

Sentencia T-660/17

ACCION DE TUTELA PARA DIRIMIR CONFLICTOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE SEGUROS-
Procedencia excepcional

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

ACCION DE TUTELA PARA DIRIMIR CONFLICTOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE SEGUROS-
Improcedencia por cuanto la compañía de seguros se ajustó a lo previsto en la ley, a partir de las reglas básicas de diligencia, decoro y honestidad que rigen este acto jurídico

Referencia: Expedientes T-5.813.243 y acumulados. Acciones de tutela en las que se pretende el reconocimiento de derechos económicos derivados de contratos de seguros

Magistrado Ponente: LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Bogotá DC, treinta (30) de octubre de dos mil diecisiete (2017)

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política y 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos dictados por las autoridades judiciales mencionadas en el siguiente cuadro:

Número del expediente

Partes

Primera Instancia

Segunda Instancia

T-5.813.243

Sandro Enrique Solano Castro contra Liberty Seguros S.A. (en adelante Liberty Seguros) y otro

Juzgado Segundo Civil Municipal de Soledad (Atlántico)

Juzgado Primero Civil del Circuito de Soledad (Atlántico)

T-5.896.487

Azael de Jesús Zapata Arboleda contra Colmena Seguros S.A. (en adelante Colmena Seguros) y otro

Juzgado Tercero Penal Municipal para Adolescentes con Funciones de control de Garantías de Bucaramanga

Juzgado Cuarto Penal del Circuito para Adolescentes con Funciones de Conocimiento de Bucaramanga

T-5.899.741

Ledis María Quintana Alandete contra Cooprodecoll Ltda y Ace Seguros –ahora Chubb Seguros Colombia S.A.– (en adelante Chubb Seguros)

Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja

Juzgado Primero Civil del Circuito de Barrancabermeja

T-5.900.024

Rosario Adys Torres Cicery BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (en adelante BBVA Seguros) y otro

Juzgado Treinta y Siete Penal Municipal de Bogotá

No se surtió

T-5.909.382

Miguel Ángel Moreno de Arco contra Liberty Seguros

Juzgado Décimo Civil Municipal de Cartagena

Juzgado Octavo Civil del Circuito de Cartagena

Jheen Amanda Narváez contra la Compañía de Seguros Bolívar S.A. (en adelante Seguros Bolívar)

Juzgado Promiscuo Municipal de Sandoná

No se surtió

T-5.919.123

María del Pilar Medina Chaparro, actuando como agente oficioso de José Edith Mesa Aricapa, contra Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. (en adelante Mapfre Seguros) y otro

Juzgado Octavo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Neiva

Juzgado Tercero Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Neiva

I. COMPETENCIA Y EXPLICACIÓN METODOLÓGICA

Esta Sala es competente para revisar las decisiones proferidas en las acciones de tutela de la referencia, con fundamento en lo previsto en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política. El expediente T-5.813.243 fue insistido por la Procuraduría General de la Nación y por Auto de la Sala de Selección Número Doce del 14 de diciembre de 2016, se dispuso su selección y acumulación con los siguientes procesos: T-5.896.487, T-5.899.741, T-5.909.382, T-5.900.024, T-5.909.382, T-5.910.099 y T-5.919.123.

Según se observa, la materia objeto de controversia corresponde a un total de siete (7) casos

de tutela acumulados, los cuales comprenden discusiones de distinta índole respecto del reconocimiento de derechos económicos derivados de contratos de seguro. Por tal razón, en esta providencia, se adoptará en el esquema metodológico que se menciona a continuación. En primer lugar, se harán los pronunciamientos relacionados con los requisitos de procedencia y se verificará su cumplimiento respecto de cada proceso, excepto en lo referente al principio de subsidiariedad. En segundo lugar, se estudiará si se satisfacen las reglas que determinan la observancia del citado principio, a partir de su articulación con los temas de fondo propuestos, los cuales corresponden a la relación de aseguramiento y al fenómeno de la reticencia. Finalmente, frente a cada caso en concreto, se adoptará una decisión con base en los hechos relevantes que fueron debidamente acreditados.

II. REQUISITOS DE PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

2.1. De la legitimación por activa

2.1.1. Toda persona puede encausar una acción de tutela, ya sea directamente o por interpuesta persona, con miras a asegurar la protección de sus derechos fundamentales¹. Esta última posibilidad admite diferentes escenarios de actuación, como lo son el ejercicio de la acción a través de la agencia oficiosa, del representante legal, de un apoderado judicial o de las atribuciones especiales que se otorgan a la Defensoría del Pueblo.

De manera reiterada, este Tribunal ha señalado que para que proceda la agencia oficiosa en materia de tutela, es necesario que (i) se manifieste explícitamente que está actuando en tal condición, y (ii) que se demuestre que la persona titular del derecho amenazado o vulnerado se encuentra imposibilitada para promover su propia defensa, ya sea por incapacidad física o mental, o por la existencia de un obstáculo insuperable para promover la acción². En todo caso, es preciso señalar que, en relación con el primer requisito, la jurisprudencia de la Corte ha flexibilizado su examen, bajo el entendido que se acepta la legitimación, siempre que de los hechos y de las pretensiones se haga evidente que el agente actúa como tal. Así las cosas, si existe manifestación expresa del agente o si de los hechos se torna irrefutable que obra en dicha condición, el juez de tutela deberá analizar el cumplimiento del segundo requisito y determinar, si en el caso bajo estudio, las circunstancias concretas le impiden al titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados actuar por sí mismo.

2.1.2. Finalmente, cuando el amparo se ejerce mediante un apoderado judicial se deberá

anexar poder especial, el cual se presumirá auténtico, en concordancia con lo previsto en el artículo 10 del Decreto 2591 de 19913. Sobre este punto, en el año 2002, este Tribunal especificó cuáles son los requisitos que se deben acreditar para que un poder permita la actuación de una persona a nombre otra por vía de la acción de tutela. Al respecto, se dijo que: “(i) [el apoderamiento es] un acto jurídico formal por lo cual debe realizarse por escrito. (ii) [Dicho acto se concreta en un] poder que se presume auténtico⁴. (iii) El referido poder para promover acciones de tutela debe ser especial.⁵ En este sentido, (iv) el poder conferido para la promoción o para la defensa de los intereses en un determinado proceso no se entiende conferido⁶ para la promoción⁷ de procesos diferentes, así los hechos que le den fundamento a estos tengan origen⁸ en el proceso inicial. (iv) El destinatario del acto de apoderamiento sólo puede ser un profesional del derecho⁹ habilitado con tarjeta profesional¹⁰.” (Subrayas fuera del texto original).

2.1.3. De acuerdo con lo anterior, esta Sala procederá a examinar si se cumple o no con el requisito de la legitimación por activa, en concreto, respecto de quienes ejercieron las acciones de tutela analizadas en los casos sometidos a revisión.

2.1.3.1. En cuanto a los siguientes accionantes, se encuentra satisfecho el citado requisito, en la medida en que promovieron las acciones de amparo directamente y en defensa de sus propios derechos:

Número de expediente

Accionante

T-5.813.243

Sandro Enrique Solano Castro

T-5.896.487

Azael de Jesús Zapata Arboleda

T-5.899.741

Ledis María Quintana Alandete

T-5.900.024

Rosario Adys Torres Cicery

T-5.509.382

Miguel Ángel Moreno de Arco

2.1.3.2. Por su parte, la señora María del Pilar Medina Chaparro se encuentra legitimada para actuar dentro del expediente T-5.919.123, como agente oficiosa de su esposo, el señor José Edith Mesa Aricapa, con fundamento en el delicado estado de salud que se declara en la acción de tutela, derivado del trastorno de estrés postraumático y de la esquizofrenia paranoide que padece, los cuales, según se afirma por la citada señora Medina Chaparro, le impiden actuar de forma directa, al no tener conciencia de la realidad.

A continuación, y por separado, se analizará el expediente T-5.910.099, en el cual se habrá que determinar si existe legitimación por activa de quien dice ser la representante judicial de la señora Nubia Inés Cabrera Arcos.

2.1.3.3. Caso T-5.910.099, acción de tutela interpuesta por la señora Jheen Amanda Narváez, como apoderada judicial de Nubia Inés Cabrera Arcos, contra Seguros Bolívar

2.1.3.3.1. La señora Jheen Amanda Narváez afirma actuar como apoderada judicial de la señora Nubia Inés Cabrera Arcos. En el escrito de tutela, relata que su poderdante trabajó como docente desde el 20 de agosto de 1978 hasta el 20 de enero de 2015, fecha en la que se retiró del servicio por invalidez dictaminada por la Fiduprevisora S.A. Al respecto, se observa que fue calificada con una pérdida del 97% de la capacidad laboral, con fecha de estructuración del 24 de noviembre de 2014, con ocasión de una laringitis crónica posterior y disfonía hipertónica. El último dictamen que se realizó fue del 11 de diciembre de 2015.

En términos generales, en la acción de tutela se afirma que, el 1° de julio de 2006, la señora Cabrera Arcos adquirió una póliza de seguro de vida educadores de Colombia con Seguros Bolívar por valor de \$ 70.000.000 millones de pesos. Tal monto se aumentó en mayo de 2010, en la suma de \$ 100.000.000 millones de pesos.

En el mes de abril de 2015, se solicitó el pago del valor asegurado por la causal denominada

“incapacidad total y permanente”. Dicha petición fue resuelta negativamente por Seguros Bolívar, con el argumento de que, con base en la historia clínica, se advirtió que la enfermedad por la que se reclama el amparo, tan solo produce una incapacidad parcial y no total para desempeñar una labor remunerativa.

Por lo demás, se alega que la señora Cabrera Arcos se encuentra en estado de vulnerabilidad, pues tiene una pérdida de capacidad laboral que le impide realizar cualquier otra labor y con su pensión debe sostener a su hija, quien adelanta estudios en la Universidad del Valle. Incluso, se dice que tiene a su cargo el pago de obligaciones personales y crediticias, como una constituida con el Banco BBVA por \$ 58.833.550 y otra por \$ 21.526.143.

2.1.3.3.2. Con fundamento en lo anterior, se pide que se otorgue el amparo, ya que es el mecanismo más ágil y efectivo para la satisfacción de su pretensión. Además, se sostiene que las razones de la aseguradora son inadmisibles, por cuanto la señora Cabrera Arcos se capacitó para ser educadora y la docencia ha sido su única y exclusiva actividad laboral, siendo su voz un instrumento fundamental para comunicarse y para desempeñar cualquier actividad laboral.

En este sentido, se reclama la protección de los derechos de la señora Cabrera Arcos a la vida digna, a la igualdad, al mínimo vital, al debido proceso, a la integridad física y moral, a la seguridad social, a la protección y asistencia de las personas con discapacidad y en condición de vulnerabilidad y el derecho a la subsistencia en condiciones dignas, los cuales estima vulnerados, con la decisión de Seguros Bolívar de negar el pago de la suma asegurada. En consecuencia, solicitó que se ordene a la accionada efectuar el pago de la póliza por \$ 100.000.000 millones de pesos, a lo cual se debe agregar la suma de \$ 3.000.000 millones por daño emergente y los valores que se deriven a título de intereses moratorios.

2.1.3.3.3. El representante de Seguros Bolívar intervino para solicitar que se declare la improcedencia de la acción. Al respecto, mencionó que la señora Cabrera Arcos cuenta con otro medio de defensa judicial y que la tutela no puede utilizarse para dirimir controversias contractuales, cuando de por medio no se advierte la vulneración o amenaza de un derecho fundamental. Por otro lado, manifestó que actuó de conformidad con las cláusulas del

contrato, las cuales, imponen que, para que surja la obligación de otorgar la prestación asegurada, debe tratarse de una lesión orgánica o alteración funcional, que le impida de por vida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerativo, lo cual no ocurrió en este caso.

2.1.3.3.4. La apoderada del departamento de Nariño solicitó que se declarara la improcedencia de la acción¹¹, por cuanto dicha entidad no es la encargada de intervenir en la decisión de otorgar o no el pago derivado del contrato de seguro, ya que es un asunto que le compete exclusivamente a Seguros Bolívar.

2.1.3.3.5. Como prueba relevante se aportó al expediente copia de un poder otorgado por la accionante a la abogada Jheen Amanda Narváez, para presentar: “[Un] proceso civil ordinario de responsabilidad civil contractual en contra de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., (...) la presente acción busca que se ordene a la compañía accionada [que] efectué el reconocimiento y pago de mi póliza de seguro Número GR-6880 y demás anexos, la cual fue negada sin justificación legal”¹². El poder aparece presentado el 8 de septiembre de 2015 ante el Juez Civil del Circuito de Pasto.

2.1.3.3.6. En sentencia del 5 de agosto de 2016, el Juzgado Promiscuo Municipal de Sandoná, en única instancia, declaró la improcedencia de la acción. En primer lugar, encontró que, en el caso sub-judice, no se cumplió con el requisito de legitimación en la causa por activa, pues en el expediente no obra poder para actuar en representación judicial de la señora Nubia Inés Cabrera Arcos, dentro del trámite del recurso de amparo que se invoca en esta oportunidad. Al respecto, aclaró que el poder que obra en el plenario es para instaurar un proceso ordinario de responsabilidad civil contractual contra Seguros Bolívar, de ahí que la apoderada solamente estaba legitimada para actuar en la demanda ordinaria y no por la vía de la acción de tutela. En segundo lugar, estimó que la actora cuenta con la vía ordinaria para dirimir la controversia que somete a consideración del juez. Al respecto, encontró que, de las pruebas obrantes en el expediente, no se evidencia una situación apremiante para la accionante, si se tiene en cuenta que recibe una mesada pensional y no se demostró un perjuicio actual y concreto.

2.1.3.3.7. En el asunto sub-judice, esta Sala considera que, al igual que lo decidió el juez de instancia, no se cumple el requisito de legitimación por activa, en tanto el poder presentado

por la señora Jheen Amanda Narváez se otorgó para promover un proceso ordinario de responsabilidad civil y no una acción de tutela, de manera que no se cumple con el requisito de que se trate de un poder especial para la defensa de los derechos fundamentales, como lo ha exigido de forma reiterada la jurisprudencia esta Corporación, más aún cuando lo que subyace como fundamento de este proceso es un conflicto contractual con una aseguradora. Cabe mencionar que, con esta misma regla, se decidió por la Corte una tutela presentada por el abogado de la parte civil en un proceso penal, que actuaba sin poder especial en el proceso de amparo. Al respecto, se estimó que, el acto apoderamiento que reúne tal condición para otro proceso, resulta insuficiente en materia de tutela¹³.

2.1.3.3.8. Por las razones expuestas, esta Sala confirmará la sentencia del 5 de agosto de 2016 proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Sandoná.

2.2. De la legitimación por pasiva

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

En el asunto sub-judice, es claro que las aseguradoras demandadas son particulares, por lo que resulta necesario determinar si frente a dichas compañías 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 Superior¹⁴ como en el Decreto 2591 de 1991¹⁵, se prevén las siguientes hipótesis de procedencia: (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 supuesta-mente incurrió en la violación de un derecho fundamental¹⁶.

2.2.2.1. Sobre base de que las reclamaciones realizadas en los expedientes acumulados corresponden a seguros de personas¹⁷, vinculados, en general, con la ocurrencia de

pérdidas de capacidad laboral, es indiscutible que las dos primeras hipótesis de procedencia de la acción de tutela contra particulares no se presentan en las cuestiones bajo examen. Ello es así, por una parte, porque no existe una afectación al interés colectivo, pues todas son reclamaciones de carácter individual; 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, ya que las pólizas que en esta oportunidad se reclaman no corresponde a una actividad que debe ser prestada de forma regular, permanente y continua¹⁸, sino al objeto de varios contratos dirigidos a amparar la ocurrencia de un siniestro específico¹⁹. Por ello, es preciso establecer si en los asuntos objeto de estudio, se materializa la tercera posibilidad que le otorga viabilidad procesal a la acción de tutela, esto es, que los actores se encuentren en un estado de subordinación o indefensión respecto de quienes supuestamente incurrieron en una transgresión de sus derechos ius fundamentales.

2.2.2.2. Como lo ha sostenido este Tribunal, en el caso 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 disparidad económica e inferioridad 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 usuarios²⁰, 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.

Ahora bien, en ciertos casos, la posición dominante que ejercen las empresas aseguradoras sobre sus usuarios conduce a que las primeras esquiven o dilaten 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.

En este orden de ideas, si bien es cierto que un contrato comercial de seguro no tiene por objeto salvaguardar las condiciones de subsistencia de una persona y de su hogar, a diferencia de lo que ocurre con las prestaciones que se derivan del Sistema Integral de Seguridad Social o de los programas de asistencia que brinda el Estado, no deja de ser una realidad que los seguros de personas se explican como una forma de amparar las contingencias que puedan afectar a la persona o a su núcleo cercano, con ocasión de la muerte, la invalidez, los accidentes o las enfermedades graves, de suerte que, en algunos casos, de no ser por la existencia del seguro, cuando ocurre el siniestro, el asegurado o sus beneficiarios estarían en incapacidad de asumir los gastos básicos de subsistencia que se originan con la vida o de cumplir con sus compromisos económicos, por ejemplo, los derivados de un crédito, de una obligación civil o de una decisión judicial, a menos que se ponga en peligro su derecho al mínimo vital.

Esta última circunstancia es la que advierte en los casos sometidos a decisión, pues se aprecia que los seguros de personas contratados no buscan servir como un instrumento para otorgar recursos adicionales a quienes ya los tienen, sino como un elemento específicamente dirigido a compensar el perjuicio derivado de la imposibilidad de continuar sufragando las deudas adquiridas antes de que sobreviniera la invalidez o la muerte del obligado.

Precisamente, en los casos en que se trata de invalidez del obligado (expedientes T-5.813.243, T-5.899.741, T-5.509.382 y T-5.919.123) o de su muerte (expedientes T-5.896.487 y T-5.900.024), se cumple con el requisito de legitimación por pasiva, pues en todos ellos, de los relatos de los accionantes, se infiere su posición de indefensión frente al comportamiento de la aseguradora, lo cual pone en riesgo, básicamente, según se afirma, sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna, comoquiera que en cada uno de ellos se alegan circunstancias particulares y específicas que, al parecer, afectan la estabilidad económica de los núcleos familiares, respecto de las deudas que tenía que asumir la aseguradora en virtud del contrato suscrito.

2.2.2. Así las cosas, esta Sala considera que, en la totalidad de los casos sometidos a revisión, las entidades demandadas se encuentran legitimadas por pasiva²¹.

2.3. Del principio de inmediatez

2.3.1. Además de los requisitos previamente expuestos, también se exige que la acción de

tutela se interponga 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 responda a la exigencia constitucional de ser un instrumento judicial de aplicación inmediata y urgente (CP art. 86), con miras a asegurar la efectividad concreta y actual del derecho objeto de violación o amenaza²².

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, más allá de que también pueda convertirse en un factor de inseguridad jurídica y de posible afectación de los derechos de terceros²³.

2.3.2. En los siguientes casos, esta Sala de Revisión considera que se cumple con el requisito de inmediatez, pues en todos ellos transcurrieron no más de tres meses entre la última respuesta negativa a la solicitud de pago del seguro y la interposición de la acción de tutela, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Expediente

Fecha de la última respuesta

Fecha de presentación de la acción

T.-5.813.243

3 de marzo de 2016²⁴

22 de abril de 2016

T-5.896.487

1 de agosto de 2016

4 de agosto de 2016

T-5.899.741

30 de marzo de 2016

16 de mayo de 2016

T-5.900.024

21 de julio de 2016

13 de octubre de 2016

T-5.909.382

14 de junio de 2016

26 de julio de 2016

Sin embargo, no ocurre lo mismo en el expediente T-5.919.123, en el que la Sala deberá analizar si existe una justificación razonable para que la tutela se interpusiera más de tres años después de la negativa de la entidad demandada de pagar el seguro contratado.

2.3.3. Caso T-5.919.123, acción de tutela interpuesta por María del Pilar Medina Chaparro, como agente oficiosa del señor José Edith Mesa Aricapa, contra Mapfre Seguros

2.3.3.1. La señora María del Pilar Medina Chaparro señala que actúa como agente oficioso de su esposo, quien, el 6 de mayo de 2009, solicitó al Banco CorpBanca un crédito por \$ 8.300.000, con un plazo para el pago de 60 meses. Como antecedentes del caso, se expone que el señor Mesa Aricapa era soldado profesional en la Quinta División de la Novena Brigada de Neiva y que, el 26 de enero de 2009, en cumplimiento de una misión, sufrió un accidente que le dejó secuelas en el oído derecho, trastorno postraumático y esquizofrenia paranoide, por lo que el 19 de agosto de 2012 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 86.36% y fue declarado no apto para la actividad militar.

A lo anterior agrega que su esposo fue pensionado por invalidez con una asignación de retiro

del 75% de lo que devengaba como soldado profesional, de manera que, actualmente, recibe un salario mínimo, suma con la que debe pagar el canon de arrendamiento, los gastos de cuatro hijos²⁵ y la cuota del crédito. La señora Medina Chaparro manifiesta que no puede trabajar, pues debe dedicarse al cuidado de su esposo y que él no puede cuidar de sus hijos, porque tiene problemas mentales. Con ocasión del accidente reseñado, se vieron obligados a acudir al Banco CorpBanca para solicitar una reestructuración del crédito, lo que en efecto ocurrió. Sin embargo, aún con dicho beneficio, no le es posible pagar las nuevas cuotas acordadas.

En la acción puntualiza que el crédito que adquirió su esposo estaba asegurado con una póliza de Mapfre Seguros. No obstante, al efectuar la reclamación, el 9 de febrero de 2012, la aseguradora le negó el pago de la indemnización con fundamento en que el dictamen del Tribunal Médico Militar no demostraba la incapacidad permanente que se requiere para que opere el seguro, por lo que, aseveró, debieron pagar un dictamen de la Junta Regional de Invalidez del Huila, que, el 31 de enero de 2013, dictaminó una pérdida del 62.35% en su capacidad laboral.

Al presentar una nueva reclamación, en comunicación del 4 de marzo de 2013, la aseguradora se mantuvo en su negativa de pago, esta vez con fundamento en que para la fecha en que se desembolsó el crédito, la estructuración de la invalidez ya había ocurrido.

2.3.3.2. Dentro del marco señalado, la acción de tutela se invoca con el fin de obtener la protección de los derechos a la dignidad humana, a la igualdad, al debido proceso, a la protección reforzada al trabajador disminuido física y sensorialmente, a la salud y a la tranquilidad del señor José Edith Mesa Aricapa, los cuales se consideran vulnerados por la decisión de Mapfre de negarse a pagar la póliza adquirida. En consecuencia, se pide que se ordene a la aseguradora que pague al Banco CorpBanca el saldo insoluto del crédito que el agenciado suscribió con dicha entidad financiera y que se hagan las devoluciones de las sumas hasta el momento canceladas.

2.3.3.3. En su escrito de oposición a la demanda de tutela, la apoderada de Mapfre Seguros solicita que se declare la improcedencia de la acción, pues no se agotó con los mecanismos ordinarios que el actor tiene a su disposición para satisfacer lo pretendido, inacción que, a pesar del tiempo transcurrido, tampoco se justificó. Adicionalmente, se sostiene que, en este

caso, no existe la obligación de pagar la póliza adquirida, ya que la fecha de estructuración de la invalidez del señor Mesa Aricapa fue el 9 de abril de 2010 y la vigencia de la póliza inició el 11 de febrero de 2011, de manera que el evento se encuentra por fuera de su cobertura.

2.3.3.4. Por su parte, el Banco CorpBanca expuso que el accionante obtuvo un crédito de libranza en mayo de 2009 por valor de \$ 8.300.000, obligación que presentó un incumplimiento reiterado, que motivó la suscripción de una fórmula de reestructuración. Después del último acuerdo suscrito entre las partes, el señor Mesa Aricapa quedó con dos obligaciones vigentes que se encuentran en cartera castigada, pues presentan una mora de 282 y 928 días. En cuanto al fondo del asunto, sostiene que el banco es sólo un intermediario en el contrato de seguro, pues por mandato legal no puede asumir la cobertura de riesgos, de suerte que cualquier reclamación debe realizarse de forma exclusiva a la compañía Mapfre Seguros.

A pesar de lo anterior, considera que la acción de tutela en este caso es improcedente, por una parte, porque el accionante recibió respuesta negativa por parte de la aseguradora desde el año 2012 y sólo hasta el año 2016 acudió ante el juez constitucional, de manera que no se cumple con el requisito de inmediatez; y por la otra, porque las pretensiones que se alegan son mera-mente económicas, para cuya satisfacción están los medios ordinarios de defensa judicial. Incluso, afirma que desde hace más de un año no se han efectuado descuentos que afecten las mesadas pensionales del accionante, con miras a hacer efectivo el pago de las obligaciones vigentes.

2.3.3.5. Como pruebas relevantes se aportaron al proceso: (i) copia del acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. 866 MDNSG-TML-2.25 del 19 de agosto de 2012, en la que se decide que el accionante es no apto para actividad militar y que presenta una disminución de la capacidad laboral del 86.36% por lesiones ocasionadas en combate; (ii) informe administrativo elaborado el 3 de febrero de 2009 por la Novena Brigada de la Quinta División del Ejército Nacional, en el que se menciona que el día 26 de enero del año en cita, el señor Mesa Aricapa sufrió un accidente en servicio cayendo en un campo minado; y (iii) dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila notificado el 31 de enero de 2013, en el que se dictamina que el actor tiene una pérdida de capacidad laboral del 62.35%, con fecha de estructuración del 9 de abril de 2010, por esquizofrenia paranoide.

2.3.3.6. Con base en los anteriores hechos, el Juzgado Octavo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Neiva, en sentencia del 27 de mayo de 2016, decidió declarar la improcedencia de la acción. Al respecto, señaló que el objeto de la controversia es contractual y el asunto debatido es de contenido puramente económico. Adujo que, en este caso, no se observa la ocurrencia de un perjuicio irremediable, pues en la actualidad no se le está haciendo ningún descuento al accionante en su mesada pensional, cuyo valor asciende a la suma de \$ 890.000 pesos. Por último, mencionó que no se cumple con el principio de inmediatez, pues el hecho generador de la presunta vulneración ocurrió en el año 2012, cuando le fue comunicada la negativa de hacer efectiva la póliza y la acción de tutela se presentó cuatro años después.

2.3.3.7. En escrito del 7 de junio de 2016, la parte accionante solicitó que se revocara el fallo de primera instancia. A su juicio, el juzgado desconoció que se trata de los derechos de una persona disminuida psíquica y físicamente, de manera que no analizó siquiera si había afectación al derecho a la tranquilidad de su esposo, el cual se altera cuando se realizan constantes llamadas telefónicas por parte del banco recordándole que debe pagar su deuda. Por otro lado, aseveró que el crédito fue adquirido por su cónyuge antes de que cayera en el campo minado, lo que ocurre es que posteriormente este fue reestructurado. Sostuvo, además, que está en imposibilidad económica de asumir el costo de un proceso civil, el cual, por lo demás, puede demorar años.

2.3.3.8. El Juzgado Tercero Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Neiva, en sentencia del 13 de julio de 2016, decidió confirmar la decisión del a-quo. Al respecto, mencionó que la relación del señor Mesa Aricapa con Mapfre Seguros es de naturaleza contractual, por lo que una discusión sobre su alcance, debe ser conocida por el juez ordinario. En cuanto a la afectación del derecho fundamental al mínimo vital, encontró que no se acreditó un detrimento patrimonial por el pago de las cuotas pendientes del crédito, por el contrario, el banco no le está realizando ningún descuento a su pensión.

Por último, al igual que el a-quo, afirmó que no se encuentra satisfecho el principio de inmediatez, pues desde el año 2012 le fue comunicada la negativa de hacer efectiva la póliza de seguros y sólo acudió a la acción de tutela cuatro años después.

2.3.3.9. En sede de revisión, en Auto del 18 de abril de 2017, se ofició a Mapfre Seguros para que aportara copia de la póliza de seguro del señor José Edith Mesa Aricapa y de la objeción a la reclamación. En escrito del 2 de mayo del año en cita, el representante legal de la aseguradora, informó que no tiene un certificado individual o caratula de la póliza del accionante, pues se trata de un seguro de grupo deudores, en el que el banco les envía un listado en Excel de los tomadores del seguro. Sin embargo, aportó las dos objeciones a las reclamaciones presentadas por el señor Mesa Aricapa. La primera de ellas del 9 de febrero de 2012, en la que le informan que es necesario que allegue un certificado de una Junta Regional de Calificación de Invalidez, ya que el acta del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía no es un documento admitido para demostrar la invalidez, según lo previsto en el contrato de seguro. Al tiempo que, en la segunda respuesta, del 4 de marzo de 2013, se aclara que, una vez revisado con más detenimiento el caso, se aprecia que la fecha de entrada en vigencia de la póliza del accionante fue el 11 de febrero de 2011 y el momento en que se estructuró la invalidez fue el 9 de abril de 2010, según el acta de la Junta Regional de Invalidez, de manera que se trata de un hecho acaecido fuera de la vigencia de la póliza, lo que hace imposible efectuar el pago de la prestación asegurada.

2.3.3.10. En auto de la misma fecha, se solicitó a la parte actora que informara si son propietarios de bienes inmuebles y cuáles son los ingresos del núcleo familiar, indicando el monto de la pensión del señor Mesa Aricapa y la fecha desde la cual la recibe. También se debía agregar si dicho núcleo está afiliado al sistema general de seguridad social en salud en el régimen contributivo, caso en el cual se debía indicar el ingreso base de cotización. En oficio del 22 de mayo de 2017, la Secretaría General de esta Corporación indicó que no se recibió respuesta y que la comunicación llegó con la anotación “cerrado”, por parte del servicio postal.

2.3.3.11. En el asunto bajo examen, la Sala debe examinar si está acreditado el cumplimiento del requisito de inmediatez, pues como se pone de presente en el relato de los hechos y al analizar las pruebas obrantes en el expediente, la última negativa de la aseguradora Mapfre fue del 4 de marzo de 2013 y la acción de tutela se interpuso más de tres años después, esto es, el 13 de mayo de 2016.

En efecto, para determinar la razonabilidad del tiempo, en procura de establecer si existe o no una tardanza injustificada e irrazonable, este Tribunal ha trazado las siguientes subreglas:

(i) que exista un motivo válido para la inactividad del actor; (ii) que la misma no vulnere el núcleo esencial de los derechos de terceros afectados con la decisión o bienes constitucionalmente protegidos de igual importancia (v.gr. la seguridad jurídica); y (iii) que exista un nexo causal entre el ejercicio tardío de la acción y la vulneración de los derechos del interesado.

Cabe advertir que la persona que actúa en calidad de agente oficioso, en el escrito de impugnación respecto de la decisión adoptada por el juez de primera instancia, no justifica razonablemente el porqué del tiempo transcurrido entre la negativa de la aseguradora y la presentación de la acción, ya que sólo sostiene que, recientemente, ella como su esposo han recibido llamadas y mensajes de parte del Banco que otorgó el crédito, sin que ello genere un nexo causal que explique el ejercicio tardío de la acción de tutela, pues el amparo no se justifica por la actuación dicha entidad crediticia, sino por la supuesta falta de reconocimiento de una póliza de seguro suscrita con la compañía Mapfre Seguros, frente a la cual -como previamente se mencionó- está dirigida la pretensión tutelar.

Así las cosas, se tiene que, en el expediente de la referencia, tanto el actor como su agente oficioso, conocieron de la última negativa de la aseguradora el día 4 de marzo de 2013, es decir que, para el momento de presentación de la acción de tutela, habían transcurrido más de tres años, por lo que resulta imperativo declarar la improcedencia de la acción, por la falta de acreditación del principio de inmediatez.

2.3.3.12. Con base en lo anterior, se confirmará en el proceso T-5.919.123 lo resuelto por el juez de segunda instancia, que a su vez confirmó lo decidido por el a-quo, en el sentido de que la tutela resulta improcedente, entre otras razones, por el incumplimiento del mencionado principio.

2.4. De la procedencia de la acción de tutela para dirimir controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro. Del principio de subsidiaridad del amparo constitucional

2.4.1. El precitado artículo 86 de la Constitución Política 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 irremediable²⁶. 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”²⁷. El carácter residual obedece a la necesidad de preservar el reparto de competencias atribuido por la Constitución Política y la ley a las diferentes autoridades judiciales, lo cual se sustenta en los principios constitucionales de independencia y autonomía de la actividad judicial.

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

Así lo sostuvo la Corte en la Sentencia SU-961 de 1999²⁸, 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 fundamentales²⁹.

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 irreversible³⁰. Este amparo es eminentemente temporal, como lo dispone 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”³¹.

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 formal³². 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”³³.

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 judicial³⁴. 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”³⁵.

2.4.2. Ahora bien, en tratándose de controversias relacionadas con contratos de seguros, este Tribunal ha sostenido que dichos conflictos, en principio, deben ser resueltos ante la jurisdicción ordinaria civil, en tanto el legislador previó la posibilidad de acudir a varias clases de procesos para solucionarlos, los cuales se encuentran básicamente previstos en el Código General del Proceso y dependen del tipo de controversia originada en la relación de aseguramiento³⁶. Ellos se caracterizan por contemplar instrumentos y herramientas para

que los interesados tengan la oportunidad de reclamar sus derechos y, si es del caso, formular oposiciones frente a las actuaciones de las partes involucradas en el negocio jurídico objeto de la litis. Por lo demás, en dichas vías se otorgan amplias oportunidades para solicitar o controvertir pruebas y si se considera necesario interponer recursos.

Ante esta realidad, la jurisprudencia reiterada de la Corte ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, cuando, por ejemplo, (i) se verifica una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no tienen ningún tipo de ingreso; o (ii) también en aquellos casos en que por el incumplimiento de las obligaciones contractuales que le asisten a la aseguradora, a pesar de la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado, se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante.

La línea previamente expuesta se reiteró por la Sala Tercera de Revisión³⁷, al conocer del caso de una persona con cirrosis por hepatitis autoinmune, con un 59.45% de pérdida de capacidad laboral, madre de dos menores de edad, a quien se le inició un proceso jurídico para el cobro de las cuotas dejadas de cancelar por un crédito hipotecario. Al momento de pronunciarse sobre el caso sometido a decisión, esta Sala consideró que la acción de tutela era el mecanismo idóneo para solucionar el conflicto planteado, en la medida en que la controversia tenía efecto directo sobre los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital de la accionante, cuyas condiciones particulares le dificultaban acudir a las vías ordinarias previamente expuestas. Concretamente se estableció que:

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

menores hijos.”³⁸

Además de las hipótesis previamente expuestas, (iii) la Corte también ha decidido estudiar de fondo los casos en los que se encuentra de por medio una controversia originada en un contrato de seguros, cuando se evidencia que más allá de la disputa económica que le sirve de origen y que puede impactar en los derechos al mínimo vital y a la vida digna, existe un problema de naturaleza constitucional que debe ser estudiado por el juez de tutela, vinculado con la protección de los derechos fundamentales al debido proceso³⁹ o a la salud⁴⁰. Así, por ejemplo, la Corte ha otorgado el amparo en los siguientes tipos de casos:

(a) Cuando las compañías de seguros niegan el pago de la prestación asegurada por contabilizar el tiempo de la prescripción desde un momento diferente de aquél que dispone la ley. Al respecto, en la Sentencia T-309A de 2013⁴¹, la Corte conoció de un caso en el que una aseguradora se negó a reconocer una póliza al contar los términos de prescripción desde la fecha de estructuración de la invalidez y no desde el momento en que se profirió el dictamen de pérdida de capacidad laboral. Para este Tribunal, en el asunto sub-judice, la aseguradora desconoció el principio de la buena fe, ya que cuanto se estructuró la invalidez el accionante no conocía su condición invalidante⁴². En este mismo sentido se pronunció la Sala Tercera de Revisión en la Sentencia T-557 de 2013⁴³, en un caso en que una aseguradora negó el pago del seguro, con fundamento en las mismas razones previamente expuestas.

(b) Cuando en el contrato de seguro existen cláusulas ambiguas y éstas son interpretadas por la aseguradora en contra del reclamante de la póliza. Así, por ejemplo, cuando en el clausulado no existe un parámetro claro para definir el grado de incapacidad o invalidez del tomador para que se constituya el riesgo, esta Corporación ha considerado que deberá garantizarse como mínimo el estándar del régimen de seguridad social en pensiones, esto es, que la incapacidad supere el 50%⁴⁴.

(c) Cuando en materia de seguros de salud, si antes de suscribir un contrato de medicina prepagada o un contrato de seguro médico, la compañía no practica el examen de ingreso, caso en el cual no puede abstenerse de prestar o cubrir un servicio que no aparece expresamente excluido del negocio jurídico, teniendo en cuenta la naturaleza del riesgo que ampara y su pericia en dicha materia⁴⁵. Para que este deber resulte exigible a las

aseguradoras, cabe aclarar que es indispensable que en el cuestionario en el que se determinen las condiciones de asegurabilidad, el tomador manifieste en su declaración, ante una pregunta específica, que padece algún tipo de enfermedad, pues en activación del principio de la buena fe, se entiende que el silencio de las compañías sobre el alcance de las coberturas envuelve su decisión de allanarse a asumir aquellos riesgos que, una vez conocidos, no hayan sido expresamente excluidos⁴⁶. En efecto, ante el conocimiento del estado de salud del tomador (asegurado), es innegable que las compañías tienen la posibilidad de realizarle algún tipo de examen médico o de revisar su historia clínica, con el objeto de determinar si se celebra o no el negocio jurídico o si hace necesario estipular unas condiciones contractuales distintas y más onerosas. De no ocurrir lo anterior, como ya se dijo y lo ha sostenido la Corte, se concluye que no es posible alegar exclusiones o preexistencias distintas a aquellas que aparezcan explícitamente contenidas en el acto o contrato.

Por el contrario, si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia, uno de cuyos efectos es el de generar la nulidad relativa del contrato de seguro, como más adelante se explicará.

2.4.3. Ahora bien, en el caso de los seguros de vida o de daños, la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes, sin que quepa imponer límites adicionales a los contenidos en la ley. Así, por ejemplo, en el caso específico de los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”⁴⁷.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el

principio de la máxima buena fe (*uberrimae bonae fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁴⁸.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el tomador (asegurado) se allana a contratar un seguro y declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información se determine por la aseguradora si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁴⁹. De suerte que, si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁵⁰.

En este mismo sentido se ha expresado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia, al advertir que:

“No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cuál es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.”⁵¹

2.4.4. Adicional a lo expuesto, si bien algunas Salas de Revisión se han pronunciado de fondo en casos en los cuales las aseguradoras alegan reticencias para negar el pago de pólizas⁵², lo cierto es que en dichos casos siempre se ha preservado la regla sobre la procedencia excepcional de la tutela, vinculada con la necesidad de resolver un problema de naturaleza

constitucional, por lo general en el ámbito del amparo de los derechos al mínimo vital, a la salud o a la vida digna.

Para esta Sala de Revisión, la consideración sobre la procedencia excepcional del amparo constitucional en casos de reticencia tiene especial importancia, si se tiene en cuenta que la ocurrencia del citado fenómeno se vincula con la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato, básicamente por desconocer los mandatos del principio de la buena fe y no declarar “sinceramente” los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, generando una distorsión en el carácter aleatorio que identifica al contrato de seguro. Por ello, desde la doctrina, se ha señalado que la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, se fundamenta en dos características esenciales: (i) el principio de extrema buena fe⁵³ y (ii) la necesidad de proteger la naturaleza aleatoria del contrato de seguro.

En otras palabras, este negocio jurídico se estructura sobre la ocurrencia de un riesgo, que puede o no suceder, a partir del cual la aseguradora se obliga a asumir el cumplimiento de una determinada prestación (v.gr. cancelar una suma de dinero). En tal virtud, la etapa precontractual juega un papel esencial en la determinación del objeto y costo del contrato, toda vez que es el momento en el que el tomador de la póliza pondrá en conocimiento del asegurador el estado del riesgo que se pretende garantizar y, a su vez, éste podrá calcular el valor de prima. Ello supone necesariamente un deber cualificado de información en el tomador, consistente en poner de presente todas aquellas circunstancias de su vida cotidiana que podrían impactar en el estado del riesgo, con el propósito no sólo de que la aseguradora pueda realizar una apreciación sincera y real sobre la probabilidad de ocurrencia del siniestro, sino también sobre la capacidad para asumir su pago a partir del monto total de coberturas preexistentes; lo cual, en concordancia con el principio de la buena fe, busca asegurar la integridad, exactitud y libertad del consentimiento proferido por las partes de la relación contractual⁵⁴. Por esta razón, es que la jurisprudencia constitucional ha admitido que el principio de la buena fe es parte esencial e intrínseca del contrato de seguro⁵⁵ y que, al preverse, como efecto principal de la reticencia, la nulidad relativa del contrato, el legislador no hace nada distinto a sancionar “la mala fe en el comportamiento del declarante”⁵⁶.

Ahora bien, como en muchas ocasiones se torna difícil para el tomador determinar la

relevancia de ciertas circunstancias de su vida personal y cotidiana para que la aseguradora pueda establecer con certeza el estado del riesgo, se ha admitido que es a las compañías del sector a las que les corresponde, como ya se mencionó, aclararle al tomador sobre los aspectos que debe informar, utilizando, para tal efecto, diferentes metodologías. Precisamente, es normal que las empresas de seguros adopten cuestionarios con preguntas específicas que integran lo que se conoce como la declaración del estado del riesgo.

Bajo este panorama, el fenómeno de la reticencia pretende evitar el desequilibrio contractual que podría derivarse de la omisión de la información brindada por el tomador, respecto del estado del riesgo a asegurar. Es por ello que, siempre que en el cuestionario dispuesto para el efecto, se incurra en una inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, “conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas”⁵⁷, se produce la nulidad relativa del seguro⁵⁸.

A pesar de ello, en caso de que se decida no hacer uso de un cuestionario, el régimen sustancial igualmente sanciona con nulidad relativa el contrato, cuando la reticencia o inexactitud en la información que se otorga, se refiere a “hechos o circunstancias que impliquen [la] agravación objetiva del estado del riesgo”, siempre que en tal proceder medie la culpa del tomador.

Como excepciones al mecanismo correctivo de la anulación, por una parte, se dispone los casos en que la inexactitud o reticencia proviene de un error inculpable del tomador, hipótesis en la cual “el asegurador sólo estará obligado, [de producirse] el siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160” del Código de Comercio⁵⁹; y por la otra, cuando se logra acreditar que el asegurador, antes de celebrar el contrato, “ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre [los] que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”⁶⁰, circunstancias en las cuales no cabe la imposición de ninguna sanción.

En todo caso, en criterio de la Corte, cabe aclarar que la nulidad relativa del contrato pretende castigar la mala fe en el comportamiento del tomador, motivo por el cual la relación contractual no podrá ser declarada nula por la sola omisión en el suministro de cualquier

información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria realizada de lugar a un actuar contrario a los postulados de la buena fe⁶¹, que tenga la entidad de retraer el negocio celebrado o que, de ser conocida por el asegurador, hubiese llevado a estipular condiciones más onerosas.

En virtud de lo anterior, este Tribunal ha admitido que es deber de la aseguradora demostrar que la inexactitud tendría la entidad suficiente para, de haber sido conocida, conducir al desistimiento de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso⁶², sin perjuicio -como lo dispone la ley- de advertir que la sanción de nulidad no aplica si el asegurador, antes de celebrar el contrato, “conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”⁶³; al igual que si las partes se allanan a subsanar los vicios, si la compañía aseguradora los acepta expresa o tácitamente o si se está en presencia un error inculpable por parte del tomador⁶⁴.

En este contexto, en criterio de esta Sala, es claro que las controversias que se originan por las inexactitudes en que se haya incurrido por el tomador, para efectos de determinar si procede o no la nulidad relativa del seguro, desbordan el ámbito de la tutela y conducen por regla general a su improcedencia, al no tener esta acción las características de los procesos judiciales que se tramitan ante la justicia ordinaria (procesos declarativos), en donde las partes, en igualdad de condiciones, tienen la posibilidad de intervenir, de aportar pruebas y de controvertir aquellas que se usen en su contra. Precisamente, por su carácter informal, el amparo constitucional tiene como objeto la protección de derechos fundamentales dentro de un proceso que se caracteriza por su sumariedad y celeridad, lo cual se contrapone -desde su misma concepción- a un proceso judicial tradicional, en el cual es posible verificar con la certeza propia de una amplia etapa probatoria, los efectos que en términos de afectación al consentimiento de la aseguradora, se requieren para que se acredite la existencia de la reticencia.

Por ello, a juicio de la Corte, no cabe duda de que la acción de tutela no es la vía idónea para pronunciarse sobre el citado fenómeno, cuando se brindan elementos de juicio que advierten sobre la existencia de una discusión respecto de la veracidad de las declaraciones realizadas sobre el estado del riesgo, en un contexto en el que debe verse afectado el consentimiento de la aseguradora. En efecto, en la medida en que en este tipo de casos el asunto adquiere un alcance controversial y litigioso que desborda el carácter sumario e informal del amparo

constitucional, el cual exige un nivel mínimo de certeza o de convencimiento respecto del derecho reclamado, es claro que el amparo constitucional resulta improcedente. Por ello, tal como se reseñó en la Sentencia T-523 de 1998⁶⁵ y se reiteró en la Sentencia T-1683 de 2000⁶⁶, es innegable que el juez de tutela no puede disponer el reconocimiento u ordenar el pago de “un derecho incierto y discutible, pues aquello escapa de la órbita constitucional para radicarse en una discusión de rango legal que debe resolverse en la jurisdicción competente”.

2.4.5. Lo anterior se refuerza cuando se tiene en cuenta que, además de la vía de los procesos declarativos ante los jueces ordinarios, el ordenamiento jurídico también consagra en la actualidad la posibilidad de acudir ante la Superintendencia financiera, quien en esta materia ejerce atribuciones judiciales.

Tal competencia fue otorgada por la Ley 1480 de 2011⁶⁷, a través de la denominada acción de protección al consumidor, la cual le otorga a la citada autoridad la capacidad para conocer de “las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusiva-mente con la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento [e] inversión de los recursos captados del público”⁶⁸. Esta misma atribución se reitera en el artículo 24 del Código General del Proceso.

Como se observa de la norma transcrita, para que la Superintendencia Financiera tenga la competencia para conocer de un determinado asunto, en ejercicio de la referida función jurisdiccional, se requiere el cumplimiento de dos requisitos: (i) que los sujetos procesales de la acción ostenten la calidad de consumidores financieros frente a una entidad sometida a la vigilancia a dicha autoridad, como ocurre con las entidades del sector asegurador; y (ii) que los hechos del caso se relacionen con disputas relativas a “la ejecución y el cumplimiento” de las obligaciones contractuales que existan entre las partes.

Se trata de una facultad judicial que se activa a prevención, de modo que no excluye el ejercicio de las atribuciones que la ley asignó a los jueces ordinarios por vía de los procesos declarativos⁶⁹. Su trámite se somete a las reglas del proceso verbal o verbal sumario⁷⁰, a través de la celebración de audiencias, que permiten materializar el principio de

inmediación⁷¹. Un elemento clave que le otorga un peso importante a este recurso judicial, es la autorización para que, al momento de decidir, la Superintendencia Financiera pueda ejercer atribuciones para fallar extra o ultrapetita⁷².

Para los fines de esta sentencia, desde la perspectiva del contenido que delimita la competencia de la acción de protección al consumidor, es clave entender si el fenómeno de la reticencia se halla incluido dentro de las expresiones “ejecución” y “cumplimiento” de las obligaciones contractuales.

Sobre el particular, la Corte considera que al ser la reticencia una figura que excusa total o parcialmente la satisfacción de la prestación asegurada, por el efecto de la nulidad relativa del contrato de seguro⁷³ o por la reducción de su valor como compromiso a cargo de la compañía aseguradora⁷⁴, es incuestionable que la discusión sobre su configuración, se enmarca dentro del fenómeno del cumplimiento de las obligaciones contractuales, como lo ha entendido y lo ha venido resolviendo la Superintendencia Financiera, al momento de conocer, precisamente, sobre la acción de protección al consumidor⁷⁵.

Por ello, además de las vías judiciales ordinarias, se entiende que existe una alternativa adicional a la cual pueden acudir los tomadores o beneficiarios de un seguro, para lograr la protección y el restablecimiento de sus derechos, la cual garantiza el conocimiento técnico y especializado que demandan los litigios y controversias que surgen de una relación de aseguramiento, con una amplia potestad de definición, al no estar atados al principio de congruencia que se deriva de la formulación de una pretensión⁷⁶, pues, como ya se dijo, la Superintendencia está autorizada para fallar extra o ultrapetita.

2.4.6. Ahora bien, por el conjunto de consideraciones expuestas, es que esta Corporación en la Sentencia T-501 de 2016⁷⁷, recordó que tan sólo por vía de excepción es posible que el juez de tutela asuma el conocimiento de casos vinculados con el fenómeno de la reticencia, siendo necesario para ello (i) que se observe con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que, en el asunto bajo examen, se dan los requisitos para acceder al reconocimiento de la prestación asegurada, en particular, que no se esté en presencia de un derecho discutible y que, además, dado el caso, se demuestre que existe un interés legítimo en el reconocimiento de la póliza, como ocurre, entre otras, respecto de quien tiene la calidad de beneficiario o de quienes por virtud de su condición de tomador, pueden verse

afectados por el no pago de lo asegurado.

También debe acreditarse (ii) que no concurren los supuestos que avalan la existencia de la reticencia alegada o que, en caso de que efectivamente se haya omitido información, la misma, a partir del examen del estado del riesgo, carezca de algún tipo de incidencia en su valoración, de suerte que no pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora y que, en el fondo, lo que se observe sea un actuar arbitrario de esta última consistente en abstenerse de reconocer y pagar un derecho indiscutible, como consecuencia de la ventaja que le otorga su posición contractual privilegiada. Así ha procedido esta Corporación, por ejemplo, (a) cuando no se observa una efectiva relación causal entre los hechos o circunstancias no declaradas y las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora⁷⁸, o (b) cuando esta última, de forma evidente y palmaria, brinda algún elemento de juicio para considerar que la inexactitud fue conocida antes de celebrar el contrato de seguro⁷⁹. Por lo demás, se debe advertir que, como tercer requisito, el caso tiene que involucrar (iii) la existencia de una discusión de relevancia constitucional, vinculada, básicamente, con la defensa de derechos fundamentales.

Los eventos puestos de presente en el numeral segundo del párrafo anterior, como excepciones a la regla de improcedencia, son los que generalmente le permiten a un juez de tutela conocer de fondo sobre una controversia contractual relacionada con la figura de la reticencia, ya que se trata de escenarios en los que, ante la comprobación de la vulneración de un derecho fundamental, excluyen la posibilidad de decretar la nulidad relativa del citado negocio jurídico, siempre que se cumplan con los requisitos enumerados en los numerales primero y tercero.

Precisamente, (i) aquella en la que no se observa una efectiva relación causal entre los hechos o circunstancias no declaradas y las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora, supone un contexto contractual en el que la aparente reticencia o inexactitud resulta irrelevante para determinar si el asegurador se hubiese retraído de celebrar el negocio o de estipular condiciones más onerosas, toda vez que se trata de hechos no susceptibles de alterar el estado del riesgo, por lo que no cabe entrar a realizar apreciaciones respecto de la sinceridad o no con la que obró el tomador. En otras palabras, si bien la figura de la reticencia pretende restablecer el desequilibrio contractual que se produce en la etapa final del desarrollo de un contrato de seguro, ello no habilita a la

aseguradora para dejar de cumplir con sus compromisos, cuando simplemente los hechos no conocidos o las inexactitudes que se presentan carecen de cualquier tipo de impacto frente al riesgo cubierto. En efecto, como lo ha explicado esta Corporación, la sanción de nulidad no se predica de la existencia de una relación causal de los hechos omitidos frente a las causas del siniestro, sino en relación con el nivel de riesgo creado, por virtud del cual, a partir de las condiciones del negocio, se entienda deformado el consentimiento de la aseguradora⁸⁰. Si ello no ocurre, como se deriva de la ley, la consecuencia es que esta última debe asumir la satisfacción plena de las obligaciones suscritas.

Por su parte, (ii) en cuanto al segundo criterio, también se está en presencia de una actuación de la aseguradora contraria a la buena fe, ya que, si esta última conoció de la inexactitud de las condiciones aseguradas antes de proceder con la celebración del contrato, debe entenderse que tales aspectos caben dentro del estado del riesgo amparado, excluyendo la posibilidad de exonerarse de cumplir con las prestaciones asumidas.

Con base en los elementos expuestos, se procederá entonces a examinar la satisfacción del principio de subsidiaridad en los casos concretos.

2.5.1. El señor Sandro Enrique Solano, quien tiene actualmente 48 años de edad, en la acción de tutela relató que fue retirado del servicio activo de la Policía Nacional por solicitud propia, mediante Resolución No. 011128 del 9 de abril de 2012. El accionante indicó que celebró un contrato de mutuo el 25 de marzo de 2014 con el Banco GNB Sudameris por valor de \$ 43.900.000, en la modalidad de libre inversión con descuento por libranza, deuda que amparó con una póliza de vida grupo deudores suscrita con Liberty Seguros.

El actor sostuvo que el 30 de septiembre de 2014 acudió a una Junta Médico Laboral, en la que se determinó que tenía una incapacidad permanente parcial y que había perdido el 64.52% de su capacidad laboral. Con fundamento en lo anterior, solicitó al Banco GNB Sudameris que hiciera efectiva la póliza que suscribió con Liberty Seguros S.A. para amparar el crédito. Sin embargo, dicha compañía objetó la reclamación el día 7 de enero de 2015, al considerar que el señor Solano Castro, al responder el cuestionario de asegurabilidad, omitió declarar que padecía obesidad, hiperlipidemia pura y degeneración grasa del hígado desde el año 2012, así como lumbago desde el 2013. Por esta razón, aplicó las consecuencias derivadas de la reticencia, como lo es la de declarar la nulidad del contrato⁸¹. Por último, la

aseguradora mencionó que, en todo caso, la reclamación tampoco resultaba procedente, pues en el acta de la Junta Médico Laboral de la Policía, se declaró una incapacidad permanente parcial y no total, como se exige en el contrato de seguro.

2.5.2. Con fundamento en los hechos anteriormente expuestos, el accionante presentó el amparo que es objeto de revisión, con el propósito de obtener la protección de sus derechos al debido proceso, a la igualdad y a la salud, los cuales considera vulnerados con la decisión de Liberty Seguros de negarse a pagar el seguro. Para el accionante, al ser la pensión su único ingreso y dada su condición de responsable de dos hijos y de su esposa (que es ama de casa), la acción de tutela es procedente, en la medida en que no puede esperar los resultados de un proceso ordinario. En consecuencia, pide que se ordene a la citada compañía de seguros que pague al Banco GNB Sudameris el saldo insoluto del crédito que suscribió con dicha entidad financiera.

2.5.3. El representante del Banco GNB Sudameris informó que el accionante está vinculado con la entidad, a través de una obligación que para el 6 de mayo de 2016 se encontraba vigente y con un saldo de \$ 36.206.901 pesos, frente a la cual el accionante solicitó que se hiciera efectivo el seguro.

2.5.4. Por su parte, el representante de la compañía aseguradora Liberty mencionó que la pretensión del accionante es patrimonial, por lo que la acción de tutela no es procedente. Además, señaló que, al realizarse el estudio del caso, se conoció que desde los años 2012 y 2013 el actor tenía antecedentes de hiperlipidemia pura, degeneración grasa del hígado, lumbago y obesidad, los cuales no fueron informados oportunamente, pese a que en la declaración de asegurabilidad se indagó sobre su estado de salud.

2.5.5. Como pruebas relevantes se aportaron al proceso las siguientes: (i) copia del acta de la Junta Médica Laboral No. 621 del 30 de septiembre de 2014, en la que se le reconoce al señor Sandro Enrique Solano Castro una disminución del 64.52% de su capacidad laboral; (ii) copia de solicitud remitida el 11 de noviembre de 2014 al Banco GNB Sudameris, en la cual el accionante reclamó que se hiciera efectiva la póliza; (iii) respuesta de Liberty Seguros con fecha del 7 de enero de 2015, en la cual se negó el pago de la póliza por reticencia y porque el amparo cubre la incapacidad permanente total y no parcial, como es la que tiene acreditada el accionante; (iv) copia de la solicitud individual de seguro grupo de vida

deudores, suscrita el 25 de marzo de 2014, en el que aparece como solicitante el señor Solano Castro y el beneficiario el Banco GNB Sudameris. En este documento se observa una declaración de asegurabilidad en la que el actor marcó la casilla “SI” en la pregunta: “¿su estado de salud es normal?” y al tiempo que seleccionó la palabra “NO” en el interrogante sobre: “¿[si] le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad?”; y finalmente, (v) copia de la respuesta a la solicitud de reconsideración del accionante en relación con el pago del seguro del 7 de abril de 2015.

2.5.6. En sentencia del 6 de mayo de 2016, el Juzgado Segundo Civil Municipal de Oralidad de Soledad (Atlántico) declaró improcedente el amparo propuesto. Al respecto, consideró que se trata de una controversia contractual que debe ser resuelta en la jurisdicción ordinaria, por cuanto el accionante no acreditó la transgresión de su derecho fundamental al mínimo vital, lo que evidencia que el asunto objeto de examen es de carácter legal y no constitucional.

2.5.7. En escrito radicado el 17 de mayo de 2016, el accionante impugnó el fallo de primera instancia. Como argumento aseguró que su derecho al mínimo vital se encuentra afectado, en tanto le están descontando de su pensión la cuota mensual del crédito. Además, señaló que la discapacidad que padece le impide valerse por sí mismo y lo convierte en un sujeto de especial protección. Por último, señaló que la aseguradora no le realizó ningún examen médico para determinar su estado de salud.

2.5.8. Por su parte, el representante judicial de Liberty Seguros presentó el 7 de junio de 2016, solicitud al juez de segunda instancia para que confirmara el fallo impugnado, con fundamento en los mismos argumentos expuestos en la contestación de la demanda.

2.5.9. En sentencia del 21 de junio de 2016, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Soledad (Atlántico) confirmó el fallo del a-quo, básicamente al esgrimir las mismas razones expuestas en primera instancia, adicionando la consideración sobre el incumplimiento del principio de inmediatez, pues la acción de tutela se interpuso más de 15 meses después de que el accionante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 64.52%.

2.5.10. En sede de revisión, mediante Auto del 18 de abril de 2017, se ofició a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para que allegara copia de la historia clínica del señor Sandro Enrique Solano, la cual se envió el pasado 4 de mayo por parte del jefe del Área Administrativa del Hospital Central de la Policía Nacional.

2.5.11. Igualmente, en dicha providencia, se ofició al accionante para que informara el monto de su pensión o asignación de retiro y la fecha desde la cual la recibe, así como el valor mensual que debe pagar al banco por concepto de la obligación crediticia adquirida, incluyendo el valor total actual del crédito. En escrito del 2 de mayo de 2017, el accionante informó que su asignación de retiro es de \$ 1.889.734 pesos y la recibe desde el 9 de abril de 2012, también afirmó que, en octubre de 2016, terminó de pagar el crédito y que adquirió otro con una persona natural.

2.5.11. Como se infiere de lo expuesto, cabe destacar que, en esta ocasión, la acción de tutela se promueve en el marco de una controversia surgida entre el señor Sandro Enrique Solano y Liberty Seguros, como resultado de la negativa de esta última de cancelar el valor de la póliza de vida grupo deudores adquirida por él, para el pago de un crédito por valor de \$ 43.900.000, en la modalidad de libre inversión con descuento por libranza.

2.5.12. Durante el trámite de revisión se conoció que el accionante canceló la totalidad del monto adeudado al Banco GNB Sudameris en el mes de octubre de 2016, con el dinero que obtuvo de otro préstamo. Sin embargo, la Sala se abstendrá de declarar la carencia actual de objeto⁸², pues podría considerarse que, en virtud del pago realizado, se produce el fenómeno de subrogación⁸³, lo que llevaría a la Corte a analizar, en caso de que proceda la reclamación del seguro, si es procedente que, por vía de tutela, se concluya si dicha figura se produjo o no en el caso concreto.

2.5.13. En este orden de ideas, la controversia sometida a decisión envuelve una discusión en torno a que, si bien se alega la ocurrencia del siniestro que activaría la obligación condicional de pago del seguro de vida grupo deudores, con ocasión de la invalidez que le fue declarada al accionante el 30 de septiembre de 2014 por la Junta Médico Laboral, la compañía demandada sostiene que se presentó la nulidad relativa del contrato por la existencia de una reticencia. En concreto, se señala que, en la historia clínica del accionante, se encontró que el citado señor presentaba antecedentes de obesidad, hiperlipidemia pura y degeneración grasa del hígado desde el año 2012, así como lumbago a partir del 2013, circunstancias éstas que no fueron declaradas en el cuestionario dispuesto para evaluar el estado del riesgo, ya que al momento de ser preguntado acerca de su estado de salud, éste respondió que era normal y a la pregunta de si padecía alguna enfermedad, respondió negativamente.

De esta manera, vista la problemática planteada, es claro que el asunto objeto de discusión guarda una relación directa con la supuesta inexactitud en la información entregada por el tomador, al momento de suscribir el contrato de seguro, hecho frente al cual el accionante únicamente menciona que la aseguradora omitió realizar el examen médico, de manera que no era posible alegar una reticencia.

2.5.14. Frente a la controversia planteada existe la posibilidad de iniciar un proceso declarativo ante la jurisdicción civil o también de activar la vía especial de la acción de protección al consumidor ante la Superintendencia Financiera. Con todo, cabe examinar si se dan los supuestos que permiten la procedencia excepcional del amparo, en casos relacionados con el fenómeno de la reticencia, los cuales, como ya se dijo, se concretan en (i) que se advierta con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que, en el asunto bajo examen, se dan los requisitos para acceder al reconocimiento de la prestación asegurada, en particular, que no se esté en presencia de un derecho discutible y que, además, dado el caso, se demuestre que existe un interés legítimo en el reconocimiento de la póliza, como ocurre, entre otras, respecto de quien tiene la calidad de beneficiario o de quienes por virtud de su condición de tomador, pueden verse afectados por el no pago de lo asegurado; (ii) que no concurren los supuestos que acreditan la existencia de la reticencia alegada o, en caso de que efectivamente se haya omitido información, la misma, a partir del examen del estado del riesgo, carece de algún tipo de incidencia en su valoración, de suerte que no pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora y (iii) que se trate de un asunto de relevancia constitucional.

El citado examen se realizará teniendo en cuenta las razones que se invocan para justificar la procedencia del amparo. Así las cosas, lo primero que se advierte por parte de este Tribunal, es que no procede el alegato realizado por el accionante, referente a que no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, la decisión de la aseguradora de limitarse a verificar el estado del riesgo con un cuestionario dirigido a precisar las condiciones de salud del tomador, sin proceder con la práctica previa de exámenes o con la revisión de su historia clínica, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio⁸⁴, cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo

que permite confiar en la sinceridad de la declaración realizada.

2.5.16. Descartada entonces la alegación realizada por el accionante, y a pesar de que no obran argumentos adicionales en contra de la decisión de la aseguradora, cabe analizar si la información omitida, a partir del examen del estado del riesgo, tiene algún tipo de incidencia en su valoración, de suerte que pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora.

2.5.16.1. De los requisitos expuestos con anterioridad, se observa que se acredita el referente a tener un interés legítimo en el reconocimiento de la prestación asegurada, por cuanto ocurrió el siniestro (la invalidez del señor Solano Castro) y se verificó su condición inicial de deudor del crédito con el banco destinatario del seguro (GNB Sudameris)⁸⁶.

2.5.16.2. En cuanto a la inexactitud alegada, como ya se advirtió, la negativa de la entidad demandada se fundamentó en una supuesta reticencia por parte del tomador, esto es, del señor Solano Castro, al informar sobre el estado del riesgo. En efecto, la entidad accionada indicó que había encontrado en la historia clínica del citado señor, antecedentes de obesidad, hiperlipidemia pura y degeneración grasa el hígado desde el año 2012, así como lumbago a partir del 2013, circunstancias que no habían sido puestas de presente al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

De los elementos probatorios que obran en el expediente se observa que el señor Solano Castro aseguró estar en perfectas condiciones de salud y negó que padeciera alguna enfermedad, al momento de celebrar el contrato de seguro en el año 2014. Tal negación es contraria a lo que se aprecia en la historia clínica, en la que se observa que, desde el año 2012, tenía los diagnósticos alegados por la aseguradora⁸⁷, por lo que resulta evidente que, a partir de lo acreditado y expuesto por las partes, se está en presencia de un debate sobre si se configuró o no la reticencia invocada, lo que excluye su definición por vía del amparo constitucional, más aún cuando la Sala no cuenta con elementos de juicio que permitan determinar si la inexactitud en la que incurrió el tomador, fue conocida por la aseguradora antes de celebrar el contrato de seguro, o si está lo avaló dentro del desarrollo del negocio jurídico, pues –como ya se mencionó– el accionante no aportó ningún elemento de juicio para controvertir lo afirmado y acreditado por Liberty Seguros.

A lo anterior cabe agregar que, en lo que refiere a si existe o no una relación causal entre los hechos o circunstancias no declaradas y las condiciones del contrato que dieron lugar al

consentimiento de la aseguradora, es preciso recordar que el examen de causalidad no se deriva de la fuente generadora del siniestro, sino de las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora, como lo advirtió este Tribunal en la Sentencia C-232 de 199788, al declarar la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio. Por lo anterior, el análisis que debe hacerse es si el diagnóstico de hiperlipidemia pura, degeneración grasa del hígado, obesidad y lumbago, en caso de haber sido conocido por la aseguradora, tendría la entidad suficiente para afectar el estado del riesgo y, por ende, retraer el negocio celebrado o inducir a estipular condiciones más onerosas, a partir de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ello pudo tener ocurrencia. Sin embargo dicho examen, que se vincula con la afectación o no del estado del riesgo, desborda el carácter sumario de la acción de tutela, requiriendo de un escenario amplio de discusión judicial, en el que se puedan presentar pruebas y acreditar las condiciones particulares en que pudo haberse dado el hecho que se considera fue omitido en la declaración de asegurabilidad.

2.5.17. En definitiva, no se cumple con el segundo de los requisitos mencionados en el acápite 2.5.14 de esta sentencia, para que por vía de tutela se pueda acceder al examen de la pretensión propuesta por el accionante. Por lo demás, tampoco procedente pronunciarse acerca del otro argumento dado por la aseguradora para reiterar su negativa de pago, esto es, el carácter total o parcial de la incapacidad como hipótesis generadora del siniestro, ya que lo previamente esbozado resulta suficiente para descartar el pago del seguro por la vía de la acción de tutela.

2.5.18. En este orden de ideas, se procederá a confirmar la decisión del Juzgado Primero Civil del Circuito de Soledad (Atlántico) del 21 de junio de 2016, que a su vez también confirmó el fallo de primera instancia adoptado el 6 de mayo del mismo año por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Oralidad de la mencionada ciudad, en el sentido de declarar la improcedencia de la acción, por las razones expuestas en esta providencia.

2.6. Caso T-5.896.487, acción de tutela instaurada por Azael de Jesús Zapata Arboleda contra Colmena Seguros y el Banco Caja Social

2.6.1. El accionante afirma que el 3 de septiembre 2013 su esposa adquirió un crédito de \$ 60.000.000 con el Banco Caja Social para el pago de un inmueble propiedad de los dos, por lo que debió otorgar hipoteca abierta sobre el mismo. Advierte que en ese crédito él fungió

como codeudor y que, de la cuota mensual que debían pagar, se descontaba una prima para el pago de una póliza con Colmena Seguros. También manifiesta que su cónyuge fue hospitalizada y que durante el tiempo que permaneció interna se presentaron dificultades económicas en el hogar, pues no fue posible pagar las cuotas del crédito en tiempo, ya que –tanto su esposa como él– eran personas independientes que tenían en su propia casa una miscelánea, cuyas ganancias les permitían pagar las obligaciones con el banco.

Años más tarde, en concreto, el 23 de marzo de 2016, falleció su esposa⁸⁹, por lo que acudió al Banco Caja Social para solicitar el pago del seguro. En oficio del 1 de agosto del año en cita, la compañía asegurada respondió negativa-mente a la solicitud formulada, por cuanto su esposa tenía antecedentes de cáncer de mama y carcinomatosis peritoneal del 15 de abril de 2011, que no fueron declarados, haciendo aplicable la sanción de nulidad del contrato por reticencia.

El accionante sostiene que no tiene recursos para vivir, que sus dos hijas trabajan, pero sus salarios están destinados a pagar sus gastos de estudio y transporte. Relata que, por su edad, nadie lo contrata y que vive de lo poco que puede hacer con la miscelánea, menciona que en cualquier momento la entidad bancaria lo puede sacar de su casa. Por lo anterior, solicita que se amparen sus derechos al debido proceso, a la vivienda digna y al mínimo vital, los cuales estima vulnerados por las entidades accionadas y, en consecuencia, pide que se ordene al Banco Caja Social y a Colmena Seguros que reconozcan la póliza de seguros que suscribió con su esposa, al momento de celebrar el crédito hipotecario.

2.6.2. En respuesta a la solicitud de tutela, el apoderado de Colmena Seguros sostiene que debe negarse el amparo propuesto, por cuanto la compañía en ningún momento ha vulnerado ni amenazado los derechos fundamentales del accionante. Al respecto, señala que la relación que surgió con la esposa del accionante fue de carácter contractual y que consistió en la celebración de un contrato de seguro. Precisa que en virtud del régimen normativo del citado negocio jurídico, no le corresponde asumir el pago de la póliza pactada, por cuanto al momento de celebrar el contrato, en la declaración de asegurabilidad, la esposa del accionante negó cualquier antecedente que afectara su salud y que pudiera variar las condiciones del contrato, sin que ello fuera cierto, pues al revisar la historia clínica de la señora Gloria Elena Zuluaga Gómez, se evidenció que para el 15 de abril de 2011, fecha anterior a la suscripción del seguro, tenía antecedentes de cáncer de mamá y carcinomatosis

peritoneal. Como consecuencia de lo anterior, la respuesta dada se ajustó a lo dispuesto en la ley, en concreto al artículo 1058 del Código de Comercio, en el que se sanciona la reticencia con la nulidad relativa del contrato de seguro.

2.6.3. Por su parte, el apoderado del Banco Caja Social solicita que se declare la improcedencia de la acción por falta de legitimación en la causa por pasiva, pues dicha institución crediticia no ha vulnerado ni amenazado ningún derecho fundamental. En cuanto al tema de fondo, señala que suscribió con la esposa del accionante un crédito hipotecario por valor de \$ 60.000.000 a 180 meses, con una tasa amortización del 11.50%, el cual fue amparado con un seguro de vida de Colmena Seguros.

2.6.4. Como pruebas relevantes se aportaron al proceso las siguientes: (i) copia de la escritura pública No. 3836 del 22 de agosto de 2013, en la que se protocoliza la compraventa de un inmueble en el municipio de Piedecuesta, en la que obran como compradores el accionante y su esposa y en el que se pacta que se pagará un crédito hipotecario por valor de \$ 60.000.000, el cual ya había sido aprobado por el Banco Caja Social. En esa misma escritura se constituyó hipoteca sobre el inmueble por parte de los compradores a favor del banco en mención; (ii) certificado de defunción de la señora Gloria Elena Zuluaga Gómez del día 23 de marzo de 2016, por muerte natural; (iii) copia de la solicitud presentada por el accionante al Banco Caja Social el 11 de abril de 2016, en la que solicita que se realicen los trámites necesarios para el pago del seguro de vida por el fallecimiento de su esposa; (iv) copia del certificado individual de seguro de vida grupo deudores suscrito por la señora Zuluaga Gómez. En la declaración de asegurabilidad responde negativamente a la pregunta de si le han diagnosticado cáncer; (v) copia de dos apartes de la historia clínica de la citada señora en los que, con fechas del 15 y 25 de marzo de 2011, se informa que la paciente tiene cáncer de mama y carcinomatosis peritoneal sin tratamiento, por cuanto ella no desea realizarse quimioterapias; (vi) copia de la respuesta negativa de Colmena Seguros a la reclamación del accionante, con fecha 1 de agosto de 2016, en la que le informan que la señora Zuluaga Gómez tenía antecedentes de las enfermedades ya descritas desde el 15 de abril de 2011 y que no fueron declaradas, por lo que el contrato es nulo, y el pago de la póliza es improcedente.

2.6.5. Como juez de tutela de primera instancia, el Juzgado Tercero Penal Municipal para Adolescentes con Funciones de Control de Garantías de Bucaramanga declaró la

improcedencia del amparo, en sentencia del 18 de agosto de 2016. Al respecto, consideró que la controversia propuesta por el accionante es contractual e involucra derechos económicos, por lo que no puede el juez de tutela invadir una órbita que le es propia al juez ordinario. Además, encontró que no se probó la ocurrencia de un perjuicio irremediable, primero, porque, como el accionante lo mencionó, deriva sus ingresos de las ventas que hace en una miscelánea y tanto él como su esposa eran independientes, de manera que el deceso de uno de los cónyuges no afecta los ingresos percibidos y, segundo, porque no se advierte que el derecho a la vivienda digna esté siendo amenazado, ya que el accionante no menciona la posible ocurrencia de un desalojo.

2.6.6. En escrito del 24 de agosto de 2016, el accionante presentó recurso de apelación, en el que solicitó que se revoque la decisión del a-quo. Al respecto, citó la Sentencia T-136 de 2013, en la que la Corte mencionó que la tutela procede de manera excepcional para dirimir conflictos surgidos de un contrato de seguros, cuando el margen de desigualdad de las partes es tan amplio que genera una situación de indefensión.

2.6.7. En sentencia del 22 de septiembre de 2016, el Juzgado Cuarto Penal del Circuito para Adolescentes con Funciones de Conocimiento de Bucaramanga confirmó la sentencia de primera instancia, por considerar que el accionante puede acudir a la vía ordinaria para demandar sus pretensiones.

2.6.8. En sede de revisión, en Auto del 18 de abril de 2017, se ofició al señor Azael de Jesús Zapata Arboleda para que informara su situación económica, en concreto para que indicara: (i) cuáles son sus ingresos mensuales; (ii) de qué bienes muebles e inmuebles es propietario; (iii) la edad y ocupación de sus hijos y; por último, (iv) si está afiliado al sistema general de seguridad social en salud como cotizante en el régimen contributivo, caso en el cual deberá indicar el ingreso base de cotización.

En escrito del 3 de mayo de 2017 se dio respuesta a los anteriores cuestionamientos de la siguiente manera: (i) es independiente y su labor consiste en vender y reparar artículos de natación, también arregla licuadoras y ventiladores; (ii) sus ingresos mensuales son de \$ 500.000 pesos; (iii) es propietario de un inmueble ubicado en Piedecuesta que tiene anotación de gravamen de hipoteca abierta a favor del Banco Caja Social; (iv) tiene dos hijas, una de ellas estudia negocios internacionales y trabaja medio tiempo como promotora del

área de cadenas de una empresa, con un salario de \$ 368.859 más auxilio de transporte y la otra trabaja como asesora-vendedora para una marca y recibe un salario de \$ 892.666. Por último, afirmó que (v) se encuentra afiliado a la EPS Coomeva como beneficiario de una de sus hijas.

2.6.9. Igualmente en sede de revisión, el representante de Colmena Seguros se pronunció sobre las anteriores pruebas, en el sentido de advertir que el accionante, además de recibir la suma que declara en la respuesta, también tiene una miscelánea de la cual provienen sus recursos. Al referirse a dicho negocio señaló que, con fundamento en los ingresos percibidos por esa actividad económica, se le otorgó el crédito, de manera que si aún tiene ese establecimiento de comercio no se observa cuál sería la razón para justificar que ahora su condición económica es insuficiente, más cuando es muy probable que se hayan disminuido los gastos en el hogar.

2.6.10. Como se infiere de lo expuesto, cabe destacar que, en esta ocasión, la acción de tutela se promueve en el marco de una controversia surgida entre el señor Azael de Jesús Zapata Arboleda y Colmena Seguros, como resultado de la negativa de esta última de cancelar el valor de la póliza de vida grupo deudores adquirida por su fallecida esposa, para el pago de un crédito hipotecario por valor de \$ 60.000.000 del cual él es codeudor, respecto de un bien inmueble que hoy en día es de su propiedad.

En este sentido, la controversia sometida a decisión envuelve una discusión en torno a que, si bien se alega la ocurrencia del siniestro que activaría la obligación condicional de pago del seguro de vida grupo deudores, con ocasión de la muerte de la señora Gloria Elena Zuluaga Gómez el 23 de marzo de 2016, la compañía demandada –en su lugar– sostiene que se presentó la nulidad relativa del contrato de seguro por la existencia de una reticencia. En concreto, se señala que, en la historia clínica del 15 de abril de 2011, se encontró que la citada señora presentaba antecedentes de cáncer de mama y carcinomatosis peritoneal no tratados por decisión de la paciente, circunstancia que no fue declarada en el cuestionario dispuesto para evaluar el estado del riesgo, ya que al momento de ser preguntada acerca de si la habían diagnosticado o tratado cáncer, marcó de forma negativa la casilla dispuesta para tal fin.

De esta manera, vista la problemática planteada, es claro que el asunto objeto de discusión

guarda una relación directa con la supuesta inexactitud en la información entregada por la señora Zuluaga Gómez, al momento de suscribir el contrato de seguro, hecho frente al cual el accionante no hace ninguna alegación en particular, distinta a solicitar a Colmena Seguros que pague al banco la deuda adquirida por su esposa.

2.6.11. Frente a esta controversia, en principio, como ya se dijo, existe la posibilidad de iniciar un proceso declarativo ante la jurisdicción ordinaria o de activar la vía especial de la acción de protección al consumidor ante la Superintendencia Financiera, con la finalidad de obtener el cumplimiento de la prestación asegurada. No obstante, excepcionalmente cabe el recurso de amparo, con miras a pronunciarse de fondo sobre un asunto relacionado con el fenómeno de la reticencia, cuando (i) se observa con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que, en el asunto bajo examen, se dan los requisitos para acceder al reconocimiento de la prestación asegurada, en particular, que no se esté en presencia de un derecho discutible y que, además, dado el caso, se demuestre que existe un interés legítimo en el reconocimiento de la póliza, como ocurre, entre otras, respecto de quien tiene la calidad de beneficiario o de quienes por virtud de su condición de tomador, pueden verse afectados por el no pago de lo asegurado; (ii) no concurren los supuestos que acreditan la existencia de la reticencia alegada o, en caso de que efectivamente se haya omitido información, la misma, a partir del examen del estado del riesgo, carece de algún tipo de incidencia en su valoración, de suerte que no pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora; y (iii) que se trate de un asunto de relevancia constitucional, vinculado, básicamente, con la defensa de derechos fundamentales.

2.6.12. Por tal motivo, la Corte debe entrar a verificar si se dan las condiciones de procedencia de la acción de tutela para casos de reticencia.

2.6.12.1. De los requisitos expuestos, se observa que se acredita el referente a tener un interés legítimo en el reconocimiento de la prestación asegurada, por cuanto ocurrió el siniestro (la muerte de la señora Zuluaga Gómez) y se verificó que el accionante era codeudor del crédito, así como propietario del bien inmueble para cuyo pago fue adquirido el seguro. Por lo demás, la tutela se promueve directamente por quien puede verse afectado por el no pago de lo asegurado.

2.6.12.2. En cuanto a la inexactitud alegada, como ya se advirtió, la negativa de la entidad

demandada se fundamentó en una supuesta reticencia por parte de la tomadora, esto es, de la señora Gloria Elena Zuluaga Gómez, al informar sobre el estado del riesgo. En efecto, la entidad accionada indicó que había encontrado en la historia clínica de la citada señora antecedentes de cáncer de mama y carcinomatosis peritoneal del año 2011, sin tratamiento por decisión de la paciente, circunstancia que no había sido puesta de presente al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y que, incluso, había sido negada por la tomadora cuando se le interrogó en relación con la existencia de un diagnóstico o tratamiento de cáncer.

En este caso, no obran argumentos del accionante en contra de la decisión de la aseguradora. Sin embargo, y pese a ello, lo que si se constata en el expediente, es que la señora Zuluaga Gómez negó haber sido diagnosticada o estar en tratamiento por cáncer, al momento de celebrar el contrato de seguro en el año 2013. Tal negación es contraria a lo que se aprecia en la historia clínica, en donde se observa que desde el año 2011 tenía dicho diagnóstico y que decidió voluntariamente no someterse a ningún tratamiento, por lo que resulta evidente que, a partir de lo acreditado y expuesto por las partes, se está en presencia de un debate sobre si se configuró o no la reticencia invocada, lo que excluye su definición por vía del amparo constitucional. En este escenario, la Sala no cuenta con elementos de juicio que permitan determinar si la inexactitud en la que incurrió la tomadora, fue conocida por la aseguradora antes de celebrar el contrato de seguro, o si está lo avaló dentro del desarrollo del negocio jurídico, pues –como ya se mencionó– el actor no ofreció ningún elemento de juicio para controvertir lo afirmado y acreditado por Colmena Seguros.

A lo anterior cabe agregar que, en lo que refiere a si existe o no una relación causal entre los hechos o circunstancias no declaradas y las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora, siguiendo el mismo hilo conductor explicado en esta providencia y como lo advirtió este Tribunal en la Sentencia C-232 de 1997, el análisis que debe hacerse es si el diagnóstico de cáncer, que no fue tratado, en caso de haber sido conocido por la aseguradora, tendría la entidad suficiente para afectar el estado del riesgo y, por ende, retraer el negocio celebrado o inducir a estipular condiciones más onerosas, a partir de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ello pudo tener ocurrencia. Sin embargo dicho análisis, que se vincula con la afectación o no del estado del riesgo, desborda el carácter sumario de la acción de tutela, requiriendo de un escenario amplio de discusión judicial, en el que se puedan presentar pruebas y acreditar las condiciones particulares en

que pudo haberse dado el hecho que se considera fue omitido en la declaración de asegurabilidad.

2.6.13. En definitiva, no se cumple con el segundo de los requisitos mencionados en el acápite 2.6.11 de esta sentencia, para que por vía de tutela se pueda acceder al examen de la pretensión propuesta por el accionante, siendo por lo tanto innecesario que se continúe con el análisis del último de los requisitos allí mencionados. En este orden de ideas, se procederá a confirmar la decisión del 22 de septiembre de 2016 proferida por el Juzgado Cuarto Penal del Circuito para Adolescentes con Funciones de Conocimiento de Bucaramanga, que a su vez también confirmó el fallo de primera instancia adoptado el 18 de agosto del mismo año por el Juzgado Tercero Penal Municipal para Adolescentes con Funciones de Control de Garantías de la citada ciudad, en el sentido de declarar la improcedencia de las acción, por las razones expuestas en esta providencia.

2.7. Caso T-5.909.382, acción de tutela instaurada por Miguel Ángel Moreno de Arco contra Liberty Seguros S.A.

2.7.1. El señor Miguel Ángel Moreno de Arco solicitó al Banco GNB Sudameris, un préstamo a través del sistema de libranza en convenio con la Policía Nacional en el mes de noviembre de 2009, el cual, según afirma, presume que fue amparado con un seguro de vida.

Antes de la celebración del citado negocio, el 15 de julio de 2009, la Junta Medico Laboral de la Policía Nacional le dictaminó un 44.09% de disminución en su capacidad laboral, de origen común, por hipertensión arterial, depresión reactiva y rinosinusitis crónica. El 29 de diciembre del año en cita, el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía aumentó ese porcentaje en 63.37%.

En la demanda se afirma que, sin especificar fecha, presentó una solicitud ante el Banco GNB Sudameris, para que tramitara con Liberty el cumplimiento de la póliza que amparaba su crédito. Sin embargo, dicha aseguradora objetó la reclamación el día 1 de diciembre de 2014, al considerar que el señor Moreno omitió declarar que padecía hipoacusia no especificada desde el año 2007, gastritis crónica y enfermedad de reflujo gastroesofágico desde el año 2008 y lumbago y diabetes mellitus desde el año 2009, estando obligado a hacerlo, al responder el cuestionario de asegurabilidad el 3 de noviembre de 2009. En dicho cuestionario se le preguntó si su estado de salud era normal y si se le había diagnosticado

alguna enfermedad, sin que informara dichos antecedentes. Por esta razón, se aplicó las consecuencias derivadas de la reticencia, como lo es declarar la nulidad relativa del contrato.

También le manifestó que de cualquier manera su petición era improcedente, pues la fecha de estructuración de la invalidez era el 15 de julio de 2009, fecha anterior a la suscripción del contrato de seguro, por lo que no existía, para ese momento, ningún tipo de cobertura. El accionante solicitó en varias oportunidades adicionales a la compañía Liberty Seguros que reconsiderara su decisión, quien mantuvo su negativa.

Posteriormente, el 11 de febrero de 2016, la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar le dictaminó una pérdida de capacidad laboral de 51.73%, con fecha de estructuración del 4 de junio de 2015. El diagnóstico que suscitó este dictamen fue un trastorno depresivo recurrente, insuficiencia cardíaca y disminución de la agudeza visual en ambos ojos, que se generó como consecuencia de la ingesta de un medicamento en mal estado.

En atención a esta última situación, se presentó un requerimiento adicional, el cual también fue resuelto manteniendo la decisión negativa respecto del pago de la póliza, pues el seguro de vida estuvo vigente hasta marzo de 2012, fecha en la cual se dejó de pagar la prima, de suerte que no cabía la posibilidad de hacer exigible el último dictamen del 11 de febrero de 2016, en la medida en que la fecha que se fijó para la estructuración de la invalidez -4 de junio de 2015-, era posterior a la terminación del contrato de seguro⁹⁰.

2.7.2. Con fundamento en los hechos anteriormente expuestos, el accionante solicita el amparo de sus derechos al mínimo vital, a la vida digna, al debido proceso, a la dignidad humana y a la protección especial de los discapacitados, los cuales considera vulnerados por la decisión de Liberty Seguros, de negarse a pagar la póliza contratada. En particular, el actor expresa que la declaración de asegurabilidad no fue diligenciada por él, aunado a que la compañía de seguros debió realizar exámenes médicos o exigir unos recientes para determinar su verdadero estado de salud y así dejar constancia de las exclusiones y preexistencias.

Por otra lado, sostiene que el artículo 1160 del Código de Comercio prescribe que transcurridos dos años en vida del asegurado, desde que se perfecciona el contrato de

seguro, el valor no puede ser reducido por un error en la declaración de asegurabilidad⁹¹, Por lo demás, menciona que el artículo 1058 del mismo régimen normativo, excluye la sanción por reticencia o inexactitud, cuando la aseguradora conoció o debió conocer los hechos sobre los que versan los vicios de la declaración, lo cual ocurre en este caso, pues la aseguradora tuvo oportunidad de “conocerlos” través de los exámenes médicos que no realizó, ni solicitó.

Finalmente, afirma que su invalidez le impide ejecutar otras labores que le permitan tener un ingreso considerable, lo que hace que se encuentre en estado de indefensión, ya que carece de medios económicos para pagar la deuda adquirida con el banco. En virtud de lo anterior, solicita que se ordene a la accionada que pague al Banco GNB Sudameris, el saldo insoluto del crédito que suscribió con dicha entidad financiera.

2.7.3. En respuesta a la solicitud de amparo, en oficio del 2 de mayo de 2016, el representante legal de Liberty Seguros de Vida solicitó que se declarara la improcedencia de la acción, pues se trata de una controversia contractual que debe ser decidida por un juez ordinario. En todo caso, de llegar a estudiarse de fondo la pretensión formulada, la misma debía denegarse, toda vez que el contratante del seguro está en la obligación de actuar de buena fe al momento de realizar la declaratoria de asegurabilidad, lo cual no ocurrió en este caso. En efecto, el señor Moreno de Arco omitió informar que, al momento de celebrar el contrato, tenía antecedentes de “hipoacusia desde el año 2007, gastritis crónica y enfermedad de reflujo gastroesofágico desde el año 2008, lumbago y diabetes mellitus desde el año 2009”. De ahí que, la consecuencia obligada de la inexactitud en la información suministrada, sea la nulidad del contrato, lo cual hace improcedente el pago de la póliza objeto de demanda.

A lo anterior agregó que, por una parte, existe un Acta de la Junta Médico Laboral No. 90, en la que se fija como primera fecha de estructuración de la invalidez el 15 de julio de 2009, es decir, con anterioridad a la fecha de suscripción del contrato de seguro, lo que hace injustificable que no haya reportado las enfermedades preexistentes. Y, por la otra, así el actor quisiera hacer valer el nuevo dictamen de la Junta Regional de Invalidez de Bolívar de febrero de 2016, en el que se le calificó con un porcentaje del 51.73 % la pérdida de capacidad laboral, ello tampoco es posible, ya que la fecha de estructuración que se determinó en aquella oportunidad fue junio de 2015, evento que está por fuera de la vigencia

del contrato de seguro, la cual cubrió contingencias hasta el mes de marzo de 2012, fecha en la que se dejó de pagar la prima correspondiente.

2.7.4. Como pruebas relevantes se aportaron al proceso las siguientes: (i) copia del dictamen del 11 de febrero de 2016, en el que se otorga al actor un porcentaje de 51.73% de pérdida de la capacidad laboral, con fecha de estructuración del 4 de junio de 2015, fundado en el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, insuficiencia cardíaca y disminución indeterminada de la agudeza visual en ambos ojos; (ii) copia de solicitud, sin fecha, remitida al Banco GNB Sudameris, en la cual el accionante reclamó que se hiciera efectiva la póliza; (iii) respuesta de Liberty Seguros del 4 de diciembre de 2014, en la cual se negó el pago de la prestación asegurada por (a) reticencia y (b) porque en caso de tener en cuenta el dictamen de la Junta Médico Laboral del 15 de julio de 2009, con fecha de estructuración del 3 de noviembre de ese año, la reclamación tampoco resultaría procedente, pues el riesgo amparado se habría producido con anterioridad a la vigencia de la póliza; (iv) respuesta adicional de Liberty Seguros del 4 de junio de 2016, en la que se pronuncia sobre una solicitud de reconsideración del accionante, en la que, además de las respuestas expuestas para reiterar su negativa, se advierte que la póliza de seguros estuvo vigente hasta el mes de marzo de 2012.

2.7.5. En sentencia del 10 de agosto de 2016, el Juzgado Décimo Civil Municipal de Cartagena decidió declarar la improcedencia del amparo solicitado, por considerar que quien tenía la legitimación por activa era el Banco GNB Sudameris, al ser el beneficiario del seguro. En todo caso, afirmó que se trata de un conflicto contractual que debe ser resuelto por el juez ordinario.

2.7.6. El accionante impugnó la decisión y refirió a jurisprudencia de la Corte que avala la procedencia de la acción de tutela cuando, encontrándose de por medio la afectación de derechos fundamentales, existen conflictos contractuales con aseguradoras y el mecanismo ordinario de defensa no resulta eficaz. Agregó que no puede continuar trabajando para conseguir los recursos para pagar su crédito, por lo que eventualmente deberá responder con su vivienda.

2.7.8. En sede de revisión, en Auto del 18 de abril de 2017, se ofició a Liberty Seguros para que allegara copia de la póliza del asegurado Miguel Ángel Moreno de Arco, de la declaración

de asegurabilidad, de las constancias o recibos que demuestren que el accionante dejó de pagar la prima y de la fecha exacta en que ello ocurrió.

En escrito del 27 de abril de 2017, el representante legal de Liberty Seguros allegó una certificación en la que consta que la póliza de vida grupo deudores estuvo vigente hasta marzo de 2012. Asimismo, allegó la declaración de asegurabilidad del accionante, en el que a la pregunta “¿su estado de salud es normal?” responde “sí” y a la pregunta “¿le han diagnosticado alguna enfermedad?” responde “no”, con fecha del 3 de noviembre de 2009.

2.7.9. En el mismo Auto del 18 de abril de 2017, se ofició al accionante para que aportara copia del Acta del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. 90 de julio de 2009 y de su historia clínica, también para que informara el monto de su pensión y la fecha desde la cual la recibe.

En escrito del 18 de mayo del año en cita, el accionante informó que el monto de su pensión es de \$ 1.800.000 pesos, que tiene cuatro hijos y que ese dinero no es suficiente para cubrir sus gastos. Expuso que recibe la mesada pensional desde el año 2009, pero que su estado de salud le imposibilita pagar la deuda, ya que tiene diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad de la próstata y problemas psiquiátricos. Por lo demás, allegó los siguientes documentos: (i) certificado del Banco GNB Sudameris, en el que consta que tiene un crédito vencido con dicha entidad, que se encuentra en proceso jurídico, por valor de \$ 53.821.432; (ii) copia del Acta de Junta Médico Laboral de Policía No. 90 del 15 de julio de 2009, que dictamina una pérdida de capacidad laboral de 44.09% por las enfermedades de hipertensión arterial, depresión reactiva y rinosinusitis crónica; (iii) copia del Acta del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía que se realizó el 29 de diciembre de 2009, en el que consta un nuevo dictamen de pérdida de capacidad laboral del 63.30%, con ocasión de las mismas enfermedades que fueron examinadas por la Junta Médico Laboral No. 90 del citado 15 de julio de 2009; (iv) copia de apartes de su historia clínica, en donde consta las patologías de salud que padece, siendo registradas las siguientes: diabetes mellitus, cofoซิส izquierda, trastorno de ansiedad y cognoscitivo, hipertensión arterial y antígeno prostático alto.

2.7.10. También, en el Auto del 18 de abril de 2017, se ordenó poner en conocimiento la acción de tutela al Banco GNB Sudameris, para que se entendiera vinculado e informara el

tipo de crédito otorgado al señor Moreno de Arco, su saldo en la actualidad, el plazo y el número de cuotas para el pago.

En escrito del 27 de abril de 2017, el apoderado general del banco informó que el actor tiene una obligación desembolsada en la modalidad de libranza, que está en mora con un saldo aproximado de \$ 75.371.370 pesos y que, para la época en que fue enviado el oficio en mención, se encuentra en estado de cobro jurídico. Para el efecto, aportó copia de un Auto del 27 de enero de 2012 dictado por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Cartagena, en el que se resuelve seguir adelante con la ejecución contra el señor Moreno de Arco, por la deuda adquirida con el banco. Por otro lado, sostuvo que no hay afectación del derecho fundamental al mínimo vital, pues tal circunstancia no se acreditó en el escrito de la tutela.

2.7.11. Como se observa de los antecedentes previamente expuestos, la acción de tutela tiene por objeto un conflicto suscitado con ocasión de la negativa de Liberty Seguros de Vida de pagar al Banco GNB Sudameris, el saldo insoluto de la deuda que adquirió el accionante, es decir que, al igual que en los otros casos ya reseñados, se trata de un asunto que involucra el pago de derechos económicos derivados de un contrato de seguro.

La aseguradora fundamentó su negativa básicamente en dos razones que dan respuesta al carácter progresivo en el tiempo de las reclamaciones realizadas. En un primer momento, se aseguró que las enfermedades que causaron la incapacidad total y permanente eran preexistentes a la suscripción del seguro y que no fueron declaradas por el actor, por lo que, al presentarse el fenómeno de la reticencia, el contrato de seguro era nulo. En un segundo momento, ante la solicitud de reconsideración del accionante, para lo cual éste allegó un nuevo dictamen de pérdida de capacidad laboral del 11 de febrero de 2016, en el que se le califica con un porcentaje del 51.73%, con fecha de estructuración del 4 de junio de 2015, la Liberty Seguros advirtió que, para esa última fecha, el seguro ya no estaba vigente, pues la prima se dejó de pagar desde marzo de 2012.

2.7.12. En este contexto, la Sala observa que existen dos situaciones fácticas que deben ser analizadas: (i) la primera relacionada con la posible reticencia que cometió el actor al suscribir el contrato de seguro, y (ii) la segunda con la vigencia de la póliza para cubrir riesgos, cuando la prima del seguro se ha dejado de pagar.

2.7.12.1. Respecto de la segunda situación fáctica descrita, se observa que el accionante

alega que fue dictaminado con un 51.73% de pérdida de capacidad laboral el 11 de febrero de 2016, con fecha de estructuración del 4 de junio de 2015. Sin embargo, como lo certifica Liberty Seguros de Vida, el actor dejó de cancelar las cuotas del crédito desde el mes de marzo de 2012, información que corroboró el propio accionante, al señalar que tal hecho ocurrió debido a los problemas económicos que afirma tener. Tal circunstancia, para este caso, como lo afirma la aseguradora, condujo al no pago de la prima del seguro, ya que de esa cuota se descontaba su valor y, por ende, convierte en discutible la existencia misma de la cobertura que ahora se reclama.

Desde esta perspectiva, no se cumple con el primer requisito enunciado en el numeral 2.6.11 de esta sentencia, para que proceda de manera excepcional la tutela en casos de seguro, pues no se advierte con suficiencia, claridad y de forma inequívoca que se den los requisitos para obtener el reconocimiento de la prestación asegurada. En efecto, en este punto, lo que surge es una discusión sobre la vigencia o no de la póliza, que envuelve un conflicto estrictamente litigioso, cuya esfera de definición le compete a la justicia ordinaria. Precisamente, como ya se dijo, en la Sentencia T-523 de 199892, ampliamente reiterada, se expuso que el juez de tutela no puede disponer el reconocimiento y pago de un “derecho incierto y discutible, pues aquello escapa de la órbita constitucional para radicarse en una discusión de rango legal que debe resolverse en la jurisdicción competente”.

Lo anterior cobra mayor importancia si se tiene en cuenta que, por una parte, en las reglas generales del seguro se establece que la mora en el pago de la prima da lugar a la terminación automática del contrato⁹³; mientras que, por la otra, en tratándose de seguros de vida, se reitera dicha regla⁹⁴ exceptuando el caso en el que las primas se hayan pagado en los dos primeros años, en donde para la terminación se exige que “el valor de las primas atrasadas y el valor de los préstamos efectuados con sus intereses, excedan el valor de cesión o rescate”⁹⁵.

Nótese cómo, ante la falta de pago de la prima, la discusión propuesta se aleja de la órbita constitucional, ya que la vigencia del contrato –para la época en la que se expidió el dictamen del año 2016– implica, por una parte, definir cuál es la consecuencia normativa que se aplica; y por la otra, en el evento de tratarse de la formula exceptiva, entrar a determinar si existe o no un exceso en el valor de cesión o rescate, discusiones que son contrarias al carácter informal y de sumariedad de la acción de tutela. De suerte que, como se señaló por

ambos jueces de instancia, el amparo constitucional resulta improcedente, ya que se está en presencia de un conflicto contractual que debe ser resuelto por el juez ordinario.

En concreto, tal institución se presenta, a juicio de la aseguradora, porque en la historia clínica del accionante existían antecedentes de (i) hipoacusia no especificada a partir del año 2007; (ii) gastritis crónica y enfermedad del reflujo gastroesofágico comenzado el 2008; y (iii) lumbago y diabetes mellitus desde el año 2006, los cuales no fueron declarados en el cuestionario al momento en que la aseguradora evaluó el estado del riesgo, esto es, el 3 de noviembre de 2009.

Para la Corte, con sujeción a lo expuesto, es claro que el problema que se suscita guarda relación directa con la supuesta inexactitud en la información entregada por el señor Moreno de Arco, al momento de suscribir el contrato de seguro, hecho que refuta el accionante, con fundamento en que la compañía no realizó ningún examen médico que determinara la preexistencia de la circunstancia alegada, y que, en todo caso, la misma se entiende subsanada por la aplicación del artículo 1160 del Código de Comercio, según el cual: “Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad”.

2.7.12.3. Frente a la controversia planteada existe la posibilidad de iniciar un proceso declarativo ante la jurisdicción civil o de activar la vía especial de la acción de protección al consumidor ante la Superintendencia Financiera. Con todo, siguiendo el mismo hilo conductor de esta sentencia, cabe examinar si se dan los supuestos que permiten la procedencia excepcional del amparo, en casos relacionados con el fenómeno de la reticencia, los cuales, como ya se dijo, se concretan en (i) que se advierta con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que, en el asunto bajo examen, se dan los requisitos para acceder al reconocimiento de la prestación asegurada, en particular, que no se esté en presencia de un derecho discutible y que, además, dado el caso, se demuestre que existe un interés legítimo en el reconocimiento de la póliza, como ocurre, entre otras, respecto de quien tiene la calidad de beneficiario o de quienes por virtud de su condición de tomador, pueden verse afectados por el no pago de lo asegurado; (ii) que no concurren los supuestos que acreditan la existencia de la reticencia alegada o, en caso de que efectivamente se haya omitido información, la misma, a partir del examen del estado del riesgo, carece de algún tipo de

incidencia en su valoración, de suerte que no pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora y (iii) que se trate de un asunto de relevancia constitucional.

El citado examen se realizará teniendo en cuenta las razones que se invocan para justificar la procedencia del amparo. Así las cosas, lo primero que se advierte por parte de este Tribunal, es que no procede el alegato realizado por el accionante, referente a que no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, la decisión de la aseguradora de limitarse a verificar el estado del riesgo con un cuestionario dirigido a precisar las condiciones de salud del tomador, sin proceder con la práctica previa de exámenes o con la revisión de su historia clínica, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio⁹⁶, cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo que permite confiar en la sinceridad de la declaración realizada.

En este orden de ideas, ningún reproche le asiste sobre el particular a la compañía Liberty Seguros, toda vez que su proceder se ajustó a lo previsto en la ley, a partir de las reglas básicas de diligencia, decoro y honestidad que rigen este acto jurídico, tal como lo advirtió esta Corporación en la Sentencia C-232 de 1997⁹⁷.

2.7.12.4. Descartada entonces la primera alegación realizada por el accionante, esta Sala debe entrar a verificar si se dan las condiciones de procedencia de la acción de tutela para casos de reticencia en materia de seguros, en cuyo análisis se tendrá en cuenta la invocación que se realiza por el señor Moreno de Arco, respecto de la procedencia del artículo 1160 del Código de Comercio.

De los requisitos expuestos y reiterados al inicio de este acápite, se observa que se acredita el vinculado con la acreditación del interés legítimo en la prestación asegurada, por cuanto ocurrió el siniestro (la invalidez del señor Moreno de Arco) y se verificó su condición de deudor del crédito con el banco destinatario del seguro (GNB Sudameris).

En cuanto a la inexactitud alegada, la negativa de la entidad demandada se fundamentó en una supuesta reticencia por parte del tomador, esto es, del citado señor Miguel Ángel Moreno de Arco, al informar sobre las condiciones relacionadas con el estado del riesgo. En efecto,

Liberty Seguros encontró en la historia clínica antecedentes de padecimientos como hipoacusia, gastritis, reflujo, lumbago y diabetes mellitus, los cuales datan de antes de la fecha de celebración del contrato de seguro.

El accionante controversió dicha decisión afirmando que no padecía diabetes mellitus desde el año 2009, sino que le fue diagnosticada en el 2014. Sin embargo, ninguna de las dos partes suministró elementos de juicio que le permitan al juez de tutela tener certeza sobre si en realidad existió o no la inexactitud de la información suministrada por parte del tomador. Así, dentro de las pruebas de la acción de tutela está la respuesta de la aseguradora, en la que se afirma que en la historia clínica del accionante aparece el antecedente de diabetes mellitus y, por la otra, la negación del actor, sin que, en ninguno de los dos extremos, exista un medio de convicción que sustente lo alegado.

En este punto, la Corte entiende que, ante el incumplimiento de la carga mínima de prueba y dada la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre asuntos relacionados con el contrato de seguro, no están dados los supuestos que permitan concluir, con exactitud, si se produjo o no la omisión en la información alegada, por lo que el asunto se torna clara-mente litigioso y controversial, desbordando el carácter sumario e informal del amparo constitucional, pues es innegable que el juez de tutela no puede reconocer u ordenar el pago de derechos inciertos y discutibles, cuya órbita de discusión debe realizarse ante la jurisdicción competente⁹⁸.

En todo caso, se observa que, respecto de los demás padecimientos como la hipoacusia, la gastritis, el reflujo y el lumbago, no se hizo alegación alguna por parte del accionante, de manera que, pareciera que respecto de ellos, sí concurren los supuestos que acreditan la existencia de la inexactitud alegada.

Ahora bien, en lo referente a si existe o no una relación causal entre los hechos o circunstancias no declaradas y las condiciones del contrato que dieron lugar al consentimiento de la aseguradora, el análisis que debe hacerse es si el diagnóstico de hipoacusia, gastritis, reflujo, lumbago y diabetes mellitus –en la hipótesis de que se acreditara que dicha enfermedad fue anterior a la suscripción del seguro–, en caso de haber sido conocido por la aseguradora, tendría la entidad suficiente para afectar el estado del

riesgo y, por ende, retraer el negocio celebrado o inducir a estipular condiciones más onerosas, a partir de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ello pudo tener ocurrencia. Sin embargo dicho análisis, que se vincula con la afectación o no del estado del riesgo, desborda el carácter sumario de la acción de tutela, requiriendo de un escenario amplio de discusión judicial, en el que se puedan presentar pruebas y acreditar las condiciones particulares en que pudo haberse dado el hecho que se considera fue omitido en la declaración de asegurabilidad.

Lo anterior se relaciona con la invocación que realiza el actor de lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio, para efectos de enervar las consecuencias derivadas de la reticencia, pues tal disposición consagra una figura conocida como el principio de incontestabilidad, por virtud del cual tan sólo el efecto de la inexactitud o reticencia proveniente de error inculpable se enerva, cuando el contrato ha tenido una duración mayor a dos años en vida del asegurado, impidiendo que se reduzca el valor de la póliza contratada. Esta cláusula implica un análisis detenido por parte de la jurisdicción ordinaria, pues su alcance parece limitarse a lo previsto en el inciso tercero del citado artículo 1058 del estatuto mercantil, sin incluir los casos en que la omisión fue dolosa y que, por ende, da lugar a la nulidad relativa del contrato, entre otras razones, por la imposibilidad de condonar las actuaciones realizadas con base en dicho vicio del consentimiento. Como se observa se trata de una discusión de alcance legal, en la que además, desde el punto de vista probatorio, tendría que determinarse si la omisión se produjo por dolo o por error, aspecto que desfasa el alcance del mecanismo tutelar y que ingresa en el terreno de los derechos discutibles e inciertos no susceptibles de amparo.

2.7.13. Con fundamento en lo anterior, se procederá a confirmar la decisión del 29 de septiembre de 2016 proferida por el Juzgado Octavo Civil del Circuito de Cartagena de Indias, que a su vez también confirmó el fallo de primera instancia adoptado el 10 de agosto del mismo año por el Juzgado Décimo Civil Municipal de la citada ciudad, en el sentido de declarar la improcedencia de la acción, por las razones expuestas en esta providencia.

2.8. Caso T-5.900.024, acción de tutela instaurada por Rosario Adys Torres Cicery contra BBVA Seguros

2.8.1. La accionante Rosario Adys Torres Cicery manifestó que el 20 de junio de 2014, ella y

su esposo, el señor Felio Calderón Cano, solicitaron un crédito hipotecario al Banco BBVA, en el que los dos figuran como titulares de la obligación. Menciona que, en esa misma fecha, su esposo firmó la declaración de asegurabilidad del seguro de vida grupo deudores de Seguros BBVA, como requisito para el otorgamiento del crédito.

Relata que su esposo, siguiendo la orientación de asesor de la aseguradora, sólo firmó la declaración y dejó en blanco partes del formulario en las que se indagaban datos como su estatura, peso, si fuma y otros relacionados con su estado de salud. Adujo que, con los documentos incompletos, iniciaron la solicitud del crédito y les fue entregada una copia en blanco y sin diligenciar del trámite realizado. Con base en lo anterior, BBVA Seguros de Vida expidió la póliza en la cual figura como tomador su esposo y que amparaba la obligación hipotecaria adquirida con el Banco BBVA.

Con posterioridad, su esposo falleció el 23 de marzo de 2016 y el 15 de abril siguiente radicó reclamación en BBVA Seguros, solicitando el pago de la prestación asegurada. El 13 de junio del año en cita, la aseguradora informó que objetaba tal reclamación, por cuanto en la historia clínica de su cónyuge se encontró que presentaba antecedentes de hipertensión esencial desde el año 2013, sin que esta situación hubiese sido declarada al momento de celebrar el contrato de seguro. En la respuesta, la aseguradora también allegó la declaración de asegurabilidad firmada y completamente diligenciada, en una forma que no corresponde con la realidad. Como consecuencia de la negativa, el 1º de julio de 2016, se presentó una nueva petición reiterando la solicitud realizada y efectuando algunas preguntas respecto de su caso. Sin embargo, el día 21 del mismo mes y año, la aseguradora dio respuesta, básicamente, ratificando su negativa inicial.

También se expone que la aseguradora vulneró su derecho al debido proceso, al haber diligenciado, según la accionante, de forma arbitraria el formulario de su esposo, y fundamentar así la negativa de pago. En este punto, pone de presente que la letra de la declaración comparada frente a la de su esposo es distinta, lo que prueba que él no contestó las preguntas formuladas, sino que lo hicieron, en su lugar, suplantando su identidad. Además, adujo que la citada compañía tenía la posibilidad de consultar la historia clínica de su esposo, así como de solicitarle exámenes médicos, lo cual hubiese demostrado que él tuvo una cirugía de corazón abierto en el año 2000, que nunca ocultó.

Con fundamento en lo anterior, la señora Rosario Adys Torres Cicery pide que se ordene a la compañía BBVA Seguros de Vida, pagar el saldo insoluto de la deuda adquirida por su esposo con el Banco BBVA. Adicionalmente, solicita que el amparo incluya al derecho de petición, con fundamento en la que citada empresa no dio una respuesta integral a todos los cuestionamientos que realizó en su solicitud del 1º de julio de 2016, aspecto sobre el cual esta Corporación se tendrá con mayor detenimiento más adelante.

2.8.3. En la respuesta a la acción de tutela, el representante legal de BBVA Seguros solicitó que se declarara la improcedencia de la acción. Advirtió que el esposo de la accionante fue reticente al diligenciar la solicitud de asegurabilidad, pues omitió informar que tenía antecedentes de hipertensión esencial del año 2013, de manera que la negación del pago estuvo debidamente fundamentada. Señaló, además, que no le corresponde realizar exámenes médicos para el ingreso a la póliza, ya que se trata de una facultad que tiene la aseguradora, que, para el caso de BBVA Seguros, sólo se activa cuando el crédito supera los 1.750 SMLMV. A lo anterior agregó que el amparo constitucional no está concebido para el reconocimiento de prestaciones patrimoniales, a menos que se demuestre una afectación del derecho al mínimo vital, lo cual no ocurre en este caso, toda vez que la accionante tiene el ingreso mensual por concepto de la pensión de sobrevivientes de su esposo.

2.8.4. Como elementos de juicio se aportaron al proceso las siguientes: (i) copia de la solicitud/certificado individual del seguro de vida grupo deudores, en la que figura como asegurado el señor Felio Calderón Cano y como beneficiario el Banco BBVA, con una vigencia hasta el fin del crédito y con una prestación asegurada de \$ 99.208.200 pesos. No se observa que en este documento esté diligenciada la declaración de asegurabilidad y únicamente aparece suscrito por el representante de BBVA Seguros; (ii) copia de la misma solicitud, suscrita con el número de cedula por el señor Felio Calderón Cano, con la declaración de asegurabilidad diligenciada, incluidos los datos sobre su estatura, peso y si fuma o no. En la pregunta de si sufre de tensión alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón se marca la casilla “NO”; (iii) copia de unos papeles escritos a mano por el esposo de la accionante y de los números y letras diligenciados en la declaración de asegurabilidad; (iv) copia de la historia clínica del señor Calderón Cano, en donde consta sus antecedentes de hipertensión y de cirugía del corazón; (v) copia de una respuesta del 13 de junio de 2016 de BBVA Seguros dirigida al Banco BBVA, en la que objetan la reclamación presentada por la accionante, en razón a que su cónyuge incurrió en reticencia por omitir sus antecedentes de hipertensión

desde el año 2013, y por no informar tal situación al suscribir el contrato; (vi) copia de un derecho de petición dirigido a BBVA Seguros el día 1 de julio de 2016, en el que la accionante reitera su solicitud del pago del valor amparado con la póliza de seguros suscrita por su esposo. En particular se solicita (a) información sobre la razón de la demora en la resolución de la petición inicial, (b) que le informen por qué la aseguradora emitió la póliza del seguro si su esposo no contestó la declaración de asegurabilidad y (c) por qué se diligenció el cuestionario si nunca se indagó por la condición de salud de su cónyuge; (vii) copia de la respuesta a la anterior solicitud, emitida el 21 de julio de 2016, en la que la aseguradora reitera su negativa en el pago del valor de la póliza, por cuanto el señor Calderón Cano omitió declarar su estado real de salud; (viii) copia de un comprobante de pago de la pensión de sobrevivientes de la accionante, por un valor neto a pagar de \$ 1.164.000; y finalmente, (ix) copia de un recibo de pago del Banco BBVA, al parecer del crédito otorgado, en el que indica como titular a la señora Rosario Adys Cicery, con un valor a pagar de \$ 1.382.496.

2.8.5. En sentencia del 31 de octubre de 2016, el Juzgado Treinta y Siete Penal Municipal de Bogotá decidió declarar la improcedencia de la acción de tutela, al considerar que, en esencia, la accionante podía acudir a la vía ordinaria para lograr el reconocimiento de sus pretensiones.

2.8.6. En sede de revisión, en Auto del 18 de abril de 2017, se ofició a la accionante para que indicara: (i) el monto de sus ingresos mensuales; (ii) su estado de afiliación al sistema de seguridad social en salud; (iii) de qué bienes muebles e inmuebles son propietarios ella y su fallecido esposo; y (iv) la edad y ocupación de sus hijos, en caso de que trabajen también debía indicar sus salarios.

En escrito del 28 de abril de 2017, la accionante informó que tiene un ingreso variable de \$ 800.000 pesos, por su trabajo como comerciante de productos de cafetería y bebidas, pero que éste se ha visto menguado por su estado de salud. Además, recibe una pensión de sobrevivientes por valor de \$ 1.235.520. Con todo, menciona que dichos recursos son insuficientes, ya que la cuota del crédito es de \$1.380.000 y tiene una deuda con otra persona por \$ 40.000.000. Expuso que se encuentra afiliada a Compensar EPS como cotizante, pues de la pensión de sobrevivientes se hacen los descuentos respectivos.

En lo que respecta a la pregunta vinculada con los bienes, se informa que su fallecido esposo

figuraba como propietario de un apartamento en Bogotá y de un local comercial ubicado en San Andresito de la 38. No obstante, menciona que tales inmuebles se encuentran pendientes de repartición sucesoral, de manera que su única propiedad es un apartamento ubicado en Bogotá. Frente a los ingresos de sus hijos se abstuvo de responder, con el argumento de que los dos son mayores de edad con uniones conyugales, independientes y con sus propias responsabilidades económicas.

Por último, junto con la respuesta se allegó un informe de ingresos y actividad emitido por M&S Asesorías Integrales Sistematizadas del 26 de abril de 2016, en el que consta que recibe ingresos por venta de productos de cafetería y bebidas por valor de \$ 800.000 pesos.

2.8.7. En el mismo Auto del 18 de abril de 2017, se ordenó poner en conocimiento del Banco BBVA la acción de tutela de la referencia, para que dicha compañía se entendiera vinculada e informara el tipo de crédito otorgado al señor Felio Calderón Cano, el saldo en la actualidad, el plazo y el número de cuotas pendientes de pago.

En escrito del 28 de abril del año en cita, el apoderado de BBVA Colombia informó que el señor Calderón Cano tiene un crédito hipotecario concedido el 20 de junio de 2014, por valor de \$ 90.208.200, a un plazo de 160 cuotas. Señala que, en la actualidad, el saldo es de \$ 88.385.915. Posteriormente, en un nuevo escrito del 19 de mayo, el Gerente de Asuntos Especiales del Banco BBVA informó que -tanto el señor Felio Calderón Cano como la accionante-figuran como cotitulares del crédito hipotecario, y que se han pagado un total 35 cuotas.

2.8.8. Visto lo anterior, la Sala encuentra que en este caso la controversia se suscita entre la señora Rosario Adys Torres Cicery y Seguros de Vida BBVA, con ocasión de la negativa de esta última de pagar el saldo insoluto de la deuda contraída por ella y por su fallecido esposo, la cual estaba garantizada con una póliza de vida grupo deudores que éste había contratado. Para la aseguradora el pago de la deuda no es procedente, por cuanto el cónyuge de la accionante omitió informar en su declaración de asegurabilidad que tenía hipertensión esencial desde antes de contratar el seguro, de manera que operó la nulidad relativa del contrato por reticencia.

De esta manera, con sujeción a lo expuesto, es claro que el problema que se suscita guarda relación con la supuesta inexactitud en la información entregada por el señor Calderón Cano,

al momento de suscribir el citado negocio jurídico, circunstancia frente a la cual se realiza por parte de la señora Torres Cicery dos alegaciones. En primer lugar, que BBVA Seguros de Vida estaba en condición de haberle realizado o solicitado exámenes médicos a su esposo para determinar su estado de salud, así como consultar su historia clínica, y de esa forma conocer datos que nunca estuvieron ocultos, como lo fue la enfermedad de la hipertensión y la cirugía de corazón abierto a la que fue sometido. A ello agregó que, en segundo lugar, el señor Felio Calderón Cano únicamente suscribió la declaración de asegurabilidad, pero nunca la diligenció, de manera que quien lo hizo debió haber sido algún empleado de la entidad aseguradora.

2.8.9. Frente a la controversia planteada y siguiendo lo expuesto con anterioridad, existe la posibilidad de iniciar un proceso ante la jurisdicción ordinaria civil. No obstante, excepcionalmente cabe el recurso de amparo con miras a pronunciarse de fondo sobre un asunto relacionado con el fenómeno de la reticencia, como ya se dijo, cuando (i) se observa con suficiencia, claridad y de manera inequívoca que, en el asunto bajo examen, se dan los requisitos para acceder al reconocimiento de la prestación asegurada, en particular, que no se esté en presencia de un derecho discutible y que, además, dado el caso, se demuestre que existe un interés legítimo en el reconocimiento de la póliza, como ocurre, entre otras, respecto de quien tiene la calidad de beneficiario o de quienes por virtud de su condición de tomador, pueden verse afectados por el no pago de lo asegurado; (ii) no concurren los supuestos que acreditan la existencia de la reticencia alegada o, en caso de que efectivamente se haya omitido información, la misma, a partir del examen del estado del riesgo, carece de algún tipo de incidencia en su valoración, de suerte que no pueda verse comprometida la voluntad de la aseguradora y (iii) que se trate de un asunto de relevancia constitucional, vinculado, básicamente, con la defensa de derechos fundamentales.

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de

la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.

Descartada la primera alegación realizada, esta Sala debe entrar a verificar si se dan las condiciones de procedencia de la acción de tutela para casos de reticencia en materia de seguros, conforme se enunció al inicio de este acápite.

2.8.10. De los requisitos expuestos, en principio, se observa que se acredita el referente a tener un interés legítimo en la prestación asegurada, por cuanto ocurrió el siniestro (la muerte del señor Felio Calderón Cano) y se verificó que la accionante, esposa del tomador, es deudora del Banco BBVA, al igual que es propietaria del bien inmueble para cuyo pago fue adquirido el crédito. Por lo demás, la tutela se promueve directamente por la interesada.

2.8.11. En cuanto a la inexactitud alegada, como ya se advirtió, la negativa de la compañía aseguradora se fundamentó en una supuesta reticencia por parte del tomador, esto es, del señor Calderón Cano, al informar sobre el estado del riesgo. En efecto, en los distintos pronunciamientos que se anexan en el expediente, se indicó que se había encontrado en la historia clínica del citado señor, antecedentes de hipertensión esencial desde diciembre de 2013, hecho que no había sido puesto de presente al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

Al respecto, más allá del argumento referente al supuesto deber de agotar labores de verificación para determinar el estado del riesgo, cuya exigibilidad es contraria a lo dispuesto en la ley; lo que se alega por la accionante es que su esposo no ocultó su condición de salud de mala fe, pues nunca respondió las preguntas formuladas en el cuestionario de la aseguradora, sino que, por el contrario, firmó la declaración en blanco. Lo que seguramente ocurrió, en palabras de la señora Torres Cicery, es que un asesor de la compañía Seguros BBVA lo completó, incluyendo los datos que son objeto de controversia.

De los elementos probatorios que obran en el expediente, se observa que efectivamente el señor Felio Calderón Cano tenía antecedentes de hipertensión esencial desde el año 2013 y que tuvo una operación a corazón abierto en el 2000, hechos que no fueron manifestados en la declaración de asegurabilidad, pues se observa que, en lo que atañe a la pregunta de “¿[si] ha sufrido o sufre una enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?”, en concreto sobre tensión alta y problemas del corazón, aparece

marcada la casilla “No”. Dicha declaración aparece firmada por el tomador con su número de cédula. Con todo, la accionante alega que tal manifestación no se ajusta a la realidad, por lo que también obran en el expediente documentos que pretenden demostrar la diferencia entre la letra plasmada en el formulario que aparece resuelto, respecta de aquella que –según se afirma– es la del señor Calderón Cano.

Para la Corte, la naturaleza informal, sumaria y expedita del amparo constitucional tornan improcedente el amparo propuesto, ya que no se advierte que se esté en presencia de un derecho indiscutible. Por el contrario, mientras la parte actora alega la ausencia de mala fe del señor Calderón Cano al declarar el estado del riesgo, sugiriendo una duda sobre la forma como se completó el formulario que aparece resuelto y acompañado de su firma y cédula; la parte demandada refiere al ocultamiento de información relevante, como lo es la hipertensión esencial que padeció. Así las cosas, la Sala no puede en sede de tutela entrar a definir derechos litigiosos y controversiales, cuyo escenario de discusión es el propio de la jurisdicción ordinaria o el de la vía alternativa ante la Superintendencia Financiera, en donde, si el del caso, entre otras, se podrá adelantar los estudios grafológicos que definan si efectivamente el tomador diligenció o no la declaración de asegurabilidad.

2.8.12. En definitiva, no se cumplen las condiciones para que por vía del amparo constitucional se ordene el pago del seguro, por lo que no se analizará el resto de requisitos mencionados en el acápite 2.8.9 de esta providencia.

2.8.13. Por fuera de lo expuesto, teniendo en cuenta las pretensiones realizadas y que constan en el apartado 2.8.2 de esta sentencia, la Corte también debe analizar si la compañía BBVA Seguros vulneró el derecho de petición de la señora Rosario Adys Torres Cicery, en la medida en que, según alega, no se le dio respuesta a todos los cuestionamientos que formuló en su solicitud del 1º de julio de 2016, al limitarse la aseguradora a reiterar la negativa de pago del valor amparado.

Al respecto, cabe advertir que la nueva legislación sobre derecho de petición establece que, cuando éste se ejerce frente a organizaciones privadas como lo son las sociedades, corporaciones, fundaciones, asociaciones, cooperativas, instituciones financieras o clubes, son aplicables los mismos principios y reglas establecidas para los casos en que se presentan solicitudes respetuosas ante las autoridades públicas. Precisamente, el artículo 1 de la Ley

1755 de 2015, que en lo pertinente sustituyó el artículo 32 de la Ley 1437 de 2011, establece que:

“Artículo 32. <Artículo modificado por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:> Derecho de petición ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales. Toda persona podrá ejercer el derecho de petición para garantizar sus derechos fundamentales ante organizaciones privadas con o sin personería jurídica, tales como sociedades, corporaciones, fundaciones, asociaciones, organizaciones religiosas, cooperativas, instituciones financieras o clubes. // Salvo norma legal especial, el trámite y resolución de estas peticiones estarán sometidos a los principios y reglas establecidos en el capítulo I de este título. (...)”⁹⁹.

Por lo anterior, nótese cómo, la Sala debe verificar (i) si la petición de la accionante estaba dirigida a la protección de derechos fundamentales y, si ello es así, (ii) si se desconocieron los requisitos de claridad, congruencia e integralidad de la respuesta. Visto el contenido de la solicitud formulada, además del pago del amparo, la accionante requirió lo siguiente: (a) información sobre las causas que explican la demora en la resolución de la petición inicial; (b) que le expliquen por qué la aseguradora emitió la póliza del seguro, si su esposo no contestó la declaración de asegurabilidad y la dejó en blanco; e (c) información sobre por qué se diligenció el cuestionario, si su cónyuge nunca respondió afirmativa o negativamente las preguntas, aspecto en el que también se alude a la justificación de los motivos que acarrearón la falta de indagación sobre su estado de salud.

Desde esta perspectiva, la Sala advierte que la petición relacionada con el pago del seguro, es la única que pretende la garantía de un derecho fundamental, ya que, como se dijo al abordar el examen sobre la legitimación por pasiva de las entidades aseguradoras en la acción de tutela, el no pago de un seguro de vida, que corresponde a la modalidad de seguro de personas, si bien no tiene por objeto salvaguardar las condiciones de subsistencia de un individuo o de su hogar, es innegable que es una forma de amparar las contingencias que puedan afectar el pago de una deuda por muerte, enfermedades graves, accidentes o una invalidez, de suerte que, en algunos casos, de no ser por su existencia, cuando ocurre un siniestro, la persona comprometida con una obligación pecuniaria preexistente estaría en incapacidad de cumplir con lo pactado, si no hace uso de los recursos que en no pocas ocasiones están previstos para garantizar su derecho al mínimo vital, hipótesis que

-precisamente- es la que se alega en la circunstancia bajo examen. En relación con esta petición, que sería la primordial en el caso sub-judice, se observa que se cumple tanto con el requisito de estar dirigida a la protección de un derecho fundamental, como con la observancia de la obligación de dar una respuesta clara, de fondo y congruente con lo pedido.

Ahora bien, respecto de las demás peticiones formuladas, visto su contenido, lo que se advierte por este Tribunal es que no están dirigidas a la garantía de un derecho fundamental, pues en ellas se indaga sobre la actuación de la aseguradora dentro del giro ordinario de su actividad comercial, tanto así que las preguntas guardan una relación directa con la controversia planteada. Bajo esta perspectiva, no cabe la protección que se invoca por la señora Torres Cicery, por cuanto se incumple con el primer requisito para que proceda el derecho de petición ante particulares, referente a que su presentación se debe ejercer dentro del ámbito de garantía de los derechos fundamentales¹⁰⁰. Lo que se solicita hace parte como tal de la discusión judicial que, como se dijo, deberá ser ventilada ante el juez ordinario o ante la Superintendencia Financiera.

2.8.14. Así las cosas, la Sala confirmará la sentencia del 31 de octubre de 2016 proferida por el Juzgado Treinta y Siete Penal Municipal de Bogotá, en la que se declaró la improcedencia del amparo propuesto, por las razones señaladas en la parte motiva de esta providencia.

2.9. Caso T-5.899.741, acción de tutela instaurada por la señora Ledis María Quintana Alandete contra Cooprodecot y Ace Seguros (ahora Chubb Seguros)

2.9.1. La señora Ledis María Quintana Alandete afirma que el 10 de agosto de 2015 adquirió un crédito con Cooprodecot Ltda por valor de \$ 30.000.000, deuda que amparó con un seguro de vida que suscribió con Ace Seguros. Relata que el 30 de noviembre de 2015 fue calificada por la Unión Temporal de Oriente Región 5 con una pérdida de capacidad laboral del 96%, con fecha de estructuración del día 27 del mes y año en cita. Tal calificación tuvo en cuenta que padecía de disfonía, sindactilia, rinitis alérgica y desviación del tabique nasal. Por lo demás, sostiene que presentó un derecho de petición el 7 de enero de 2016 a Cooprodecot, para que hiciera efectivo el pago de la póliza, reclamación que se negó por parte de Ace Seguros, al alegar -en comunicación del 24 de febrero del año en cita- la existencia de una invalidez en el contrato suscrito.

2.9.2. Con fundamento en los hechos expuestos, la señora Quintana Alandete presentó acción de tutela con el propósito de obtener la protección de sus derechos al debido proceso, la vida digna y al mínimo vital, los cuales considera vulnerados por la decisión de Ace Seguros de negarse a pagar la prestación asegurada. En consecuencia, solicita que se ordene a la aseguradora accionada que pague a Cooprodecot el saldo insoluto del crédito que suscribió con dicha entidad financiera y que se hagan las devoluciones de los pagos realizados, desde el momento en que se tuvo conocimiento de su invalidez.

2.9.3. En Auto del 16 de mayo de 2016, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja vinculó al proceso al Ministerio de Salud, a la Unión Temporal Región 5, a la Fundación Oftalmológica de Santander, a la empresa Colombiana de Salud S.A., a la Sociedad Médica Clínica de Riohacha S.A.S, al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, a la Fiduprevisora y a la Fundación Avanzar FOSCAL- Magisterio.

En el término concedido para dar una respuesta a la acción de tutela tan sólo se pronunciaron: (i) el Ministerio de Salud, el cual solicitó que se declarara la improcedencia del amparo propuesto, por su falta de legitimación en la causa por pasiva, toda vez que respecto de la vulneración que se alega, la entidad no ha realizado ninguna acción u omisión que pueda llevar al desconocimiento de los derechos invocados; y (ii) la Fiduprevisora S.A., quien igualmente pidió que se declarara la improcedencia de la acción, por la misma causa y razones expuestas.

9.2.6. Como pruebas relevantes se aportaron al proceso las siguientes: (i) copia de un derecho de petición del 7 de enero de 2016 dirigido a Cooprodecot Ltda., en el que la accionante solicita que se haga efectivo el pago del seguro; (ii) copia del dictamen del 30 de noviembre de 2015, en el que califican a la accionante con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 96%, con fecha de estructuración del día 27 del año y mes en cita, con fundamento en los diagnósticos realizados de disfonía, rinitis alérgica, sindactilia y desviación del tabique y (iii) copia de un escrito suscrito por el Gerente de Cooprodecot Ltda, con fecha 2 de junio de 2015 y dirigido a la accionante, en el que le informan que su crédito puede ser reestructurado.

2.9.7. En sentencia del 26 de mayo de 2016, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja declaró la improcedencia de la acción. En términos generales, señaló que la

acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver controversias contractuales, como la que se somete a consideración del juez en esta oportunidad. Por otro lado, mencionó que es ajeno a la justicia constitucional la posibilidad de ordenar la condonación de una deuda o el pago del seguro, más aún cuando no existe certeza si el dictamen de pérdida de capacidad laboral es de carácter definitivo, o si fue sometido a revisión.

Finalmente, se considera que en el caso bajo examen no se acreditó la existencia de un perjuicio irremediable, que le impida a la accionante acudir ante la justicia ordinaria, para obtener el cumplimiento de la póliza suscrita. En todo caso, se conminó a Cooprodecot Ltda para que le brinde la posibilidad a la señora Quintana Alandete de reestructurar el crédito, lo cual se debía realizar en los 10 días siguientes a la notificación de la sentencia.

2.9.8. En escrito del 1º de junio de 2016, la accionante solicitó que se revocara el fallo de primera instancia y que se accediera a sus pretensiones. Para el efecto, se manifestó que la jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido que, excepcionalmente, la acción de tutela puede desplazar al medio ordinario de defensa judicial, incluso para dirimir una controversia contractual, como en el caso del desarrollo de la actividad aseguradora.

2.9.9. En sentencia del 13 de julio de 2016, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barrancabermeja confirmó la decisión del a-quo, al considerar que, por estar de por medio una controversia contractual, la vía ordinaria es el medio idóneo y eficaz para que la otra parte ejerza su derecho de defensa y aporte las pruebas que soporten su posición.

2.9.10. En sede de revisión, en Auto del 18 de abril de 2017, se ofició a Cooprodecot Ltda para que aportara un certificado con la fecha en la que la señora Ledis María Quintana Aldanete adquirió el crédito, identificando cuál es el monto actual de la obligación. En respuesta del día 28 del mes y año en cita, el gerente de la citada compañía informó que la accionante obtuvo el préstamo el 10 de agosto de 2015 y que su valor asciende, en estos momentos, a la suma de \$ 23.955.908 pesos.

2.9.11. En el mismo Auto del citado 18 de abril, se ofició a Chubb Seguros para que remitiera copia de la póliza suscrita por la accionante, así como de la respuesta a la reclamación presentada el día 7 de enero de 2016. En este punto, cabe aclarar que la citada compañía adquirió la posición contractual de Ace seguros. En la respuesta dada se envió los siguientes documentos: (i) copia de la historia clínica de la señora Quintana Alandete, en la que se

reporta un evento del 26 de mayo de 2015, por control por persistencia de disfonía; (ii) copia de la historia clínica de la accionante del 2 de julio del año en mención, en el que se reporta un evento por disfonía persistente. Además de ello, como antecedentes patológicos, se mencionan problemas de rinitis, ojo seco derecho y dermatitis, así como prácticas quirúrgicas de sindáctila mano derecha, momatosis, apendicetomía y laparoscopia diagnóstica; (iii) copia del estado de cuenta de la señora Quintana Alandete con Cooprodecot Ltda., en el que se registra que el pago mensual de su cuota es de \$ 839.556 pesos. En el escrito también se registra que la citada señora recibe por concepto de otros ingresos la suma de \$1.200.000, que corresponden a las ganancias por una papelería; (iv) copia de las condiciones generales de la póliza de vida grupo deudor; (v) copia de un comprobante de pago de la pensión de invalidez de la accionante, por un valor total de \$ 3.221.416 para el año 2017; y (vi) la respuesta del 30 de marzo de 2016, en la que se niega el pago de la prestación asegurada, por cuanto las patologías que originaron la invalidez fueron preexistentes a la celebración del contrato.

2.9.13. Por último, en la misma providencia previamente reseñada, se ofició a Chubb Seguros Colombia para que remitiera a esta Corporación copia la declaración de asegurabilidad de la accionante, la cual fue allegada el 12 octubre del presente año. Su contenido será objeto de descripción dentro del análisis del caso concreto.

2.9.14. En este caso, como se observa, el asunto también versa sobre una controversia relacionada con el pago de derechos económicos derivados de un contrato de seguro, concretamente entre la señora Ledis María Quintana Alandete y Chubb Seguros, como resultado de la negativa de esta última de cancelar el valor de la póliza de vida grupo deudores que suscribió el 8 de agosto de 2015, para asegurar el pago de una deuda que adquirió con Cooprodecot por valor de \$ 30.000.000 de pesos.

En este sentido, la controversia sometida a decisión envuelve una discusión en torno a que, si bien se alega por la accionante la ocurrencia del siniestro que activaría la obligación condicional de pago del seguro de vida grupo deudores, con ocasión de su invalidez que fue declarada el 29 de noviembre de 2015, con fecha de estructuración del día 27 del mes y año en cita, la compañía demandada sostiene que la enfermedad que ocasionó tal declaratoria, se diagnosticó con una fecha anterior a la suscripción del contrato¹⁰¹, por lo que se trata de una preexistencia que impide la activación del seguro. En concreto, se afirma que las

condiciones particulares que fueron acordadas para que proceda el amparo por una incapacidad total y permanente, exigen que dicha condición sea el resultado de lesiones físicas, orgánicas o alteraciones funcionales “no preexistentes”.

En este caso, distinto a lo que sucede con los demás, la Sala encuentra que el problema que se suscita guarda relación con la determinación de los requisitos de los cuales pende la activación del amparo, frente a lo cual la accionante no hace ninguna alegación concreta.

2.9.15. Retomando entonces las consideraciones generales realizadas en esta providencia, la tutela sólo procede por vía de excepción cuando la controversia se relaciona con el goce de derechos económicos derivados de un contrato de seguro, de manera que, sólo cuando se satisfacen determinados requisitos, puede el juez constitucional entrar a decidir de fondo el asunto. Particularmente, en el caso de las preexistencias, más allá de los requisitos básicos que determinan la prosperidad de la acción, se ha aceptado la competencia del juez de tutela, cuando la aseguradora actúa de manera arbitraria al negar el pago de la póliza, como ocurre, por ejemplo, cuando no se justifica dicha negativa o cuando se decide negar al margen de las pruebas aportadas¹⁰².

2.9.16. En este sentido, cabe analizar en el caso de la referencia, si la actuación de la aseguradora demandada resulta arbitraria y, por ende, la acción de tutela tendría la virtualidad de desplazar a los medios ordinarios de defensa judicial.

Lo primero que hay que reiterar es que, en el caso de los seguros de vida o de daños, la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes, sin que quepa imponer límites adicionales a los contenidos en la ley. En efecto, en el caso sub-judice, se observa que la aseguradora estableció que, para efectos del amparo, “se entiende como incapacidad total y permanente la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el asegurado menor de 65 años de edad, cuya fecha de estructuración este dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas, orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste (...)”¹⁰³.

Así las cosas, y teniendo como hecho no discutido que la accionante presenta problemas de salud relacionados con su sistema respiratorio y sus cuerdas vocales, la controversia que se plantea es la de entrar a verificar si las mismas tienen un origen anterior a la fecha de

suscripción del contrato de seguro, pues de ser así, no habría arbitrariedad alguna en la decisión de Chubb Seguros de negarse al pago de la prestación asegurada. Tal examen no cabe en sede de tutela, pues al mismo tiempo que la señora Quintana Alandete aseveró que se encontraba en perfecto estado de salud, al llenar el formulario propuesto por la aseguradora; la Corte aprecia que, la invalidez que se decretó, según las pruebas aportadas, se origina, principalmente, en la disfonía y rinitis que, al parecer, ya padecía. Tal incertidumbre impide la activación del amparo tutelar, siendo necesario que la accionante acuda ante el juez civil o ante la Superintendencia Financiera, para que allí sea donde se debata si el origen de su invalidez corresponde o no a una alteración funcional preexistentes, en un escenario que les permita a las partes aportar las pruebas pertinentes, y ejercer su derecho de contradicción dentro de las oportunidades procesales previstas para el efecto.

2.9.17. Con fundamento en lo anterior, y no estando cumplidos los requisitos para que el juez de tutela se pronuncie de fondo sobre la controversia, esta Sala confirmará, por las razones expuestas en esta providencia, la sentencia del 13 de julio de 2016 adoptada por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barrancabermeja, que a su vez también confirmó la decisión proferida el 26 de mayo del año en cita por el Juzgado Tercero Civil Municipal de la mencionada ciudad, consistente en declarar la improcedencia del amparo.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero.- En el expediente T-5.910.099, CONFIRMAR la sentencia del 5 de agosto de 2016 proferida por el Juzgado Promiscuo Municipal de Sandoná, por las razones expuestas en esta providencia.

Segundo.- En el expediente T-5.919.123, CONFIRMAR la sentencia del 13 de julio de 2016 proferida por el Juzgado Tercero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Neiva, que a su vez confirmó la decisión adoptada por el Juzgado Octavo Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Neiva, por las razones expuestas en esta providencia.

Tercero.- En el expediente T-5.813.243, CONFIRMAR la decisión del Juzgado Primero Civil del Circuito de Soledad (Atlántico) del 21 de junio de 2016, que a su vez también confirmó el fallo de primera instancia adoptado por el Juzgado Segundo Civil Municipal de la mencionada ciudad, por las razones expuestas en esta providencia.

Cuarto.- En el expediente T-5.896.487, CONFIRMAR la sentencia del 22 de septiembre de 2016 adoptada por el Juzgado Cuarto Penal del Circuito para Adolescentes con Funciones de Conocimiento de Bucaramanga, que a su vez confirmó la decisión proferida el por el Juzgado Tercero Penal Municipal para Adolescentes con Funciones de Control de Garantías de la citada ciudad, por las razones expuestas en esta providencia.

Quinto.- En el expediente T-5.909.382, CONFIRMAR la sentencia del 29 de septiembre de 2016 adoptada por el Juzgado Octavo Civil del Circuito de Cartagena de Indias, que a su vez también confirmó el fallo de primera instancia proferido por el Juzgado Décimo Civil Municipal de la citada ciudad, por las razones expuestas en esta providencia.

Sexto.- En el expediente T-5.900.024, CONFIRMAR la sentencia del 31 de octubre de 2016, proferida por el Juzgado Treinta y Siete Penal Municipal de Bogotá, por las razones expuestas en esta providencia.

Séptimo.- En el expediente T-5.899.741, CONFIRMAR la sentencia del 13 de julio de 2016 proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barrancabermeja, que a su vez confirmó la decisión adoptada por el Juzgado Tercero Civil Municipal de la citada ciudad, por las razones expuestas en esta providencia.

Octavo.- Por Secretaría General, LÍBRENSE las comunicaciones a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Magistrado

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Magistrado

Con aclaración de voto

ROCÍO LOAIZA MILIÁN

Secretaria General (E)

1 El artículo 86 de la Constitución Política establece que: “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección de sus derechos constitucionales fundamentales (...)”. Énfasis por fuera del texto original.

2 Sentencia T-845 de 2011, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

3 El artículo 10 del citado Decreto, establece que: “Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos. // También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud. // También podrán ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales.”

4 Esta presunción fue establecida por el legislador delegado en el decreto 2591 de 1991. Sobre la misma se pronunció tangencialmente la Corte en Sentencia T-001 de 1997 en la cual la Corte resuelve el caso de abogados que presentaron acción de tutela como agentes oficiosos sin demostrar la indefensión de los agenciados, la Corte niega la tutela porque no se configura la agencia oficiosa y no se reúnen los requisitos para el apoderamiento judicial, afirmó la Corte: ‘Los poderes se presumen auténticos, según lo dispone el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, pero, obviamente, tal autenticidad no puede predicarse de poderes

no presentados, ya que el juez no está autorizado para presumir que alguien apodera los intereses de otro, sin que en el respectivo expediente ello aparezca acreditado'. (...).

5 En la Sentencia T-001 de 1997 la Corte afirmó que por las características de la acción 'todo poder en materia de tutela es especial, vale decir se otorga una vez para el fin específico y determinado de representar los intereses del accionante en punto de los derechos fundamentales que alega, contra cierta autoridad o persona y en relación con unos hechos concretos que dan lugar a su pretensión.' (...)"

6 En este sentido la Corte ha acogido las disposiciones del Código de Procedimiento Civil [ahora, Código General del Proceso] en la materia, así en la Sentencia T-530 de 1998 acoge y aplica la disposición del artículo 65 inciso 1º: "En los poderes especiales, los asuntos se determinarán claramente, de modo que no puedan confundirse con otros."

7 En este sentido en la en la Sentencia T-695 de 1998 la Corte no concedió la tutela impetrada debido a que el abogado quien presentó la tutela pretendió hacer extensivo el poder recibido para el proceso penal al proceso de tutela. En esta oportunidad la Corte reiteró la doctrina sentada en la Sentencia T-550 de 1993 oportunidad en la cual la Corte afirmó: 'De otro lado, debe desecharse la hipótesis de que el poder conferido para adelantar un proceso judicial sirve al propósito de intentar la acción de tutela a que pudiere dar lugar ese proceso, por cuanto se trata de actuaciones distintas y, si bien es cierto que la tutela tiene un carácter informal, también lo es que tal informalidad no lleva a presumir la existencia de un poder que no se presentó y que es necesario allegar siempre que se ejerza la acción de tutela a nombre de otro y a título profesional'. En un sentido similar ver Sentencia T-002 de 2001, en la cual la Corte afirmó que la condición de apoderado en un proceso penal no habilita para instaurar acción de tutela, así los hechos en que se esta se fundamenta tengan origen en el proceso penal.

8 En la Sentencia T-530 de 1998, la Corte al revisar la decisión de una tutela promovida por el abogado de la parte civil en un proceso penal quien actuaba sin poder especial para el proceso de tutela, consideró que el a-quo no debió darle trámite al respectivo proceso debido a que el abogado no allegó el poder respectivo ni manifestó su calidad de agente oficioso. En este sentido aseveró que 'Aunque podría pensarse que su calidad de representante de la parte civil en el proceso penal lo habilitaba para dicho menester, debe desecharse esta idea,

en atención a que en el proceso penal el sujeto procesal es la parte civil y no su apoderado; es cierto que éste la representa conforme al poder específico que se le ha conferido; pero éste aun cuando suficiente para la actuación en el proceso penal no lo habilita para ejercitar la acción de tutela.’

9 En la sentencia T-207 de 1997 la Corte se extendió en consideraciones acerca de la informalidad, propia de la acción de tutela y de sus implicaciones frente al ejercicio de la misma. Con respecto al apoderamiento judicial como excepción al principio de informalidad de la acción señaló: ‘Caso distinto es el de quien ejerce la acción de tutela a nombre de otro a título profesional, en virtud de mandato judicial, pues es evidente que en tal caso actúa dentro del marco legal y las reglas propias del ejercicio de la profesión de abogado, razón por la cual debe acreditar que lo es según las normas aplicables (Decreto 196 de 1971). Ello no solamente por razón de la responsabilidad que implica tal ejercicio, que se concreta en el campo disciplinario, sino por la necesaria defensa de los intereses del cliente, a quien conviene establecer con certidumbre que quien lo apodera puede actuar, de acuerdo con la ley, ante las distintas instancias judiciales y que responderá por su gestión.’

10 Sobre la obligatoriedad de que la representación judicial en tutela sea asumida por abogados en ejercicio no existe regulación expresa ni en la Constitución ni en los decretos reglamentarios de la acción de tutela, ante este vacío la Corte en sentencia T-550 de 1993 mediante interpretación sistemática del ordenamiento jurídico, a partir de las disposiciones generales sobre representación judicial y en especial a partir de la disposición del artículo 38 del decreto 2591 de 1991 (que señala las faltas para los abogados que promuevan irregularmente acciones de tutela) concluyó que esta disposición no tendría sentido sino se entendiera que la representación judicial sólo pudiese ser adelantada por abogados titulados y en ejercicio.

11 Esta entidad fue vinculada oficiosamente por el juez de única instancia en auto del 26 de julio de 2016.

12 Énfasis por fuera del texto original.

14 CP art. 86.

15 El artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 consagra las hipótesis de procedencia de la

acción de tutela contra particulares.

16 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.

17 Código de Comercio, arts. 1137 y subsiguientes.

18 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 aquellos 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 sí ha sido categorizado como servicio público, en razón de su alcance, objeto y cobertura. Al respecto, véase la Sentencia T-105 de 1996, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

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

20 Sentencia T-813 de 2012, M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

21 Si bien en algunos casos las tutelas se dirigieron contra los bancos que otorgaron los créditos o su vinculación oficiosa se dispuso por el juez de primera instancia o por el magistrado sustanciador, en atención a que podrían ser afectados con la decisión que se adopte en el proceso, lo cierto es que las pretensiones en las seis tutelas están dirigidas a que se ordene a las aseguradoras pagar al banco el saldo total de la deuda, con ocasión de la suscripción de la modalidad denominada seguros de personas.

22 Precisamente, el artículo 86 dispone que: “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales (...)”. Énfasis por fuera del texto original.

23 Sentencia T-279 de 2010, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

24 En este caso, la fecha corresponde a aquella en la que la Superintendencia Financiera le resolvió una queja dirigida contra la aseguradora Liberty Seguros, con la que pretendía el pago de la prestación asegurada.

25 Señala que su esposo tiene un hijo extramatrimonial de 12 años, uno de 10, otro de tres años y un bebé de año y medio.

26 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.

27 Sentencia T-723 de 2010, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

28 M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

29 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.

30 Sentencia T-225 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

31 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, esto es, que está por suceder; (ii) las medidas que se requieren para conjurarlo han de ser urgentes, tanto por brindar una solución adecuada frente a la proximidad del daño, como por armonizar con las particularidades del caso; (iii) el perjuicio debe ser grave, es decir, susceptible de generar un detrimento transcendente en el haber jurídico (moral o material) de una persona; y la (iv) respuesta requerida por vía judicial debe ser impostergable, o lo que es lo mismo, fundada en criterios de oportunidad y eficiencia a fin de evitar la consumación de un daño antijurídico irreparable. En desarrollo de lo expuesto, en la Sentencia T-747 de 2008, M.P. Clara Inés

Vargas Hernández, 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.”

32 Véanse, entre otras, las sentencias T-106 de 1993 y T-100 de 1994.

33 Sentencia T-705 de 2012, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

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

35 Sentencia C-543 de 1992, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

36 Sobre las vías adecuadas para dirimir las controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, en la Sentencia T-442 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez, la Sala Tercera de Revisión sostuvo lo siguiente: “los medios judiciales adecuados para tramitar las controversias que puedan originarse con ocasión de un contrato de seguros, son esencialmente los procesos declarativos que, en el contexto del Código General del Proceso, incluirían el verbal o el verbal sumario, según la cuantía (artículos 368 a 385, así como 390 a 394, y 398 del Código General del Proceso) o el proceso ejecutivo (artículo 422 Ibídem) en los casos descritos en el artículo 1053 del Código de Comercio.” En igual sentido se pronunció la Corte en la Sentencia T-058 de 2016, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

37 Sentencia T-557 de 2013, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez. Énfasis por fuera del texto original.

38 En el mismo sentido se pueden consultar, entre otras, las Sentencias T-751 de 2012, T-70 de 2013, T-007 de 2015.

39 En la Sentencia T-902 de 2013, M.P. María Victoria Calle Correa, se explicó que: “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.”

40 Para ahondar sobre los escenarios en los que la Corte ha concedido el amparo frente a este tipo de situaciones puede consultarse la Sentencia T-058 de 2016, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

41 M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

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

43 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

44 Sentencias T-490 de 2009, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-007 de 2015, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

45 Concretamente, en la Sentencia T-152 de 2006, M.P. Rodrigo Escobar Gil, se abordó el caso de una persona que había adquirido un seguro familiar de salud con las coberturas y exclusiones que figuraban en el contrato, y al que se le tenía que practicar cirugía de “Varicocele Izquierdo”. La aseguradora accionada respondió que el procedimiento no sería autorizado, por cuanto dicha patología era preexistente al ingreso del asegurado y, por tanto, estaba excluida de la cobertura. En criterio de esta Corporación, no era factible que una aseguradora alegara preexistencias en esta clase de contratos, pues es ella quien tiene la posibilidad de conocer el verdadero estado de salud del asegurado.

46 En el mismo sentido ver Sentencia T-570 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

47 Subrayado por fuera del texto original.

48 Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, este Tribunal ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar

que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

49 Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

50 Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

51 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 1 de junio de 2007, rad. 2004-00179-01. Reiterada en Sentencia del 16 de diciembre de 2016, SC18563.

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

53 El principio de la buena fe está consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política, en los siguientes términos: “Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas.” Igualmente, en materia comercial, dicho mandato de optimización se reitera en el artículo 871 del Código de Comercio, el cual dispone que: “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismo, según la ley, la costumbre o la equidad natural.”

54 En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil se pronunció en Sentencia del 18 de octubre de 1995, Expediente No. 4640-1, al afirmar que: “(...) en efecto, en lo tocante al contrato de seguro el concepto de buena fe adquiere mayor severidad porque, a diferencia de muchos otros contratos en que la astucia o habilidad de las partes pueden llevarlas a obtener ciertas ventajas amparadas por la ley, en el contrato de seguro esta noción ostenta especial importancia, porque tanto en su formación como en su ejecución él se supedita a una serie de informaciones de las partes, que muchas veces no implican verificación previa. Generalmente estas manifestaciones en lo que respecta al tomador o asegurado las hace al solicitar el seguro, las que exige la ley deben hacerse con pulcritud, que sean verídicas y que no haya callado ni ocultado circunstancias que, de conocerlas el asegurador, no habría consentido en el contrato, o habría consentido en él bajo otras condiciones.”

55 Como ya se advirtió, esta consideración se expuso en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “Naturalmente, la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio. // Para la Corte Constitucional, es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe. // Finalmente, la

justicia conmutativa hace fácil entender que, si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios.”

56 Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

57 Código de Comercio, art. 1058.

58 En palabras de la doctrina: “[c]ualquier desfase cualitativo y cuantitativo relevante (...) supondrá que las prístinas bases contractuales se alteren o menoscaben, con las consabidas consecuencias de carácter jurídico y patrimonial para el asegurador que, confiado en la veracidad y objetividad de lo declarado por el candidato a tomador a) finalmente determinó contratar, y b) mensuró, en tal virtud, el precio de la protección ofrecida, circunstancias que reclaman, en muestra de clara justicia contractual, la intromisión de un mecanismo correctivo del desequilibrio propiciado por la formulación de una declaración distorsionada, a su vez que sancionatorio de una práctica, acto o conducta contra legem, ajena al nombre y altruista deseo de todo ordenamiento consistente en que las actuaciones de los sujetos de derechos sean iuxta legem: la nulidad del negocio jurídico, mejor aún, su anulación.” JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio, Derecho de Seguros, Tomo II, Editorial Temis y Pontificia Universidad Javeriana, 2011, p. 668.

59 El artículo 1058 del Código de Comercio dispone que: “Transcurrido dos años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad”.

60 Ibídem.

61 Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

62 Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

63 Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. En este mismo sentido, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha señalado que: “(...) el tomador está compelido a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen a su hay error inculpable o se desvanecen por

inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquél aporta.” Sentencia SC2803 del 4 de marzo de 2016. Radicado 05001-31-03-003-2008-00034-01, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

65 M.P. Hernando Herrera Vergara.

66 M.P. Alejandro Martínez Caballero.

67 “Por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones.”

68 Ley 1480 de 2011, art. 57.

69 Expresamente, el párrafo 1 del artículo 24 del Código General del Proceso dispone que: “Las funciones jurisdiccionales a que se refiere este artículo, generan competencia a prevención y, por ende, no excluyen la competencia otorgada por la ley a las autoridades judiciales y a las autoridades administrativas en estos determinados asuntos”.

70 El párrafo 3 del artículo 390 del Código General del Proceso establece que: “Los procesos que versen sobre violación a los deberes de los consumidores establecidos en normas generales o especiales, con excepción de las acciones populares y de grupo, se tramitarán por el proceso verbal o por el verbal sumario, según la cuantía, cualquiera que sea la autoridad jurisdiccional que conozca de ellos. (...)”.

71 Una breve descripción del procedimiento que se sigue por esta vía judicial se puede consultar en el siguiente aplicativo de la Superintendencia Financiera: Funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, en materia de protección al consumidor financiero, lo que usted debe saber sobre. Visible en: www.superfinanciera.gov.co. En cuanto al término previsto para hacer uso de la acción de protección al consumidor se advierte que, en principio, el numeral 3 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, lo circunscribe al plazo de un año siguiente a la terminación de la relación contractual. No obstante, en materia de seguros deben tenerse en cuenta los términos de prescripción que se consagran, con carácter especial, en el artículo 1081 del Código de Comercio. Así se constata en el fallo No. 2016014487 - 2016-0210 del 15 de diciembre de 2016 de la Superintendencia Financiera.

72 El numeral 8 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011 consagra que: “Al adoptar la decisión definitiva, el juez de conocimiento o la Superintendencia [Financiera] (...) resolverá sobre las pretensiones de la forma que considere más justa para las partes según lo probado en el proceso, con plenas facultades para fallar infra, extra y ultrapetita, y emitirá las órdenes a que haya lugar con indicación de la forma y términos en que se deberán cumplir”.

73 Se trata del efecto general de la reticencia al cual se refieren los incisos 1 y 2 del artículo 1058 del Código de Comercio.

74 En este punto, se hace referencia al efecto que se regula en el inciso 3 del citado artículo 1058, al disponer que: “Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.”

75 En la página Web de la Superintendencia se constatan varias decisiones relacionadas con el fenómeno de la reticencia. Entre ellas, se pueden oír los audios de las sentencias de los procesos 2016007821 – 2016-0110 del 23 de noviembre de 2016 o 2015-1473 del 12 de octubre de 2016.

76 El mandato que refiere a la congruencia de las sentencias se encuentra, por regla general, en el artículo 281 del Código General del Proceso, el cual señala que: “La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este Código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley. // No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en ésta. (...)”.

77 M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

78 Por ejemplo, en la Sentencia T-720 de 2013, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, la Sala Tercera de Revisión consideró que no había lugar a efectuar juicios valorativos sobre la buena o mala fe de la accionante al omitir declarar las enfermedades que padecía, en tanto éstas no tenían el porcentaje suficiente para ocasionar la invalidez de la accionante y las que

verdaderamente la invalidaban eran inciertas.

79 Sentencia T-393 de 2015, M.P. Myriam Ávila Roldan.

80 Así se pronunció esta Corporación al declarar la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, con fundamento en un cargo que pretendía vincular la reticencia con la causa del siniestro. Sobre el particular, en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, en varios de sus apartes, este Tribunal manifestó que: “Como se deduce del acta número 73 [referente a los antecedentes del Código de Comercio], para que la nulidad relativa pueda declararse (...) no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro. En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico. // Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: ‘Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato.’ (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro – El Contrato, pág. 336).’ (...)”. Sombreado por fuera del texto original.

81 El artículo 1058 del Código de Comercio establece que: “Artículo 1058.- El tomador está

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

82 La Corte ha considerado que, excepcionalmente, la carencia actual de objeto puede presentarse en hipótesis distintas al hecho superado y al daño consumado, por ejemplo, (i) cuando se presenta un hecho sobreviniente, por virtud del cual el actor pierde interés en la pretensión que inicialmente plasmó en la acción de tutela; (ii) cuando el objeto del amparo se torna de imposible realización, por la ocurrencia de un cambio en las situaciones de hecho que motivaron la presentación de la demanda; (iii) cuando el accionante fallece y la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales alegados no es la causante de la muerte; o (iv) cuando el propio demandante procede de manera directa con la satisfacción de la pretensión reclamada.

83 Código Civil, art. 1666 y subsiguientes.

84 La norma en cita dispone que: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

85 M.P. Jorge Arango Mejía.

86 Lo anterior recordando que, en caso de ser procedente, se hará por esta Sala la

verificación de la subrogación de la obligación pagada en cabeza del accionante.

87 Folios 58 y 68 del cuaderno de revisión.

88 M.P. Jorge Arango Mejía.

89 Se trata de la señora Gloria Elena Zuluaga Gómez.

90 La terminación del contrato de seguro de vida por el incumplimiento en el pago de las primas se regula en los artículos 1152 y 1153 del Código de Comercio.

91 La norma en cita dispone que: “Artículo 1160. Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad”.

92 M.P. Alejandro Martínez Caballero.

93 El artículo 1068 del Código de Comercio establece que: “La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados. Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes.”

95 Código de Comercio, art. 1153.

96 La norma en cita dispone que: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

97 M.P. Jorge Arango Mejía.

98 Así las cosas, en la Sentencia T-571 de 2015, M.P. María Victoria Calle Correa se expuso que: “[Si] bien la tutela tiene como una de sus características la informalidad, esto no significa que el juez pueda sustraerse del deber que tiene de constatar la veracidad de las afirmaciones realizadas por las partes. La Corte ha señalado en reiterada jurisprudencia que

la decisión judicial ‘no puede ser adoptada con base en el presentimiento, la imaginación o el deseo, sino que ha de obedecer a su certidumbre sobre si en efecto ha sido violado o está amenazado un derecho fundamental, si acontece lo contrario, o si en el caso particular es improcedente la tutela.’ // Las anteriores razones le permiten concluir a la Corte, que en el presente caso no es procedente la acción de tutela para ordenar el reconocimiento y pago de la prima técnica reclamada por los accionantes, por no cumplirse el requisito de subsidiariedad, toda vez que de la evaluación del caso concreto no hay afectación al mínimo vital, y no obra prueba en el expediente que sustente el derecho reclamado ni el trato discriminatorio alegado, por lo que hay razones más que suficientes para desestimar el amparo solicitado, pues en virtud del principio de subsidiariedad los actores cuentan con otros medios de defensa idóneos para reclamar la acreencia laboral pretendida.”

99 El aparte subrayado fue declarado exequible “bajo el entendido de que al derecho de petición ante organizaciones privadas se aplicarán, en lo pertinente, aquellas disposiciones del capítulo I que sean compatibles con la naturaleza de las funciones que ejercen los particulares.”. Sentencia C-951 de 2014, M.P. Martha Victoria Sáchica Méndez.

100 Precisamente, en la Sentencia T-726 de 2016, M.P. Alejandro Linares Cantillo, se expuso: “El artículo 32 al definir su eje de actuación bajo el supuesto de garantizar derechos fundamentales, está retomando las reglas jurisprudenciales que atañen a la procedencia del derecho de petición como medio, a través de dos supuestos: (i) se puede ejercer el derecho de petición ante organizaciones privadas –con independencia de que sean personas jurídicas– y aunque no presten un servicio público, ni cumplan funciones similares, cuando la petición tenga por finalidad la garantía de los derechos fundamentales o, de otra forma dicho, sea necesaria para asegurar el disfrute de los derechos fundamentales del accionante. (...) // Y (ii) las peticiones presentadas, no ante organizaciones, sino ante personas naturales, también serán procedentes cuando el solicitante tiene una relación de subordinación o de indefensión frente a éste o existe una posición de dominio. En este caso, el ejercicio del derecho de petición debe tener también como propósito la garantía de un derecho fundamental.” Énfasis por fuera del texto original.

101 La aseguradora basa su reclamación en los antecedentes médicos que sirvieron de fundamento de la declaratoria de invalidez, como lo fueron disfonía desde abril de 2014, la rinitis desde noviembre de 2013, entre otros.

102 Sentencia T-738 de 2011, M.P. Mauricio González Cuervo.

103 Énfasis por fuera del texto original.