cuando la discusión acerca de una cobertura, la negativa a reconocer un siniestro o cualquier otra diferencia que surja como consecuencia de la ejecución de las obligaciones que emanan del citado contrato, trasciendan la órbita eminentemente económica y tengan un efecto directo y específico en la vida digna, en el mínimo vital o en otro derecho fundamental de las personas, la acción de tutela se convierte en el mecanismo idóneo y adecuado de defensa para resolver las discrepancias sometidas a conocimiento del operador judicial, no sólo por la necesidad de brindar una protección efectiva, integral y actual a los derechos comprometidos, sino también porque dicha discusión generalmente exterioriza una tensión frente a la libertad

contractual que debe ser resuelta por la vía del amparo constitucional.

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

En el mismo sentido, en la Sentencia T-328A de 2012, se expuso que:

“Frente a las circunstancias del presente caso, es claro que el accionante ha orientado su reclamación a la efectiva protección de sus derechos fundamentales, lo cual se lograría a través del pago de la póliza de vida que adquirió con la entidad aseguradora accionada. Es decir, su petición va más allá de una reclamación respecto de una obligación contractual, pues en este caso debe tenerse especial cuidado en el objeto del contrato o riesgo asegurado ya que no corresponde a la simple reclamación por la pérdida, deterioro o destrucción de una mercadería cualquiera, sino que el riesgo asegurado recae sobre un bien personalísimo como es la vida e integridad personal. Por esta razón al negar la aseguradora que ha sobrevenido el siniestro asegurado, no solo rechaza el cumplimiento de una estipulación contractual, sino que compromete derechos fundamentales del accionante como son su mínimo vital y la dignidad humana, principalmente.

La situación de infortunio que aqueja al señor Palacio Otálvaro lo coloca en un estado de debilidad manifiesta en los términos del artículo 13-3 de la Constitución Política, agravado por su declarada discapacidad física y por la especial condición socio-económica que implica su único trabajo estable como fumigador por más de 20 años, situaciones que le restringen drásticamente las posibilidades y el panorama profesional al actor, dificultando la consecución de una ocupación laboralmente productiva que le asegure un ingreso

económico tendiente a garantizar las necesidades básicas personales y las de su familia.

(...) Entonces, es claro que el accionante podría acudir a la jurisdicción ordinaria para exponer ante ella sus diferencias con la aseguradora; sin embargo, esa vía judicial no se ofrece como una protección oportuna y efectiva para sus derechos fundamentales, máxime cuando su difícil situación económica, la dependencia que de él tiene su familia y la imposibilidad de desempeñarse en la única actividad económicamente productiva que conoce, no le permite esperar el agotamiento de un proceso judicial ordinario.”[43]

4.4.3.3. Al revisar el caso concreto, la Sala encuentra que la accionante es una mujer que padece de cirrosis por hepatitis autoinmune, con una calificación de pérdida de capacidad laboral del 59.45%, madre de dos menores de edad, a la cual se le inició un proceso jurídico para el cobro de las cuotas dejadas de cancelar por concepto del crédito hipotecario que adquirió con el Fondo Nacional del Ahorro.

Con base en lo anterior, en el asunto sub examine, la Corte observa que la acción de tutela se convierte en el mecanismo idóneo de protección, pues la controversia que se plantea tiene un efecto directo sobre los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, pues la condición física que padece la accionante le impide continuar trabajando y, por ende, obtener los recursos necesarios para cancelar las cuotas correspondientes al crédito de vivienda, frente a las cuales ya existe un proceso judicial en curso en el que se pretende hacer efectiva su garantía hipotecaria, así como asegurar su congrua subsistencia y la de sus menores hijos.

En atención a lo anterior, es claro que la objeción en el reconocimiento de la póliza, aunque se trata de una controversia contractual, conduce a una posible afectación de los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital, con repercusión en sujetos puestos en condición de debilidad manifiesta, esto es, una persona que quedó en estado de invalidez y dos menores de edad (CP arts. 13 y 44). Por esta razón, la Corte considera que se satisface el principio de subsidiaridad, en la medida en que de por medio se encuentra la protección efectiva e integral de varios derechos fundamentales.

4.4.4. Principio de inmediatez

La procedibilidad de la acción de tutela también exige que su interposición se haga dentro

de un plazo razonable, contabilizado a partir del momento en el que se generó la vulneración o amenaza de un derecho fundamental, de manera que el amparo constitucional no se convierta en un factor de inseguridad jurídica y de posible afectación de los derechos de terceros[44]. Este requisito ha sido identificado por la jurisprudencia de la Corte como principio de inmediatez[45].

En criterio de este Tribunal, si con la acción de tutela se busca la protección inmediata de los derechos fundamentales, es imprescindible que su ejercicio tenga lugar dentro del marco de ocurrencia de la amenaza o violación de dichos derechos. Una actuación en sentido contrario, desvirtúa el alcance jurídico dado por el Constituyente a la acción, pues cuando el accionante no actúa con prontitud en la solicitud del amparo, se infiere que éste no requiere de una protección urgente, efectiva e inmediata[46].

En relación con el caso objeto de estudio, la accionante acudió a la acción de tutela en noviembre de 2012, esto es, un mes después de que el Fondo Nacional del Ahorro le informó que la aseguradora había objetado el pago de la póliza[47]. De ahí que, en criterio de la Corte, se entiende que se satisface con el principio de inmediatez, en la medida en que la interposición de la acción se realizó en un término prudencial frente al hecho que se invoca como vulnerador de los derechos fundamentales alegados por la accionante, esto es, los derechos al mínimo vital y a la vida digna.

4.5. Sobre los términos de prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro

4.5.1. En la Sentencia C-269 de 1999[48], esta Corporación realizó una aproximación conceptual a la definición del contrato de seguro, conforme a la cual es aquél negocio bilateral, oneroso y aleatorio, por virtud del cual una persona –el asegurador– se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina prima, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto, a pagar a otra persona –el tomador, el asegurado o a sus beneficiarios– una prestación concreta que ampara la ocurrencia de un riesgo que objeto de cobertura[49].

Al igual que ocurre con todo negocio jurídico, las obligaciones que emanan del contrato de seguro deben hacerse efectivas durante cierto lapso de tiempo, so pena que frente a ellas se presente el fenómeno de la prescripción (Código Civil, art. 2512)[50]. Esta forma de

ponerle fin a las obligaciones que emanan de dicho acto jurídico recibe el nombre de prescripción extintiva[51], cuyo propósito es negar la posibilidad de exigir judicialmente la realización de una determinada prestación, más allá de que la misma se transforme en una obligación natural, como de forma expresa lo señala el numeral 1° del artículo 1527 del Código Civil[52].

En este orden de ideas, en criterio de la Corte, la prescripción extintiva se convierte en un límite temporal que, a manera de carga procesal, le impone al titular del derecho la obligación de reclamarlas prestaciones que surgen de un vínculo jurídico de manera oportuna. Su inactividad o desinterés en obtener la declaración judicial de sus derechos, conduce a la pérdida de la posibilidad de reclamarlos ante las autoridades competentes. Por esta razón, este Tribunal ha señalado que la prescripción extintiva tiene una estrecha relación con principios constitucionales como el orden público y la convivencia pacífica, pues las exigencias del tráfico jurídico exigen tener certeza sobre el alcance de las relaciones jurídicas y la posibilidad de hacerlas valer judicialmente[53].

4.5.2. En cuanto a la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, el artículo 1081 del Código de Comercio indica que:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

La Superintendencia Financiera ha explicado que el elemento característico que diferencia la prescripción ordinaria de la prescripción extraordinaria, es el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción. En sus propias palabras, la citada autoridad pública ha señalado que:

“Al señalar la disposición transcrita los parámetros para la determinación del momento a

partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.”[54]

“[Las] dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, [i] mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció. [ii] Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente. [iii] La prescripción extraordinaria corre contra toda clase de personas, mientras que la ordinaria no opera contra los incapaces. [iv] El término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, “justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situación jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas”. [v] Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure.”[55] (Subrayas por fuera del texto original).

4.5.3. De acuerdo con el problema jurídico planteado, es preciso tener en cuenta que el término de prescripción ordinaria comienza a correr desde que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del suceso que da base a la acción, conforme se dispone en el artículo 1081 del Código de Comercio, mientras que la prescripción extraordinaria se contabiliza desde el momento en que nace el respectivo derecho. Esa diferenciación en los parámetros ha sido objeto de interpretación por la Corte Suprema de Justicia, en los términos que a continuación se expone:

“e) Para la primera [prescripción ordinaria], el anotado término de dos años irrumpe desde

cuando el titular conoció o debió conocer la ocurrencia del hecho que habilita su ejercicio, como ya tangencialmente se mencionó. Al respecto, desde un ángulo jurídico-temporal, pertinente es destacar que uno es el momento de ocurrencia del hecho y otro aquél en que el accionante supo o debió saber de su acaecimiento, sin perjuicio, claro está, de que en casos específicos, como suele suceder con inusitada frecuencia en la praxis, puedan darse las dos circunstancias en un mismo tempus. La extraordinaria se inicia a partir de cuando nace el derecho, objetivamente considerado. Por ello, conforme ya se observó, opera frente a toda clase de personas y al margen de cualquier conocimiento (real o efectivo, presunto o presuntivo).”[56] (Subrayas por fuera del texto original).

En conclusión, el artículo 1081 del Código de Comercio ha sido reconocido como una norma de orden público, cuya finalidad es preservar la seguridad y la certeza en las relaciones jurídicas, a través de la consagración de un régimen de prescripción en los contratos de seguro[57]. Para tal efecto, la ley prevé una prescripción ordinaria, de naturaleza subjetiva, cuya contabilización se sujeta al momento en el que el interesado haya tenido o debido conocer el hecho que da lugar al reclamo; al tiempo que consagra una prescripción extraordinaria, sujeta a un factor objetivo, por virtud de la cual empieza a correr a partir del instante en el que nace el respectivo derecho. En todo caso, como lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, las dos formas de prescripción son autónomas e independientes, aun cuando puedan transcurrir de forma simultánea, logrando materialización jurídica la primera de ellas que se consolide en el tiempo.

4.6. Del estado de invalidez y de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral

El estado de invalidez de una persona se sujeta a un proceso de determinación de la pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con los procedimientos y mecanismos que para tal efecto se prevén en la ley. En la actualidad, el artículo 41 de la Ley 100 de 1993 consagra las reglas sobre la materia, en los siguientes términos:

“El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional. (...)”[58].(Subrayado por fuera del texto original):

En desarrollo de lo expuesto en el inciso 1° de la norma en cita, el Manual Único para la Calificación de Invalidez (actualmente previsto en el Decreto 917 de 1999), señala que se considera inválida “la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral”[59]. De acuerdo con el citado Manual, la calificación de invalidez se expresa a través de un dictamen, con carácter probatorio, el cual deberá contener el concepto experto que los calificadores emiten sobre el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, en el que se tendrán en cuenta los componentes biológico, psíquico y social del ser humano, entendidos a partir de las consecuencias de la enfermedad, el accidente o la edad[60].

De todos modos, el dictamen puede señalar una fecha diferente de la fecha en la que éste es proferido, como momento de estructuración del riesgo o de declaratoria de pérdida de la capacidad laboral, conforme se explica en el artículo 3° del Decreto 917 de 1999, en los términos que a continuación se expone:

“ARTICULO 3. FECHA DE ESTRUCTURACIÓN O DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL. Es la fecha en que se genera en el individuo una pérdida en su

capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación. En todo caso, mientras dicha persona reciba subsidio por incapacidad temporal, no habrá lugar a percibir las prestaciones derivadas de la invalidez.” (Subrayado por fuera del texto original).

Ahora bien, como lo ha reconocido esta Corporación, no siempre la fecha de estructuración de una invalidez coincide con la fecha en la que efectivamente una persona se encuentra en incapacidad de trabajar. Por lo general, dicha situación se presenta cuando una persona padece de enfermedades crónicas, degenerativas o congénitas y la pérdida de la capacidad laboral se consolida de manera paulatina en el tiempo. En estos casos, como se ha expuesto en varios fallos de tutela, este Tribunal ha evidenciado que las juntas de calificación suelen establecer como fecha de estructuración de la invalidez aquella en la que aparece el primer síntoma de la enfermedad, o la que se señala en la historia clínica como el momento en que se diagnosticó la misma, a pesar de que en ese momento no se hubiere perdido la capacidad laboral[61].

En conclusión, en criterio de la Corte, no cabe duda de que la determinación del estado de invalidez de una persona se sujeta a las autoridades y al procedimiento previsto en el Sistema Integral de Seguridad Social (Ley 100 de 1993, art. 41), acorde con el Manual Único para la Calificación de Invalidez vigente a la fecha de calificación (Decreto 917 de 1999). Para tal efecto, las autoridades competentes deberán expedir un dictamen, en el que no sólo se fijará el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, sino también su fecha de estructuración. En todo caso, como se infiere del citado régimen normativo, mientras una persona no sea declarada inválida, se entiende que todavía preserva su capacidad laboral para trabajar, a pesar de que este cubierta por otro tipo de prestaciones que amparan la imposibilidad temporal de prestar un servicio, incluso mientras se adelantan procesos de rehabilitación, como ocurre con el subsidio por incapacidad temporal[62].

Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala procederá a examinar el caso concreto sometido a decisión.

4.7. Caso concreto

4.7.1. La señora Amparo Castro Carrillo instauró acción de tutela en contra del Fondo

Nacional del Ahorro, con ocasión de su negativa a hacer efectiva la Póliza de Vida Grupo Deudores adquirida con Seguros QBE, la cual respalda un crédito hipotecario que adquirió con dicha entidad de carácter financiero. En su escrito pide que la entidad demandada haga efectivo el pago de la póliza por invalidez que asegura el crédito de vivienda que adquirió en el año 2008, en aras de saldar la deuda pendiente que tiene con dicha entidad y conservar el hogar en donde habita con sus dos menores hijos. Al margen de lo anterior, el FNA señaló que no le asiste responsabilidad alguna, pues únicamente actúa como tomador de la póliza que asegura los créditos hipotecarios. Por su parte, la compañía de Seguros QBE sostuvo que la póliza no podía ser reconocida, porque frente a las obligaciones que surgen de dicho contrato había operado la prescripción ordinaria establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que la fecha de estructuración del siniestro fue el 23 de febrero de 2010, esto es, cuando la accionante fue hospitalizada por primera vez.

4.7.2. Antes de realizar un pronunciamiento de fondo sobre el caso planteado, es preciso realizar un breve resumen de lo acreditado en el proceso:

a. El 30 de mayo de 2008, la accionante adquirió un crédito de vivienda con el Fondo Nacional del Ahorro por valor de \$ 24.347.029 pesos, el cual se encuentra amparado con la Póliza de Vida Grupo Deudores 201100000551 adquirida con la compañía de Seguros QBE.

b. Para hacer efectiva dicha póliza, en caso de invalidez o incapacidad total y permanente, el contrato dispone la obligación de acompañar: “Concepto emitido por la Junta Regional de Invalidez, Calificación o Certificación de la EPS y/o cualquier Entidad competente donde se especifique la fecha de estructuración de la invalidez o de la incapacidad total y permanente y su porcentaje de la pérdida de capacidad laboral ó fotocopia de la resolución de reconocimiento de la pensión por invalidez emitida por la entidad competente. En los casos en los cuales los afiliados deudores no puedan aportar cualquiera de los documentos citados anteriormente, podrá solicitarse la valoración médica a LA UNIÓN TEMPORAL QBE SEGUROS S.A.- SEGUROS COLPATRIA S.A. quien la debe realizar a través de instituciones médicas de reconocida trayectoria, asumiendo la UNIÓN TEMPORAL QBE SEGUROS S.A.- SEGUROS COLPATRIA S.A. el costo de esta valoración. Dicha condición también aplica para los pensionados por vejez a quienes luego de jubilarse se

declare invalidez o incapacidad total y permanente.”[63]

c. En el año 2010 a la accionante le fue detectada la enfermedad de cirrosis por hepatitis autoinmune, situación que condujo a la realización de un trasplante hepático el día 26 de febrero de 2010.

d. El 18 de octubre del año en cita, la señora Castro Carrillo le solicitó al FNA el pago de la Póliza de Vida Grupo Deudores, la cual le fue negada debido a que su enfermedad no se encontraba dentro de la lista taxativa de aquellas que ampara dicho seguro, lo que conllevó a que el mismo Fondo le recomendara reclamar la póliza por concepto de invalidez.

e. Por medio de derecho de petición, la citada señora solicitó a CAPRECOM EPS-S la calificación de la invalidez por no contar con recursos económicos para sufragar su costo. A través de oficio OAJ/1120-0335 del 13 de julio de 2011, le fue negada dicha solicitud.

f. Por su delicado estado de salud, la accionante no pudo continuar trabajando. Por ello, ante sus escasos recursos económicos, se vio obligada a interponer una acción de tutela, con el fin de obtener la calificación de su pérdida de capacidad laboral. A través de fallo del 30 de septiembre de 2011, el Juzgado 22 Penal del Circuito de Bogotá accedió a lo pedido y ordenó a CAPRECOM y a la Secretaria Distrital de Salud que procedieran a efectuar los trámites necesarios para que la calificación fuese realizada.

g. El 2 de abril de 2012, el FNA le informó a la accionante que ante el incumplimiento en el pago del crédito de vivienda se habían iniciado los trámites necesarios para efectuar el cobro judicial.

h. El día 4 de mayo de 2012, la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá profirió el dictamen a su cargo y determinó que la accionante tiene una pérdida de capacidad laboral del 59.45%, con fecha de estructuración del 23 de febrero de 2010, esto es, la fecha en que la accionante fue hospitalizada por primera vez.

i. Luego de haberse realizado la calificación, el 13 de junio de 2012, la señora Castro Carrillo solicitó al Fondo Nacional del Ahorro que hiciera efectiva la póliza de invalidez. Esta solicitud fue rechazada por la citada entidad, con fundamento en la comunicación emitida por la compañía de Seguros QBE, radicada con el número IND-UJ-3226-2012 del 25 de

septiembre de 2012, mediante la cual objeta el pago de la indemnización solicitada por haber operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de las obligaciones que surgen del contrato de seguro, al tomar como fecha para su cómputo la prevista como fecha de estructuración de la invalidez.

j. Mediante comunicación CS12112879 del 11 de diciembre de 2012, el FNA interpuso recurso de reconsideración ante la compañía de seguros, por considerar que no se configuraba la mencionada prescripción. Sin embargo, la compañía de Seguros QBE se mantuvo en su posición, a través de oficio IND-UJ-372-2013 del 14 de febrero de 2013.

k. Finalmente, como lo acreditó el ad quem, por su delicado estado de salud y su precaria condición económica, la accionante fue exonerada del pago de la cuota de recuperación correspondiente al 10% del total de los servicios prestados con ocasión del trasplante de hígado, por medio de fallo de tutela del 21 de marzo de 2012. Al tiempo que, por la misma vía judicial, se ordenó a CAPRECOM EPS-S, el día 3 de septiembre del año en cita, garantizar el tratamiento integral de la señora Castro Carrillo en razón a la enfermedad que padece[64].

4.7.3. De acuerdo con las circunstancias fácticas del caso y los argumentos expuestos en esta providencia, la Corte considera que la acción de tutela está llamada a prosperar, con fundamento en las siguientes consideraciones:

- En primer lugar, a pesar de que la accionante reclama una póliza que ampara el riesgo de invalidez ante el Fondo Nacional del Ahorro, con el propósito de cubrir el crédito restante que tiene con dicha entidad de naturaleza financiera, lo que cierto es que el FNA tan sólo tiene la calidad de tomador del contrato de seguro, por lo que su papel se limita a recibir las solicitudes de pago formuladas por sus afiliados y correr traslado de ellas a la compañía de seguro. Ningún reproche cabe frente a su actuación, pues su desempeño en la gestión dirigida a lograr el pago del riesgo asegurado fue diligente y acorde con la especial protección que demanda la accionante, como lo constata el ejercicio de un recurso de reconsideración ante la compañía de seguros, en aras de lograr el reconocimiento de la indemnización correspondiente al amparo de invalidez o de incapacidad total y permanente.

- En segundo lugar, es claro que el hecho generador de la violación a los derechos

fundamentales invocados por la accionante, se encuentra en la actitud asumida por la compañía de Seguros QBE, a quien le corresponde reconocer y pagar el riesgo asegurado. En el caso objeto de estudio, la Sala observa que la citada compañía negó el reconocimiento de la indemnización, al considerar que había operado la prescripción ordinaria de las obligaciones que surgen del contrato de seguro, al entender que el cálculo de la misma empezaba a correr a partir de la fecha de estructuración de la invalidez, al tenor de lo dispuesto en el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá. Al respecto, expresamente se señaló que:

“Sobre el particular, y una vez analizados los argumentos expuestos en la citada comunicación, es preciso señalar que no hay lugar a reconsiderar nuestra objeción emitida el pasado 25 de septiembre del año 2012; por cuanto, nos apartamos de las aseveraciones realizadas y ratificamos que al comparar la fecha de siniestro (23/02/2010) y la fecha de reclamación (17/07/2012), se puede concluir que operó el fenómeno de la prescripción y con ello la pérdida del derecho a reclamar la indemnización pretendida.

De acuerdo con lo anterior, podemos señalar que el dictamen emitido por la Junta Calificadora se limita a reconocer o declarar un estado anterior consistente en la incapacidad sufrida por la afiliada. Tan es así, que la resolución que declara la invalidez determina siempre una fecha retroactiva (...) en la que tuvo lugar el hecho generador de la invalidez, determinada como la fecha de estructuración de la invalidez o incapacidad, es decir la fecha [del] siniestro”[65].

Esta Sala no comparte la posición asumida por la compañía de Seguros QBE, pues la prescripción ordinaria de las obligaciones que surgen del contrato de seguro, si bien es de dos (2) años, tan sólo empieza a correr “desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”. Esto implica que, como lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia[66], esta modalidad de prescripción es de naturaleza eminentemente subjetiva y, por ello, está sometida al conocimiento real o presunto del siniestro que da lugar a la acción.

De acuerdo con lo expuesto, a juicio de la Corte, es claro que la reclamación realizada por la accionante no estaba prescrita, básicamente porque el amparo requería el reconocimiento del estado de invalidez, como expresamente se señala en la propia póliza, para lo cual

exigía un concepto emitido por una autoridad especializada, como lo es, la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Hasta tanto no existiese dicha calificación, la señora Castro Carrillo no sólo estaba imposibilitada para presentar la reclamación de la póliza, sino que, adicionalmente, carecía de legitimación para intentar su cobro, ya que el hecho fundamental que da base a la acción, es la circunstancia de haber sido declarada en estado de invalidez.

De ahí que, el momento a partir del cual la accionante podía presentar la reclamación de la póliza por pérdida de la capacidad total y permanente, estaba sujeto a la notificación del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá, cuyo concepto tan sólo se expidió el 4 de mayo de 2012. Desde esta perspectiva, sólo hasta esa fecha la señora Castro Carrillo pudo tener conocimiento del hecho que sustenta su reclamación y del porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral del 59.45%, como requisito indispensable para tener derecho a la indemnización correspondiente al amparo de invalidez.

En conclusión, como lo señaló el ad quem, la prescripción ordinaria de dos (2) años de que trata el inciso 1° del artículo 1081 del Código de Comercio, tan sólo podía computarse desde el 4 de mayo de 2012 y no desde el 23 de febrero de 2010, como lo hizo la compañía de Seguros QBE.

Desde esta perspectiva, es inentendible y criticable la actitud asumida por la citada aseguradora, pues antes de la expedición del dictamen proferido por la Junta Regional de Calificación no se tenía prueba en concreto de la pérdida de capacidad laboral. Ahora bien, como lo ha reconocido esta Corporación, no siempre la fecha de estructuración de una invalidez coincide con la fecha en la que efectivamente una persona se encuentra en incapacidad de trabajar, pues las juntas de calificación suelen establecer como fecha de estructuración aquella en la que aparece el primer síntoma de la enfermedad, o la que se señala en la historia clínica como el momento en que se diagnosticó la misma. Dicha circunstancia fue la que ocurrió en el asunto bajo examen, en donde se tomó como fecha de estructuración la correspondiente a la primera hospitalización de la accionante, esto es, el 23 de febrero de 2010, momento para el cual todavía no existía prueba del estado de invalidez, que permitiese concluir que la accionante conocía o debía conocer de la misma[67].

En este mismo sentido, se pronunció esta Corporación en la Sentencia T-309A de 2013[68], en un caso referente a la aseguradora Liberty S.A., en la que ésta se negó a reconocer una póliza por invalidez, al tener en cuenta la fecha de estructuración y no aquella en la que se profirió el dictamen de pérdida de capacidad laboral. Al respecto, la Corte señaló que:

“El razonamiento hecho por la aseguradora accionada, resulta absurdo en la medida en que se da efectos retroactivos a una situación que solo surgió y por ende se hizo exigible cuando se emitió el dictamen que declaró la invalidez. Razón por la cual, esta Sala considera que tener como fecha de la ocurrencia del siniestro la estructuración de la invalidez, contraría el principio de la buena fe, el cual debe estar presente dentro del contrato de seguro, pues en ese momento el señor Rodríguez Rueda no conocía de su estado de invalidez y, por tanto, no podía hacer exigible los derechos derivados del acaecimiento del riesgo amparado.”

- Finalmente, en el asunto bajo se examen, es claro que la negativa a reconocer la póliza implica una afectación del derecho al mínimo vital de la accionante. En efecto, como se infiere de los hechos probados en el expediente, la señora Castro Carrillo no cuenta con los recursos económicos necesarios para asegurar su digna subsistencia, tan es así que en dos fallos de tutela fue exonerada de la recuperación correspondiente al 10% del total de los servicios prestados con ocasión del trasplante de hígado y, a su vez, se ordenó a la EPS CAPRECOM la garantía del tratamiento integral frente a la patología que la aqueja. Adicionalmente, por su estado de invalidez no pudo continuar trabajando y a la fecha carece de ingreso alguno para poder cancelar las cuotas pendientes del crédito de vivienda.

No cabe duda que la falta de reconocimiento de la indemnización correspondiente al amparo de invalidez vulnera el derecho al mínimo vital de la accionante, pues la no cancelación de la obligación por ella adquirida con el Fondo Nacional del Ahorro, conduce a afectar gravemente su precaria condición económica, la cual ha sido reconocida por los jueces constitucionales, en un contexto de pérdida de capacidad laboral que la pone en una situación de debilidad manifiesta (CP art. 13). Por lo demás, no sobra recordar que de la accionante dependen dos niños menores de edad y que la vivienda amparada con el crédito (frente a la cual se solicita el seguro) constituye su único lugar de habitación.

IV. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero.- CONFIRMAR la sentencia proferida el 26 de febrero de 2013 por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Segunda, Sub-Sección “C”, en la que se concedió el amparo del derecho fundamental al mínimo vital de la señora Amparo Castro Carrillo.

Segundo.-Por Secretaría General, LÍBRESE la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

[1] Folios 45-47, cuaderno 2.

[2] La norma en cita dispone que: “La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el

interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

[3]Folios 10 y 11, cuaderno 2.

[4] Folios 71-74, cuaderno 2.

[5] Folios 6-12, cuaderno 2.

[6] Folios 13-16, cuaderno 2.

[7] Folio 18, cuaderno 2.

[8] Folio 21, cuaderno 2.

[9] Folios 19-21, cuaderno 2.

[10] Folios 57-60, cuaderno 2.

[11] Folio 52, cuaderno 2.

[12] Folio 56, cuaderno 2.

[13] Folio11-12, cuaderno 3.

[14] Folios 13-14, cuaderno 3.

[15] Folios 15-32, cuaderno 3.

[16] Folio 39-40, cuaderno 3.

[17] Folios101-102, cuaderno 3.

[18] Folio 39, cuaderno principal.

[19]El hecho superado se configura cuando lo pretendido a través de la acción de tutela se satisface, sin necesidad de una orden judicial y, por lo mismo, desaparece la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales invocados por el demandante, de suerte que la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso específico resultaría a todas luces inocua y, por lo tanto, contraria al objetivo de protección previsto para el amparo constitucional. Esto ocurre, por ejemplo, en los casos en los cuales el accionante requiere el suministro de varios medicamentos, y éstos le son entregados por la EPS en el trámite de la acción.

[20] La Corte ha adoptado esta misma posición, entre otras, en las Sentencias T-1089 de 2007 y T-1128 de 2008. En la primera de ellas expuso que: “A pesar de lo anterior, no cabe en el presente asunto declarar la carencia actual de objeto por existencia de un hecho superado, puesto que si bien para el momento en que se profirió sentencia de primera instancia los procedimientos médicos habían sido autorizados, ello fue consecuencia de una orden judicial y no de una actuación voluntaria de la entidad accionada tendiente a reestablecer los derechos fundamentales de su afiliado.”

[21] El artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 consagra las hipótesis de procedencia de la acción de tutela contra particulares.

[22]“Artículo 1.- Naturaleza jurídica. El Fondo Nacional de Ahorro, establecimiento público creado mediante el Decreto-ley 3118 de 1968, se transforma en virtud de la presente ley en Empresa Industrial y Comercial del Estado de carácter financiero del orden nacional, organizado como establecimiento de crédito de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, y en consecuencia su régimen presupuestal y de personal será el de las empresas de esta clase. Estará vinculado al Ministerio de Desarrollo Económico y la composición de su Junta Directiva será la que señala la presente ley”

[23]“Artículo 93.- Régimen de los actos y contratos. Los actos que expidan las empresas industriales y comerciales del Estado para el desarrollo de su actividad propia, industrial o comercial o de gestión económica se sujetarán a las disposiciones del Derecho Privado. Los contratos que celebren para el cumplimiento de su objeto se sujetarán a las disposiciones del Estatuto General de Contratación de las entidades estatales.”

[24] Véanse, entre otras, las Sentencias T-793 de 2004, T-865 de 2010, T-754 de 2011 y T-405 de 2012.

[25] Artículo 42.

[26] Al respecto, entre otras, se pueden consultar las Sentencias T-233 de 1994, T-457 de 1995, T-100 de 1997, T-1386 de 2000, T-143 de 2000, T-317 de 2001, T-874 de 2001 y T-163 de 2002, T-385 de 2002, T-595 de 2003, T-108 de 2005 y T-661 de 2008.

[28] Sentencia T-136 de 2013.

[29] Sentencia T-813 de 2012.

[30] Sentencia T-1008 de 1999. M.P. José Gregorio Hernández Galindo

[31] M.P. Rodrigo Escobar Gil. Subrayado por fuera del texto original.

[32] Folios 78 y 79 del cuaderno No. 2.

[33] Véanse, entre otras, las Sentencias T-336 de 2009, T-436 de 2009, T-785 de 2009, T-799 de 2009, T-130 de 2010 y T-136 de 2010.

[34] Sentencia T-723 de 2010.

[35] Véanse, además, las sentencias T-179 de 2003, T-500 de 2002, T-135 de 2002, T-1062 de 2001, T-482 de 2001, SU-1052 de 2000, T-815 de 2000, T-418 de 2000, T-156 de 2000, T-716 de 1999, SU-086 de 1999, T-554 de 1998, T-384 de 1998 y T-287 de 1995.

[36] Sentencia C-225 de 1993.

[37] Véanse, entre otras, las sentencias T-225 de 1993 y T-808 de 2010.

[38] Véanse, entre otras, las sentencias T-106 de 1993 y T-100 de 1994.

[39] Sentencia T-705 de 2012.

[40] Igual doctrina se encuentra en las sentencias T-203 de 1993, T-483 de 1993 y T-016 de 1995.

[41] Sentencia C-543 de 1992.

[42] Código de Comercio, art. 1054.

[43] M.P. Mauricio González Cuervo. De forma contraria, en la Sentencia T-642 de 2007, la Corte declaró la improcedencia de la acción de amparo por no cumplir con el requisito de subsidiariedad, frente a la negativa a pagar una póliza de vida adquirida para asegurar un crédito de consumo con un banco, pues en el proceso no se probó que los mecanismos principales no fueran adecuados para resolver la controversia, sobretodo porque no se acreditó la afectación de algún derecho fundamental.

[44] Sentencia T-279 de 2010.

[45] Véanse, entre otras, las Sentencias SU-961 de 1999, T-344 de 2000, T-1169 de 2001, T-105 de 2002, T-575 de 2002, T-843 de 2002, T-315 de 2005, T-993 de 2005 y T-1140 de 2005.

[46] Sentencia T-279 de 2010.

[47] La comunicación con fecha del 11 de octubre de 2012, se encuentra en el folio 18 del cuaderno 2.

[48] M.P. Martha Victoria Sáchica de Moncaleano.

[49] Sobre los sujetos que intervienen en el contrato de seguro, esta Corporación ha dicho que: “[En] la formación y ejecución del contrato de seguro intervienen dos grupos de personas: a) las partes contratantes, que son las obligadas por el contrato y b) ciertas personas interesadas en sus efectos económicos. Son partes contratantes : el asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos y el tomador, esto es la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos (C.Co. , art. 1037). Es preciso mencionar que el tomador es la persona natural o jurídica que interviene como parte en la formación del contrato, de la cual se exige una capacidad y conducta precontractual (C.Co., art. 1058), determinantes en la validez del negocio jurídico y a cuyo cargo corren ciertas obligaciones. La calidad de tomador es unitaria pues se utiliza en todos los contratos de seguro sin importar su naturaleza y objeto (seguros de daños y de personas) y en la mayoría de los casos coincide

con la calidad de asegurado. Esto se desprende de la propia norma, cuando define al tomador como la persona que “obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.” (C.Co., art. 1037). // Participan en el contrato de seguro, además de las partes : el asegurado, como titular del interés asegurable o asegurado, lo que supone que, en los seguros de daños, es la persona cuyo patrimonio puede resultar afectado, directa o indirectamente, con la ocurrencia de un riesgo (C.Co., art. 1083) y en los seguros de personas, aquel cuya vida o integridad corporal se ampara con el contrato de seguro; y el beneficiario, o sea la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada, quien puede o no identificarse con el tomador o el asegurado, o ser designado en la póliza o por la ley (C.Co., art. 1142).”

[50] La norma en cita dispone que: “La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales. // Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción”.

[51] No sobra aclarar que en contraposición de la prescripción extintiva se reconoce la prescripción adquisitiva, que opera como un modo para adquirir el derecho sobre cosas ajenas.

[52] La disposición citada consagra que: “Las obligaciones son civiles o meramente naturales. // Civiles son aquellas que dan derecho para exigir su cumplimiento. // Naturales las que no confieren derecho para exigir su cumplimiento, pero que cumplidas autorizan para retener lo que se ha dado o pagado, en razón de ellas. Tales son: (...) 2.- Las obligaciones civiles extinguidas por la prescripción”.

[53] Sentencia T-581 de 2011 (M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub) y Sentencia T-001 de 1993 (M.P. Jaime Sanín Greiffenstein).

[54] Superintendencia Financiera, Concepto 2006051752-001 del 22 de diciembre de 2006.

[55] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente: Fernando Giraldo Gutiérrez, Bogotá DC, 18 de diciembre de 2012, Ref.: Expediente

1100131030392007-00071-01.

[56] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente: Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, Bogotá DC, 29 de junio de 2007, Ref.: Expediente 11001-31-03-009-1998-04690-01

[57]Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha dicho que “(...) la esencia de orden público de las normas que fijan los plazos de prescripción (...) [se explica en que] (...) estos no pueden ampliarse ni reducirse por convenio particular tanto cuando se trata de adquisitiva, como de extintiva o liberatoria (...) Ese carácter de orden público impide, pues que, como sucede con las normas dispositivas, pueda estipularse en contrario, porque es evidente el interés del orden social en que este fenómeno sea controlado por la ley”.Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente: Fernando Giraldo Gutiérrez, Bogotá DC, 4 de abril de 2013, Ref.: Expediente 0500131030012004-00457-01

[58] Este artículo fue modificado por la Ley 962 de 2005 y por el Decreto 019 de 2012.

[59] Artículo 2° del Decreto 917 de 1999.

[60] Artículos 4° y 7° del Decreto 917 de 1999.

[61] Sentencia T-163 de 2011 (M.P. María Victoria Calle Correa). En esta oportunidad, se dijo que: “Cuando se trata de accidentes o de situaciones de salud que generan la pérdida de capacidad de manera inmediata, la fecha de estructuración de la invalidez coincide con la fecha de la ocurrencia del hecho; sin embargo, existen casos en los que la fecha en que efectivamente una persona está en incapacidad para trabajar, es diferente a la fecha que indica el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral. Lo anterior se presenta, generalmente, cuando se padecen enfermedades crónicas, degenerativas o congénitas, en donde la pérdida de capacidad laboral es paulatina. Frente a este tipo de situaciones, la Corte ha evidenciado que las Juntas de Calificación de Invalidez establecen como fecha de estructuración de la invalidez aquella en que aparece el primer síntoma de la enfermedad, o la que se señala en la historia clínica como el momento en que se diagnosticó la enfermedad, a pesar de que en ese momento, no se haya presentado una pérdida de capacidad laboral permanente y definitiva -Decreto 917 de 1999- Esta situación genera una desprotección constitucional y legal de las personas con invalidez. // En estos eventos, por

tratarse de enfermedades cuyas manifestaciones empeoran con el tiempo, la persona puede continuar su vida laboral con relativa normalidad, hasta el momento en que por su condición de salud le es imposible continuar cotizando al Sistema. Así, aunque legalmente una persona adquiere el derecho a la pensión de invalidez cuando pierde la capacidad para continuar trabajando, las Juntas de Calificación de Invalidez crean la ficción de situar el momento a partir del cual se considera que una persona no podrá seguir trabajando, en una etapa de la enfermedad en la que la persona sigue siendo un trabajador productivo y funcional, y puede aportar al sistema.”.

[62] Véase, por ejemplo, el artículo 3° de la Ley 776 de 2002.

[63] Folio 22, cuaderno principal. Documento aportado por Seguros QBE a este despacho el 2 de agosto de 2013.

[64]Folio 91, cuaderno No. 3.

[65]Folio 39, cuaderno 3.

[66]Véase, por ejemplo, Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 3 de mayo de 2000, Magistrado Ponente: Nicolás Bechara Samancas, Ref.: Expediente 5360.

[67] La información médica referente a las actuaciones adelantadas el citado 23 de febrero de 2010 ratifican lo expuesto. Precisamente, según el dictamen del 4 de mayo de 2012, en dicha fecha la accionante fue tratada en el Hospital Santa Clara, en los siguientes términos: “Motivo de consulta: ‘traslado de urgencias dolor de estomago y diarrea. Enfermedad actual, paciente con cuadro clínico de aproximadamente -2 semanas de evolución consistente en dolor en hipocondrio derecho, deposiciones diarreicas, acolia y coluria. Todos los días 3 a 4 veces cada día, refiere haber presentado fiebre hace 4 días de 39 grados centígrados por lo cual se administró Acetaminofén. Durante su tiempo en urgencias se le realizan exámenes paraclínicos en donde el hemograma con leucopenia y trombocitopenia, por lo cual se considera esperar reporte de ecografía hepatobiliar, se solicita VIH – Elisa. Debido a su sintomatología y por características de perfil hepático sugestivo de patrón obstructivo por hiperbilirrubinemia directa, fosfatasa alcalina elevada, se tiene reporte de ecografía hepatobiliar realizada el 17/02/10 la cual se encuentra dentro de los límites

normales, se solicitan estudios de VIH, hepatitis b y hepatitis c, se decide traslado a piso para continuar con estudios complementarios y manejo. Análisis: paciente femenino de 33 años, la cual curso con cuadros clínicos de ictericia, junto con acolia y coluria en contexto de paciente sana. Diagnósticos de ingreso a urgencia: 1. Colecistitis?, 2. Colelitis?, 3. Hepatitis viral?, 4. Enfermedad diarreica aguda”.

[68] M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.