

T-568-15

Sentencia T-568/15

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Procedencia excepcional cuando el margen de desigualdad existente entre las partes es tal que establece una situación de indefensión

SISTEMA FINANCIERO Y ASEGURADOR-Actividades de interés público y de posición dominante

INDEFENSION-Concepto

PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD E INMEDIATEZ EN LA ACCION DE TUTELA-Requisitos de procedibilidad

PERJUICIO IRREMEDIABLE-Criterios para determinar su configuración

PROTECCION CONSTITUCIONAL ESPECIAL DE PERSONAS PORTADORAS DE VIH/SIDA

CONTRATO DE SEGUROS-Naturaleza

Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes. Así las cosas, conforme al artículo 1036 del C. de Co. El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, en el que tienen la condición de partes: el asegurador, o sea la persona jurídica que asume el riesgo y el tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada el riesgo.

CONTRATO DE SEGUROS-Elementos esenciales

Existen ciertos elementos esenciales del contrato de seguros que son, según lo dispone el artículo 1045 del Código de Comercio, los siguientes: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro, y la obligación condicional del asegurador.

CONTRATO DE SEGUROS-Condiciones

Es posible diferenciar entre dos (2) clases de condiciones de los contratos de seguros. De un lado, están las condiciones generales, es decir, las cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por un asegurador, las cuales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. De otro lado, las condiciones particulares definen el alcance de la relación frente a cada caso concreto. Por consiguiente, para precisar el alcance de la cobertura de un seguro, no basta con referenciar las condiciones generales sino que es necesario analizar las condiciones particulares del negocio jurídico.

PRINCIPIO DE NORMATIVIDAD EN CONTRATO DE SEGUROS/PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS/MANDATO DE DEBIDA DILIGENCIA EN CONTRATO DE SEGUROS

El conjunto de cláusulas generales y particulares que se suscriban delimitan la relación contractual, o lo que es lo mismo, la relación de aseguramiento. De allí que, para los efectos de esta sentencia, sea relevante indicar que las obligaciones que surgen al momento de consentir el contrato de seguro se rigen conforme a los siguientes parámetros. El primero es el principio de normatividad, que implica que la voluntad exteriorizada por las partes es fuente de creación de una norma jurídica, que le da vigor obligatorio al compromiso adquirido. Este último sólo puede ser invalidado por las partes o por causas legales, como ocurre con los vicios del consentimiento. El segundo, es el principio de la buena fe, según el cual las partes han de obrar lealmente para cumplir con la finalidad perseguida mediante la celebración del negocio jurídico y; finalmente, el mandato de debida diligencia, que ha sido abordado por sectores de la doctrina como aquél opuesto a la imposición de trabas, obstáculos o limitaciones no contractuales, vinculadas en varias ocasiones con comportamiento culposos, que terminan afectando la realización de lo acordado.

INTERPRETACION PRO CONSUMATORE-Interpretación del contrato de seguros a favor del asegurado

En caso de que exista duda sobre el contenido de una cláusula, ya porque sea vaga o ambigua, ha de aplicarse el principio de interpretación pro consumatore, según el cual si han sido dictadas por la aseguradora, su hermenéutica favorecerá a la parte que no la redactó.

ACCION DE TUTELA CONTRA EMPRESA DE SEGUROS-Vulneración del debido proceso en caso que se niega pago de póliza de tomador enfermo de VIH/SIDA

Referencia: Expediente T-4.910.477

Acción de Tutela instaurada por el señor Antonio contra MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A.

Magistrado Ponente:

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Bogotá DC, cuatro (4) de septiembre de dos mil quince (2015)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Gloria Stella Ortiz Delgado y Luis Guillermo Guerrero Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos de tutela dictados por el Juzgado Veintitrés Civil Municipal de Menor Cuantía de Bogotá y por el Juzgado Veintisiete Civil del Circuito de la misma ciudad, en el asunto de la referencia.

I. ANTECEDENTES

1.1. Cuestión previa

La presente acción de tutela tiene por objeto la protección de los derechos fundamentales de una persona a quien le fue diagnosticado VIH. De ahí que, en el ámbito del tratamiento de datos sensibles relativos a la salud y a la vida sexual[1], y en aras de proteger la intimidad y privacidad del actor[2], se emitirán respecto del asunto sometido a decisión dos copias del mismo fallo, diferenciándose en que se sustituirán los nombres reales en aquella copia que se publique en la Gaceta de la Corte Constitucional.

1.2. Hechos relevantes

El señor Antonio instauró acción de tutela contra MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. (en adelante MAPFRE), por considerar que esta compañía conculcó sus derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital, al negar el pago de una póliza de seguros[3]. La acción fue admitida por la autoridad judicial de primera instancia el 23 de enero de 2015[4], y los hechos relevantes se resumen así:

1.2.1. El actor perteneció a las Fuerzas Armadas de Colombia y fue retirado del servicio activo mediante Resolución No. 1276 del 10 de agosto de 2011. Para adoptar la citada decisión, se tuvo en cuenta que a través de la Junta Médica Militar No. 43794 del 9 de mayo del año en cita, la Dirección de Sanidad del Ejército determinó que el accionante tenía una pérdida de capacidad laboral del 100%. Entre los hallazgos se encontró que padecía VIH con clasificación de estado A3 (afección de origen común) e hipoacusia (enfermedad de origen profesional).

1.2.2. El 19 de abril de 2012, el Ejército le reconoció al actor una pensión mensual por invalidez, derivada –precisamente– de la disminución de su capacidad laboral. El monto de la prestación ascendió a la suma de \$ 2.535.270 pesos, disponiendo el descuento de un 50% de su valor, en cumplimiento de órdenes del Juzgado Primero de Familia del Distrito Judicial de Tunja.

1.2.3. Alrededor de cinco años antes de los hechos narrados, el actor celebró un crédito para la compra de un vehículo por la suma de \$ 63.000.000 de pesos con Finanzauto Factoring S.A. Como respaldo de la deuda, el día 24 de septiembre de 2007 firmó el pagaré No. 42975 por la suma de \$ 114.582.892 pesos[5].

1.2.4. De igual manera, y como es costumbre en este tipo de negocios, en la medida en que Finanzauto Factoring S.A. tiene en calidad de tomador una póliza de vida grupo deudores con la compañía de seguros MAPFRE, que cubre los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente de sus deudores, se dispuso la inscripción del actor dentro del grupo de asegurados[6]. Precisamente, sin perjuicio de las condiciones generales del contrato de seguros con cobertura grupal, en su caso, se fijó el valor inicial asegurado en la suma de \$ 110.601.224 pesos (noviembre de 2007), con una prima mensual de \$ 82.951[7].

1.2.5. El 10 de junio de 2011, el accionante solicitó el pago de la prestación asegurada, básicamente por la cobertura de incapacidad total y permanente, originada en la pérdida

del 100% de su capacidad laboral. No obstante, el 15 de julio del año en cita, MAPFRE negó el reconocimiento de la póliza, al estimar que la entidad por ella designada para verificar la condición médica del actor había determinado que éste presentaba una pérdida de capacidad laboral del 35.10%[8].

1.2.6. Luego, según expone el accionante, mediante Acta No. 67875 del 1° de agosto de 2013, la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército reiteró que el grado de disminución de su capacidad laboral es equivalente al 100%. Por ello, el día 11 del mismo mes y año, solicitó nuevamente a MAPFRE que hiciera efectiva la póliza, señalando que por su condición de exmilitar está cubierto por un régimen especial de seguridad social, cuyo efecto supone que sólo le corresponde evaluar y calificar su grado de invalidez al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.

1.2.7. En respuesta del 17 de diciembre de 2014, MAPFRE le solicitó al actor acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, de acuerdo con las reglas dispuestas en el contrato de seguros, conforme al cual, siempre que se presente un desacuerdo, tendría valor definitivo el concepto proferido por dicha entidad[9]. Lo anterior, en el entendido que el dictamen aportado por el actor si bien explica el reconocimiento de la pensión de invalidez en un régimen exceptuado de la seguridad social, el mismo resulta inaplicable para efectos de la póliza, por una parte, porque no se basa en el Manual Único de Calificación, y por la otra, porque tampoco indica la fecha de estructuración del riesgo. Así las cosas, señala que para efectos de obtener la prestación asegurada, se tiene que aplicar el método de valoración fijado para establecer la pérdida de capacidad laboral en el Sistema General de Seguridad Social[10]. Con todo, atendiendo a la condición alegada por el actor, le indicó que los honorarios para acudir a la Junta serían asumidos por dicha compañía[11].

1.3. Solicitud de amparo constitucional

El actor solicitó al juez de tutela que, previo amparo de sus derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso, se ordenara a la accionada pagar la póliza de seguro por incapacidad total y permanente a favor de Finanzauto Factoring S.A. Para fundamentar su pretensión, expuso argumentos en relación con la procedencia del amparo, así como en lo atinente al fondo de la controversia.

En cuanto a la procedencia de la acción, el actor afirmó que se encuentra en un estado de indefensión respecto de MAPFRE, pues ésta ejerce una posición dominante en el mercado, cuya situación se agrava si se tiene en cuenta la invalidez que padece. Por otra parte, alegó que su mínimo vital se está viendo afectado por la deuda que existe en su contra y que debía ser pagada con el seguro, pues del monto de la pensión le descuentan el 50% por orden del Juzgado Primero de Familia y con el saldo restante debe satisfacer sus necesidades básicas, incluido el pago de transporte y alimentación en la ciudad de Bogotá, con el fin de recibir dos días a la semana atención médica especializada en el Hospital Militar.

En lo que atañe al fondo del asunto, expuso en la demanda que la aseguradora estaba desconociendo las patologías que le fueron diagnosticadas, al igual que el contenido de las Juntas Médico Laborales Militares que habían determinado un grado de disminución de su capacidad laboral en un 100%. En este sentido, indicó que conforme a la categoría en que fue clasificada su enfermedad (A3), además de ser portador de VIH, padece otras patologías infecciosas relacionadas con ella.

Frente a la exigencia de que acreditara su pérdida de capacidad conforme a lo estipulado en el contrato, el actor enfatizó en que la calificación se realizó de acuerdo con el régimen especial de las Fuerzas Militares y de Policía previsto en los artículos 217 y subsiguientes de la Constitución y regulado en el Decreto Ley 1211 de 1990. En su criterio, el Sistema Integral de Seguridad Social no le es aplicable y el dictamen médico realizado por MAPFRE le es inoponible, ya que desconoce que su invalidez conllevó a la desvinculación laboral definitiva de las Fuerzas Militares de Colombia.

Por último, indicó que la negativa de la empresa demandada afecta su patrimonio familiar, pues la deuda contraída tenía que ser cubierta con el pago de la póliza; y que, aun cuando existía un contrato entre las partes, cimentado en el principio de autonomía de la voluntad privada, la entidad financiera no podía dejar de observar las normas constitucionales y legales.

1.4. Contestación de la parte demandada[12]

La compañía MAPFRE se opuso a las pretensiones de la demanda, al considerar que la acción es improcedente, ya que no existe una situación apremiante que convoque al juez

constitucional a dirimir la controversia que, por lo demás, tiene una connotación exclusivamente contractual, privada y mercantil.

En cuanto al estado actual del asunto, indicó que ya se había informado al actor sobre la necesidad de acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, siguiendo los requisitos de la cláusula 1.2 de la póliza de vida grupo deudores, ya que el dictamen proferido por la Junta Médico Laboral del Ejército “carece de fecha de estructuración”[13], siendo éste un requisito indispensable para determinar si el siniestro ocurrió o no dentro de la vigencia del amparo[14].

A continuación, señaló que la citada cláusula también exige como requisito que el asegurado cuente con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, “certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez”[15], circunstancia que tampoco se cumple en el asunto subexamine. En efecto, resaltó que si bien el reconocimiento de la pensión de invalidez a favor del actor se hizo dentro de las dinámicas propias de un sistema exceptuado, el campo de aplicación de este último se limita a las coberturas del sistema de seguridad social; ya que, para efectos del contrato de seguros –en virtud de lo acordado por las partes– son aplicables las reglas generales de calificación, las cuales obedecen a los criterios fijados en el Decreto 917 de 1999.

Por último, enfatizó que de existir desacuerdos entre el asegurado y la compañía de seguros respecto de la calificación realizada, el contrato también señala que se le daría valor definitivo al dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del domicilio del asegurado, instancia que se le ha puesto de presente al actor y a la cual no ha acudido.

II. SENTENCIAS OBJETO DE REVISIÓN

2.1. Sentencia de primera instancia

En sentencia del 3 de febrero de 2015, el Juzgado 23 Civil Municipal de Menor Cuantía de Bogotá negó el amparo solicitado, pese a que sus consideraciones giraron principalmente en torno a los requisitos procesales de la acción de tutela[16].

En efecto, en criterio de la citada autoridad, no se cumple con el requisito de la subsidiariedad, ya que existen otros mecanismos judiciales que resultan idóneos y eficaces para dirimir la controversia. Si bien señaló que existen condiciones especiales en el caso que permitirían efectuar un análisis menos riguroso del citado requisito, como lo es la circunstancia de que el accionante haya visto disminuida su capacidad laboral; en todo caso se evidenciaba que el asunto giraba exclusivamente en una controversia patrimonial que podía dirimirse ante el juez ordinario o a través de una conciliación extrajudicial[17]. Por lo demás, señaló que el actor actualmente recibe una pensión y que la empresa acreedora de la obligación derivada de la compra del vehículo, esto es, Finanzauto Factoring S.A., no ha iniciado hasta el momento ningún proceso ejecutivo, lo que excluye la ocurrencia de un eventual perjuicio irremediable.

2.2. Impugnación

Inconforme con la decisión de primera instancia, el accionante interpuso recurso de apelación, en el que además de reiterar los argumentos planteados en la demanda, indicó que podía inferirse la fecha de estructuración de su invalidez desde la época en el cual se le ordenó el manejo de su salud por medicamentos antirretrovirales. Además, manifestó que Finanzauto Factoring S.A. había iniciado en su contra un proceso ejecutivo en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tunja, lo que obligaba a que dicha empresa sea vinculada al proceso. Finalmente, reiteró los parámetros fijados en la jurisprudencia de la Corte en torno a la protección reforzada de las personas que padecen VIH[18] y aseveró que la calificación que le efectuó la compañía aseguradora no obedeció a una valoración personal, ni a la realización de exámenes médicos.

2.3. Sentencia de segunda instancia

En sentencia del 10 de marzo de 2015, el Juzgado 27 Civil del Circuito de Bogotá confirmó la decisión del a quo, al reiterar que el caso sub judice no cumple con el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela. En este sentido, enfatizó que se pretendía el pago de una póliza de seguros por incapacidad originada en un contrato de seguros, razón por la cual el actor debía acudir ante el juez natural a dirimir dicha controversia[19].

III. PRUEBAS APORTADAS Y RECAUDADAS AL PROCESO E INTERVENCIÓN DE TERCEROS CON INTERÉS

3.1 Pruebas relevantes aportadas al proceso

Para acreditar los hechos narrados en el expediente obran los siguientes documentos relevantes:

b) Acta de Junta Médica Laboral No. 43794 del 9 de mayo de 2011, en la que se analizó la disminución de la aptitud psicofísica del actor. Se le diagnosticó VIH clasificación A3 e hipoacusia en ambos oídos (33 decibeles en el derecho y 27 en el izquierdo). La primera enfermedad se consideró de origen común, mientras que la segunda de origen profesional. Para efectos de este análisis intervinieron especialistas en infectología, psiquiatría y audiometría (cuaderno 1, folios 11 a 12).

c) Acta de Junta Médica Laboral No. 67875 del 1 de agosto de 2013, en la que se determinan varias lesiones o afecciones de origen común en la salud del demandante, entre ellas, deterioro cognitivo, enfermedad coronaria, enfermedad hemorroidal, dislipidemia, sinusitis, lumbalgia mecánica, trastorno de adaptación, enfermedad ácido péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, astigmatismo miopico, sahos, neumopatía y policitemia secundaria. De igual manera, se encontró una fractura de metacarpiano de la mano derecha, que si bien ocurrió durante el servicio no se produjo como causa del mismo. En esta acta se reitera que el actor tiene una disminución de capacidad laboral acumulada del 100%, siendo objeto de examen por especialistas en ortopedia, medicina interna, oftalmología, dermatología, psiquiatría, neurología y otorrinología (cuaderno 1, folios 13 a 14).

d) Resumen de la historia clínica, en la que consta que le fue diagnosticado al actor el VIH en el año 2010 y que el estado es A3, según la clasificación de Atlanta (cuaderno 1, folios 15 a 22).

e) Resolución No. 1276 del 10 de agosto de 2011, en la cual el Comandante del Ejército Nacional retiró del servicio activo al accionante, como consecuencia de su estado de invalidez (cuaderno 1, folio 3).

f) Resolución No. 1299 del 19 de abril de 2012, en la que se le reconoce al actor la pensión mensual de invalidez. En las consideraciones se expresa que la Junta Médica Laboral dictaminó una pérdida de su capacidad laboral total acumulada del 100%, tanto por

afecciones de origen común como por enfermedades de origen profesional. El monto de la prestación se fijó en la suma de \$ 2.535.270 pesos, disponiendo el descuento del 50% de su valor por órdenes del Juzgado Primero de Familia del Distrito Judicial de Tunja (cuaderno 1, folios 4 a 7).

g) Petición formulada el 10 de junio de 2011 por el actor a MAPFRE, en la cual solicitó que hiciera efectiva la póliza del contrato de seguro tomado por Finanzauto Factoring S.A., en respuesta al hecho de haberse decretado el 100% de pérdida de su capacidad laboral (cuaderno 1, folio 37).

h) Escrito presentado por MAPFRE a Finanzauto Factoring S.A., mediante el cual asegura que no está obligada a reconocer la prestación asegurada. En el documento se afirma que, para la formalización de la reclamación, el asegurado debe aportar la historia clínica completa y practicarse una valoración de pérdida de la capacidad laboral a través de una entidad competente designada por la compañía. Así, el Comité Médico de MAPFRE expidió un dictamen en el cual declaró que el actor poseía una “pérdida de capacidad laboral del 35.10%, con fecha de estructuración del 18 de noviembre de 2010, y de origen común por un diagnóstico de SIDA A3 e hipoacusia AO secundaria a trauma acústico” (cuaderno 1, folios 40 a 41).

i) Formulario de dictamen para la calificación de la invalidez realizado por MAPFRE el 29 de junio de 2011. Se menciona el diagnóstico de la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército, pero se utilizan tres tablas distintas en las cuales se determinan ineficiencias, discapacidades y minusvalías. Se afirma que, según los especialistas de la compañía aseguradora, no es apto para el servicio militar. De igual forma, se pone de presente que en el año 2010, tras una donación de sangre, al actor se le diagnosticó VIH por infectología y que también fue valorado por trauma acústico. Con posterioridad, se le asigna un total de pérdida de capacidad laboral de 35.10%, tras señalar que la fecha de estructuración es “(...) el día 18 de noviembre de 2010, fecha en la que se confirma diagnóstico de SIDA Estadio A3 (...)”[20]. Como fundamentos de esta calificación, se relacionan dos tipos de documentos: (i) la historia clínica y (ii) exámenes paraclínicos (cuaderno 1, folios 42 a 43).

j) Petición formulada el 11 de agosto de 2013 por el actor a MAPFRE, en la que solicita

nuevamente que la aseguradora cancele con la póliza de seguro el valor del crédito pendiente de pago. Sobre el particular, se expresa que como exmilitar se encuentra cobijado por un régimen especial, conforme al cual las únicas autoridades competentes para pronunciarse sobre su estado de invalidez, son aquellas pertenecientes al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (cuaderno 1, folios 45 a 47).

k) Respuesta del 17 de diciembre de 2014 a la anterior petición, en la que MAPFRE le solicita al actor acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez conforme a las reglas del contrato, pues, en caso de desacuerdo, el dictamen proferido por dicha entidad tendría valor definitivo. Lo anterior, en el entendido de que “el dictamen aportado por el asegurado es emitido por la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad, [y] no se basa en el Manual Único de Calificación, ni tampoco indica la fecha de estructuración, requisito primordial para determinar si le asiste el derecho a la indemnización del amparo de incapacidad total y permanente”[21]. Por otra parte, se sostiene que si bien para el reconocimiento de la pensión de invalidez se utilizó un régimen exceptuado conforme al artículo 279 de la Ley 100 de 1993, lo cierto es que para esta póliza se aplica el Sistema General de Seguridad Social y, en especial, los criterios del Decreto 917 de 1999, conforme a lo acordado entre las partes. Por último, como ya se dijo, se indicó que el pago de los honorarios por acudir a la Junta sería asumido excepcionalmente por la compañía (cuaderno 1, folios 48 a 49).

3.2 Pruebas decretadas por la Sala de Revisión e intervención de Finanzauto tras su vinculación al proceso de tutela

3.2.1. En Auto del 24 de julio de 2015, el Magistrado Sustanciador decretó la práctica de pruebas destinadas a establecer: (i) la utilización del Manual Único de Calificación por parte de la Dirección de Sanidad del Ejército, con miras a determinar la incidencia de enfermedades de origen común en la pérdida de capacidad laboral de los soldados; (ii) la situación económica del accionante y la manera en qué fue evaluada su invalidez por parte de MAPFRE Colombia Vida Seguros SA[22]. Adicionalmente, se buscó determinar (iii) si el asunto había sido puesto en conocimiento de la Junta Regional de Calificación de Invalidez; (iv) el tipo de contrato celebrado entre el demandante y la empresa Finanzauto Factoring SA, su valor y objeto, al igual que el plazo o número de cuotas fijadas; (v) el monto actual de la deuda, si se hallaba en mora y si se había iniciado algún mecanismo para garantizar el

pago de la obligación. Por último, (vi) se le pidió a MAPFRE allegar copia de la oferta mercantil que derivó en la celebración del contrato de seguro, así como de la póliza y de todo documento en que constaran las condiciones acordadas por las partes.

3.2.2. En oficio remitido a esta Corporación el 30 de julio de 2015, el Director de Sanidad del Ejército informó que “(...) el Decreto 1507 de 2014 por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, no le es aplicable a los miembros de la Fuerza Pública en virtud de la excepcionalidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares otorgada en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993”[23]. Por lo anterior, los parámetros que se utilizan son aquellos fijados en los Decretos 094 de 1989[24] y 1796 de 2000[25]. En este orden de ideas, indicó que –de manera general– las patologías se enmarcan dentro de los siguientes parámetros: (i) en el servicio pero no por causa y razón del mismo, que se refiere a enfermedades o accidentes de origen común; (ii) en el servicio por causa o razón del mismo, que implica enfermedades profesionales y/o accidentes de trabajo, y (iii) en el servicio como consecuencia del combate o en accidente relacionado con el mismo.

3.2.3. Por su parte, en escrito allegado a este Tribunal el 12 de agosto de esta anualidad, el accionante indicó que su pensión es de \$ 2.850.000 pesos y que le descuentan el 50% con destino al Juzgado Primero de Familia de Tunja, en virtud de un proceso ejecutivo de alimentos adelantado en su contra. A causa de lo anterior, sostiene que sólo le queda un saldo de \$ 1.300.000 pesos, del cual debe pagar lo correspondiente al arriendo (\$ 750.000) y al desplazamiento semanal a la ciudad de Bogotá, con el fin de recibir el tratamiento que requiere su patología, sin exponer de forma puntual a cuánto ascienden dichos gastos. Finalmente, informó que MAPFRE “(...) efectuó internamente una evaluación de [su] capacidad laboral, (...) sin [su] presencia, sin evaluación física [y] sin valoración médica presencial (...)”[26].

3.2.4. Por tratarse de un tercero con interés, en el referido Auto del 24 de julio de 2015, el Magistrado Sustanciador vinculó a Finanzauto Factoring S.A. al asunto objeto de revisión. En escrito de respuesta a la acción y de acuerdo con los interrogantes planteados por la Corte, la citada empresa señaló que como consecuencia de una compra de un vehículo realizada por el actor, le otorgó un préstamo para la cancelación de su valor, asumiendo la calidad de acreedor prendario sin tenencia, para lo cual la deuda existente y su amortización se

consagró en el pagaré No. 42975 del 24 de septiembre de 2007, por el capital correspondiente a la suma de \$ 63.000.000. El plazo que se fijó fue de 48 meses en cuotas mensuales y consecutivas, cada una por un valor de \$ 2.431.437 pesos. En la actualidad, la deuda asciende a más de doscientos millones y el cliente registra 2558 días en mora, “siendo la cuota más vencida la pagadera el 01 de agosto de 2008 y las siguientes causadas hasta el vencimiento del plazo 01 de noviembre de 2011”[27]. Por lo anterior, inició un proceso ejecutivo que se encuentra al despacho del Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tunja, el cual aprobó la liquidación del crédito y de las costas el día 11 de agosto de 2010.

En todo caso, enfatizó que se le había señalado al actor que debía acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez para que revisara el asunto, conforme a lo establecido en la cláusula 1.2.1 del contrato de seguro, teniendo en cuenta lo dispuesto en el Manual Único de Calificación de Invalidez. En este orden de ideas, reiteró que el dictamen aportado por el asegurado había sido emitido por una autoridad que no utilizaba dicho manual y que tampoco indicaba la fecha de estructuración de riesgo, por lo que no cumplía con los requisitos contractuales. Sin embargo, manifestó que mediante comunicación del 17 de diciembre de 2014 le ofreció al actor asumir el pago de los honorarios para que la Junta Regional de Calificación de Invalidez revisara el asunto, sin que hasta el momento se conozca de actuación alguna de la Junta, “a fin de proceder con el reembolso de dichos honorarios”[30].

3.2.6. En el mismo oficio, como ya se señaló, MAPFRE remitió copia de la póliza de vida grupo deudores, suscrita entre ella y Finanzauto Factoring SA, acompañada de una certificación en la que consta que el valor asegurado, al 1 de noviembre de 2007, asciende a la suma de \$ 110.301.244 pesos. Por lo demás, se afirma que la cobertura se encuentra vigente[31].

En el numeral 1.2 de la póliza, se define la incapacidad total y permanente como aquella sufrida por el asegurado “que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados, para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia (...)”[32].

Igualmente, se señala que para determinar “la incapacidad total y permanente, el asegurado deberá aportar a la Compañía su historia clínica completa y el dictamen de calificación de la incapacidad total y permanente, que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de invalidez”[33].

En caso de desacuerdo, la póliza fija que cualquier discusión deberá ser resuelta por la Junta Regional de Invalidez[34].

En cuanto a la prueba de la reclamación, para el caso de incapacidad total y permanente, la póliza indica que será: “[El] aviso de reclamo diligenciado; solicitud de seguro obligatoria; Historia clínica completa del asegurado (...); certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad; fotocopia de la cédula; Dictamen de calificación que determine la incapacidad total y permanente o la invalidez por la EPS, o la Junta calificadora Regional de Invalidez; certificación del tomador del saldo de la deuda a la fecha de la estructuración de la Incapacidad Total y Permanente”[35].

IV. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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 por medio de Auto del 28 de mayo de 2015, proferido por la Sala de Selección número Cinco.

4.2. Planteamiento del caso, problema jurídico y esquema de resolución

4.2.1. De acuerdo con los hechos previamente expuestos, el actor perteneció a las Fuerzas Armadas de Colombia y adquirió –en el año 2007– un vehículo para cuya cancelación solicitó un crédito con la empresa Finanzauto Factoring S.A, la cual asumió la calidad de acreedor prendario sin tenencia. De acuerdo con lo expuesto en el citado contrato, el vehículo corresponde a un microbús modelo 2008[36]. Como es costumbre en este tipo de negocios, la citada empresa tiene en calidad de tomador una póliza de vida grupo deudores con la compañía de seguros MAPFRE, que cubre los riesgos de muerte e incapacidad total y

permanente de sus deudores, por lo que se dispuso la inscripción del actor dentro del grupo de asegurados, con una cobertura inicial de protección correspondiente a la suma de \$ 110.601.224 pesos.

La póliza, en el numeral 1.2, definió la incapacidad total y permanente como aquella sufrida por el asegurado, que se produjera como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, que le impidieran a la persona de por vida desempeñar “todas las ocupaciones o empleos remunerados, para los cuales se encontrara razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia”[37].

Para la determinación de la incapacidad, se debe aportar a la compañía de seguros copia completa de la historia clínica del asegurado y el dictamen que demuestre su pérdida de la capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez. En caso de desacuerdo con la valoración aportada, la póliza señala que tendrá “valor definitivo el dictamen emitido por la Junta Regional de calificación de Invalidez del domicilio del asegurado”[38].

4.2.2. Con posterioridad, se determinó que el actor padecía VIH en estado de clasificación A3 (afección de origen común) por parte de la Dirección de Sanidad del Ejército, lo que condujo a que mediante Junta Médica Militar No. 43794 del 9 de mayo de 2011, fuese calificado con una pérdida del 100% de su capacidad laboral, al encontrar que también padecía hipoacusia (afección de origen profesional). Para llegar a esta conclusión, el accionante fue examinado por especialistas en infectología, psiquiatría y audiometría[39]. Ante la situación descrita, mediante Resolución No. 1276 del 10 de agosto de 2011, el actor fue retirado del servicio activo[40], siendo posteriormente reconocida a su favor una pensión de invalidez (19 de abril de 2012)[41], por un monto que en la actualidad alcanza los \$ 2.850.000 pesos[42] y del cual le descuentan el 50% por órdenes del Juzgado Primero de Familia del Distrito Judicial de Tunja, en virtud de un proceso ejecutivo de alimentos adelantado en su contra.

4.2.3. Casi diez meses antes del reconocimiento de la citada prestación, esto es, el 10 de junio de 2011, el demandante solicitó a la aseguradora que se hiciera efectiva la póliza en virtud de la concreción del siniestro, ya que su pérdida de capacidad laboral no le permitía

seguir prestando sus servicios como soldado[43]. Sin embargo, el 15 de julio de la misma anualidad, MAPFRE le informó a Finanzauto Factoring S.A. que, conforme con el contrato suscrito, el asegurado debía aportar a la compañía su historia clínica y practicarse una valoración “a través de una entidad competente designada por la compañía para tal efecto”[44]. Tras examinar la situación del actor, con base en sus antecedentes médicos y en exámenes paraclínicos, la aseguradora concluyó que su pérdida de capacidad laboral ascendía al 35.10%[45], “con fecha de estructuración del 18 de noviembre de 2010”[46], razón por la cual no resultaba exigible la póliza, pues la incapacidad debía ser –por lo menos– del 50%[47].

4.2.4. En Acta No. 67875 del 1° de agosto de 2013, la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército reiteró que el grado de disminución de la capacidad laboral del actor equivale al 100%, refiriéndose a la existencia de nuevas patologías, tanto de origen común como profesionales, a saber: deterioro cognitivo, enfermedad coronaria, enfermedad hemorroidal, sinusitis, sahos, dislipidemia, lumbalgia mecánica, enfermedad acido péptica, reflujo gastroesofágico, trastorno de adaptación, neumopatía, astigmatismo miopico, polcitemia secundaria y fractura de metacarpiano de la mano derecha. En este dictamen participaron especialistas de ortopedia, otorrinología, oftalmología, dermatología, medicina interna, psiquiatría y neorología[48].

4.2.5. Con posterioridad a esta nueva calificación, en concreto, el 11 de agosto de 2013, el actor solicitó nuevamente a la aseguradora hacer efectiva la póliza, arguyendo que la entidad competente para dictaminar su condición era aquella correspondiente al Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas de Colombia[49], por su condición de exmiembro del Ejército Nacional. Sin embargo, en respuesta del 17 de diciembre de 2014, MAPFRE le indicó que el dictamen aportado por él no había sido elaborado mediante el Manual Único de Calificación, ni tampoco señalaba una fecha de estructuración. Por ello, conforme a las reglas del contrato, debía acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, la cual tendría la última palabra en relación con la reclamación realizada en términos de ocurrencia de la incapacidad total y permanente, pues su dictamen sería definitivo[50].

Como se deriva de lo expuesto, la aseguradora le ha dado dos respuestas disímiles al actor para justificar la negativa de otorgar la prestación asegurada. En la primera, fechada el 15 de julio de 2011, se argumentó que no tenía el 50% de pérdida de capacidad laboral, como

requisito sine qua non de la póliza, pues a partir de un Comité Médico realizado por la citada compañía, se determinó que su incapacidad era tan sólo del 35.10%, con fecha de estructuración del 18 de noviembre de 2010. En la segunda, ocurrida el pasado 17 de diciembre de 2014, se señaló que el dictamen elaborado por la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército no servía para el otorgamiento del derecho reclamado, pues no se basaba en el Manual Único de Calificación y, además, carecía del señalamiento de una fecha de estructuración, necesaria para determinar si el riesgo ocurrió durante el amparo de la póliza. En ambas respuestas se invocó el artículo 1.2 del contrato de seguro, como soporte normativo para justificar la objeción mencionada.

4.2.6. En la actualidad, el actor vive en arriendo y, según informó, el costo del canon asciende a la suma de \$ 750.000 pesos[51], aunado a que debe desplazarse a la ciudad de Bogotá para recibir atención médica[52]. Por otra parte, la determinación de la pérdida de capacidad laboral del accionante aún no ha sido puesta en conocimiento de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, a pesar de que la aseguradora se comprometió a asumir su costo.

Al margen de lo anterior, la empresa Finanzauto Factoring S.A., vinculada al proceso en Auto del 24 de julio de 2015, informó que se adelanta un proceso ejecutivo contra el actor, el cual se encuentra al despacho del Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tunja, autoridad que el pasado 11 de agosto de 2010 aprobó la liquidación del crédito y de las costas. Por último, señaló que en la actualidad el demandante le adeuda la suma de \$ 207.452.698 pesos[53].

Para finalizar, se destaca que conforme lo informó la aseguradora demandada, la póliza aún se encuentra vigente[54] y que, el valor asegurado, según lo previsto en el contrato, tiene un límite por deudor en uno o varios créditos de hasta \$ 2.000.000.000[55].

4.2.7. De los hechos narrados y probados en la causa, le corresponde a esta Sala de Revisión dar respuesta a dos problemas jurídicos. En primer lugar, deberá determinar si la acción de tutela instaurada por el actor satisface los requisitos de procedencia del amparo constitucional, en especial en lo que atañe a la legitimación por pasiva y al presupuesto de subsidiaridad. En caso favorable, en segundo lugar, deberá examinar si la aseguradora MAPFRE vulneró los derechos al debido proceso y al mínimo vital del accionante, al negar el

pago de la prestación reclamada, con sujeción a los dos argumentos previamente expuestos. El primero atinente a que el demandante presentaba una pérdida de capacidad laboral menor a la contemplada en la póliza; y el segundo, relativo a que el dictamen aportado no se realizó bajo los supuestos del Manual Único de Calificación de Invalidez y que, además, carecía del señalamiento de una fecha de estructuración, necesaria para determinar si el riesgo ocurrió durante la vigencia de la póliza.

4.2.8. Con el fin de resolver los citados problemas jurídicos, inicialmente la Sala realizará el examen de procedencia de la acción de tutela; y luego, en caso de ser necesario, se referirá a la relación de aseguramiento, al principio de normatividad del contrato de seguro, al principio de la buena fe y al mandato de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones que surgen del citado negocio jurídico. Una vez agotado el examen de los temas propuestos, se procederá a la resolución del caso concreto.

4.3. Requisitos de procedencia de la acción de tutela. Reiteración de jurisprudencia

4.3.1. Antes de abordar el examen de los presupuestos procesales de la acción de tutela, esto es, la legitimación por activa, la legitimación por pasiva, la inmediatez y la subsidiariedad, resulta oportuno indicar los argumentos de las partes en torno a este punto. Así, en cuanto a la procedencia del amparo, el actor señaló que se encuentra en un estado de indefensión frente a MAPFRE, quien ejerce una posición dominante en el mercado por tratarse de una entidad financiera que presta un servicio de interés público, máxime cuando su invalidez ha sido reconocida por la autoridad competente. Por lo demás, apuntó que el no pago de la póliza conlleva a una afectación de su mínimo vital, ya que tendría que asumir el pago de una deuda que debe ser cancelada por el seguro, sobre todo cuando su patrimonio se ve afectado por el descuento del 50% de la mesada pensional en virtud de un proceso ejecutivo de alimentos iniciado en su contra y por los gastos en que debe incurrir para acceder al tratamiento médico en el Hospital Militar de Bogotá.

Por su parte, en lo que respecta a la procedencia del amparo, MAPFRE expuso que no se observa la ocurrencia de un perjuicio irremediable, máxime cuando se trata de una controversia de connotación contractual, privada y mercantil, respecto de la cual el accionante puede acudir ante las instancias judiciales ordinarias a dirimir el asunto. Visto lo anterior, esta Sala de Revisión encuentra lo siguiente.

4.3.2. Legitimación por activa

En lo que se refiere al asunto subjudice, el actor se encuentra legitimado para interponer la presente acción de tutela, no sólo porque actúa directamente, sino también porque solicita la protección de sus derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso, en virtud de las respuestas dadas por la aseguradora MAPFRE respecto del pago de la póliza que reclama, a través de las cuales le negó el reconocimiento a dicha prestación, por razones que –en criterio del actor– desconocen su estado de invalidez y el hecho de que el mismo ya fue determinado por la autoridad competente.

4.3.3. Legitimación por pasiva

4.3.3.1. 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 los particulares en los casos previstos en la Constitución y en la ley[56].

En el asunto objeto de estudio, es claro que MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. es un particular, de allí que resulta necesario determinar si frente a dicha compañía se cumple con alguno de los presupuestos que permiten la procedencia excepcional de la acción de tutela en su contra. En este orden de ideas, tanto en el Texto Superior como en el Decreto 2591 de 1991, se prevén las siguientes hipótesis de procedencia, a saber: (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[57].

4.3.3.2. De acuerdo con los antecedentes del caso, es indiscutible que las dos primeras hipótesis no se presentan en el asunto bajo examen. Ello es así, por una parte, porque no existe una afectación al interés colectivo; y por la otra, porque de conformidad con el artículo 335 de la Constitución, si bien la actividad aseguradora es de interés público, ello no implica que pueda ser categorizada necesariamente como un servicio público, pues –como ocurre en este caso– la póliza que se reclama no corresponde a una actividad que debe ser prestada de forma regular, permanente y continua[58], sino no al objeto de un contrato dirigido a amparar la ocurrencia de un riesgo. Por ello, es preciso establecer si en

el asunto objeto de estudio se materializa la tercera posibilidad que le otorga viabilidad procesal a la acción de tutela, esto es, que la persona se halle en un estado de subordinación o indefensión respecto de quien supuestamente incurrió en una transgresión de un derecho ius fundamental.

4.3.3.3. Siguiendo lo expuesto, como se indicó en líneas precedentes, para 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[59]. 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 eventual satisfacción de necesidades 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”[60].

Ahora bien, como lo ha sostenido este Tribunal, en el caso concreto de las relaciones que surgen del contrato de seguro se presenta un desequilibrio natural, por virtud del cual el cliente o usuario 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 niegan el pago del riesgo asegurado. Esta situación se traduce en una posición dominante de las citadas empresas frente a sus usuarios[61], 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.

4.3.3.4. La necesidad de proteger los 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[62]. En este sentido, por ejemplo, en la Sentencia T-152 de 2006[63], 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.”[64]

4.3.3.5. En desarrollo de lo anterior, en el asunto bajo examen, la Sala observa que la presente acción de tutela también cumple con el requisito de legitimación por pasiva frente a la compañía MAPFRE. En efecto, si bien la pretensión del demandante gira en torno al pago efectivo de una póliza, en este caso se alega que de forma injustificada la citada compañía se niega a reconocer la prestación asegurada, mediante argumentos que ponen en duda su condición de invalidez, pese a que ya fue declarada por la autoridad competente, generando un impacto directo en la salvaguarda de su mínimo vital y, por esa vía, dando lugar a una situación de indefensión respecto de la protección del citado derecho.

Lo anterior ocurre, en primer lugar, por la grave enfermedad que padece el accionante y que, según la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército, supone la pérdida del 100% de su capacidad laboral respecto de la actividad frente a la cual recibió entrenamiento, esto es, desempeñarse como soldado en las Fuerzas Militares de Colombia. Aun cuando podría argüirse, en gracia de discusión, que el actor estaría facultado para ejercer otras actividades, por ejemplo, las relativas a la seguridad privada, no puede obviarse que, de acuerdo con el dictamen aportado, tiene hipoacusia en ambos oídos (derecho 33 decibeles e izquierdo 27 decibeles). Esto significa que, por su condición médica, en principio, parecería que el actor no está habilitado para desarrollar otra ocupación o empleo remunerado, acorde con su capacitación profesional y experiencia, lo que excluye la posibilidad de obtener ingresos propios para pagar la deuda pendiente con Finanzauto Factoring S.A., respecto de la cual se pretende hacer efectiva la cancelación de la póliza, por fuera de los recursos derivados de la pensión de invalidez que le fue reconocida.

En segundo lugar, porque en la actualidad se adelanta un proceso ejecutivo contra el actor

por el valor de la deuda que tiene con la citada empresa Finanzauto Factoring S.A. en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tunja, por una suma que –según dicha compañía– asciende a \$ 207.452.698 pesos. De ahí que, si la pensión de invalidez que le fue otorgada corresponde al valor de \$ 2.850.000 pesos, de los cuales el 50% está embargado por el Juzgado Primero de Familia del Distrito Judicial de la mencionada ciudad; es innegable que el monto que le queda, luego de pagar el valor del arriendo (\$ 750.000 pesos) y su traslado a la ciudad de Bogotá para recibir tratamiento, difícilmente cubre sus necesidades y le permite a su vez asumir el pago de la deuda pendiente, con la dificultad de que su monto por vía de intereses aumenta con el tiempo, empeorando las condiciones básicas de subsistencia del actor.

De lo anterior se evidencia que cualquier consecuencia económica que se produzca del referido proceso ejecutivo, difícilmente podrá ser soportada por el accionante, sin que conlleve una seria amenaza a su mínimo vital. Ello, a juicio de esta Sala, implica la materialización de una situación de indefensión del actor frente a la compañía demandada, pues de hacerse efectivo el pago de la póliza, prácticamente de forma inmediata se podría cancelar con dichos recursos la deuda pendiente y sometida a ejecución por Finanzauto Factoring S.A., la cual, por lo demás, afecta a una persona que padece una enfermedad catastrófica.

4.3.4. Principio de subsidiaridad

4.3.4.1. 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[65]. 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”[66]. El carácter residual obedece a la necesidad de preservar el reparto de competencias atribuido por la Constitución y la ley a las diferentes autoridades judiciales, lo cual se sustenta en los principios 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[67], 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 forma idónea, circunstancia en la cual es procedente conceder la tutela de manera directa, como mecanismo de protección definitiva de los derechos fundamentales[68].

4.3.4.2. 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[69]. 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[70]. 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.”

4.3.4.3. 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[71]. 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”. [72]

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[73]. 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”[74].

4.3.4.4. En el asunto subjudice, en principio, como lo hicieron los jueces de instancia podría considerarse que la acción de tutela no está llamada a proceder, pues se trataría de una controversia circunscrita al pago de una póliza derivada del riesgo de la incapacidad total y permanente del asegurado, en este caso, el demandante, cuya reclamación podría tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual.

Sin embargo, como se indicó en líneas precedentes, el conflicto planteado tiene un impacto directo en la salvaguarda del derecho al mínimo vital del actor, en un contexto en el que se considera vulnerado su derecho al debido proceso, con ocasión de la conducta supuestamente injustificada asumida por la aseguradora MAPFRE, consistente en negar el pago de la citada póliza de forma reiterada y a través de distintos argumentos, suscrita con el propósito de cubrir la deuda existente por la compra de un vehículo a través de un crédito otorgado por Finanzauto Factoring S.A., quien asumió la condición de acreedor prendario.

En este sentido, no sobra insistir que la jurisprudencia ha reiterado que, a pesar del carácter contractual que se deriva de las controversias que se originan de la actividad aseguradora[75], en cierto casos es posible que 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 meramente económica y tengan un efecto directo y específico en la vida digna, en el mínimo vital o en otro derecho fundamental de las personas. En estos casos, la acción de tutela se convierte en el mecanismo idóneo 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[76].

4.3.4.5. Al examinar el caso en concreto, la Sala observa que el demandante, quien recibió capacitación para ser parte de las Fuerzas Militares de Colombia, fue calificado por la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército con la pérdida del 100% de su capacidad laboral, no sólo por el VIH que padece, sino también por otras afecciones de origen profesional y común, algunas de las cuales fueron dictaminadas en el año 2011[77] y otras en el 2013[78]. Frente a esta situación, MAPFRE alegó en dos momentos diferentes, en primer lugar, que la incapacidad era menor al 50% requerido en la póliza (35.10%), con una fecha de estructuración del 18 de noviembre de 2010, por lo que el riesgo asegurado no se habría concretado[79]; y en segundo lugar, que el dictamen realizado por la referida Junta Médico Laboral del Ejército no obedecía a los parámetros de lo pactado en el contrato de seguro, ya que no había sido elaborado conforme con el Manual Único de Calificación de Invalidez, así como tampoco establecía una fecha exacta de estructuración del

riesgo[80].

Aun cuando lo anterior, por sí mismo, no conduce de plano a la procedencia de la acción de tutela, pues podría estimarse que se trata de una mera discusión sobre la ocurrencia o no del siniestro; lo cierto es que a dicha situación debe sumarse el proceso ejecutivo que se adelanta en contra del demandante para el cobro de la obligación adquirida con Finanzauto Factoring SA, por lo que el no pago de la póliza, ante la falta de certeza en cuanto a la ocurrencia o no del riesgo conforme a lo pactado en las cláusulas de la póliza suscrita, además de ahondar en el terreno de la garantía del debido proceso, implica una situación de amenaza latente frente al derecho al mínimo vital del actor, como se expuso previamente al realizar el estudio sobre la legitimación por pasiva[81], lo que descarta el carácter meramente económico del conflicto, y lo pone en una dimensión estrictamente constitucional. De allí que, a juicio de esta Sala, la acción de tutela sea el mecanismo idóneo para resolver la cuestión planteada, aunado a que el accionante tiene la condición de sujeto de especial protección constitucional, por su condición de enfermo de VIH[82].

4.3.5. 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[83]. Este requisito ha sido identificado por la jurisprudencia de la Corte como el principio de inmediatez[84].

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[85].

En relación con el caso objeto de estudio, el actor instauró la acción de tutela el 21 de enero del año en curso[86] y la última respuesta dada por MAPFRE, a través de la cual negó el pago de la póliza, se dio el 17 de diciembre de 2014[87]. Esto significa que transcurrió

poco más de un mes para que el demandante acudiera ante el juez constitucional, término que se ajusta a la razonabilidad que explica la procedencia del amparo. Por lo demás, la acción se instauró dentro del marco de la amenaza que supone la resolución del proceso ejecutivo para su mínimo vital, ya que éste aún se encuentra en trámite conforme lo informó Finanzauto Factoring a esta Corporación[88]. Finalmente, es de destacar que la póliza aún se encuentra vigente, tal y como se desprende de la certificación allegada por MAPFRE, que fue elaborada el 12 de agosto de 2015[89].

De lo anterior, en criterio de este Tribunal, 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 el accionante. Además, el amparo se solicitó dentro del marco de la amenaza a una garantía ius fundamental, como lo es, el mínimo vital.

4.3.6. En suma, los presupuestos procesales de la acción de tutela se cumplen a cabalidad en el amparo objeto de estudio, razón por la cual la Sala ahondará en los aspectos necesarios para resolver el asunto de fondo.

4.4. De la relación de aseguramiento, del principio de normatividad del contrato de seguro, del principio de la buena fe y del mandato de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones que surgen del citado negocio jurídico. Reiteración de jurisprudencia

4.4.1. En su jurisprudencia, este Tribunal ha abordado disímiles casos en los cuales -por diversos motivos- el juez constitucional se ha pronunciado sobre conflictos atinentes a las relaciones de aseguramiento que tienen incidencia en los derechos fundamentales de los demandantes. Así, por ejemplo, existen pronunciamientos sobre preexistencias y reticencias[90], prescripción[91] y alcance de regímenes exceptuados de la seguridad social, en los cuales parte de la controversia gira en torno a las entidades competentes para calificar la pérdida de la capacidad laboral[92].

Sobre este último punto, resulta oportuno mencionar dos fallos precedentes a la decisión que en esta ocasión se adopta. En el primero de ellos, esto es, en la Sentencia T-328A de 2012[93], un soldado sufrió la amputación de su pierna derecha por una mina y la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad de Ejército declaró que -por tal circunstancia- tenía una pérdida del 91.87% de su capacidad laboral. Por su parte, la empresa

aseguradora negó el pago del seguro, al aducir que clínicamente no se había demostrado que estuviera impedido para desarrollar otras actividades laborales.

La Sala Segunda de Revisión declaró improcedente el amparo, por cuanto el actor contaba con la posibilidad de acudir a las instancias ordinarias a dirimir el conflicto. Desde esta perspectiva, descartó la ocurrencia de una circunstancia que le diera viabilidad procesal a la acción de tutela, entre otras, al no observar un actuar arbitrario por parte de la compañía de seguros. Sin embargo, respecto del acreedor de la obligación que motivaba el cobro de la prestación asegurada, el cual ya había instaurado un proceso judicial para satisfacer sus intereses, se ordenó reliquidar el crédito, ya que no era viable desconocer la situación de indefensión en la que se encontraba actor.

En la segunda oportunidad, la Corte abordó dos casos que fueron acumulados y los resolvió en la Sentencia T-902 de 2013[94]. Para efectos de esta providencia, se destaca uno de ellos, en el que una maestra que había adquirido una obligación crediticia amparada por una póliza de seguro, por varias afecciones (manoatrofia del miembro superior derecho y hernia discal cervical), le fue declarada una pérdida del 75% de su capacidad laboral, por parte de la empresa que atendía las reclamaciones de las personas vinculadas al magisterio. Con todo, la aseguradora negó el reconocimiento de la prestación asegurada, al señalar que quién podía certificar dicha situación era una Junta de Calificación del Sistema de Seguridad Social, conforme a lo dispuesto en el Manual Único de Calificación de Invalidez.

En dicha oportunidad se concedió el amparo solicitado, pues al destacar que el punto central del debate giraba en torno a la manera como se debía probar el siniestro, encontró que la póliza suscrita no estipulaba un único medio de prueba para acreditar su ocurrencia.

Por ello, no existía sustento jurídico para exigir que fuese la Junta Regional de Calificación la única competente para determinar la pérdida de capacidad laboral, como lo exigía la aseguradora[95]. Lo anterior se reforzaba al aplicar el principio de “interpretación pro consumatore”, que se utiliza en los contratos de adhesión y el principio de la buena fe, conforme al cual los contratantes deben abstenerse de exigir medidas probatorias que no concuerden realmente con lo acordado y que resulten irrazonables[96].

4.4.2. Como se deriva de lo expuesto, ambos fallos preexistentes resultan relevantes en

atención a que plantean una cuestión fundamental para los efectos de esta providencia, a saber: la relación de aseguramiento. En este orden de ideas, si bien en la Sentencia T-328A de 2012 se declaró improcedente el amparo, lo cierto es que también se analizó si la aseguradora, al momento de negar el pago de la póliza, había obrado de forma arbitraria, es decir, contrariando los mandatos del vínculo normativo[97]. Lo mismo ocurrió en la Sentencia T-902 de 2013, en la que sí se evidenció que la empresa demandada se había apartado de los parámetros que regulaban la relación contractual, circunstancia que –entre otras– justificó el otorgamiento del amparo.

En este orden de ideas, según la precitada sentencia, desde “(...) el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes”[98]. Así las cosas, conforme al artículo 1036 del C. de Co, “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”, en el que tienen la condición de partes: “[e]l asegurador, o sea la persona jurídica que asume el riesgo (...) [y] el tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada el riesgo”[99].

En relación con este último elemento, el mismo Código, en el artículo 1054, lo definió como “el 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 asegurado (...)”[100]. Cuando el riesgo se haya concretado, tal y como lo dispone el artículo 1072, se denomina siniestro[101].

4.4.3. Conforme a la descripción normativa previamente señalada, existe ciertos elementos esenciales del contrato de seguros que son, según lo dispone el artículo 1045 del Código de Comercio, los siguientes: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro, y la obligación condicional del asegurador. Igualmente, según se establece en el artículo 1047, existen ciertas cláusulas que la póliza debe expresar. Para los efectos de esta sentencia, resulta pertinente mencionar una de ellas, no sin antes resaltar que la póliza, por su propia naturaleza, corresponde al documento contentivo y exteriorizante de las voluntades del tomador y del asegurador, que manifiesta –como lo ha resaltado la Corte– la relación de aseguramiento, cuyo alcance –como se verá– se vincula con el principio de normatividad de los contratos.

Retomando lo señalado, según la ley, dentro de las cláusulas que las pólizas deben contemplar se encuentran las condiciones particulares que acuerden los contratantes[102]. Al respecto, en la citada Sentencia T-902 de 2013, este Tribunal señaló que “es posible diferenciar entre dos (2) clases de condiciones de los contratos de seguros. De un lado, están las condiciones generales, es decir, las cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por un asegurador, las cuales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. De otro lado, las condiciones particulares definen el alcance de la relación frente a cada caso concreto. Por consiguiente, para precisar el alcance de la cobertura de un seguro, no basta con referenciar las condiciones generales sino que es necesario analizar las condiciones particulares del negocio jurídico”.

De esta manera, estas cláusulas pueden ser de diverso índole, siempre y cuando no desconozcan normas imperativas, por ejemplo, en ellas se puede establecer el procedimiento, la autoridad y la forma para constatar la ocurrencia de un siniestro, sin controvertir lo expuesto en el artículo 1077 del Comercio de Comercio, conforme al cual: “[e]l asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”[103].

4.4.4. De manera que el conjunto de cláusulas generales y particulares que se suscriban delimitan la relación contractual, o lo que es lo mismo, la relación de aseguramiento. De allí que, para los efectos de esta sentencia, sea relevante indicar que las obligaciones que surgen al momento de consentir el contrato de seguro se rigen conforme a los siguientes parámetros. El primero es el principio de normatividad, que implica que la voluntad exteriorizada por las partes es fuente de creación de una norma jurídica, que le da vigor obligatorio al compromiso adquirido. Este último sólo puede ser invalidado por las partes o por causas legales, como ocurre con los vicios del consentimiento. El segundo, es el principio de la buena fe, según el cual las partes han de obrar lealmente para cumplir con la finalidad perseguida mediante la celebración del negocio jurídico y; finalmente, el mandato de debida diligencia, que ha sido abordado por sectores de la doctrina como aquél opuesto a la imposición de trabas, obstáculos o limitaciones no contractuales, vinculadas en varias ocasiones con comportamiento culposos, que terminan afectando la realización de lo acordado[104].

Se reitera que lo anterior se torna fundamental para el examen del asunto sometido a decisión, por cuanto las partes, de acuerdo con el postulado de normatividad de los contratos y con la posibilidad con que cuentan de fijar cláusulas particulares que regulen la relación de aseguramiento pueden, por ejemplo, establecer un procedimiento, trámite y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro. Lo anterior, como ya se dijo, siempre que no se desconozcan normas imperativas.

4.4.5. Ahora bien, otro de los aspectos sobre los que se debe pronunciar la Sala para definir el fondo del asunto, es sobre el principio de interpretación pro consumatore, que opera cuando las cláusulas presentan un sentido ambiguo o equívoco. Según la Sentencia T-902 de 2013[105], cuando lo acordado es vago o confuso, “la doctrina especializada y constitucional ha dicho que opera el principio de interpretación favorable al consumidor, de conformidad con el artículo 1624 del Código Civil que dispone lo siguiente: las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”.

4.4.6. En suma, la relación de aseguramiento obedece a cláusulas generales y particulares del contrato de seguro, que surge como consecuencia de la autonomía de la voluntad y que se rige por los parámetros de normatividad de los contratos, buena fe y diligencia debida. Dentro de las cláusulas particulares se hallan aquellas que delimitan de manera específica el negocio jurídico, incluso pudiendo establecer un procedimiento, trámite y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro. Con todo, en caso de que exista duda sobre el contenido de una cláusula, ya porque sea vaga o ambigua, ha de aplicarse el principio de interpretación pro consumatore, según el cual si han sido dictadas por la aseguradora, su hermenéutica favorecerá a la parte que no la redactó. Por último, a pesar de que la voluntad de las partes puede establecer obligaciones, ellas deben ajustarse a las normas imperativas, como ocurre con aquella que le impone al asegurador el deber de demostrar las circunstancias que lo excluyen de cumplir lo pactado.

4.5. Caso concreto

4.5.1 Conforme a lo expuesto y, debido a que en esta causa se cumplen con los

presupuestos de procedencia de la acción de tutela, la Sala ha de determinar la forma cómo fue delimitada la relación de aseguramiento por las partes y si la aseguradora demandada, al negar por diversas razones –que además no fueron concomitantes– el pago de la póliza que cubría la obligación adquirida por el demandante con Finanzauto Factoring S.A., vulneró su derecho fundamental al debido proceso, como lo ha entendido la Corte para los casos en los cuales se examina la actuación de una aseguradora, esto es, vinculado con la realización de las cláusulas que estipulan la manera de cumplir con lo acordado[106].

4.5.2. Antes de abordar esta cuestión, se recuerda que al momento de sustentar el fondo de sus pretensiones, el accionante señaló que la compañía MAPFRE estaba desconociendo que la entidad competente para dictaminar su pérdida de capacidad laboral eran las Juntas Médico Laborales Militares, las cuales ya habían calificado su incapacidad en un 100%, no sólo por el VIH que padece, sino también por otras afecciones derivadas de esa enfermedad o de causas laborales. Por lo anterior, el dictamen médico que le había sido realizado por la citada compañía no le era aplicable, a la vez que criticó que su resultado hubiese sido apenas de un 35.10% de pérdida de capacidad laboral.

Por su parte, la aseguradora accionada, en ejercicio de su derecho de defensa y al momento de referirse al fondo del asunto ante el juez constitucional, señaló que le había informado al actor que el dictamen aportado carecía de fecha de estructuración y que no había sido efectuado siguiendo los lineamientos del Manual Único de Calificación de Invalidez, motivo por el cual –conforme a la cláusula 1.2 de la póliza– debía acudir a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, con el propósito de que ésta adoptara un dictamen definitivo sobre su condición. Por lo demás, enfatizó que el contrato establecía que la pérdida de capacidad laboral debía ser certificada por una entidad competente y de acuerdo con las reglas del citado manual. Con todo, en sede de revisión, la aseguradora indicó que no le competía establecer las razones que explicaban la diferencia porcentual dada en la pérdida de capacidad laboral del actor, entre el dictamen por él aportado y la supuesta valoración realizada por la compañía, cuya calificación ésta dice no haber sido realizada[107], ya que al pertenecer el accionante a un régimen exceptuado, quien estaba facultada para ello, era la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército[108].

4.5.3. Las explicaciones dadas por MAPFRE resultan opuestas a lo demostrado en el proceso, pues la citada compañía sí utilizó varios documentos para analizar la pérdida de

capacidad laboral del actor, asunto que ella mismo mencionó en el escrito del 15 de junio de 2011, en el que inicialmente negó el reconocimiento de la póliza reclamada[109]. Al respecto, se observa la existencia de un Formulario de Dictamen para la Calificación de la Invalidez elaborado por el Comité Médico de la aseguradora (entidad denominada CISMAP), en el que se relaciona la historia clínica y exámenes paraclínicos[110]. Por ello, no es cierto que se no haya calificado de manera alguna la incapacidad del actor, como se afirmó en sede de revisión[111], máxime cuando le indicó a Finanzauto que no haría efectiva la póliza, por cuanto no se había causado el siniestro, en atención a que la pérdida de capacidad laboral del accionante sólo alcanzaba un 35.10%[112].

Adicional a lo expuesto, de los medios probatorios se desprende que la aseguradora dio dos respuestas disímiles y no concomitantes para justificar la negativa de hacer efectiva la póliza; las cuales incluso resultan contradictorias, pues en una se cuestiona la inexistencia del señalamiento de la fecha de estructuración de la contingencia, mientras que en la otra se dispone un día cierto. Así, en la primera, se alegó que el actor no tenía el 50% de pérdida de capacidad laboral, pues conforme al dictamen elaborado por el Comité Médico de MAPFRE, tan sólo alcanzaba un 35.10% con fecha de estructuración del 18 de noviembre de 2010[113]. En la segunda, por el contrario, se indicó que la negativa se sustentaba en que el dictamen elaborado por la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército no tuvo en cuenta el Manual Único de Calificación de Invalidez y que, además, carecía de fecha de estructuración.

4.5.4. Frente a lo señalado por la compañía, en dos momentos distintos, es preciso verificar el contenido de la póliza suscrita, en especial, la cláusula 1.2, referente a la incapacidad total y permanente. Esta es definida como aquella sufrida por el asegurado “(...) que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados, para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia”[114]. Igualmente, se contempló que para determinarla el asegurado debería aportar a la Compañía “(...) su historia clínica completa y el dictamen de calificación de la incapacidad total y permanente, que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez”. Finalmente, se estipuló que en caso “(...) de desacuerdo con el dictamen aportado por el

asegurado, tend[ría] valor definitivo el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del domicilio del asegurado”.

En concordancia con lo expuesto, para efectos de acreditar la ocurrencia del siniestro y, conforme al principio de normatividad, según la cláusula 16.2, el asegurado debía aportar (i) el aviso de reclamo diligenciado, (ii) una solicitud de seguro obligatoria, (iii) su historia clínica completa, (iv) un certificado original del médico que lo asistió –indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad–, (v) la fotocopia de su cédula, (vi) el “dictamen de calificación que determine la incapacidad total y permanente o la invalidez por la EPS, o la Junta Calificadora Regional de Invalidez”[115] y (vii) la certificación del tomador del saldo de la deuda a la fecha de la estructuración de la incapacidad.

4.5.5. Conforme se deriva de lo expuesto, es claro que la entidad que debía elaborar el dictamen, en atención a que el accionante se encontraba vinculado a la Fuerza Pública, era la Junta Médico Laboral registrada en la Dirección de Sanidad del Ejército, como efectivamente ocurrió. Ello es así porque el clausulado remite a la “entidad competente”, lo cual habilita a todos los actores que puedan determinar, según el régimen de seguridad social al que se encuentre afiliado el actor, la pérdida de capacidad laboral. Si bien se señala que el dictamen debe provenir de una “EPS o [de] la Junta Calificadora Regional de Invalidez”, para el caso en concreto debe entenderse que la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército constituye una extensión de las autoridades que integran el sistema de salud de las fuerzas militares, pues es a ella a quien le compete determinar la pérdida de capacidad laboral al interior de dicho sistema[116].

Esto significa que una vez señalado por la citada Junta Médica Laboral que el actor tenía una pérdida del 100% de su capacidad laboral, MAPFRE no podía, como lo hizo, realizar una nueva calificación por su Comité Médico, pues dicha alternativa no está consagrada dentro de lo pactado en el contrato de seguros. Al haber incurrido en dicha actuación no sólo se desconoció el principio de normatividad del contrato, sino también la garantía del debido proceso del accionante.

Ahora bien, es posible que la aseguradora tuviese reparos respecto del dictamen realizado al actor, como en efecto los señaló. Sin embargo, para dirimirlos debía acudir a las reglas del contrato, conforme a las cuales la discusión se tendría que plantear ante la Junta

Regional de Calificación, quien tendría la última palabra respecto de la determinación del grado de invalidez del actor, únicamente para efectos de acceder a la prestación asegurada, en lugar de realizar un Comité Médico no avalado por el contrato. Allí debió plantear que se examinaran y definieran los dos motivos que justifican su oposición, por una parte, precisar la condición del actor en relación con el método de valoración previsto en el Manual Único de Calificación de Invalidez, el cual resulta exigible de acuerdo con la cláusula 1.2 del contrato, y que no fue tenido en cuenta en el examen realizado por la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército[117]; y por la otra, disponer o señalar una fecha de estructuración, para efectos de determinar la vigencia del amparo. Al no haber obrado de esta manera, es claro que MAPFRE desconoció el procedimiento establecido por las partes en el contrato y con ello conculcó el derecho al debido proceso del actor.

4.5.6. Aunado a lo anterior, en criterio de la Corte, también se desconoció el principio de la buena fe, pues se dieron respuestas contradictorias para sustentar la negativa de pago del riesgo asegurado, dilatando el trámite previsto para su eventual reconocimiento. Con ello, además de no actuar de una manera acorde con la materialización de la finalidad perseguida al momento de celebrar el negocio jurídico, se omitió un deber legal contenido en el artículo 3 de la Ley 1328 de 2009[118], según el cual se debe suministrar información cierta en beneficio del consumidor para que conozca sus derechos y obligaciones[119].

4.5.7. Ahora bien, comoquiera que las autoridades judiciales de instancia declararon improcedente el amparo, la Sala revocará dichas decisiones y, en su lugar, amparará el derecho fundamental al debido proceso del actor. En este orden de ideas, y para efectos de reparar la transgresión del citado derecho fundamental, lo procedente es que se acuda ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del domicilio del accionante para que ésta dirima la controversia en torno al dictamen, conforme se estipula en la cláusula 1.2 del contrato. Por virtud de lo anterior, le corresponderá a MAPFRE programar con la citada Junta una fecha cierta para adelantar la revisión de la pérdida de capacidad laboral, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación de este fallo. El valor o costo de acudir a este procedimiento deberá ser asumido en un 100% por la citada compañía, en respuesta al incumplimiento de los principios de buena fe y diligencia debida, en los términos señalados en esta providencia. En todo caso, una vez se expida, notifique y quede ejecutoriado el dictamen, si el mismo da lugar al porcentaje de incapacidad que se exige

para que ocurra el siniestro, en el término máximo de tres (3) días se deberá realizar el pago de la prestación asegurada.

Con todo, la Sala le advertirá a la Junta Regional de Calificación de Invalidez que deberá tener en cuenta que el actor, como soldado, tiene específicamente experiencia para desarrollar dicha actividad, por lo que es esa formación la que habrá de ser tomada en cuenta al momento de establecer la pérdida de su capacidad laboral, como ya se dijo, únicamente para efectos de establecer si o es no procedente otorgar la prestación asegurada. Así lo señala expresamente la cláusula en cuestión, al disponer que: “se entiende como incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado, (...), que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona, desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados, para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia. (...)”[120]. Por lo demás, como también están en juego los intereses de Finanzauto Factoring S.A., la Sala dispondrá que el actor deberá acudir a la Junta Regional de Calificación en la fecha que le sea programada y notificada. En caso contrario, y salvo justa causa, cesarán los efectos de este fallo.

En este sentido, no escapa a la Sala que en la actualidad se adelanta un proceso ejecutivo en contra del accionante en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tunja, el cual el pasado el 11 de agosto de 2010 aprobó la liquidación del crédito y de las costas. Frente al particular, para evitar que el amparo resulte inane, pues el esclarecimiento de la capacidad laboral del actor daría lugar a la consolidación o no del siniestro y de allí a la obligación de la aseguradora de cancelar la póliza, se dispondrá que dicho proceso se suspenda hasta tanto el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez sea expedido, notificado y quede ejecutoriado; o en su lugar, en caso de que se acredite la ocurrencia del siniestro, hasta el vencimiento del término dispuesto para proceder al pago de la prestación asegurada, siempre que el actor acuda a la fecha programada para la revisión, conforme se expuso con anterioridad.

Lo anterior, por dos razones, en primer lugar, por cuanto de conformidad con el artículo 23 del Decreto 2591 de 1991, el fallo “que conceda la tutela tendrá por objeto garantizar el pleno goce de su derecho (...)”, lo que resultaría imposible si el proceso ejecutivo continúa sin tener en consideración el resultado del dictamen de la Junta Regional de Calificación y,

por ende, la consolidación o no del siniestro, que permita el pago de la obligación por la asegurada. Y, en segundo lugar, porque se trata de una situación que incide en esta causa, la cual puede repercutir en el mínimo vital del actor, como ya se ha dicho. De allí que, en términos prácticos, pueda considerarse que se está en presencia de una cierta cuestión prejudicial que, a pesar de ser sustancialmente diferente, tiene efectos en la responsabilidad de la empresa aseguradora frente a la ocurrencia del siniestro, y en general, en el pago de la obligación que está siendo objeto de ejecución ante las autoridades competentes.

V. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero.- REVOCAR la sentencia proferida el 10 de marzo de 2015 por el Juzgado 27 Civil del Circuito de Bogotá, que a su vez confirmó la providencia adoptado el 3 de febrero de 2015 por el Juzgado 23 Civil Municipal de la misma ciudad, en la que se declaró la improcedencia de la acción de tutela. En su lugar, AMPARAR el derecho fundamental al debido proceso del señor Antonio, en la causa instaurada contra MAPFRE Colombia Vida Seguros SA.

Tercero.- ADVERTIR a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del domicilio del actor, que la revisión de la pérdida de capacidad laboral debe ser realizada teniendo en cuenta específicamente la experiencia y formación del accionante como miembro de la Fuerza Pública, en los términos de la cláusula 1.2 del contrato de seguro. Esta circunstancia deberá ser puesta de presente por la compañía aseguradora MAPFRE.

Cuarto.- ADVERTIR al señor Antonio que deberá acudir a la Junta Regional de Calificación en la fecha que le sea programada y notificada. En caso contrario, y salvo justa causa, cesarán los efectos de este fallo.

Quinto.- DISPONER que el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Tunja suspenda el proceso ejecutivo iniciado por Finanzauto Factoring S.A. contra el señor Antonio, hasta tanto el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del domicilio del actor sea

expedido, notificado y quede ejecutoriado; o en su lugar, en caso de que se acredite la ocurrencia del siniestro, hasta el vencimiento del término dispuesto para proceder al pago de la prestación asegurada previsto en el numeral segundo de la parte resolutive; siempre que el actor acuda a la fecha programada para la revisión, conforme se expuso en el numeral anterior.

Sexto.- Por Secretaría General, LÍBRESE la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

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

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Ley 1581 de 2012, art. 5.

[2] Constitución Política, art. 44 y Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art. 14.

[3] Cabe señalar que, según el actor, la empresa demandada trasgrede los siguientes bienes jurídicos: “la vida, [el] mínimo vital, [el] debido proceso, la especial protección de los discapacitados, la dignidad humana [y] el patrimonio familiar” (Cuaderno 1, folio 57). Sin embargo, como se verá más adelante, la controversia planteada gira principalmente en torno al derecho fundamental al debido proceso, pues el actor cuestiona los parámetros

utilizados por la empresa para hacer exigible la póliza de seguros.

[4] Cuaderno 1, folio 68.

[5] El valor del pagaré representa la suma del capital prestado, más los intereses derivados de su amortización gradual prevista en el plazo de 48 meses, incluyendo el valor de una prima mensual de seguros. En el pagaré se describe cada concepto y las tasas que sirven para su cálculo. Cuaderno 3, folio 47.

[6] Al referirse al grupo asegurable, la cláusula 2 de la póliza señala que: “Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros todos los deudores y/o codeudores y/o colocatarios y/o locatarios y/o avalistas que sean deudores, de obligaciones que contraigan con FINANZAUTO FACTORING S.A que hayan contraído deudas con el tomador, que sean reportadas por el tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento. // El listado de asegurados deberá ser enviado por el tomador mensualmente en medio magnético y contener la siguiente información por deudor, con el fin de efectuar la emisión del cobro mensual: - No. de crédito u obligación; - documento de identidad; - nombre y apellidos; - fecha de nacimiento; - fecha de desembolso; - los porcentajes de extra prima si los hubiere”. Cuaderno 3, folios 83 y 84.

[7] Cuaderno 3, folio 81.

[8] En la comunicación que se acompaña como prueba se afirma expresamente lo siguiente: “De acuerdo a lo dispuesto en la cláusula anterior [sobre el particular se cita la supuesta cláusula referente a la incapacidad total y permanente], el comité médico de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. expidió el dictamen de calificación de invalidez N2515/29/06/2011, en el cual se declara que el señor (...) posee una pérdida de capacidad laboral del 35.10%, con fecha de estructuración el 18 de noviembre de 2010, y de origen común, por un diagnóstico de SIDA A3 e HIPOACUSIA AO secundaria a trauma acústico. (...) Toda vez que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que presenta el señor (...) es inferior al 50% necesario para que haya lugar a la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente, según la cláusula primera de las condiciones especiales del seguro de vida contratado, MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. no está llamada a reconocer en esta oportunidad suma alguna por este concepto”. Cuaderno 1, folio 41.

[10] En la misma disposición de la póliza previamente transcrita se establece que: “(...) Para la determinación de la incapacidad total y permanente, el asegurado deberá aportar a la compañía su historia clínica completa y el dictamen de calificación de la incapacidad total y permanente, que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez. (...)”. Énfasis por fuera del texto original.

[11] Textualmente, se manifiesta que: “En síntesis, el dictamen aportado tiene plena validez para efectos de habersele reconocido al asegurado la pensión de invalidez, sin embargo, como ya fue explicado, el mismo no cumple con los requisitos contractuales para el pago de la indemnización total y permanente, así las cosas esta Compañía Aseguradora le solicita indicarle al asegurado que acuda a la Junta Regional de Calificación de Invalidez para que sea calificado por dicho ente conforme al Manual Único de Calificación de Invalidez, y el pago de los honorarios para tal fin, será excepcionalmente asumido por mi representada en este caso en particular”. Énfasis por fuera del texto original.

[12] Cuaderno 1, folios 96 a 100.

[13] Cuaderno 1, folio 98.

[14] Sobre el particular, se cita y resalta el siguiente aparte de la póliza: “1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. Mediante el presente amparo se indemnizará al asegurado hasta la suma indicada, cuando este sea declarado incapacitado, de acuerdo con la siguiente definición: Se entiende como incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona, desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados, para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia. Se entenderá la fecha de estructuración de la incapacidad, como la fecha de siniestro, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia del amparo, la incapacidad no sea provocada por el asegurado y persista por un período continuo no menor a ciento cincuenta (150) días, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente. (...)”. Énfasis por fuera del texto original.

[15] *Ibíd.*

[16] Existe un error de digitación en la sentencia, pues figura como año de adopción de la decisión el 2014, cuando la demanda fue admitida el 23 de enero de 2015.

[17] En uno de los apartes del fallo se expuso que: “(...) se observa, que a pesar de que el actor se encuentra actualmente separado del servicio prestado al Ejército Nacional, lo cierto es que no manifiesta que se encuentre limitado físicamente para impetrar la respectiva solicitud de conciliación y/o demanda ordinaria a fin de dirimir el conflicto que mediante la presente acción de tutela pone en conocimiento del despacho; es por ello que este juzgador se encuentra impedido para invadir competencias asignadas por la ley a fin de dilucidar las diferencias surgidas en una relación patrimonial como lo es la contenida en un contrato de seguros (...)”. Cuaderno 1. Folio 116.

[18] Entre las sentencias que citó se hallan las siguientes: T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-1018 de 2010, T-262 de 2005 y T-843 de 2004.

[19] Expresamente se manifestó que: “En el caso materia de estudio, el peticionario cuenta con otro mecanismo de defensa judicial, puesto que lo pretendido es el pago de la póliza de seguros por incapacidad total y permanente originada en un contrato de seguros, por lo tanto la acción de tutela no puede utilizarse para dirimir controversias de carácter contractual, ya que existe otro órgano encargado de dirimir estas controversias y al juez de tutela le está vedado inmiscuirse en asuntos de otra naturaleza”. Cuaderno 2, folio 6.

[20] Cuaderno 1, folio 43.

[21] Cuaderno 1, folio 48.

[22] En concreto se formularon las siguientes preguntas: “Qué justifica la diferencia porcentual entre la calificación de pérdida de capacidad laboral dada por el comité médico de la empresa [al accionante] (de 35.10%) y aquella dictaminada por la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército (...)”; “Cómo se efectuó la evaluación del actor y si en ella intervinieron diferentes especialidades médicas. En tal caso, cuáles fueron”.

[23] Cuaderno, 3 folio 17. Sobre el particular es preciso resaltar que el Decreto 1507 de

2014 (Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional) derogó de forma expresa el Decreto 917 de 1999, previamente citado. Al respecto, el artículo 6 dispone que: “El presente decreto deroga el Decreto número 917 de 1999 y las demás disposiciones que le sean contrarias.”

[24] “Por el cual se reforma el estatuto de la capacidad sicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones del personal de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, soldados, grumetes, agentes, alumnos de las escuelas de formación y personal civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional”

[25] “Por el cual se regula la evaluación de la capacidad sicofísica y de la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993”.

[26] Cuaderno 3, folio 22.

[27] Cuaderno 3, folio 45. Según se afirma la deuda asciende a \$ 207.452.698 pesos.

[28] Cuaderno 3, folio 63.

[29] Cuaderno 3, folio 56.

[30] Cuaderno 3, folio 58.

[31] Cuaderno 3, folio 63.

[32] Cuaderno 3, folio 64.

[33] Cuaderno 3, folio 65.

[34] Ibídem.

[35] Cuaderno 3, folio 72.

[36] Cuaderno 3, folio 48.

[37] Cuaderno 3, folio 64.

[38] Cuaderno 3, folio 65.

[39] Cuaderno 1, folios 11 a 12.

[40] Cuaderno 1, folio 3.

[41] Cuaderno 1, folios 4 a 7.

[42] Cuaderno 3, folio 21.

[43] Cuaderno 1, folio 37.

[45] Cuaderno 1, folios 42 a 43.

[46] Cuaderno 1, folio 41.

[47] Cuaderno 1, folios 40 a 41.

[48] Cuaderno 1, folios 13 a 14.

[49] Cuaderno 1, folios 45 a 47.

[50] Cuaderno 1, folios 48.

[51] Cuaderno 3, folio 21.

[52] *Ibíd.*

[53] Cuaderno 3, folios 45 y 46.

[54] Cuaderno 3, folio 63.

[55] La cláusula 5 de la póliza dispone que: “5. VALOR ASEGURADO. El valor asegurado para cada deudor será el establecido en la solicitud de seguro y como mínimo el valor inicial del crédito. // El Tomador, es el primer beneficiario del seguro de cada deudor hasta el saldo

insoluto de la deuda, en caso del fallecimiento o de la incapacidad total y permanente del asegurado. // [El] saldo insoluto se define como: El capital no pagado más los intereses corrientes, intereses moratorios y otros gastos incluyendo las primas de seguros dejadas de pagar. // Si quedare algún remanente del valor asegurado, se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado, si los hubiere, si no, a los beneficiarios de ley. // LIMITE MÁXIMO ASEGURADO POR DEUDOR EN UNO O VARIOS CRÉDITOS DE \$ 2.000.000.000”.

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

[57] 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.

[58] Así, por ejemplo, el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo define a los servicios públicos como: “toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado directa o indirectamente, o por personas privadas”. Por su parte, el artículo 3 de la Ley 80 de 1993, reitera la misma definición al considerar a los servicios públicos como aquellos “que están destinados a satisfacer necesidades colectivas en forma general, permanente y continua, bajo la dirección, regulación y control del Estado, así como aquéllos mediante los cuales el Estado busca preservar el orden y asegurar el cumplimiento de sus fines”. Por lo anterior, en la Sentencia T-215 de 2003, M.P. Álvaro Tafur Galvis, se explicó que: “en el marco de la Constitución vigente, bien puede afirmarse, que no toda actividad de interés público es servicio público y (...) ha de estar sujeta necesariamente a las reglas del servicio público”. De esta manera, a manera de ilustración, el seguro obligatorio de accidentes de tránsito si ha sido categorizado como servicio público, en razón de alcance, objeto y cobertura. Véase, al respecto, la Sentencia T-105 de 1996, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[59] El artículo 335 de la Constitución Política dispone que: “Las actividades financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos de captación a las que se refiere el literal d) del numeral 19 del artículo 150 son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del

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

[60] Sentencia T-136 de 2013, M.P Jorge Iván Palacio Palacio.

[61] Sentencia T-813 de 2012, M.P Nilson Pinilla Pinilla.

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

[63] M.P. Rodrigo Escobar Gil.

[64] Subrayado por fuera del texto original.

[65] 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.

[66] Sentencia T-723 de 2010, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

[67] M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[68] 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.

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

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

[72] Sentencia T-705 de 2012, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

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

[74] Sentencia C-543 de 1992, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

[75] Sobre el particular, el artículo 1036 del Código de Comercio dispone que: “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”.

[76] Al respecto, pueden consultarse -entre otras- las Sentencias T-490 de 2009 y T-328A de 2012.

[77] Cuaderno 1, folios 11 a 12.

[78] Cuaderno 1, folios 13 a 14.

[79] Cuaderno 1, folios 40 a 41.

[80] Cuaderno 1, folio 48.

[81] Véase, al respecto, el acápite 4.3.3.5 de esta providencia.

[82] Sobre dicha condición se pueden consultar las Sentencias T-469 de 2004, T-919 de 2006, T-602 de 2007 y T-327 de 2014. En esta última se manifestó que: “La Constitución Política consagra una protección especial para las personas que en razón de sus condiciones físicas se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta (art. 13, CP), y la jurisprudencia constitucional ha sostenido pacíficamente que esa protección se predica de los portadores del VIH-SIDA, en tanto con el paso del tiempo experimentan un deterioro físico que les impone limitaciones para proveerse autónomamente los bienes indispensables para satisfacer sus necesidades básicas, entre otras. Dicha protección especial no es meramente retórica, sino que tiene un contenido específico dentro del ordenamiento jurídico, que en materia de estudio de procedibilidad de la acción de tutela impone a las autoridades judiciales especial diligencia, cuidado y atención en el examen formal, teniendo presente que tal grupo poblacional merece un trato preferencial frente a los demás ciudadanos, ya que, como se dijo, padecen un deterioro paulatino y constante de su salud.” M.P. María Victoria Calle Correa.

[83] Sentencia T-279 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[84] 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.

[85] Sentencia T-279 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[86] Cuaderno 1, folio 66.

[87] Cuaderno 1, folio 48.

[88] Cuaderno 3, folios 45 y 46.

[89] Cuaderno 3, folio 63.

[90] Al respecto, entre otras, pueden consultarse las Sentencias T-398 de 2014, T-222 de 2014, T, 058 de 2014, T.826 de 2012 y T-751 de 2012.

[91] Ver, por ejemplo, las Sentencias T-557 de 2013 y T-662 de 2013.

[92] Al respecto, pueden consultarse, entre otras, las Sentencias T-902 de 2013 y T-328 A de 2012.

[93] M.P. Mauricio González Cuervo.

[94] M.P. María Victoria Calle Correa

[95] Sobre el particular se dijo que: “Según lo que se puede observar del expediente, no es válido afirmar que el contrato de seguro imponga acreditar el siniestro sólo mediante una certificación de la Junta Regional de Calificación. No puede arribarse a esa conclusión razonablemente, porque de la expresión ‘con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social’ no puede inferirse que sea sólo esa junta la que pueda llevar a cabo la calificación. Una cosa distinta es que quién califica debe tener en cuenta el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social. // (...)Partiendo de una interpretación literal de la cláusula que Liberty Seguros S.A. aporta como sustento de su dicho, sólo puede afirmarse que el contrato estipula que la incapacidad total y permanente es toda invalidez superior al 50%, examinada con base en el manual único de calificación del sistema de seguridad social. Pero no que ese certificado deba ser expedido por la Junta Regional de Calificación. En ningún aparte se menciona el nombre de esa autoridad. Simplemente se describe qué debe entenderse como riesgo asegurable para efectos del contrato, y se hace alusión al sistema de seguridad social para referirse a las directrices por medio de las cuales debe evaluarse la invalidez. (...)Está demostrado que el contrato de seguro pactado, no restringe la prueba del siniestro al dictamen de la Junta Regional de

Calificación, porque esa condición no está claramente estipulada en el negocio jurídico. En consecuencia, estima la Sala que opera un sistema de libertad probatoria del siniestro, es decir, que la actora podía recurrir a otros mecanismos de evidencia para demostrar la ocurrencia del riesgo amparado.”

[96] Textualmente, se señaló lo siguiente: “Liberty Seguros S.A. le impuso entonces a la accionante una carga injustificada que no tenía la obligación de cumplir, y desconoció las cláusulas pactadas por las partes y los principios de buena fe contractual e interpretación favorable al consumidor. El derecho fundamental al debido proceso (art. 29, C.P.), como lo ha entendido la Corte para los casos en los cuales se examina la actuación de una aseguradora, estipula que las determinaciones acerca de si se reconoce o no un derecho deben estar basadas en las condiciones previamente pactadas, sin desconocimiento del marco legal. En este caso, la demandada utilizó una interpretación particular del contrato de seguro para afirmar que la accionante debía acudir a la Junta Regional de Calificación para demostrar el siniestro, pero no observó que en realidad esa restricción probatoria no estaba consagrada, ni podía imponerse partiendo de una lectura favorable al usuario”

[97] Sobre el particular, se expuso que: “Para la Corte (1) la circunstancia relativa a la posibilidad de acceder a un ingreso estable a partir del reconocimiento de la pensión cuya solicitud se encuentra en curso; unida (2) a la constatación de que el comportamiento de la aseguradora, atendiendo el alcance de la cláusula no se evidencia abiertamente arbitrario” implicaban que el caso no estuviese llamado a prosperar, sobre todo ante la existencia de otros mecanismos de defensa judicial.

[98] Énfasis por fuera del texto original.

[99] Código de Comercio, art. 1037.

[100] El mismo artículo contempla que: “Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituyen riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”.

[101] El artículo 1072 del Código de Comercio dispone que: “Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

[102] El artículo 1047 establece lo siguiente: “La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato: // 1) La razón o denominación social del asegurador; // 2) El nombre del tomador; // 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador; // 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro; // 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro; // 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras; // 7) La suma aseguradora o el modo de precizarla; // 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago; // 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo; // 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y // 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes. // PARÁGRAFO. <Parágrafo subrogado por el artículo 2o. de la Ley 389 de 1997. El nuevo texto es el siguiente:> En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo.”

[104] Al respecto, puede consultarse: OSPINA FERNÁNDEZ, G, Y OSPINA ACOSTA, E, Teoría General del Contrato y de los demás actos o negocios jurídicos, Séptima Edición, Bogotá, Editorial Temis, 2005.

[105] M.P. María Victoria Calle Correa.

[106] Sentencia T-902 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa.

[107] Textualmente se dijo que: “En torno a cómo se efectuó la calificación de pérdida de capacidad laboral al actor y respecto a si en dicha calificación intervinieron diferentes especialidades médicas, reiteramos que MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. no lo calificó, quien lo calificó fue la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército, que para tal efecto es la legitimada para dar respuesta al presente interrogante”. Cuaderno 3, folio 56.

[108] Cuaderno 3, folio 56.

[109] Cuaderno 1, folios 40 a 41.

[110] Cuaderno 1, folios 42 a 43

[111] Cuaderno 3, folio 56.

[112] Cuaderno 1, folios 40 a 41.

[113] Ibídem.

[114] Cuaderno 3, folio 64.

[115] Cuaderno 3, folio 72.

[116] Precisamente, el artículo 14 del Decreto 1796 de 2000 dispone que: “Son organismos médico-laborales militares y de policía: 1. El Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar y de Policía; 2. La Junta Médico-Laboral Militar o de Policía. // Son autoridades Medico-Laborales militares y de policía: 1. Los integrantes del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía. 2. Los integrantes de las Juntas Médico-Laborales. 3. Los médicos generales y médicos especialistas de planta asignados a Medicina. 4. Laboral de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.” Énfasis por fuera del texto original.

[117] Así lo señaló la Dirección de Sanidad del Ejército, como previamente se dijo, en oficio del 30 de julio de 2015.

[118] “Por la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones.”

[119] El literal C del mencionado artículo dispone que: “Transparencia e información cierta, suficiente y oportuna. Las entidades vigiladas deberán suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas”.

[120] Énfasis por fuera del texto original.